

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ ВУЗОВ

Е.В.Черносвитов

СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Рекомендовано

*Министерством образования Российской Федерации
в качестве учебного пособия для студентов высших учебных
заведений*

Москва

«Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС»
«Московский государственный социальный университет»

2000

ББК 65.272 + 51.
Ч 449

Издание осуществляется в рамках Государственной программы научно-методического обеспечения специальности «Социальная работа» — научный руководитель доктор исторических наук, профессор **В.И. Жуков**

Рецензенты:

доктор медицинских наук профессор *В.Н. Звягин*;
доктор медицинских наук, профессор *Р.С. Яцемирская*;
кандидат медицинских наук *А.Я. Капкаева*

Черносвитов Е.В.

Ч49 Социальная медицина: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений.
— М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2000. — 304 с.
ISBN 5-691-00542-1.

Данное издание является первым учебным пособием, освещающим в простой и доступной форме основы социальной медицины.

Демографические и социальные изменения, происшедшие в большинстве стран мира в первой половине XX столетия, явились непосредственными причинами стремительного развития данного предмета. Возникла необходимость подготовки высококвалифицированных специалистов — социальных медиков, ориентированных в проблеме и способных к их разрешению в социальной сфере.

ББК 65.272+51.1

ISBN-691-00542-1

© Черносвитов Е.В., 2000
© МГСУ, 2000
© «Гуманитарный издательский
центр ВЛАДОС», 2000
© Серийное оформление обложки.
«Гуманитарный издательский
центр ВЛАДОС», 2000

ВВЕДЕНИЕ

Сразу подчеркнем, что данная книга является пособием по медицине для социальных работников, то есть социальных педагогов, социальных психологов, социальных врачей, специалистов, малознакомых с основами клинической медицины. Поэтому книга охватывает самые широкие аспекты и, прежде всего, те стороны социального знания, которые граничат с медициной. Этим определяется ее название и предмет.

Насколько нам известно, в России подобные работы еще не издавались. Вместе с тем наше общество достаточно созрело, чтобы осознавать и решать проблемы, которые находятся в компетенции социальной медицины. И раньше врач вряд ли стал бы отрицать, что он предпочитает лечить больного, а не болезнь. Однако в настоящее время на первый план все с большей силой выдвигается уже не болезнь сама по себе, а *больной организм со всеми его особенностями и проявлениями*. Все более становится ясным, что *заболевшему человеку нужен не только врач, но и социальный работник, способный решить его жизненные проблемы*.

Новое течение в медицине выделилось в специальный отдел общей патологии под названием *учения о конституции* (преморбиде). То есть сама клиническая медицина выдвинула на передний план проблему личности вообще и больной личности в частности — иначе говоря, *проблему социальных основ психосоматики*. Мы понимаем психосоматику в широком смысле слова как организм личности (или организм социального человека). Решение данной проблемы лежит в *выяснении взаимосвязей между соматической* (от греч. soma — тело) *сферой и особенностями личности*. Личность же *выступает как конкретный человек, обремененный социальными (микросоциальными) проблемами*. В зависимости от своих врожденных особенностей (наследственности) и приобретенных социальных качеств и проблем, человек *предстает как некий тип личности со своими особенностями характера*. Как это соотносится с социальными основами психосоматики, будет раскрываться в соответствующих разделах книги. Психосоматика всегда подразумевает *субъективность человека*, с его темпераментом, талантом, характером, физиономией и другими качествами человека.

Обратим внимание хотя бы на такую характеристику человека, как его **темперамент**. Известные со времен Гиппократ *четыре типа темперамента*:

холерический,
флегматический,
меланхолический,

сангвинический —

как бы нивелируются, когда человек предстает в своем социальном статусе и окружении.

Нужно подчеркнуть воспитание и обучение, которые не принимают подчас во внимание особенности темперамента человека. Точно также и для социальной деятельности взрослого человека темперамент не имеет решающего значения. *И только в болезни темперамент раскрывается как одна из составляющих черт личности.* Напротив, **характер** есть нечто, всегда отличающее людей друг от друга, в каком бы из статусов (социальных ролей) они ни выступали. Хотя почти каждый понимает, что **физиономия есть маска**, которую человек «надевает», играя ту или иную социальную роль. **Личность** вообще есть *persona* (то, что «за маской», как говорили римляне). Однако только в характере индивидуум приобретает свою постоянную определенность. К характеру относится прежде всего та формальная сторона энергии, с которой человек, не давая сбить себя с раз принятого пути, преследует свои цели и интересы, сохраняя во всех своих действиях согласие с самим собой...

Пока мы говорим о социальных основах психосоматики. Это значит, что организм человека рассматривается как социальное явление. **Организм**, же **человека** как *физиологическое явление* есть совокупность органов и систем (кожи, костно-мышечной системы и т.д.). **Организм** же **человека** как *социальное явление* есть совокупность всех человеческих отношений, проявляющихся в жизнедеятельности человека:

1. *Отношение к роду* (генетическая проблема).
2. *Отношение к виду* (социально-типологическая проблема).
3. *Отношение к семье, к сфере деятельности, к сфере привычек и увлечений* (микросоциальные проблемы).

Психосоматический организм человека, кроме вышеназванных характеристик, предполагает и качества, которые проявятся на жизненном пути, замыкающемся в цикл. Это:

- 1) *Отношение человека к своему гению.*
- 2) *Отношение человека к своей судьбе.*

Уместно будет здесь привести слова Гегеля о **личности**. Он говорит: *«Личность представляет собой бесконечно более интенсивную твердость, неподатливость, чем объекты».* Забегая вперед, заметим, что «твердость» личности есть ее психосоматическое качество. Во втором разделе книги мы будем подробно рассматривать это качество личности в разделе о психологической защите.

Итак, мы очертили круг личностно значимых для социальной психосоматики проблем. Кроме, пожалуй, главной ее проблемы — **сомы** (тела человека). Здоровый человек не имеет такой проблемы. *Собственное тело человека* должно (как полагали еще и Гиппократ, и Аристотель, не говоря уже об эпикурейцах и стоиках) доставлять ему или *наслаждение и удовлетворение* его

желаний и потребностей (от физиологических, эротических до нравственных), или «не мешать» человеку *исполнять свой долг и призвание на Земле*. Но практика психосоматики показывает как раз обратное. **Соматозы** существуют ровно столько, сколько существует цивилизованное человечество. На стене врачевания древнеегипетского храма в Луксоре выдолблено свыше тысячи (!) названий болезней, которые носят отчетливый характер соматозов (психосоматозов). И эти «болезни» нужно было бы еще тогда взять в кавычки, ибо ими занимались не врачи, а жрецы, колдуны и маги — первые социальные «психотерапевты». Так как в любом цивилизованном обществе всегда были и будут социальные проблемы, тело (сома) человека будет на них реагировать (хочет того его «хозяин» или нет). **Тотальное, стабильное и стереотипное** (как в реакциях психопатических личностей) **реагирование тела на социальное «притеснение»** нашло воплощение в понятии *conatus*. **И эрос, и танатос могут быть проявлением conatus!**

Conatus остро ставит проблему человеческого тела для социальной медицины. Сомма оказывается своеобразным «зеркалом» психосоматического организма.

Психосоматический организм как нечто целое, самостоятельно функционирующее, нельзя понять без *основополагающих гипотез о «человеке-машине»* и единстве **«тела и характера»**.

Во «Введении» мы не будем подробно рассматривать проблему **картографии человеческого тела** в связи с психосоматикой, а только обозначим ее, подчеркнув, что **на коже человека нет ничего лишнего** (как ничего случайного нет в строении его тела), **что бы так или иначе не указывало на психосоматические особенности его организма, родового, видового и индивидуального характера**. Подробно эта проблема будет рассмотрена в соответствующих разделах книги.

ЧАСТЬ 1

ОБЩАЯ СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

1. Предмет и задачи социальной медицины как отрасли современного научного знания

Предметом *социальной медицины* является *общественное здоровье*. Категория «общественное здоровье» имеет, по крайней мере, два смысловых аспекта: медицинский и нравственный. Первый из них и является приоритетным для социальной медицины. Общественное здоровье имеет своих субъектов, то есть «носителей» — конкретных живых людей со всеми социальными атрибутами: положением в обществе, профессиональной занятостью, семейным положением, жизненной ценностно-смысловой ориентацией. Поэтому социальный медик, занимаясь здоровьем человека, активно «вмешивается» в его дела, становится партнером своего пациента, его «ангелом-хранителем». Он отвечает не только за здоровье, но и за социальное благополучие своих подопечных. Социальный медик — непосредственный создатель социальной защиты населения. Общественные последствия любого заболевания тоже являются сферой приложения сил социального медика.

Когда мы говорим, что «носителями» общественного здоровья являются конкретные люди, то имеем в виду также следующее. В каждом конкретном обществе всегда есть группы здоровых людей, являющихся носителями и распространителями тех или иных общественных (и клинических) болезней. Это тоже «часть» предмета социальной медицины.

Задачи социальной медицины — сохранение и защита общественного здоровья в повседневности и в перспективе развития общества, при любых социально-экономических, политических, идеологических господствующих ценностях и установках и при любых социальных и природных обстоятельствах.

2. Социальная медицина и клиническая медицина: взаимосвязь и взаимоотношения

Как социальная, так и клиническая медицина имеет дело со здоровьем

людей и их болезнями и решают одни задачи. В этом их общее. Но подходы к этим задачам и способы их решения различны. *Клиническая медицина* руководствуется проявлениями *болезни*, то есть симптоматической и синдромологической картинами заболевания. Это хорошо понятно на примерах физических страданий, будь то терапевтические или хирургические болезни. Когда же дело касается психических и так называемых «пограничных» расстройств, то вроде бы врач должен принимать во внимание нечто отличное от симптомов и синдромов, а именно — переживания человека, особенности его характера и типа личности. То же и в случаях, когда человек временно или навсегда потерял трудоспособность и вынужден изменить свой социальный статус. Страхи, надежды, тревоги, опасения, нужды и чаяния, вероятностные прогнозы, *смысл* или потеря смысла жизни — вот что становится «объектом» для работы врача (психиатра или психотерапевта). И здесь возникает такое не совсем ясное для клинической медицины понятие, как социальная реабилитация пациента. Неслучайно в пограничных клиниках на помощь ему вынуждены приходить медицинские психологи. Но, как показывает практика, совместная работа врача и медицинского психолога с пациентами (будь то «пограничный» больной или терапевтический больной с пограничными расстройствами, а также психосоматический пациент) для процесса лечения и его результатов практически дает немного. Там, где кончаются возможности клинициста (ограниченного пределами больничной палаты), там начинается работа социального медика.

Глава 1

К ИСТОКАМ СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ: СТАНОВЛЕНИЕ ОСНОВНЫХ ПОНЯТИЙ

1. Египет времен фараона Эхнатона

Аменхотеп IV, или Эхнатон (XV в. до н.э.), был реформатором не только в области религии, но и в области медицины.

Он выступил против всемогущества фиванских жрецов, с их колдовством, знахарством, магией. Возвысил врачей: международный медицинский знак — «кадуцей» (змея, обвивающая кубок) — появился при Эхнатоне. Развалины Луксора и Эль-Амарны сохранили рецепты некоторых лекарств, последовательность проведения хирургических операций и описание различных телесных и душевных недугов. Роль врача при Эхнатоне приобрела определенную социальную значимость.

Врачи древнего Египта знали анатомию человека и клинику многих заболеваний. Они различали *врожденные* и *приобретенные болезни*. Так, в Каирском музее хранится каменная статуя, изображающая фараона Рамсеса II. Интересно, что на скульптурном изображении отражена болезнь вен левой голени фараона и следы хирургического вмешательства, что подтвердилось при изучении его мумии. Там же находится и статуя самого Эхнатона — мужчины с большой головой и узкими плечами. И в наши дни в Египте можно на каждом углу купить каменную голову Эхнатона — огромный череп (за счет непомерно больших теменных костей). По этим признакам можно определить его болезнь, хотя мумия фараона-реформатора не сохранилась.

Впрочем, после смерти Эхнатона жрецы вернули свое прежнее положение и реформы были остановлены. Врачи в своей деятельности должны были вновь подчиниться жрецам.

Должна была пройти почти тысяча лет, чтобы в соседней с Египтом Греции родился человек, поднявший медицину до уровня важнейшей государственной дисциплины.

2. Гиппократ и его время. Спартанский опыт решения проблем общественного здоровья

Любой современный врач знает о Гиппократе (IV в. до н.э.) хотя бы четыре вещи:

1. клятву Гиппократа;
2. маску Гиппократа (выражение лица при сердечно-легочной недостаточности);
3. шапку Гиппократа (повязку, которая накладывается на голову при травмах черепа);
4. темпераменты Гиппократа (сангвиник, холерик, флегматик и меланхолик).

Гиппократ поклонялся одному богу — богу врачевания Асклепию (римское соответствие — Эскулап). Это с тех времен пошло название врачей «асклепииды», или «эскулапы». Гиппократу было 30 лет, когда началась Пелопонесская война, в которой победила Спарта. Самый активный период деятельности Гиппократа совпадает с расцветом Лакедемона (Спарта). Гиппократ умирает в возрасте 90 лет, и вслед за ним уходит в небытие величие Спарты после её поражения в войне с Фивами. Сам он никогда не был в Спарте. Но именно государственный опыт Лакедемона, особенно положение врача в Спарте, тщательно изучался Гиппократом.

Врачи в Спарте еще со времен ее основателя Ликурга были почитаемой кастой. Они относились к высшим государственным чиновникам. Специальный совет принимал решение — оставлять в живых того или иного больного, новорожденного. Смерть в Спарте всегда предпочиталась болезни и немощи.

Гиппократ провозгласил, что Асклепий сильнее смерти. Именно от Гиппократа пошло: врач должен бороться за жизнь пациента до последнего, фактически, до явных признаков биологической смерти — трупных пятен. Он отверг само понятие «несовместимые с жизнью повреждения» (болезни) и тем самым резко отмежевался от спартанских врачей. Однако из опыта Спарты он заимствовал пропаганду здорового образа жизни, требовал соблюдения всех его правил (умеренность в еде и половой жизни, ежедневные физические упражнения, ежедневные умственные нагрузки, воздержание от употребления алкоголя и наркотиков, веселые еженедельные танцы и др.). Сам Гиппократ строго следовал этим принципам, а к врачам, их не соблюдавшим, обращался так: *«Ты врачевать собрался род людской, а сам покрыт вонючею паршой!»* Последователь Гиппократа — Асклепиад (II—I в. до н.э.), древнеримский врач, грек по происхождению, пытался смягчить спартанскую суровость некоторых медико-социальных взглядов своего учителя. К гиппократовским заповедям он добавил: *«Лечить надежно, скоро и приятно»*, — хотя это и не вошло в клятву врачей.

В год смерти Гиппократа родился Теофраст — друг и последователь

Аристотеля, прославившийся как крупнейший представитель *перипатетической школы*. В контексте нашей темы он интересен тем, что разработал 30 характерологических типов (на основании гиппократовских темпераментов и представлений об *этосе* человека). Все «характеры», описанные Теофрастом, присущи людям с *отклоняющимся* от нормы поведением. Таким образом, он первым поднял важную для современной социальной медицины проблему *девиантного* и *деликвентного поведения*. У Теофраста впоследствии было много последователей. Именно «Нравственные характеры» принесли ему всемирную славу. Даже Аристотель не остался равнодушным к тому, что сделал его ученик и друг. Опираясь на понятие «этос», он создал совершенно новую отрасль философского знания — этику.

3. Правление халифов: Ибн Сина (Авиценна)

Социальная значимость и положение врачей были достаточно высоки на исламском Востоке. Ибн Сина (Авиценна для Запада) был придворным лекарем и визиром при нескольких халифах. Он родился в 980 г. близ Бухары и умер в 1037 г. Много путешествовал по всему миру, от Китая, Японии и Индии до Англии и Испании. Главным его интересом и занятием всей жизни была медицина, хотя при этом он был и выдающимся математиком, физиком, философом, литератором, государственным деятелем. Основной свой труд — Энциклопедию — он назвал *книгой исцеления*, хотя в ней нет ни одного раздела по медицине. Она включает следующие разделы:

1. Логика. 2. Физика. 3. Математика. 4. Метафизика. Обобщение своей врачебной практики и опыта медиков стран, где он бывал, Ибн Сина включил в «Канон врачебной науки», создав *первую в истории медицинскую энциклопедию*, которая сразу стала пользоваться огромной популярностью во всем цивилизованном мире. «Медицинская энциклопедия» Авиценны переводилась на латинский язык 30 раз. На русский язык она впервые была переведена в 1954—1960 гг.

Нельзя понять разделы «Медицинской энциклопедии» Авиценны без «Нравственных характеров» Теофраста и «Этики» Аристотеля. Именно на этих трудах базируются социально-медицинские воззрения Ибн Сины. Он ввел в научный и врачебный обиход представления о врачебной этике и деонтологии (от греческого *δωε*, то есть долг) — важнейших составных частях социальной медицины.

Задолго до Ибн Сины врачи добились самого высокого положения при дворах халифов. Они отвечали не только за здоровье самих халифов и их окружения, но решали множество социально значимых задач. В планах любого военного похода учитывалось и мнение врачей. На них возлагались как минимум

следующие задачи:

1. физическое и нравственное состояние войска;
2. гигиена воинов и живности (лошадей, верблюдов, коров, птицы и т.д.);
3. половое (сексуальное) обеспечение воинов;
4. рацион питания войска;
5. медицинская помощь раненым;
6. профилактика эпидемий в войсках;
7. учет природно-климатических условий территорий, куда направлялось войско;
8. санитарно-эпидемиологическое состояние населения, которое завоёвывалось;
9. последствия (природные, эпидемиологические, социальные, медицинские) военных действий и др.

Таким образом, врачи времен халифов оказывали воздействие на многих людей — от халифов до простых смертных. Мнение врача учитывалось при решении многих вопросов: кому, когда и на ком жениться, что следует делать, а от чего нужно воздержаться и т.д.

Одновременно во времена халифов нравственная чистота и жизнь по совести считались непременными атрибутами здорового образа жизни. Ибн Сина впервые одел медицинских работников в белые одежды. Белый халат как символ чистоты и незапятнанности стал знаком медицинского работника.

Можно привести много славных имен из истории медицины, сыгравших значительные роли и в становлении институтов социальной медицины. В том числе и наших, отечественных... Но нам хотелось бы обратить внимание на другое: все основные понятия, которыми оперирует медицина и ныне (*жизнь, смерть, умирание, боль, болезнь, инвалид, врожденная или приобретенная болезнь, страдание, переживание, лечение, лекарство, операция* и т.д.), и все основные медицинские каноны были заложены и сформировались в те далекие времена. Это поможет нам более четко определить роль и место социальной медицины в современном обществе.

Глава 2

МЕДИЦИНА И ОБЩЕСТВО В КОНТЕКСТЕ СОЦИАЛЬНЫХ ПОТряСЕНИЙ XX СТОЛЕТИЯ

1. Революции и войны: социальные последствия

XX век вошел в историю как век мировых войн и революций. Рушились казавшиеся ранее незыблемыми империи, менялась картина мира. Самое страшное, что приносят войны и революции, — это разрушение социально-психологической защиты как населения в целом, так и конкретных людей в частности. Бытовые инфекции и инактивные факторы становятся чрезвычайно вирулентными для физически, психически и морально ослабленных людей.

Войны XX века впервые явили миру оружие массового поражения, вызывающее массовые заболевания. После сражений первой мировой войны человечество узнало заболевания от использованных в качестве оружия отравляющих веществ. С медико-социальными последствиями применения ядерного оружия оно не может справиться со времен второй мировой войны. Современным страшным оружием стали противопехотные мины (движение против их использования имеет широкий общественный резонанс). «Неясный» биологический фактор начал оказывать серьезные болезненные последствия на участников «бури в пустыне». Еще до конца неизвестны последствия применения ДДТ американцами во время войны во Вьетнаме.

Мы назвали лишь некоторые аспекты медико-социальных проблем, возникающих в результате революций и войн. К ним, безусловно, следует отнести также нравственные и правовые аспекты, предполагающие общие *проблемы социальной медицины и этики* (например, права человека), *социальной медицины и пенитенциарной социологии* (речь идет о всплеске массовой преступности, выступающей как результат социальных катаклизмов), *социальной медицины и социальной психологии* (современные научные знания ставят на повестку дня учет комплекса неполноценности, который охватывает побежденный народ, и комплекс вины, испытываемый народом-победителем). Здесь же приходится упомянуть и такую серьезную проблему для социальной медицины, как *миграция* огромных масс населения, сопровождающаяся многочисленными психическими нарушениями и травмами.

2. Карл Ясперс: от «Общей психопатологии» к философии и социальной медицине

Простому ассистенту психиатрической клиники в Гейдельберге К.Ясперсу известность принесла книга «Общая психопатология», которая была опубликована в 1913 г. как учебник по психиатрии для студентов. Закончив ее, Ясперс сложился не только как клиницист-психиатр, но и как философ. Вряд ли он исчерпал себя как врач-практик и теоретик, но в 1915 г. он отошел от медицинской деятельности. В 1919 г. он заканчивает «Психологию мировоззрений», которая принесла ему славу теперь уже как философу. А затем увидели свет блестящие работы «А. Стринберг и В. Ван Гог» (1922) и «Ницше» (1936). К нашумевшим работам К.Ясперса нужно отнести также трактат «О немецкой вине» (1946). Он был автором множества публикаций на самые различные темы, и его публичные выступления собирали многочисленную аудиторию. Но он всегда оставался врачом...

При жизни Ясперса вышло семь изданий его «Общей психопатологии». В первых четырех много «философичности», поскольку автор обращается к *социальным* аспектам медицины. Но в главах 10 (Наследственность) и 14 (Биографика) Ясперс выходит на новые позиции — на позиции *социального медика*. Разделы «Наследственность как фундаментальный факт бытия», «Применение генетики в психопатологии», «Исследование по близнецам» (намного опередившее споры по ныне актуальной проблеме *планирования*) представляют существенный интерес для современной социальной медицины. Часть 5 книги неоднократно переписывалась. Только в седьмом издании она была окончательно завершена, и Ясперс выступает здесь как сформировавшийся социальный медик.

Ясперс — первый в истории социальной медицины XX века психиатр, внесший в развитие и становление ее предмета значительный вклад. Ясперс подходил к больным и осмысливал клинические феномены болезней как мыслитель широкого кругозора. Поскольку критерием истины для врача является выздоровление его пациента, Ясперс нашел необходимым, во-первых, обращаться к социальным предпосылкам заболеваний (в том числе и наследственным), а во-вторых, учитывать их социальные последствия. Будучи философом, за каждым конкретным заболеванием он видел социальные истоки и место в общей картине показателей состояния общественного здоровья.

Карла Ясперса по праву можно считать первым врачом, положившим начало исследованию такого важного аспекта социальной медицины, как «здоровье и общественные катаклизмы». «Общая психопатология», если её прочитать под этим углом, есть не что иное, как энциклопедия человеческих реакций (не только психических, но и соматических) в *экстремальных условиях*. Ясперс был врачом-философом и работал во время тотальной перекройки мира. Особо следует

подчеркнуть его научное предвидение: он наметил и определил многие направления дальнейшего развития социальной медицины (социо-биологическую и социо-психологическую проблемы; узловые проблемы, общие для социальной медицины и пенитенциарной социологии; проблему влияния научно-технического прогресса на здоровье людей и т.д.).

3. «Социальная гигиена» А. Гротьяна и «советская гигиена» Н.А. Семашко

Не менее ясно, чем Ясперс, понимал необходимость новых подходов к традиционной клинической медицине Альфред Гротьян. Но его новации строились на несколько иных основаниях.

А. Гротьян родился в 1869 г., в семье потомственных врачей. Одновременно с медициной он увлекался социологией, политэкономией, социальной экономией. Работая в Берлине в должности врача-ординатора неврологической поликлиники, он приобрел известность как участник политических дебатов и активный член политико-экономических семинаров Г. Шмоллера. Совмещение этих его интересов сделало его пионером нового течения врачебно-гигиенической мысли Германии.

Гротьян стремится обосновать науку о здоровье социологией, социальной и политической экономией. Его научные представления приведены в монографии «Социальная патология», которую по праву можно назвать *первым учебником по социальной медицине XX столетия*. В этой книге Гротьян рассматривает основные группы заболеваний с точки зрения их социальной обусловленности, законов распространения, социальных последствий и путей социального противодействия им. Кроме того свои идеи он широко пропагандирует в различных статьях и журналах, выходящих на всех европейских языках, в том числе и на русском. С 1920 г. он успешно формирует социальную гигиену как новую дисциплину и становится первым в Германии профессором социальной гигиены в Берлинском Университете. В последние годы жизни его научные интересы были прикованы к проблеме рождаемости. Он был сторонником рационализации размножения человека, видя на этом пути возможность преодоления наследственных заболеваний.

В нашей же стране до недавнего времени *социальная гигиена* являлась теоретической и практической основой организации здравоохранения. Важную роль в таком положении дел сыграл в свое время Н.А. Семашко.

Николай Александрович Семашко вошел в нашу историю прежде всего как выдающийся государственный и партийный деятель. Участник революции 1905—

1906 г. и Октябрьской революции, по образованию врач, в 1918 г. он стал наркомом здравоохранения РСФСР. Под его руководством осуществлялось строительство советского здравоохранения. В 1922 г. по инициативе и под руководством Н.А. Семашко на медицинском факультете I Московского Университета была организована кафедра социальной гигиены. Подобную кафедру во II Московском Университете в 1923 г. организовал и возглавил З.П. Соловьев, единомышленник и соратник Семашко. А с 1927 по 1936 г. под руководством Н.А. Семашко вышли 35 томов Большой медицинской энциклопедии. Как врач-организатор Семашко проявил себя безукоризненно в решении наисложнейших медицинских задач времен Гражданской войны и в последующие за ней годы разрухи. Будучи убежденным большевиком и прочно стоя на платформе марксистско-ленинско-сталинской идеологии, в этом ключе он проводил и реформы здравоохранения. Семашко искренне считал, что *«...болезни (не только инфекционные, но и сердечно-сосудистые, нервно-психические и др.) есть пережиток прошлого государственного строя, что при коммунизме их не будет. Коммунистическое общество есть общество здоровых людей. Улучшением условий труда и быта, развитием гигиены (что порой сводилось к требованию «мойте руки перед едой!»), полноценным питанием, физкультурой... можно решить в советском обществе все медицинские проблемы!»*

4. П.Б. Ганнушкин: к основам советской репрессивной медицины

Петр Борисович Ганнушкин (1875—1933) считается основателем советской *научной школы психиатрии*. Дружба с А.В. Луначарским, Я.М. Свердловым, Ф.Э. Дзержинским позволяла ему продвигать свои «научные установки». Благодаря «научным установкам» красного профессора, силами компетентных органов бомжи, калеки, юродивые, «людишки» в одну ночь были собраны и выселены из Москвы за 101 км. Так образовался мегаполис для «психически неполноценных» (выражение тоже Ганнушкина) — ныне всемирно известная, крупнейшая в России психиатрическая больница им. В.П. Яковенко. Этой общественно полезной акцией он приобрел себе звание «социального психиатра». Ганнушкин полагал, что «психиатрия в классовом обществе, особенно во время жесточайшей классовой борьбы, не может не быть репрессивной». Лица, которые вели антисоветскую пропаганду и агитацию, распространяли заведомо ложные измышления, порочащие государственный и общественный строй, были отнесены им к так называемым «пограничным характерам» и поэтому могли быть госпитализированы принудительно в психиатрические больницы.

В 1923 г. в СССР был приглашен молодой швейцарский профессор

психиатрии, ученик корифея немецкой и европейской психиатрии Е.Блейлера, друг К. Юнга и З. Фрейда, Иван Борисович (Иоганн Борух) Галант . Пригласил его А.В. Луначарский без ведома П.Б. Ганнушкина, посулив Галанту кафедру психиатрии в Москве. Ганнушкину новый маститый конкурент был ни к чему, и он методически его «изводил».

Вначале Ганнушкин придрался к Галанту формально: дипломы доктора и профессора были не советские (хотя Галант защитился в ведущей мировой психиатрической клинике!), значит, не могут быть признаны в СССР. Иван Борисович преодолел эту преграду, успешно защитившись в Москве и став доктором наук по психиатрии. Тогда начинаются гонения с другой стороны: еврея Галанта объявляют «троцкистом». Ганнушкин «по дружбе» кладет его в психиатрическую клинику, «чтобы избавить от тюрьмы для политзаключенных». Галант проводит год в психиатрической клинике, вплоть до смерти Ганнушкина. Затем, в 1935, уезжает на Дальний Восток, где формирует кафедру психиатрии в Хабаровском Государственном Медицинском институте, которую возглавляет вплоть до 1968 г.

П.Б. Ганнушкин, как и Н.А. Семашко, представляли собой лицо советского здравоохранения на ранних его этапах. С годами это «лицо» мало изменялось, разве что дряхлело, пока не исчезло вместе с государственной системой. Конечно, в СССР были хорошие психиатрические школы (в том числе Московская и Ленинградская), это признавалось во всем мире. Но социальные нужды и проблемы решались нередко отечественными психиатрами как политические и идеологические задачи.

5. Дж. Райл и первый Институт социальной медицины в XX веке (1940)

Перед Второй мировой войной в Англии сложилась такая ситуация, что о необходимости создания новой медицинской дисциплины — социальной медицины — заговорили все. Прежде всего о них заговорили деловые люди, имевшие прямое отношение к массам больных людей, продолжавших, тем не менее, работать. Как показывали статистические расчеты, множество людей в Англии заболели не по причине бедности, плохого питания, плохих жизненных условий и не под воздействием вредных для здоровья факторов. Клинические врачи и эпидемиологи это состояние никак объяснить не могли: новые болезни, с их точки зрения, не возникали, а старые они продолжали успешно лечить по-старому. Эпидемий тоже не было. Но демографические показатели резко изменились в худшую сторону: снизилась рождаемость, «помолодела»

смертность, увеличилось число случаев так называемой «скоропостижной смерти». Одновременно в Англии стала расти кривая самоубийств и...детской преступности. Социальные психологи — первые, к кому обратились за объяснением такого положения в обществе, — не могли дать научное объяснение происходящему. Однако появилось новое определение — «социальная медицина». Вскоре по высочайшему повелению придворному профессору (психиатру по специальности) Дж. А. Райлу было поручено организовать Институт социальной медицины, который должен был войти в структуру Оксфордского Университета. Так в Оксфорде, в 1940 г. возник первый в мире Институт социальной медицины, ректором которого стал Дж. А. Райл.

В течение года социальные институты возникли и в других городах Великобритании: сначала в Бирмингеме, а потом и в Эдинбурге. Прошли и научные конференции и симпозиумы по социальной медицине. В них принимали участие врачи, наркологи, гигиенисты и биологи, философы, актеры, социальные психологи, бизнесмены, банкиры и военные, экономисты, юристы, политологи. Всех интересовало одно — перспективы социальной медицины в деле оздоровления общества и нации.

Первое, что сделал Институт социальной медицины, — абсолютно обособился от больниц, клиник и учреждений, занимавшихся профилактикой заболеваний. Дж. Райл называл социальную медицину «побочным ребенком клинической медицины и общественного здоровья». Он говорил, что «те и другие (учреждения клинической медицины и профилактики) за деревьями (т.е. конкретным больным или болезнью) не видят леса!», т.е. состояния общественного здоровья).

Однако Оксфордскому Институту социальной медицины было не суждено развернуться и решить хотя бы одну из актуальных проблем общественного здоровья Великобритании — началась война. Деятельность Института во время войны была подчинена фронту: он превратился в обычный военный госпиталь. В послевоенное время обстановка в мире изменилась. Институты, ассоциации, фонды, лаборатории, кафедры социальной медицины стали открываться во всех странах Западной Европы и, разумеется, в США.

6. Расцвет социальной медицины в США и Западной Европе после второй мировой войны

США шли своим путем к осознанию необходимости создания институтов социальной медицины. Если в СССР в предвоенные годы за общественное здоровье отвечали социальные гигиенисты (а за «оральное здоровье» — социальные психиатры), то в США за то и за другое отвечали социальные

психологи. Американское общество тогда процветало и, действительно, было стабильно. Поэтому вопросов об общественном здоровье американского народа тогда не возникало. Правда, практикующие врачи сталкивались с необходимостью при подходе к пациенту учитывать такие, например, его социальные данные, как наличие или отсутствие у него семьи; степень удовлетворенности своей работой или местом жительства. Эти вопросы возникали у врачей – интернистов. Появились книги, написанные терапевтами, такие, как: «Пациенты имеют семьи» (Генри Ричардсон, 1943), «Пациент как личность» (изучение социальных аспектов болезни) (Кэнди Робинсон, 1940).

Положение в корне изменилось после второй мировой войны. Назревал глубокий социальный катаклизм: « Все вдруг поняли, что общество больно, и эта боль идет не от ран!» Так сказал выдающийся американский писатель Дж. Сэлинджер. А видный американский экономист Пол Сэмюэлсон решил, что «цикл благополучия для Америки закончился». Многие при этом считали, что причина болезни кроется в том, что американцы, сбросив на Японию атомные бомбы, нанесли себе тяжелый моральный ущерб. Как пришла американцам мысль искать спасение в социальной медицине? Они, разумеется, знали о существовании Института социальной медицины в Оксфорде. Но опыта тот институт (как и другие, в том числе его филиалы) приобрести не успел. Не было даже концепции социальной медицины. Первый американский институт социальной медицины возник в 1946 г. при Нью-йоркской Медицинской Академии. Возглавил его терапевт, доктор медицины, Яго Гальдстон. Открытие Института произошло вслед за появлением Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Генеральный директор ВОЗ Брок Чисолм выступил с речью, отметив, что этот Институт — краеугольный камень будущего здания здоровья Планеты. Институт поддержали финансами Милбанк, Мемориальный Фонд, Рокфеллеровский Фонд.

В Институте действовали следующие факультеты: истории медицины, философии и социологии медицины, гигиены, психологии, психиатрии, эпидемиологии, гигиены питания, социальной педагогики, социальной криминологии, планирования и маркетинга и др. К столетию Нью-Йоркской Медицинской академии Институт социальной медицины провел Первую международную конференцию (1947 г.), опубликовав свои материалы «Социальная медицина: её истоки и объекты».

Затем, под влиянием британского и американского Институтов социальной медицины, стали открываться колледжи, которые готовили социальных работников, социальных педагогов, социальных юристов и, конечно, социальных медиков. В Англии и Америке стали создаваться инфраструктуры социальной защиты населения.

В других же странах Западной Европы (в Италии, Франции, Испании, Бельгии, Западной Германии, Норвегии, Австрии) Институты социальной медицины появились лишь в 60-х гг. До сих пор их нет в Голландии, Швейцарии, Дании, Швеции.

7. Д.В. Снежневский: Взаимосвязь власти, формы правления и социально-медицинских концепций

После становления Советского государства психиатрия берет под свою «опеку» психическое здоровье человека (включая в него нравственное, политическое и идеологическое).

Советскую психиатрию олицетворяли Институт Общей и Судебной психиатрии им. В.П. Сербского и Андрей Владимирович Снежневский, советский психиатр, основатель научной школы, академик.

Если во времена П.Б. Ганнушкина чрезвычайно высок был процент психопатий, то во времена А.В. Снежневского — шизофрении. Оппоненты обвиняют его в том, что, будучи на службе карательных органов, он «выдумал» так называемую «вялотекущую шизофрению»¹. Это, по Снежневскому, форма шизофрении, протекающая без явного бреда и галлюцинаций, долго не приводящая к слабоумию. Чаще всего она проявляется *асоциальностью или антисоциальностью образа жизни* пациента. Естественно, в эту группу попадали все инакомыслящие, уклоняющиеся от службы в армии, пытающиеся уйти в монастыри, бродяги. Яркие примеры — поэты Иосиф Бродский и математик А.С. Вольпин-Есенин. Именно за счет этой формы больных шизофренией на душу населения в нашей стране в 80-ые годы было в 3 раза больше, чем в США, в 2 раза больше, чем в Западной Германии, Австрии и Японии. Диагноз «вялотекущей шизофрении» (а значит и пожизненный учет в ПНД) мог быть выставлен и амбулаторно, и согласно письменным заявлениям соседей, или родственников, или сослуживцев «больного». Человек, получивший диагноз «вялотекущей шизофрении», выпадал из социальной жизни (так, к примеру, ему нельзя было управлять автомобилем, работать в отдельных учреждениях, поступать во многие ВУЗы, он становился невыездным и т.д.). Перед каждым праздником или государственным мероприятием многих таких больных без их согласия госпитализировали.

Однако, сколько существует цивилизованное общество, столько объявление инакомыслящих «сумасшедшими» практиковалось власть предержащими. Вспомним хотя бы Сократа, «железную маску», Пьера Огюстена Бомарше, Френсиса Бэкона, Оскара Уайльда, Г.Я. Чаадаева, «диссидентствующего» князя-беглеца В.П. Долгорукого...

¹ См. «Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование». / Под ред. А.В. Снежневского. М., 1972.

В 1972 — 1973 гг., по специальному соглашению Советского Правительства с Президентом США Р. Никсоном во время его визита в СССР в наши психиатрические больницы были допущены американские эксперты. По предложению экспертов из больниц были выписаны все «инакомыслящие». Это были единицы. В 1988 — 1989 гг. с психиатрического учета были сняты около двух миллионов человек.

Сам Снежневский утверждал, что благодаря действиям советских психиатров, многие люди спаслись от тюрем, лагерей, неминуемой смерти.

Но так или иначе, стоит ли удивляться, что правозащитники в нашей стране брали и берут на себя непосильный труд, занимаясь здоровьем нации? Однако правильнее будет, если этим займутся социальные медики.

8. Предпосылки формирования современных социально-медицинских воззрений в постсоветском пространстве. Состояние медико-социальной проблемы за рубежом

Многое, что произошло в период распада СССР, не могло не отразиться на состоянии здоровья народа. «Мы живем в больном обществе» — это, увы! не иносказание. Появились новые социальные контингенты сограждан — *бомжи, мигранты, вынужденные переселенцы*. Социальные катаклизмы, потрясшие нашу страну, физически и психически травмировали общество. Появилась огромная масса инвалидов.

Сократ сказал: *«Здоровье — это все, но все без здоровья — ничто»*. В нашей стране сейчас ничто не стоит так дорого и не ценится так дешево, как здоровье. Появились разного типа знахари, колдуны, лекари, через средства массовой информации идет реклама сомнительных «лекарств», расцвела *коммерческая медицина*.

В печати, по телевидению постоянно проходит информация о землетрясениях, кораблекрушениях, взрывах с человеческими жертвами, террористических актах, заложниках и т.д. Все это не может не иметь удручающих социальных последствий для общественного здоровья. Безнадзорность рекламы со стороны органов здравоохранения, даст, как минимум, развитие в ближайшем будущем массовых токсикоманий (от употребления пищевых продуктов с химическими добавками). Как показывает зарубежный опыт, будут негативные последствия и от *эротизации* массового сознания.

Немного статистики. В середине 90-х гг. первичная регистрация психических расстройств выросла на 21%, на 56% увеличилась инвалидность по психическим заболеваниям. 86,5% работников промышленных предприятий

имеют те или иные психические аномалии, при этом у половины из них речь идет о хронических душевных расстройствах, у 16% — о личностных отклонениях и у остальных — о хроническом алкоголизме и полинаркомании. Быстро растет количество детей и подростков с нервно — психической патологией — в среднем на 8—12% . У 9,6% младенцев отмечаются явные психические нарушения. А среди дошкольников лишь у 45% отсутствуют признаки болезненных отклонений в психическом здоровье. Распространенность нервно-психических расстройств среди детей школьного возраста достигает 70—80%. В конце 90-х гг. в Санкт-Петербурге лишь 7 детей из 100 не нуждались в психоневрологической помощи. И в то же время массовые обследования показывают, что за пределами психиатрической помощи оказываются 80% нуждающихся в ней детей и подростков. 63% психически больных детей-инвалидов не осматриваются психиатрами по году и больше. Не ведется никакой профилактической работы с группами риска.

Приходится констатировать факт, что в современных социально-экономических условиях происходит массовая *десоциализация детей*. 1,5 миллиона детей и подростков школьного возраста находятся за воротами школы. По различным данным, употребление наркотиков детьми и подростками за последние 5 лет возросло в 3—7 раз и охватывает до 20% детей. Преступность детей и подростков за этот же срок возросла в 1,5 раза, а самоубийства — на 30—60%. Среди детей со школьной дезадаптацией 93 — 95% имеют психические нарушения; 50—81% детей и подростков с девиантным и деликвентным поведением страдают теми или иными психическими расстройствами. Среди детей —бродяг не более 6% могут быть признаны психически здоровыми. Растут сроки от начала заболевания ребенка до первичного психиатрического обследования, причем это нередко случается лишь после того, как его задержат как наркомана, бродягу, проститутку, вора. Напомним, что специальности детских и подростковых психиатров исключены из номенклатуры врачебных специальностей. Не в лучшем положении находится и психиатрическая помощь престарелым и инвалидам. В России нет ни одного геронтологического института. Геронтологические койки находятся в психиатрических стационарах общего типа.

В России и в западных странах есть свои специфические проблемы. Но есть и общие. Главные среди них — проблемы, связанные с научно-техническими достижениями в областях, прямо имеющих отношение к общественному здоровью, — *генная инженерия, планирование, криогенизация, трансплантация и имплантация органов, эвтаназия, селекция, экспериментирование на людях, омолаживания, изменение половой принадлежности и др.*

Глава 3

КЛИНИЧЕСКАЯ, ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА: ОБЩЕЕ В РАЗЛИЧНОМ

1. Социальная патология: социопатии?

В странах, где социальная медицина как научная дисциплина и особая отрасль социальной работы с соответствующими институтами и структурой отсутствует, ее функции выполняют две медицинских отрасли — *социальная гигиена и социальная психиатрия*. Причем, последняя явно не справляется с поставленными перед ней *задачами охраны и профилактики общественного здоровья*. Социальная психиатрия явно мистифицируется и регрессирует на уровень шарлатанства и знахарства (появление всякого рода колдунов, провидцев, ясновидцев и т.д.). В этом же ряду находятся и «лечебно-оздоровительные» мероприятия при помощи всякого рода паралекарственных средств («кремлевские таблетки», «герболайф», «эликсир Битнера» и т.д.).

Все негативное, имеющее истоки и корни в нашей реальности и прямое отношение к общественному здоровью, и есть *социопатии*. Это самое широкое определение социопатии, которые будут диагностировать прежде всего психиатры и психологи. Но только диагностировать, ибо «лечить» социально обусловленные расстройства здоровья не их компетенция. Попробуем это показать на конкретных примерах, которые для психиатрии являются казусами².

Казус 1. Отказ от лечения больного и умственно отсталого новорожденного

Новорожденный, страдающий атрезией заднего прохода и болезнью Дауна. Немедленное хирургическое вмешательство позволило бы, вероятно, спасти жизнь новорожденного, но его интеллект не превысил бы со временем уровня 4-летнего ребенка, а продолжительность жизни составила бы около двадцати лет. Родители отказываются от операции, предпочитая, чтобы ребенок умер естественной смертью.

А) Не проведение лечения (пассивная эвтаназия).

Б) Врачебная ответственность.

1. *Международное право.*

А) Классификация пассивной эвтаназии зависит от толкования содержания

² Материал взят из сборника «Медицина и права человека» Европейского секретариата по научным изданиям — СЕПС — при содействии Совета Европы.

права на жизнь (право жить — *право качества жизни*). Действующее международное право не уточняет значение наречия «произвольно», используемое в статье 6/1 Пакта о гражданских и политических правах «Никто не может быть произвольно лишен жизни» и статьи 4/1 Американской конвенции прав человека «Никто не может быть произвольно лишен жизни». Однако Декларации ООН о правах инвалидов и умственно отсталых (резолюция 2856/XXY1 и резолюция 3447/XXX) требуют, чтобы они пользовались одинаковыми с другими людьми правами, в особенности, правом на жизнь.

Но если не производить хирургического вмешательства, родительские права в отношении несовершеннолетнего ребенка, признанные всеми международными институтами прав человека, вступили бы в противоречие с основным правом ребенка на жизнь и даже перечеркнули бы его (статья 8 Европейской Конвенции прав человека; 17 и 23/1 Пакта о гражданских правах; 17/1 Американской конвенции прав человека).

Отказ родителей от защиты прав ребенка на жизнь, хотя и ограниченного врожденными заболеваниями, означал бы, следовательно, лишение ребенка жизни.

Б) Поскольку врач наделен правом (и долгом) исцелять или оказывать возможную медицинскую помощь, в том числе, и в экстренных случаях, то согласие семьи на оставление без помощи не может служить основанием для отказа в проведении лечения.

2. Этика.

В 1950 г. в Нью-Йорке ВМА категорически осудила эвтаназию. Венецианская декларация ВМА (1983 г.) уже не столь категорична в отношении эвтаназии, но уточняет, что «врач никогда преднамеренно не лишит жизни пациента ни по его просьбе, ни на основании обращения с подобной просьбой его семьи». Исключения не допускаются даже в случае неизлечимой болезни или врожденных уродств.

3. Религиозная мораль.

А) Католическая. Корректирующее хирургическое вмешательство относится к общепринятым терапевтическим средствам, является законным и оправданным, даже когда нет уверенности, что положение можно будет исправить полностью. Католическая мораль не приемлет отказ от терапии. Даже в рассматриваемом случае с новорожденным эвтаназия приравнивалась бы к убийству.

Б) Протестантская. Представляется трудным навязывать решение, которое в максимальной степени не учитывало бы мнение родителей, то есть тех, кому предстоит жить с ребенком и с которыми будет находиться ребенок. По этому поводу возможны, вероятно, различные позиции. Ни одна из них, впрочем, не должна никому препятствовать в проявлении участия или оказания материальной поддержки.

В) Иудейская. Как и нормальный ребенок, ребенок с физическими недостатками имеет такое же право на жизнь, тем более что у него может

появиться шанс стать нормальным. Наука не исчерпала еще все свои возможности и продолжает ежедневно делать открытия. Несчастный заслуживает изменения к лучшему своей судьбы.

Г) Мусульманская. Согласно исламу, никто не имеет права посягать на свою собственную или чью-либо жизнь. Даже в том случае, когда интеллект человека останется на уровне четырехлетнего ребенка, а сам он не проживет более двадцати лет, врач, чей подвижнический долг состоит в том, чтобы лечить и спасать людей, должен убедить родителей согласиться на хирургическое вмешательство. Следовательно, новорожденному, страдающему болезнью Дауна, должна быть сделана хирургическая операция, если только она не сопряжена с угрозой для его жизни.

Д) Буддийская. Придерживается сходной с другими религиями точки зрения.

Казус 2. Добровольная стерилизация женщины

Замужняя женщина, имеющая детей, обращается с просьбой о перевязывании маточных труб.

А) Право на занятие практикой такого рода.

Б) Сознательное согласие пациентки. Сознательное согласие ее супруга.

В) Медицинская ответственность: перевязывание или окончательная резекция.

Г) Врачебная тайна по отношению к супругу.

1. Международное право.

А) Современное международное право не содержит ни норм, ни принципов, конкретно относящихся к добровольной стерилизации. основополагающие тексты по правам человека запрещают государствам, группам людей или отдельным лицам «осуществлять деятельность или совершать акты, направленные на ликвидацию признанных прав и свобод», к которым относится и право на деторождение. Но остается открытым вопрос о том, является ли право свободного и неосознанного деторождения одновременно и правом на отказ с самого начала или впоследствии от деторождения. И в частности, в том случае, когда цель могла бы быть достигнута через устранение (в настоящее время необратимое) объекта, признаваемого юридически носителем того же права.

Вопрос, разумеется, будет ставиться совершенно иначе, если добровольная стерилизация представляет опасность для здоровья индивида, в частности, из-за возраста пациентки или, наоборот, если пациентка по причине состояния здоровья не может принимать контрацептивные препараты и любая новая беременность, в виду возраста пациентки, создает угрозу здоровью. На первое место должно выходить требование защиты здоровья, хотя бы по причине охраны интересов уже рожденных детей.

Б) Необходимость предварительного сознательного согласия пациентки не подлежит обсуждению. Следует подчеркнуть, что статья 23(4) Пакта о

гражданских и политических правах предусматривает паритет прав и ответственности супругов в вопросах брака. И хотя Европейская комиссия по правам человека (Заявление № 8416/79, дело X против Соединенного Королевства Великобритании) решила, что «потенциальный муж-отец не имеет права требовать обязательной консультации с ним или обращаться в суд в связи с намерением его жены сделать аборт... так как именно женщина является главным заинтересованным лицом в продолжении и прерывании беременности», тем не менее согласие мужа на стерилизацию хирургическим путем должно быть опрошено, в частности, когда речь идет о стерилизации через окончательную резекцию маточных труб.

В) Абстрактный ответ невозможен: дело в том, что вопрос о выборе между перевязыванием и окончательной резекцией маточных труб связан с состоянием здоровья пациентки, возможным риском и отрицательными последствиями, с побочными психологическим и физическим эффектами. В любом случае врач обязан позаботиться о защите здоровья пациентки.

Г) Ответ зависит от ответов А), Б).

2. Этика.

Специального международного деонтологического документа по этому вопросу нет.

В Европейском справочнике по вопросам этики (1986 г.) сказано только, что по просьбе пациентки врач сообщает ей необходимые полезные сведения о продолжении рода и контрацепции.

Декларация Ранчо Мираж (1986 г.) о профессиональной свободе медика говорит о праве врача давать профессиональную оценку и принимать самостоятельные решения клинического и этического характера относительно лечения. Но в Венской резолюции 1988 г. добавляется, что при обязательном сознательном согласии пациентов и в их интересах (Лиссабонская декларация 1981 г. и Европейский справочник по вопросам этики 1986 г., статья 4) врач не может подменять концепцию уровня жизни пациента своим пониманием этого вопроса.

3. Религиозная мораль.

А) Католическая. В соответствии с учением католической церкви, стерилизация как средство, препятствующее деторождению, абсолютно запрещена, несмотря на всю субъективную ответственность мотивов.

Б) Протестантская. Этот вопрос решается только самой супружеской парой или даже скорее одной матерью, что не исключает определенного размышления и получения необходимой информации.

В) Иудейская. Иудаизм допускает перевязывание маточных труб в связи с тем, что женщина не обязана участвовать в деторождении наравне с мужчиной.

Г) Мусульманская. При условии наличия общего согласия супругов перевязывание маточных труб считается законным, но только если оно не влечет за собой необратимой стерильности и психологически полезно супругам.

Д) Буддийская. Положительно относится к самому принципу, хотя остается проблема обратимости операции.

Отрицательное мнение по пункту г): супруг должен быть информирован о предполагаемой операции.

Казус 3. Добровольная стерилизация мужчины

Совершеннолетний неженатый мужчина обращается с просьбой о перевязке семенных канатиков для того, чтобы иметь возможность вести более свободную половую жизнь. Часто имеет дело со случайными партнерами.

А) Право на занятие практикой такого рода.

Б) Сознательное согласие пациента.

В) Точность заявления пациента.

Г) Врачебная ответственность.

1. Международное право.

А) Если психическое развитие пациента позволяет ему понять последствия его просьбы, то ничто не должно мешать ее осуществлению, даже если стерилизация приведет к полному отказу от основного права на производство потомства. Вопрос, разумеется, будет ставиться совершенно иначе, если операция, ввиду возраста пациента, будет представлять опасность для его здоровья. В этом случае врач обязан оберегать здоровье пациента, так как его долг состоит в том, чтобы лечить больного или облегчать страдания, а не причинять вред.

Б) Не подлежит сомнению необходимость получения осознанного согласия пациента, которому должна быть предварительно сообщена вся информация, позволяющая точно понять все плюсы и минусы предлагаемого лечения или операции.

В) Ответа нет.

Г) Ответа нет.

2. Этика.

Специального международного деонтологического документа по этому вопросу нет.

В Европейском справочнике по вопросам этики (1986 г.) сказано только, что по просьбе пациента врач сообщает ему необходимые полезные сведения о продолжении рода и контрацепции.

Декларация Ранчо Мираж 1986 г. о профессиональной свободе врача говорит о его праве давать профессиональную оценку и принимать самостоятельные решения клинического и этического характера относительно лечения. Но в Венской резолюции 1988 года добавляется, что при обязательном сознательном согласии пациентов и в их интересах (Лиссабонская декларация 1981 г. и Европейский справочник по вопросам этики 1986 г., статья 4) врач не может подменять концепцию уровня жизни пациента своим пониманием этого вопроса.

3. Религиозная мораль.

А) Католическая. Добровольная стерилизация противоречит принципу свободы человеческого тела и поэтому допускается католической моралью только по показанию врача.

Б) Протестантская. Данный случай относится к личной ответственности как пациента, так и врача. Отсюда вопрос: что значит поступать ответственно? Выдвигаемые мотивы выглядят незначительными и в высшей степени спорными. обстоятельная беседа с пациентом может позволить лучше понять, к чему он по-настоящему стремится, и поступить сообразно этому.

В) Иудейская. Поскольку обязанность продолжения рода лежит, главным образом, на мужчине, ему запрещается предпринимать какие-либо шаги по лишению себя этой возможности. Тора глубоко осуждает и отвергает поведение Онана (книга Бытия, 38,9), считая его одним из самых тяжких нарушений Закона, потому что при этом жизнь уничтожается в самом истоке.

Г) Мусульманская. Поскольку перевязывание семенных канатиков требуется неженатому мужчине для того, чтобы вести более свободную половую жизнь, подобное действие полагается аморальным и предосудительным и потому запрещается.

Д) Буддийская. Отрицательное суждение: право на обращение с подобной просьбой относится к числу наиболее неотъемлемых (с точки зрения буддизма), при условии, что операция не наносит ущерба другому лицу... Однако, это может поощрять распущенность... В целом, буддизм видит в привязанности, в частности, в физическом желании, одну из главных причин страдания человека (хотя это отнюдь не означает, что он выступает за другую крайность, за воздержание...). «Среди томящихся и изнывающих будем жить счастливо, не страдая по чувственным удовольствиям» (Дхаммапада, 199).

Итак, приведенные выше и со всех сторон рассмотренные «казусы» для *социальной психиатрии*, конечно же, являются предметом компетенции *социальной медицины*.

Социопатии в широком смысле слова предполагают их наличие в узком (конкретном) смысле. К ним прежде всего нужно отнести всякого рода расстройства поведения, изменение образа жизни, рода деятельности, семейного положения. Конечно, при тщательном анамнезе жизни и «заболевания» на первом плане будут стоять социальные причины. А в клинической картине непременно будут симптомы и синдромы тех или иных невротических, неврозоподобных, психопатических, психопатоподобных и психосоматических заболеваний. Любое тяжелое человеческое переживание и страдание имеет, так сказать, свою клинику. Но «лечение» здесь одно — изменение социального статуса «пациента». В этом ряду социопатов находятся и *бытовые пьяницы, псевдодипсоманы, медикаментознозависимые пациенты, хронические алкоголики и наркоманы, перверсные субъекты, люди асоциального или антисоциального уклона жизнедеятельности.*

Как легко заметить, в этих «рядах» находятся социопаты, состояние которых может объясняться весьма общими причинами. Достаточно назвать беженцев и вынужденных переселенцев или семьи, члены которых погибли во время землетрясения или войны. Поскольку они являются «носителями» того или иного синдрома, они должны стать пациентами врача, причем не обязательно психиатра, а скорее — терапевта или невропатолога. Социопатия может начаться или закончиться безумием, распадом личности. Из классических литературных героев типичными социопатами можно назвать Макбета, Гамлета, Фауста, Базарова.

СОЦИОПАТИЯ. Для иллюстрации этого важнейшего понятия социальной медицины приведем еще несколько примеров. В ходе наблюдения 50 пациентов — чернобыльцев были выявлены следующие проявления социопатии. Несмотря на то, что радиационная травма наблюдаемых была незначительна, все они изменились как личности. Непьющие превратились в алкоголиков, хорошие семьянины развелись, многие сменили профессию, неоднократно меняли место работы, постоянно «болели», хотя врачи у них ни клинически, ни лабораторно, ни тестированием ничего патологического не находили. В 50—55 лет они чувствовали себя глубокими стариками, немощными и убогими, некоторые поэтому добивались инвалидности... Мысли их были заняты только предстоящей смертью. Все они, конечно, были социопаты.

И еще один пример, не из клинической практики, а из жизни. В семье врачей, которую автор наблюдал в течение 20 лет, случилась трагедия из тех, что, к счастью, не так уж часто случаются. Они воспитывали двух прекрасных сыновей, которые хотели сохранить семейную традицию (идущую от прадедов) и стать врачами. Когда первый сын закончил медицинский институт и женился, он погиб в автомобильной катастрофе. Второй сын через 4 года (такая разница у братьев в годах) также заканчивает институт, тоже женится и тоже погибает в автомобильной катастрофе! Родители мужественно и стойко перенесли эту трагедию. К психиатрам и к другим врачам не обращались. Отец (55 лет) резко изменился по характеру: мягкий, чуткий к переживаниям других людей, застенчивый и деликатный, совестливый (не пьющий и не курящий), стал злобным, агрессивным по отношению к подчиненным, формальным с окружающими, придирчивым и несправедливым. Развил бурную общественную деятельность — решил заняться правозащитным делом. Его поведение приобрело явные психопатические черты. По сути своей, это пример социопатии.

В 1977 г. Всемирная Психиатрическая Ассоциация (ВПА) утвердила Гавайскую Декларацию, в которой устанавливались этические нормы психиатрической практики. Декларация была модернизирована в Вене в 1983 г., отразив изменившиеся социальные отношения и структуры. Тогда же этические психиатрические стандарты были пересмотрены. Психиатры (по роду своей деятельности) оказываются на переднем рубеже новых задач и проблем

медицины, социально обусловленных и социально значимых.

На X Конгрессе ВПА в Мадриде в 1996 г. комитет по этике посчитал необходимым сформулировать определенные положения по пяти особым темам:

1. *Эвтаназия.* Первой обязанностью врача является улучшение здоровья, облегчение страдания, защита жизни. Психиатр, среди пациентов которого есть недееспособные и не отвечающие за свои слова и поступки, при принятии неформального решения должен быть особенно осторожен относительно действий, которые могут привести к смерти того, кто не может защитить себя вследствие своей несостоятельности. Психиатр должен понимать, что представления пациента могут быть искажены психическим заболеванием, например, депрессией. В таких ситуациях роль психиатра заключается в лечении болезни.

2. *Пытки.* Психиатр не должен принимать участия в любой физической или психологической пытке, даже если от него этого требуют власти.

3. *Смертная казнь.* Ни при каких обстоятельствах психиатр не должен участвовать в юридически принятых наказаниях или в оценке дееспособности того, кому назначена смертная казнь.

4. *Селекция пола.* Ни при каких обстоятельствах психиатр не может участвовать в принятии решения о прекращении беременности с целью селекции пола.

5. *Трансплантация органов.* Роль психиатра заключается в прояснении вопросов, касающихся доноров органов, учета религиозных, культурных, социальных и семейных факторов, чтобы гарантировать информированность при принятии соответствующего решения. Психиатр не должен выступать в качестве уполномоченного при принятии решений, касающихся пациента, или использовать психотерапевтические навыки для влияния на решение пациента. Психиатр должен делать все, чтобы защитить своих пациентов и повысить их самооценку до максимума в ситуациях с трансплантацией органов.

6. Кроме того, комитет посчитал, что в будущем ему придется определить своё отношение и к другим актуальным темам (взаимосвязь с проблемами фармацевтической промышленности, проблема изменения половой принадлежности человека, этика политологии и др.).

Как видно из Мадридской Декларации ВПА, психиатры очень остро чувствуют проблемы, актуальность и социальная значимость которых диктуется нашим временем, и пытаются отгородиться от навязывания им несвойственных функций. Ясно, что все *психиатрические Декларации* пишутся только для психиатров и не обязаны содержать ответ на кардинальный вопрос: если не психиатры (естественно, и не другие клиницисты), то кто должен решать злободневные вопросы, так или иначе имеющие своим предметом общественное здоровье. А ответ один — социальная медицина.

2. Социально-биологическая проблема и медицина

Социально-биологическая проблема в её отношении к медицине (а, точнее, к социальной медицине), это, прежде всего, социально — генетическая проблема. Действительно, практикующего врача любой специальности всегда интересует вопрос: что в болезни *врожденное* (биологическое) и *приобретенное* (социальное) и каково их соотношение. Даже если речь идет о так называемых наследственных заболеваниях или о больном, у которого в роду были те или иные расстройства, этот вопрос остается: ведь не секрет, что у больных родителей могут быть вполне здоровые дети. И наоборот, больные дети могут родиться у родителей безотягощенной наследственности. Случается и так, что у больных родителей один ребенок оказывается больным, унаследовав болезнь матери или отца, а другой — здоровым. Можно привести и другие примеры перераспределения «генов» болезни по родословному дереву. Понять социально — генетическую проблему в её отношении к здоровью (болезням) на современном уровне нельзя без экскурса в до сих пор спорную область — евгенику.

Евгеника возникла на основе эволюционной теории. Главное ее положение — человек является лишь одним из представителей животного мира. Евгеники считают, что современная физиология не находит существенных различий между жизненными процессами, происходящими в человеке и в других животных. Евгеника изучает наследственность отдельных признаков, отличающих людей друг от друга. В начале XX в. возникла мысль о возможности рационализировать размножение человека с целью предохранения человеческого рода от возможности вырождения и путем отбора наиболее ценных производителей улучшить человеческую природу так же, как улучшаются путем искусственного отбора породы домашних животных и культурных растений. Ф. Гальтон в начале XX в. дал этой новой прикладной науке название «евгеника». *«Евгеника, — писал Гальтон, — есть наука о здоровье, изучающая, какие факторы улучшают и какие ухудшают душевные и физические качества потомства».*

Евгеника сразу вошла в практику врачей самых разных специальностей. С одной стороны, во многих европейских странах уже тогда проводились в жизнь или серьезно обсуждались практические мероприятия по стерилизации идиотов или психически больных путем хирургических операций, которые при этом не влияли ни на здоровье, ни даже на половую жизнь стерилизованных. С другой стороны, велась широкая пропаганда за усиленную размножаемость особенно талантливых и здоровых личностей. Евгеники полагали, что задача улучшения человеческой породы является самой ценной мечтой человечества и решить ее могут только биологи.

В евгенике, как медицинской дисциплине, четко ориентированной на улучшение общественного здоровья, спонтанно проявилась потребность в социальной медицине (можно сказать и так: евгеника — спонтанная форма

социальной медицины, ибо сводить евгенику к генетике далеко неверно). Однако Гитлер сделал евгенику частью фашистской идеологии. «Дегенерат» как медицинский термин был превращен в идеологический жупел и экстраполирован на целые народы (евреев, славян, цыган и др.). Под предлогом «улучшения здоровья нации», конечно же, только немецкой, он пытался уничтожить целые народы или сделать их рабами в качестве «биологически неполноценных». Это надолго скомпрометировало евгенику.

В наше время, в связи со становлением и развитием социальной медицины, современные ученые вновь повернулись к евгенике. Евгеника появилась на свет как реакция на обеспокоенность ученых (прежде всего, биологов и медиков) массовым явлением вырождения и явным ухудшением демографических показателей здоровья населения самых различных стран, прежде всего, высокоразвитых. Евгенику трудно понять, не зная теорию Цезаря Ломброзо (1835 — 1909 гг.), итальянского психиатра, криминолога, антрополога и стихийного социального медика. Основательно проясняет идеи евгеники также книга немецкого психиатра и эпидемиолога Макса Нордау «Вырождение», написанная в 1894 г.

Прочитываем Нордау. В пятой книге под названием «Двадцатое столетие», в разделе «Диагноз», он пишет: «Длинное и тяжелое путешествие через больничные палаты познакомило нас если не со всем культурным человечеством, то, бесспорно, с верхними слоями больших городов. Мы видели проявления вырождения и истерии в литературе, искусстве и современной философии, во всем их разнообразии. Главные симптомы душевной ненормальности были отмечены нами: мистицизм, покоящийся на ослаблении высших центров, как результат неспособности к сосредоточенному вниманию, ясной мысли и дисциплине эмоций; эгоизм как продукт расстроенной и неуравновешенной нервной системы, отупения центров восприимчивости, извращения инстинктов и желаний, преобладания органических чувств над представлениями. Лжереализм, исходящий из смутных эстетических теорий, проникнутый пессимизмом и непреодолимым стремлением к грязи, сказывающимся в наборе нецензурных слов. Во всех трех случаях мы находим в конечном результате одни и те же симптомы: мозг, непригодный к правильной работе, неспособность к сосредоточенному наблюдению, слабую волю, преобладание эмоций, недостаток познания, отсутствие сострадания, отчужденность от мира и человечества, недоразвившееся понятие о долге и нравственности. В клиническом отношении симптомы болезни бывают очень разнообразные, но по существу это последствия одной и той же причины, последствия истощения, и психиатр поместил бы их в общую группу больных, страдающих болезнью нервной системы.»³

³ Нордау М. Вырождение. Киев, 1896. С. 420 — 421.

В этом высказывании Нордау нет ни единого слова, которое бы не подошло для описания состояния общественного здоровья в наше время. Кстати, еще раз подчеркнем, что и Макс Нордау хорошо понимал, что психиатрия вправе выставлять диагнозы даже обществу, но не ее дело «лечить» общество. Последнее — дело социальной медицины. Вообще, «Вырождение» может вполне использоваться в качестве пособия по социальной медицине и сейчас.

Кратко рассмотрев идеи предтеч современного понимания социально-биологической проблемы в приложении к социальной медицине, сделаем небольшой экскурс в область медицинской генетики. Успехи современной генетики открыли широкие перспективы и для медицины. *Генетика человека* — это наука о законах наследственности и изменчивости, которые определяют развитие организма. *Гомеостаз* организма, его норма реакции наследственно обусловлены, поэтому познание генетических закономерностей открывает возможности мощного воздействия на биологическую природу человека. Это ставит генетику в особое положение и придает ей особую социальную значимость.

Медицинская генетика является одной из важнейших теоретических основ медицины. В практике врача любой специальности встречаются наследственные заболевания, появление и развитие которых подчиняется генетическим закономерностям. Самые распространенные болезни, не имеющие прямой передачи в поколениях, такие, как атеросклероз, гипертоническая болезнь, шизофрения, злокачественные опухоли и многие другие — болезни с наследственным предрасположением.

Современный генетик мог бы помочь врачу-клиницисту в решении диагностических, профилактических и даже сугубо лечебных задач. Немалую роль он может сыграть, работая вместе с практическим врачом и в определении прогноза болезни.

Что касается сугубо наследственных болезней, то следует глубоко осознавать, что они суть болезни семьи (рода). Врач-генетик, как ни один другой современный врач, связан по характеру своей деятельности с семьей и родственниками больного, что не скажешь о враче-клиницисте. Это положение неправильное. Оно существует постольку, поскольку между генетиком и практическим врачом нет связующего звена — социального медика. Потребность в социальном медике делается особенно явной, если учесть, что наследственные болезни в своем большинстве неизлечимы, имеют тяжелое и прогрессирующее течение, которое выбивает больного из нормального жизненного ритма и обычно приводит к инвалидизации.

Достижения современной генетики дают возможность получать в неограниченном количестве ныне дорогие и труднодоступные медикаменты. Генетика вплотную подошла к тому, чтобы заменять патологические гены нормальными, то есть активно вмешиваться в генетический код наследственных болезней. Но без понимания опять же медико-социальных основ заболеваний эти

генетические вмешательства могут привести к неожиданным, даже пагубным для потомства результатам.

Успехи современной генетики таят в себе большие опасности, если применение их на практике не получит необходимого этического и правового регулирования через *систему стандартов*. А это может обеспечить только *социальная медицина*. Вспомним, что сказал нобелевский лауреат генетик Э. Чаргаф: «Вы можете остановить расщепление атома. Вы можете прекратить посещение Луны. Вы можете прекратить применение аэрозолей. Вы можете даже решить не уничтожать все население с использованием нескольких бомб. Но вы не можете вернуть назад новую форму жизни... Необратимое наступление на биосферу — это нечто столь неслыханное, столь немислимое для предшествующих поколений... Имеем ли мы право необратимо противодействовать эволюционной мудрости миллионов лет ради того, чтобы удовлетворять амбиции и любопытство нескольких ученых? Мы приходим и уходим; и с течением времени мы оставляем землю, воздух и воду тем, кто приходит после нас. Мое поколение или, быть может, предыдущее поколение впервые развязало под предводительством точных наук разрушительную колониальную войну против Природы. Будущее проклянет нас за неё»⁴.

Обеспокоенность выдающегося американского биолога особенно понятна в свете современных генетических манипуляций на человеке.

Теперь остановимся на медико-генетических консультациях. В нашей стране медико-генетическое консультирование стало проводиться в 20-х гг. Однако в конце 30-х гг. консультирование было практически повсеместно прекращено и вновь восстановилось в только 1969 г.

На Западе (США, Англия, Дания и др.) первые генетические кабинеты стали открываться в 40-х г.

В настоящее время в России осуществляются общепрофильные и специализированные медико-генетические консультации. Медико-генетические консультации общего профиля чаще всего проводятся в педиатрических и акушерско-гинекологических клиниках, так как ближайшим поводом для обращения к медицинскому генетику является рождение неполноценного ребенка или отягощенная теми или иными заболеваниями наследственность родителей. Специализированные медико-генетические консультации создаются на базе крупных специализированных больниц (неврологических, ортопедических, глазных и др.), которые обладают опытом диагностики и лечения наследственных заболеваний своего профиля.

В отличие от других лечебных учреждений, объектом исследования в медико-генетических консультациях является не только больной, но и его семья (что сближает эти консультации с учреждениями социальной медицины),

⁴ *Chargaff E.* On the dangers of genetic meddling. *Science*, 1976. June 4. 938—939.

поскольку диагноз заболевания в ряде случаев невозможно поставить без обследования всех членов семьи. В деятельности медико-генетических консультаций постоянно возникают не только медицинские, но и серьезные этические и правовые вопросы. Это связано с тем, что современная медицинская генетика не может давать однозначной рекомендации относительно деторождения у некоторых категорий родителей. Она *может* установить лишь *степень генетического риска*. При низкой степени риска (до 5%) деторождение обычно рекомендуется. При средней степени риска (6—20%) учитываются многие показатели: тяжесть возможной болезни, число больных и здоровых детей в семье, возраст родителей, материальное положение семьи и пр. Как видим, именно для этой категории испытуемых последнее слово должно быть не за генетиком, а за социальным медиком. Особенно это касается случаев высокой степени риска (более 20%), когда генетик не рекомендует деторождение, но окончательное решение принимают родители.

Эффективность медико-генетического консультирования в предупреждении наследственных болезней невелика. Она гораздо выше в тех странах, где консультации работают в структуре не лечебных, а социально-медицинских учреждений (Англия, США, Австралия, Франция, Австрия и др.). В России такого «симбиоза» пока нет.

3. Социальная защита, психологическая защита и клиника

Как бы хорошо ни было организовано общество, как бы социально оно ни было обустроено, в нем всегда будут одинокие, несчастные, обиженные, неустроенные, униженные и оскорбленные. История человечества, увы, это достаточно убедительно показывает. Отсюда вытекает один очень важный для нашего предмета вывод: социальная защита (как институт) необходима при любом и всяком государственном строе и политическом режиме и любой форме власти. Конечно, если во главу угла правящих групп (слоев, классов и т.д.) ставится такая непреходящая общественная ценность, как здоровье народа.

В противном случае возникает ситуация, великолепно описанная Максом Нордау в «Вырождении»: «Поверхностные и недобросовестные исследователи обвиняют меня в том, будто я считаю вырождение и истерию продуктами современности. Внимательный читатель может подтвердить, что никогда я такой бессмыслицы не говорил. Вырождение и истерия существовали всегда. Но прежде они выступали разрозненно и не имели такого сильного влияния на жизнь целого общества. Только крайнее переутомление, этот неизбежный спутник поколения, подвергнувшегося воздействию разительных изобретений и открытий, потребовавших от него всех органических его сил, создало благоприятные для

болезни условия. Благодаря переутомлению, болезнь распространилась с ужасающей быстротой и превратилась в настоящую опасность для цивилизации». Дальше Нордау пишет то, что воспринимается как медицинский доклад на какой-нибудь современной научно-практической конференции:

«Некоторые микроорганизмы, вызывающие смертельные болезни, как бациллы холеры, существуют всегда; эпидемию же они вызывают только в том случае, когда наступают обстоятельства, особенно благоприятствующие их размножению. Тело наше всегда питает известное число паразитов, но только увеличение последних влечет за собой опасность. У нас всегда есть запас стрептококков, но необходимо воздействие бациллы инфлуэнции для того, чтобы они бурно размножились и вызвали опасное нагноение. Точно так и нечистоты в искусстве и литературе становятся опасными, когда необычные, «идущие своими тропками помешанные начинают систематически отравлять современный дух, ослабленный, истомленный и потерявший способность к противодействию».

Мы переживаем в настоящее время острую массовую душевную болезнь, своего рода чуму вырождения и истерии, и совершенно естественно, если некоторые спрашивают себя с тревогою: «Что же будет дальше?»⁵.

Необходимость в социальной защите остро осознавали всегда и везде, какую бы эпоху мы не взяли. Необходимость социальной защиты осознавалась в Европе и США в середине XIX в. Ученые получили уже тогда социальный заказ на науку, которая изучала бы закономерности поведения и деятельности людей. Так, в ряде западных развитых стран (США, Англия, Германия и др.) появилась *социальная психология* (М.Лацарус, Х.Штейнталь, В.Вундт, Ш.Сигеле, Г.Лебон и др.). Особенно остро в ней стали нуждаться после первой мировой войны для укрепления здоровья и морального климата, прежде всего в армии. Социальные психологи вырабатывали механизмы социальной защиты как для конкретной личности, так и для отдельных конкретных социальных групп (коллективов), масс людей и для целых народов. Социальная психология появилась на стыках социологии, психологии, гигиены и эпидемиологии. При появлении институтов социальной медицины социальные психологи стали их сотруниками.

Социальная защита имплицитно включала в себя понятие психологической защиты. Перейдем к психологической защите в том ее аспекте, в каком она сближается с социальной медициной.

В настоящее время разработана не одна дюжина определений понятия «психологическая защита», сделанных с разных общетеоретических позиций. В их основу так или иначе положены три основных теории:

1. И. П. Павлова («психологическая защита» — это взаимоотношение и взаимодействие условных и безусловных рефлексов; в американском варианте

⁵ Нордау М. «Вырождение». С. 421—422.

представлена теорией бихевиоризма).

2. З. Фрейда (разработанная Анной Фрейд: «психологическая защита» — это взаимосвязь и взаимоотношение сознательного и бессознательного в человеке).

3. А.А. Ухтомского (в западных вариантах — когнитивизм и интеракционизм; концепции С.Московичи, А.Тэджфел и др.: «психологическая защита» — это взаимоотношение бидоминантности и бимодальности человеческой психики, механизмами которой выступают индукция, имитация, интуиция).

Здесь нет необходимости подробно рассматривать все варианты психологической защиты. Следует только сказать, что при всех подходах к социальному здоровью человека, он будет адаптирован или дезадаптирован в зависимости от того, насколько его психологическая защита вписывается в социальную защиту. При массовых катаклизмах ломаются одновременно структуры социальной и психологической защиты. Вот тогда-то, по мнению М. Нордау, и возникает так много утомленных от жизни людей, делающихся истериками.

Почти каждый больной, лечившийся в клинике от какого-нибудь заболевания, выписывается в той или иной степени дезадаптированным. Он нуждается в *социальной реабилитации*. Неважно, излечился ли он полностью от болезни или инвалидизировался: и в том, и другом случае перед ним стоит одна и та же проблема. Различие состоит лишь в степени дезадаптации, следовательно, в объеме необходимой реабилитации.

Симптомами *дезадаптированности* (конкретного человека, группы людей, народов) являются так называемые *функциональные расстройства*. Рассмотрим их на примере отдельного человека, социально и психологически незащищенного и потому попавшего в больницу. Самые тщательные клинические и лабораторные исследования не обнаруживают ничего угрожающего его жизни. Ничего, кроме функциональных расстройств. Надо сказать, что у человека нет ни одного органа, ни одной системы организма, которые при тех или иных обстоятельствах не привели бы к функциональным расстройствам (можно оглохнуть при здоровых органах слуха, ослепнуть при здоровых глазах, утратить способность стоять и ходить при здоровых опорно-двигательных органах, наконец, можно стать клиническим идиотом при здоровом мозге и т.д.). Читатель может смело экстраполировать любую функциональную клинику на группу людей, массу людей, на народ в целом и будет прав. Это не только Нордау, но и Ясперс, и многие другие великие психиатры конца прошлого — первой половины нынешнего века так считали. Среди них и наши, отечественные, такие, как С.С. Корсаков, В.П. Сербский, В.М. Чиж, И.Б. Галант. Наш современник, знаменитый французский психиатр, соратник Леона Шертока, Мишель Сапир так отзывается о функциональных расстройствах: «*Функциональное расстройство — это стремление к лучшей жизни по самой низкой цене. Иными словами, это столкновение желания и связанных с ним опасностей и обеспечивающей*

осуществление этого желания безопасностью»⁶.

В этих словах достаточно точно указаны механизмы функциональных расстройств. Сапир пишет: «*Диагностика функциональных расстройств затруднена. Если на первых порах они имеют некоторый позитивный потенциал, то повторение превращает их обладателей в хронических больных*». Таким образом, можно быть хроническим больным (добавим, инвалидом), не имея никакого заболевания, а имея только нарушенную социальную или психологическую защиту (или то и другое вместе). Это состояние Нордау называл «истерией», «вырождением», «общей усталостью». Фрейд назвал его *фрустрацией*. Он хорошо был знаком с древнегреческой мифологией, с театром. Эхилловские и софокловские трагедии он сделал частью повседневных человеческих переживаний. Катарсис превратился в психоанализ. Фрустрация — неудовлетворенность игрой актеров, не сумевших привести зрителя в состояние катарсиса, — стала основным патологическим механизмом человеческой психики.

И это — поле деятельности социальной медицины.

4. **Habitus. Pathos et Nosos**

Пограничные субъекты заполнили не только наши улицы, но и государственные учреждения. Мы далеки от того, чтобы всех считать истериками и «дегенератами», однако число таких людей растет в геометрической прогрессии, особенно если к ним прибавить токсикоманов, наркоманов, бомжей, малолетних проституток и преступников, детей-бродяг и перверсных субъектов, прикрывающихся статусом «сексуальных меньшинств», прочих асоциальных и антисоциальных «элементов».

Однако, находясь под постоянным прессингом недавно пережитых, переживаемых повседневно и грядущих социальных катаклизмов, нормальные люди действительно *устали* и разучились реагировать на бытовые мелочи нормально. Повседневные человеческие реакции все чаще принимают форму патологических (экстремальных). Если принято считать убийство (гомицид), самоубийство (суицид) и бегство от действительности (эскапизм) проявлением крайних реакций, то они стали нормой реагирования человека на любой «бытовой» раздражитель. Не будем приводить соответствующих примеров: их предостаточно в криминальной хронике!

В этом же ряду ненормальных «нормальных» реакций находятся и многие расстройства здоровья, которые часто носят *функциональный характер*. Такими больными переполнены городские и районные больницы, они ежедневно

⁶ Medecine Psychosomatique. 1989,1/17.

поступают как экстренные больные в клиники скорой помощи. Если еще 15 лет назад *ипохондрический раптус*, или *паническая атака* были признаками тяжелых психических болезней (шизофрении, маниакально-депрессивного психоза и др.), то сейчас это тоже как бы нормальное проявление жизни вполне здоровых людей как «разрядка» от чрезмерного психологического гнета⁷. Стоит ли говорить о весьма простых симптомах обычного раздражения (неудовлетворенности, плохого настроения или той же усталости), типа боли (в мышцах, суставах, сердце, желудке, головной боли, «колик»), симптомов вроде потемнения в глазах, головокружения, озноба, бессонницы, насморка или заложенности носа, поносов и запоров, импотенции, фригидности, снижения либидо, хронических колебаний веса и расстройств менструального цикла и многих других явлениях, отнюдь не связанных ни с каким заболеванием? Это болезни, на которых сколачивают свои состояния всевозможные целители и колдуны.

Обращение к таким целителям, как и безнадзорное поглощение всевозможных рекламируемых парамедикаментов, — симптом функционального расстройства сознания: человек «снижается» до статуса *истерика*, психика которого в регрессе, а готовность к внушению и самовнушению резко повышена.

Габитус (*Habitus*) — многозначное латинское слово. Оно означает: 1) внешность, наружность, вид; 2) состояние, свойства, положение. Но мы будем употреблять его здесь в другом значении: *Habitus* — это привычное состояние человека, «заразившегося» социопатией; норма поведения данного человека и норма его стереотипных реакций.

Habitus находится рядом с *Pathos*, то есть со страданием (патология — это учение о страданиях). Однако функциональное расстройство не является патологией, это социопатология. При этом *Habitus* — это «любимая привычка», от которой, как бы она ни была неприятна и даже постыдна, как бы от нее ни страдал сам хозяин, он не хочет избавиться.

Еще раз подчеркнем, что *Habitus* с *Pathos* генетически не связан, а напрямую связан с социумом. Теперь переходим к рассмотрению связи *Phatos* (страдания) и *Nosos* (болезнь — лат.). *Pathos* прямо зависит от *Nosos*. Если и клиницисту нелегко разобраться в отношениях *Pathos* и *Nosos*, то социальному медику тем более. Но тут на помощь нам приходит философия, к которой со времен К. Ясперса так охотно прибегают медики.

Почти одновременно Эмиль Золя приступил к воплощению замысла своих «Ругон-Маккаров», а английский психиатр и философ-позитивист Генри Модсли завершил свой труд «Физиология и патология души». И хотя Золя был художником слова, а Модсли — скрупулезно мыслящим ученым, их волновала одна и та же мысль о наследовании психической патологии поколениями одного рода. Процитируем Модсли, а Золя просто порекомендуем перечесть.

⁷ Вейн А.М. Панические атаки. М., 1996

«У одних больных болезнь выражается преимущественно буйными действиями, у других — бредом, острым или хроническим, у третьих — преимущественно аффективными расстройствами. Если теперь освободимся от понятия времени и представим себе течение болезни или вообразим все обстоятельства жизни, как целых поколений, так и отдельных лиц, совершающимися в одно время, то поймем отношения различных форм друг к другу. При таком изучении болезни, едва замечаемые и часто просматриваемые ее периоды у отдельного лица, по причине их непродолжительности, будут резко выражены в жизни поколений, и, наоборот, фазы болезней, которым предается слишком большое значение и независимый характер в жизни поколений, могут быть правильно оценены при рассмотрении течения болезни у отдельного лица. Если бы во все времена отчетливо понимали это начало, то темные в настоящее время формы болезни были бы яснее и не могло бы быть относительно их бесполезных, продолжительных и жарких споров»⁸.

Самое главное, что мы должны понять, подходя к проблеме *Pathos et Nosos*, коренной для медицины вопрос: что такое болезнь не с позиции больного человека, а с позиции всего рода человеческого? Понятно, что и миллион лет до нашей эры были бытовые и военные травмы. Были отравления и инфекционные заболевания. Но как быть с нервно-психическими болезнями, сердечно-сосудистыми (например, с ишемической болезнью сердца или гипертонической болезнью)? С другими заболеваниями, которые по праву называют наследственными? Очевидно, вопрос этот должен входить в философский спор о том, рождается ли человек с состоянием сознания «*tabula rasa*» (Аристотель, Альберт Великий, Локк)? Если признать это, то не может существовать никаких врожденных заболеваний, а только предпосылки к таковым, или, как говорят психиатры, «отягощенный анамнез». Если же человек рождается с психикой, в которой — пусть в виде иероглифов — запечатлен опыт его предков, то возникает другая крайность: человек оказывается predetermined с рождения ко всем заболеваниям, которыми ему на роду суждено переболеть.

С точки зрения естественно-исторического и биологического понимания проблем медицины кажется бесспорным, что болезни возникли вместе с человеком и по сути представляют собой явления приспособительные, иначе почему бы они закреплялись в генетических кодах и передавались из поколения в поколение. В противном случае мистическое понимание судьбы, в которой каждый расплачивается за грехи всех своих предков, приобретает почти научный характер.

Рассматривая взаимоотношения *Phatos* (страдания) и *Nosos* (болезни), мы подходим к существенному различию между клинической и социальной

⁸ Модсли Г. «Физиология и патология души». СПб., 1871. С. 405.

медициной. Врач-клиницист опирается при лечении на синдромологическую картину заболевания. Наследственная болезнь у пациента или приобретенная — вопрос чаще всего академический, ибо ни на подборе лекарственных препаратов, ни на выборе оперативной тактики, ни даже на прогнозе это никак не отражается. Врач-клиницист работает на настоящее время и, если он справляется со своей задачей хорошо, он обеспечивает соответствующее будущее своему пациенту (выздоровление, хроническое течение болезни или инвалидизацию). Все это, повторяем, из настоящего времени. «Лечить больного или болезнь» для клинициста одно и то же. Он всегда имеет дело с конкретным человеком и конкретным заболеванием. Социальный медик, даже если он действует в интересах конкретного лица, тем не менее работает на весь его род, на всех потомков. Он работает как бы из будущего своего пациента. И это оказывается возможным лишь потому, что он работает с прошлым своего пациента. Для социального медика наследственное заболевание является не академическим, а стратегическим вопросом.

Взаимоотношения *Pathos* и *Nosos* сложны еще и тем, что род одного человека — это древо, в ветви которого вплетены тысячи тысяч разных родов других людей — и не всегда соплеменников. Так, З. Фрейд считал, что по крайней мере 4 тысячи лет в Европе правят 2—4 семьи, и все они кровные родственники. Наверное, поэтому так трудно предсказать, заболит ли (а если заболит, то когда?) человек наследственным заболеванием, которое было у его родителей или у бабушек с дедушками. Когда мы будем говорить о *генной инженерии*, мы еще вернемся к этому вопросу, как его понимают и решают медицинские генетики, здесь же мы должны предложить в качестве рабочей модели закон критической массы.

Вспомним, как устроена атомная бомба. Для того, чтобы произошел взрыв, должны соединиться две половинки ядерной массы и образовать критическую. С наследственностью происходит нечто подобное: для того, чтобы заложенное в генах заболевание стало реальностью, нужна вторая половинка для образования критической массы. Так, к примеру, род отца несет одну половинку «критической массы» болезни, а род матери — вторую. Но и это еще не все. Для возникновения заболевания нужен «тротилловый взрыв», который бы объединил половинки в критическую массу. Этот «тротилловый взрыв» не передается по наследству. Он накапливается в процессе жизнедеятельности человека или приобретается сразу (например, в результате стресса). Таким образом, для того, чтобы болезнью, которой болел кто-то из предков человека, заболел он сам, нужны еще две составляющие — вторая отягощенная наследственность (по любому родовому древу) и социальный «тротилловый» заряд. Кстати, согласно теории «кармы», действительно ничто не пропадает из информационного поля человеческого рода: ни болезни, ни преступления, ни самоубийство...

В реальной практике врача-лечебника взаимоотношение *Pathos* и *Nosos* если и принимаются в расчет, то по такой схеме. Возьмем, для большей наглядности,

инфекционное заболевание сальмонеллез. При возникновении этой болезни (Pathos) Nosos есть сальмонелла — кишечная палочковидная бактерия (присутствует в яйцах, красной рыбе и других продуктах). Но сальмонеллезом болеет один на 10 тысяч (эти цифры, конечно, изменчивы), съевший зараженные ею продукты. Забегая вперед, скажем, что этиопатогенез инфекционных заболеваний также меняется со временем, как и сами эти болезни. Но патология без этиологии не существует. А этиология — это всегда «ядро» нозологии. Но и в данном конкретном случае мы все равно вернемся к «карме». В практике автора был случай, когда его пациент выбрал из 10 одно яйцо, зараженное сальмонеллой, и умер. Другие яйца тоже были съедены его родными, и никто из них не заболел. Не мистифицируя, мы все же должны понять, почему умер наш пациент и как такая внезапная смерть отразится на судьбе его детей и семьи?

Пациент, погибший от сальмонеллеза, съев одно яйцо из десяти, по мнению инфекционистов, умер бы обязательно, какое бы из этих яиц он в тот момент ни съел (напоминаю, что все яйца были съедены членами его семьи и никто не заразился). Эту трагическую предопределенность к смерти они объяснили просто: у пациента в момент обеда была понижена кислотность желудочного сока, что дало возможность сальмонелле проявить свою вирулентность. Погибшему было 43 года, и никакими желудочными заболеваниями он не страдал.

Мы хорошо запомним этот «казус», когда будем разбираться в социальных основаниях психосоматики.

5. Социальные основы психосоматической проблемы

Синдромологический подход заменяет и *психоаналитический*, и *физиологический*. Врач все больше работает по принципу «болезнь — это черный ящик» (лечат уже не больного и не болезнь, а синдром). Психотропные препараты ориентированы именно на синдромологическую картину болезни. Лечение превращается все больше в решение простой математической задачи: сколько на каждый симптом нужно миллиграмм лекарства? Так, наверное, и случилось бы с медициной в целом, если бы не некоторые «НО». Послушаем вновь Мишеля Сапира: «Но быстрое развитие знания, распространение его средствами массовой информации, охват медицинским обслуживанием всего населения — все это превращает врача в «человека-оркестр», одновременно недооцениваемого и переоцениваемого. С одной стороны, сфера его деятельности сужается, с другой — расширяется. Он лечит и направляет к специалистам. Он играет важную роль в личной и семейной профилактике. Он вторгается в чуждые ему, немедицинские области. Но при этом ему дают почувствовать и он чувствует, что уступает в знании узким специалистам. Зато значительно чаще, чем прежде, он сталкивается с психосоциальными факторами. Часто он должен взять на себя роль учителя,

обучающего пациента тому, как уживаться с болезнью с учетом критерия качества жизни.

Задачи эти новы и трудны. Они требуют специального обучения, которого врач часто избегает, опасаясь, что оно нарушит его личную и профессиональную жизнь».

Здесь М. Сапир прекрасно описывает превращение клинического врача в социального. И это знамение времени.

М. Сапир продолжает: «Наконец, последнее — по порядку, но не по значимости — это искушение преступить, ежедневно возникающее у сталкивающегося с самой разнообразной проблематикой врача общего профиля. Этому искушению противостоит страх перед Матерью Медициной. Возможно, этот страх, переживаемый как невыносимый, и толкает многих к извращенной практике. Для работающего в клинике специалиста это искушение не так сильно — его защищают уже сами стены учреждения, правила, иерархия, традиции. Но и здесь защита ослабевает, когда речь идет об испытании новых препаратов или проверке новых методов. До какого предела, например, можно доводить эксперименты с пациентом с болезнью Альцгеймера? Г-жа Faget-Largeau напоминает, в частности, о мультимодальных экспериментах у больных с тяжелым диабетом». (Поясним, что болезнь Альцгеймера, как и диабет, протекающий в тяжелой форме, — наследственные заболевания; если ими болеют родители, то почти 100% будут больны и дети. Как видим, Сапир ставит здесь задачу социальной медицины).

Дальше он пишет: «Комитеты по этике усиливают тревогу экспериментатора. Но что сказать о Противоболевых центрах или группах паллиативного ухода (хосписах)? Что означает здесь заявка или согласие? Кто делает заявку и каковы возможности умирающего согласиться или не согласиться? Что такое сегрегация умирающего в больнице, призванной быть центром жизни, а стало быть и надежды, но в то же время и смерти? Что такое больница сегодня вообще? Каким должно быть обучение врачей, чтобы их связи с больными отвечали условиям больницы?»

Врач же общей практики лишен даже этой, как видим, далеко не всегда работающей защиты. Он находится в условиях конфронтации и конкуренции с многочисленными учреждениями и инстанциями — такими, как орган социального обеспечения, средства массовой информации и т.д. Все это часто создает у него ощущение угрозы».

М. Сапир не произносит этого магического слова *социальная медицина*, которое только и могло бы снять многие проблемы современной медицины, обозначенные им. Вместо «*социальная медицина*» он говорит «*психосоматика*» (сразу заметим, что Сапир вместе с Л. Шертоком выпускали около четверти века журнал «Психосоматика», и хотя Сапир — профессор Парижского университета, он часто посещал Центр психосоматической медицины им. Дежерина, который возглавлял долгие годы Л. Шерток. Но к психосоматике у него свое, особое

отношение. Он, как никто другой (если, конечно, забыть о Ясперсе), под этим словом подразумевает именно социальную медицину, необходимость появления которой видит со всех сторон). Он пишет: «Учитывая все сказанное, уместно задаться вопросом — какую же роль должна играть психосоматическая медицина? Психосоматической медицины как таковой не существует, иначе она попала бы в разряд параллельных медицинских. Она рождена от многих неизвестных. Ее корни — в колебаниях и неуверенности медицины 50-летней давности (время возникновения социальной медицины как научно-практической дисциплины. — *Е.Ч.*). Для ее обоснования созданы многочисленные теории, я их насчитал тринадцать. Хотя на самом деле их много больше... Столь большое количество теорий указывает на отсутствие точности. Каждая из них иллюстрируется многими интересными, но имеющими характер частных случаев фактами. При этом претендует на глобальный охват. И это при отсутствии серьезной эпистемологии....Так, нынче отвергнуты смутные идеи о психогенезе онкологических заболеваний. Ни траур, ни разлука не приводят к раку молочной железы, здесь речь идет о генетической предрасположенности. Но на развитие многих видов рака влияет гормональная секреция, а на нее, в свою очередь, факторы психологического порядка. Необходимо это влияние исследовать с тем, чтобы уточнить — существует ли специфическая зависимость биологических факторов от психологических. Идет ли речь о недавних или давно полученных травмах? Чем вызываются душевные травмы — агрессивностью или неудовлетворенностью? Влияет ли это на большинство людей, а если нет — на каких именно людей влияет? И так далее... Идет речь о глобальном ослаблении иммунной защиты (вспомним умершего от куриного яйца пациента! — *Б.Ч.*), как при СПИДе, или о специфической связи между специфической для этого субъекта травмой и его тоже специфическим биологическим состоянием?» Подчеркнем, что со времен докторской диссертации Эдмунда Гуссерля (философа, оказавшего огромное влияние на Ясперса), «специфическим биологическим состоянием» принято считать «социальное, усвоенное как переживание». Таким образом, все трудности с психосоматикой у одного из ведущих психосоматиков Франции в том, что он «сому» понимает как «кожу» (В какой-то мере это сродни понятию «Я — кожа», введенному Д.Анзье). Но тут же он поправляется: «Но здесь речь идет о форме, запахе, взгляде, отношении, поведении». Он, как мыслитель и практик, хорошо понимает, что «форма, запах, взгляд, отношение, поведение» у человека суть явления цивилизации и культуры. Они-то и определяют «специфическое биологическое состояние человека», как в болезни, так и в здоровье (кстати, слова, приписываемые Марксу: «Болезнь есть стесненная в своей свободе жизнь», — на самом деле принадлежат Ибн Сине).

Итак, мы рассмотрели социальные основы психосоматики, и в этом нам помог Мишель Сапир. В дальнейшем мы еще не раз будем возвращаться к некоторым вопросам, на которые он искал и не нашел ответы, ибо не смог расширить границы клиники до горизонтов социальной медицины.

Глава 4

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ В СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ

1. Эпидемиология здоровья

Термин «эпидемиология» можно применять не только к болезням или другим негативным общественным или природным явлениям, но, и прежде всего, к понятию «здоровье». Закономерности возникновения, развития и распространения в обществе (в государстве, в содружестве государств, на всей нашей планете) здоровья как непреходящей ценности и изучает эпидемиология здоровья.

История цивилизованного человечества знает немало периодов, когда к здоровью относились именно как к желательной эпидемии. Так, Спарта своим примером в отношении к здоровью заражала многие греческие государства. Это, кстати, была одна из причин конкуренции и конфронтации с Афинами (которые тоже претендовали быть источником эпидемии здоровья). Первой общеизвестной эпидемией здоровья нужно считать Олимпийские игры, которые проводились по всей Греции, захватывая и близлежащие острова и страны (776 год до н.э.— 394 год н.э.). Это был праздник здоровья, на котором торжествовали физкультура и искусство. Кстати, древние не знали слово «спорт». Его в обиход ввели англичане в 1908 году, когда в Англии проходили IV Олимпийские игры. Именно с тех пор *физкультура* и *спорт* стали постепенно расходиться как в своих целях, так и, самое главное, в отношении к здоровью.

Многие формы правления и политические режимы провозглашали здоровье народа (нации) и сограждан высшей ценностью и всячески стимулировали эпидемиологический охват «здоровьем» всех и каждого в отдельности. Так, в СССР в 30-х годах была вызвана настоящая эпидемия здоровья, инициатором которой был А.В. Луначарский, народный комиссар просвещения. Он пригласил для этого в страну известную американскую танцовщицу Айседору Дункан и создал все условия, чтобы она могла пропагандировать массовые физкультурные танцы, по типу танцев древней Олимпии. Те самые «пирамиды», которые строились из физкультурников на стадионах, аренах цирков и многочисленных клубных площадках, ввела именно Айседора Дункан. Чтобы ясно представить, что происходило тогда в советской стране, достаточно вспомнить фильмы тех лет («Запасной игрок», «Вратарь», «Первая перчатка» и др.). Гимном стала песня из «Первой перчатки»: «Чтобы тело и душа были молоды, Ты не бойся ни жары и ни

холода. Закаляйся, как сталь!»

Эпидемия, вызванная Луначарским и Дункан, просуществовала в нашей стране недолго. Потом, пройдя этап под лозунгом ГТО («готов к труду и обороне»), все было заформализовано. Были введены обязательные уроки физкультуры в школах. Преподавателей для них готовили институты физкультуры.

В 60—70-х годах в СССР вновь была вспышка эпидемии здоровья, но на сей раз идущая не сверху, а снизу — из народа. Была ли она спонтанной или тоже инициированной «высшими инстанциями» косвенными путями, мы затрудняемся сказать. На сей раз молодежь буквально лавиной двинулась в различные спортивные секции. Они организовывались при заводах и фабриках, при клубах, институтах, спортивных обществах как в городах, так и в поселках. Но теперь уже речь шла именно о *спорте*, а не о *физкультуре*, хотя секции не ставили перед собой задачи вырастить спортсменов, побивающих мировые рекорды. На первом месте все же было здоровье — основная цель подготовки в спортивных секциях.

Можно считать, что с физкультурой как таковой в нашей стране к 70-м годам было покончено. Справка, освобождающая от занятий физкультурой в школе «по состоянию здоровья», стала самым обычным делом. А спорт из массового все больше и больше превращался в профессиональный, хотя и по нашему, советскому, образцу. Но это уже другая проблема.

После 70-х эпидемий здоровья в нашей стране не наблюдалось, хотя «вспышки» были — то там, то тут. В настоящее время мы имеем дело с эпидемиями болезней, прямо связанными со спортом. Это, конечно, в первую очередь — массовое употребление анаболиков и всевозможных допингов не только профессиональными спортсменами, но и «подвальными качками».

В настоящее время в ряде стран (США, страны Западной Европы, Австралия, Канада, Мексика, Япония, Южная Корея, Тайвань) развернута широкая кампания за «*качество жизни*». Правда, она еще не переросла в эпидемию здоровья, но, судя по материалам ежегодных конференций и симпозиумов (объединивших врачей, социальных работников, деятелей спорта, бизнесменов, политиков, социологов), проводимых Международным обществом качества жизни (*Quality of Life*), это вполне возможно, и именно такую цель данное движение преследует. Это общество делает ставку именно на частную инициативу, на всенародное движение, хотя обращается за помощью к ведущим политикам, бизнесменам и общественным деятелям, а также к Правительствам.

Оказывается, здоровым быть мало в наше время: нужно еще жить качественно (на все 100%). А это отнюдь не просто и возможно только благодаря всеобщим усилиям: «всех стран и народов». QOL выпускает ежемесячно массу литературы под общей шапкой «HEALTH, Management, Policy & Community Care».

Социально-экономические и культурные условия в России пока таковы, что об эпидемии здоровья говорить не приходится (как, между прочим, и о

физкультуре). Спорт прочно стал на почву бизнеса, и в этом не отличим от западного. Тем не менее все понимают, что общество должно быть здоровым, понимают и то, что без соответствующего физического воспитания это невозможно. Врачей и демографов особенно беспокоит состояние психического здоровья населения (нас постигла настоящая эпидемия олигофрении, не говоря уже о громадном скачке пограничных больных и отягощении течения тяжелых психических заболеваний, таких, как шизофрения, эпилепсия, маниакально-депрессивный психоз, болезни преклонного возраста).

Кое-что для психического оздоровления общества, конечно, в России делается. Так, сделан первый шаг к коалиции общественных организаций в сфере психического здоровья. 4 июля 1996 года в Москве прошла конференция «Общественные инициативы в сфере психического здоровья», в которой приняли участие представители 18 общественных организаций. Были рассмотрены следующие вопросы: 1. Выявление и обсуждение общих проблем организаций, работающих в сфере общественного здоровья. 2. Как общественные организации могут решить эти проблемы. 3. Возможности общественных благотворительных организаций. 4. «Закон о государственном социальном заказе»; чем он может помочь? 5. Необходимые предпосылки и условия для продуктивного сотрудничества общественных организаций. 6. Коалиция московских организаций, нужна ли она? 7. Может ли объединение в коалицию решить часть общих проблем? 8. Лоббирование в государственных структурах интересов общественных организаций.

Активное участие в конференции приняли представители таких благотворительных обществ, как фонды «Душа человека» и «Нет алкоголизму и наркомании», Ассоциация родственников душевнобольных «Острова надежды». Московские объединения телефонов доверия. Московский клубный дом и другие. На конференции были выработаны Положение о взаимоотношениях с Правительством Москвы, а также «Законопроект о государственном социальном заказе», подготовленный Российским благотворительным фондом «Нет алкоголизму и наркомании» для рассмотрения в Государственной Думе.

Основная идея этой конференции — частичное разгосударствление социальной службы; ограничение статуса ведомств ролью государственного заказчика. Участники полагали, что находятся перед лицом правового закрепления сотрудничества государственных и общественных организаций во всенародном деле — охране здоровья народа.

2. Вирулентность, иммунодефицит, эпидемиология

Сначала разъясним основные понятия, которыми будем оперировать.

Вирулентность (от лат. *virulentus* — ядовитый) — степень

болезнетворности, патогенности данного микроорганизма. Она зависит от инфекционного свойства агента и от восприимчивости заражаемого организма. Вирулентность одного и того же микроорганизма может меняться, как искусственно (например, при производстве вакцин), так и естественно — при изменении среды обитания микроорганизмов (например, под действием радиации вирулентность многих микроорганизмов сильно возрастает, не патогенные могут стать патогенными; это показали исследования зон заражения после Чернобыльской катастрофы или мест захоронения радиоактивных веществ) или при изменении состояния микроорганизма, куда они внедряются.

Иммунитет (от лат. *immunitas* — избавление, освобождение от чего-либо) — невосприимчивость организма к инфекционным агентам и чужеродным веществам. Обеспечивается защитными свойствами кожи и слизистых оболочек, клетками иммунной системы, гуморальными факторами. Естественный или врожденный иммунитет обусловлен наследственно закрепленными особенностями организма. Приобретенный активный иммунитет возникает после перенесенного заболевания или введения вакцины. Приобретенный пассивный иммунитет возникает после введения антител или при передаче их ребенку с молоком матери.

Иммунная реакция — взаимодействие антитела с соответствующим антигеном, которое происходит в организме при внедрении в него антигенов. Степень иммунитета (порог чувствительности организма) — предел готовности антител справляться с антигенами без возникновения заболевания.

Иммунодепрессанты — лекарственные (или какие-либо другие, например, пищевые) вещества, подавляющие иммунные реакции организма или снижающие его порог чувствительности к вирулентным микроорганизмам.

Вспомним приведенные выше слова Макса Нордау, что при определенном состоянии общества (моральной и психической деградации) обыкновенные микроорганизмы, покрывающие наше тело и привычно паразитирующие в нем, вдруг становятся заразными (вирулентными), способными вызвать массу неожиданных болезней. Заметим здесь, что самым опасным биологическим оружием может стать обыкновенная кишечная палочка, если сделать ее вирулентной (кишечная палочка — неременный атрибут нормального пищеварения, наш постоянный паразит, без которого человеческий организм функционировать не может). Считается, что одним из последствий ядерной войны может стать такое положение, когда обычные невирулентные микроорганизмы человека (в том числе и кишечная палочка) приобретут вирулентность.

Функциональные расстройства (еще не болезни, но уже и не здоровье), с одной стороны, безусловно, представляют собой суть социопатических реакций, но с физиологической (вернее, иммунологической) точки зрения, они же являются показателем резкого падения порога чувствительности организма. А здесь уже такие распространенные и массовые болезни, как аллергические, кожные, всевозможные *диатезы*, патологические беременность и роды, расстройства менструального цикла, бесплодие, снижение потенции, фригидность, снижение

либидо, беспричинные колебания веса, нарушения обмена веществ и т.д.

Безусловно, социально-экономическая, политическая, правовая и нравственная ситуации в стране прямо или косвенно влияют на степень иммунитета народа в целом и каждого гражданина в отдельности. Не могут остаться без тяжелых медицинских последствий социальные катаклизмы, происходящие в государстве. Первое, что на них реагирует в человеческом организме, — *иммунная система* (опережая даже психическую и сердечно-сосудистую систему). Но это, так сказать, глобальные факторы. Есть и конкретные, свойственные обществу, в котором охрана здоровья населения нарушена. К ним относятся различные иммунодепрессанты, прежде всего лекарственные.

Фармокопоя (сборник стандартов и положений, нормирующих качество лекарственных средств) имеет законодательный характер во всех цивилизованных странах, в том числе и в России. Согласно одному из пунктов этого законодательства, инструкция, прилагаемая к каждому препарату, обязательно должна содержать информацию о том, является ли этот препарат иммунодепрессантом. При коммерческой фармации, когда лекарства массово рекламируются для приема без назначения врача, такой важный момент их воздействия, как способность к иммунодепрессивному эффекту, просто не учитывается. Примерно такое же положение и с продажей различных «заморских» и «экзотических» пищевых продуктов, которые или сами по себе, или в результате так называемых «пищевых добавок» являются иммунодепрессантами.

Здесь следует учесть и такой момент. Пищевые продукты для *диеты* (диета – от греческого *diaita* – образ жизни), то есть традиционно сложившийся по количеству, химическому составу, калорийности и кулинарной обработке рацион питания, свойственный населению одной страны, может быть полностью или частично не приемлем в условиях другой страны. И это касается, прежде всего, иммунодепрессивных свойств того или другого продукта питания. *Диетология* должна стать составной частью социальной медицины.

Иммунодефицит, как видим, может быть приобретен различными путями и вызывать самые различные заболевания. Но «чума XX века» – *синдром приобретенного иммунодефицита* (СПИД) – заслуживает особого рассмотрения.

СПИД является сложным инфекционным заболеванием, вызываемым специфическим вирусом (вопрос о том, был ли он искусственно синтезирован или имеет природное происхождение, остается открытым). Этот вирус был одновременно обнаружен в США и во Франции в 1981 г. Болезнь характеризуется глубоким угнетением клеточного иммунитета, в результате чего организм человека становится восприимчив к любой инфекции. После 1981 г., оглядываясь назад, медики разных стран (не только США и Западной Европы, но и Центральной Африки) сошлись на том, что люди умирали от СПИДа (тогда еще не установленного) как минимум 5 – 6 лет (по схожести клинических картин неясных острых инфекций). К началу 1985 г. СПИД был зарегистрирован в 40

странах Америки, Западной Европы, Австралии и Азии. 80% выявленных больных приходилось на США (8397 человек). В Западной Европе тогда их было 800 человек (во Франции — 260, в ФРГ — 135 человек, в Англии — 108 человек). В СССР в 1985 г. не было ни одного больного СПИДом.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения, на 31 марта 1989 г. в 148 странах мира было зарегистрировано 146569 больных СПИДом. В СССР в это время больных СПИДом было 9 человек, инфицированных вирусом иммунодефицита (ВИЧ) без явных проявлений болезни — 228 человек. По прогнозам ВОЗ от 31 декабря 1989 г. предполагалось, что к концу следующего десятилетия число больных СПИДом достигнет на Земле 3—4 миллионов. Теперь мы знаем: ВОЗ ошиблась в своем прогнозе почти на миллион!

Изучение эпидемиологии СПИДа показывает, что вирус (ВИЧ) передается половым путем или попадает в кровяное русло при инъекциях, при переливании зараженной крови, а также с молоком матери ребенку или от инфицированной беременной женщины плоду.

Выделены *группы риска* по СПИДу. В США, Канаде, Западной Европе и в Австралии самую большую группу больных СПИДом (75%) составляют гомосексуальные и бисексуальные мужчины. В следующей по величине группе (20%) находятся наркоманы. Третья группа — сборная (от проституток, случайно заразившихся от своих партнеров, до зараженных в больницах при переливании крови).

Сейчас установлено, что большинство инфицированных ВИЧ в течение длительного времени (от 3—5 месяцев до 2 лет) не подозревают о своей болезни, поскольку клинические проявления заболевания отсутствуют и сохраняется хорошее самочувствие. Инфицированный ВИЧ, не знающий о своем заболевании, естественно, представляет собой серьезную угрозу для общества.

В 1987 г. вышел первый Указ Президиума Верховного Совета СССР «О мерах профилактики заражения вирусом СПИДа». 10 апреля 1989 года вышел Приказ Министерства Здравоохранения СССР №239 о создании на всех уровнях здравоохранения единой унифицированной системы борьбы со СПИДом. За последние годы были созданы консультативно-диагностические центры, а также специализированные лечебные учреждения для диагностики и лечения больных СПИДом. Широко ведется разъяснительно-воспитательная работа по профилактике «чумы XX века». Но уже теперь можно констатировать, что в России, как и во всех других странах мира, борьба со СПИДом заканчивается поражением. *Эта* болезнь распространяется по законам настоящей ползучей пандемии. Остается уповать на скорейшую смену тактики и стратегии по отношению к этому заболеванию. Возможно, какие-то, в настоящее время мало привлекающие к себе внимания особенности протекания болезни или больных раскроют код, знание которого расшифрует закономерности эпидемиологии СПИДа. Так, многие врачи, занимающиеся лечением больных СПИДом в разных странах, заметили одну особенность в их поведении — сознательное желание

заразить СПИДом как можно больше людей! Ни психологи, ни психопатологи научного объяснения этой особенности больных ВИЧ-инфицированных не имеют.

3. Фармакоэпидемиология и медикаментозная безопасность

В 1980 г. известный американский фармаколог Г.Е. Леман поставил весьма щекотливые вопросы перед коллегами: имеет ли правительство право защищать население от возможного ущерба, обусловленного бесконтрольным употреблением лекарственных препаратов, до какого предела оно имеет право ограничивать законом личную свободу граждан, вправе ли фармаколог диктовать запрет на использование лекарств, даже если их действие не совпадает с медицинскими показаниями? Многие коллеги Лемана посчитали тогда его вопросы «циничными».

В 1989 г. в Москве и Ленинграде для выяснения распространенности психофармакологических средств и их использования с целью самолечения был проведен анкетированный опрос (на улицах) 100 случайно отобранных прохожих. Оказалось, что 97 из них самостоятельно, на основании советов друзей и родственников, принимали психотропные препараты (по преимуществу, из группы бензодиазепинов: седуксен, тазепам, радедорм, элениум, сибазон, феназепам и др.) Срок приема варьировался от 2—3 недель до нескольких лет. Средний возраст опрошенных — 35 лет. Женщин — 62%, мужчин — 35, детей до 14 лет — 3. Отметим, что тогда седативные препараты названной группы только входили в моду. В стране их еще было мало. Отечественные фармакологические заводы выпускали лишь два подобных препарата — сибазон (аналог западному седуксену) и феназепам.

В Канаде с 1984 по 1994 г. были проведены исследования смертельных случаев, вызванных приемом лекарств без назначения врача. Их число составляло 1417 (700 мужчин, 685 женщин, 32 ребенка до 10 лет). Кроме того, в состоянии комы от приема лекарств (также без назначения врача) в канадские клиники в тот же период были доставлены 60518 человек, которых не удалось спасти. Ни один из указанных пациентов не принимал лекарств с целью самоубийства. Средний возраст умерших был 53 года. Аналогичные десятилетние исследования проводились также в Швеции и США. В Швеции из 11596 отравившихся лекарствами и поступивших в тяжелом состоянии в клиники пациентов погибли 274 человека. В США смертность от приема лекарств без назначения врача составляла 2% от всех умерших.

Основные группы лекарств, вызвавших отравление и смерть, во всех странах были одни и те же: сердечно-сосудистые препараты, жаропонижающие,

анальгетики, спазмолитики, противовоспалительные и, на первом месте, седативные психотропные препараты. В развитых западных странах полагают, что в настоящее время к лекарственным препаратам нужно относиться как к «вирусам», периодически вызывающим (то одна группа препаратов, например, анальгетики, то другая группа, например, противозачаточные средства) настоящие эпидемии. В возникновении, развитии и распространении этих эпидемий в первую очередь виновата реклама (в ряде стран Западной Европы, таких, как Швейцария, Германия, Дания, Австрия и др. реклама лекарственных препаратов запрещена). Но эти эпидемии могут развиваться и спонтанно (кто-то случайно принял успокаивающее средство — оно помогло, он поделился с соседями...и цепочка начала раскручиваться).

Особая опасность лекарственных эпидемий в нашей стране обусловливается рядом факторов: 1) безнадзорность продажи лекарственных препаратов (так, Москва охвачена сетью аптечных киосков в переходах метро и на улицах, в торговых кварталах, где любой препарат можно купить без рецепта, да и во многих аптеках рецепты в настоящее время также не требуются); 2) препаратов за последние пять лет появилось столько, что врачи не успевают в них разобраться и часто назначают их по показаниям, почерпнутым из «вкладышей»; 3) источник появления многих препаратов сомнительный (так называемые лицензированные препараты, произведенные неизвестно где и неизвестно кем); 4) лекарственные препараты широко рекламируются для самостоятельного употребления по симптоматическим показаниям (боль, жар, насморк, тошнота, бессонница, кашель, понос, запор и т.д.). Самое опасное, когда реклама рекомендует родителям заниматься самолечением детей!

В XVI в. Парацельс ввел представление о дозировке лекарств. Коммерческая же фармакопея дозирует лекарства поштучно: взрослому — таблетку; ребенку — полтаблетки.

Анаболики (от греческого *anabole* – подъем, ассимиляция), то есть гормональные препараты, применяемые не только профессиональными спортсменами, но и всеми желающими иметь мощную мускулатуру, продаются в нашей стране свободно и большими партиями по объявлениям. Увлечение ими среди молодежи велико и распространяется подобно эпидемии. Можно точно предсказать, какие социально-личностные потери мы будем иметь в результате этой эпидемии в ближайшие годы! Сколько появится больных с нарушениями обмена веществ, сколько мутантов родится! Рядом с ними находятся допинги. От пищевых (что стоит одна реклама кофе, если ее рассматривать под углом зрения социальных последствий эпидемии кофеманов: подростки не могут сосредоточиться и найти друг с другом контакт без чашки кофе, что же с ними будет, когда они станут взрослыми?) до тех же лекарственных. Если лекарство принимают потому, что «плохо», то допинг (тоже лекарство, например, антидепрессант или транквилизатор) — чтобы было «хорошо» (повысилось настроение, чувство силы, работоспособность, энергия). Во многие газированные

напитки добавляются стимуляторы (кока-кола, спрайт, фанта и т.д.).

Противозачаточные препараты распространяются тоже по законам эпидемии, и потребителями их являются (по международным данным) девушки от 14 до 20 лет. Взрослые женщины крайне редко и никогда систематически не принимают противозачаточных средств. Последствия применения этих препаратов хорошо известны: бесплодие, выкидыши, рождение уродов. Больше того, каждая десятая, систематически принимающая противозачаточные препараты, погибает от острого нарушения мозгового кровообращения (K.Goldonni, 1997). В западных европейских странах уже три года ведется широкая дискуссия по запрещению изготовления и продажи противозачаточных лекарственных средств.

Серьезность лекарственных эпидемий объединила фармакологов и врачей разных стран в Международное общество фармакоэпидемиологов и Европейское общество фармакологического надзора. Россия, к сожалению, в эти Общества не входит.

4. Алкоголизм, токсикомании, наркомании.

В 1985—1989 гг., в самый разгар антиалкогольной компании, в СССР пронеслись эпидемии токсикомании. Они охватили, прежде всего, подрастающее поколение. Источниками токсического эффекта были вещества бытовой химии. Тогда по сравнению с настоящим положением вещей их было не так уж много. Не будем перечислять их — они широко известны. Смертность от применения токсических веществ побила все рекорды — погибали десятками, сотнями. Так, в Барнауле в 1986 г. погибло 300 детей и подростков в возрасте от 12 до 16 лет. Педагоги и наркологи, столкнувшись с такой эпидемией, оказались совершенно неподготовленными. Лечение токсикоманов до сих пор очень зыбкая тема: болезни ведь как таковой не существует! В момент отравления есть клиника острого отравления конкретным ядом и лечение проводится согласно этой клинике (обычная дезинтоксикационная терапия). Но, «поправившись», подросток выходит на улицу и вновь и вновь принимает (нюхает, глотает, дышит или даже вводит под кожу или в вену) токсическое вещество.

Проблемой токсикомании тогда занялись социологи, но их опросы и тестирование ни к чему не привели. Оставались репрессивные меры: токсикоманов отлавливали, чердаки и подвалы закрывались, родители зачинщиков штрафовались... Потом, на фоне начавшихся социальных катаклизмов в СССР, проблема токсикомании отошла на задний план. Тем не менее, она остается актуальной и по сей день, как в нашей стране, так и за рубежом. Правда, она отчасти уступила место вышедшей на первый план проблемы *наркомании*. Основную массу наркоманов в России сейчас составляют подростки.

Алкоголизм, токсикомании и наркомании имеют между собой очень скрытую (эндогенную) связь. В частности, это проявляется в том, что никакими социально-экономическими или психологическими условиями эти пороки человеческого общества не объяснишь. Есть такое абстрактное понятие, как «общественный климат», к которому иногда прибегают, чтобы объяснить это социальное зло. Ведь, к примеру, невозможно представить, что в Спарте могли быть алкоголики, токсикоманы и наркоманы! Но их были единицы и в гитлеровской Германии. Этой проблемы нет и в современном Иране.

Генетически алкоголизм, токсикомании и наркомании (и это подтверждают современные исследования), вероятнее всего, связаны между собой. Скорее это выглядит примерно так: у родителей с отягощенной психической патологией наследственностью рождаются дети — токсикоманы или наркоманы («мутанты», «дегенераты», «выродки», по разной терминологии). Определяющей «род мутации» причиной является социальная среда. Поэтому алкоголизм, токсикомании, наркомании должны стать объектом социальной медицины, тогда как клиническая медицина (реаниматология, наркология и психиатрия) имеет дело с субъектами данной патологии.

Ниже мы подробно рассмотрим общие и отдельные аспекты алкоголизма, токсикомании и наркомании. А пока обратим внимание на то, что практическая и теоретическая беспомощность в отношении с указанными медико-социальными проблемами порой приводит к странным «позициям», суть которых состоит в «понимании» своих пациентов (будь то алкоголик, токсикоман или наркоман). Так, в отношении алкоголиков сказано много добрых слов: «уход от жестокой и несправедливой действительности» (хотя представить Гамлета спившимся вряд ли возможно), «алкоголь цивилизует человека, смягчая его агрессивность», «алкоголь способствует коммуникации» и т.д.

То же относится и к наркоманам, причем эта позиция приводит к «защите» наркоманов-подростков от врачей, психологов, педагогов, родителей и других подростков, которые наркотики не принимают. Всеобщая беда психологизаторов наркомании в том, что токсикоманы, алкоголики и наркоманы очень разные и по личностным, и по характерологическим, и по способностям переживания и мышления субъекты. А действуют они одинаково! Поэтому суть не в том, что они чувствуют, а в том, что их заставляет принимать яды.

Если уж психологизировать в отношении токсикомании и наркомании, то с точки зрения не человеческого Я, а массы. Начать можно хотя бы с книги З.Фрейда «Психология масс и анализ человеческого Я». В начале своей работы Фрейд приводит отрывок из книги известного в свое время психолога Г.Лебона.

«В психологической массе самое странное следующее: какого бы рода ни были составляющие ее индивиды, какими схожими или не схожими ни были бы их образ жизни, занятие, их характер и степень интеллигентности, но одним только фактом своего превращения в массу, они приобретают коллективную

душу, в силу которой они совсем иначе чувствуют, думают и поступают, чем каждый из них в отдельности чувствовал, думал и поступал бы. Есть идеи и чувства, которые проявляются или превращаются в действие только у индивидов, соединенных в массы. Психологическая масса есть провизорное существо, которое состоит из гетерогенных элементов, на мгновение соединившихся, точно также, как клетки организма своим соединением создают новое существо с качествами совсем иными, чем качества отдельных клеток».

Мы так подробно процитировали Лебона, ибо его мысли помогут нам разъяснить и некоторые положения следующего раздела о «*психических эпидемиях и криминальных толпах*». Именно законам последних и подчиняются токсикоманы и наркоманы (конечно, при учете, что и в этом правиле есть свои исключения).

Больницы и поликлиники всего мира знают больных, которые поступают, принеся с собой мешок с различными лекарствами, которые они систематически, в разных комбинациях принимают десятилетиями («от давления», «от желудка», «от сердца», «от печени» и т.д.). Эти пациенты имеют пухлые, по несколько томов амбулаторные карты и истории болезни. Им ставятся различные «хронические» диагнозы, лечат их обычно теми лекарствами, которые они сами называют врачу. Это *ятрогенные* (*iatros* — греч. врач) токсикоманы, психологически и физиологически (но не клинически!) зависящие от медикаментов. Если отнять у них «их лекарства», то наступит не обострение какого-то заболевания, а настоящая абстиненция. Лечить их, как токсикоманов, не от чего. Перевоспитывать их поздно, ибо они, как правило, люди, которым за 50, к тому же характерологически изменены в сторону психопатизации личности.

Другую группу медикаментозных токсикоманов составляют пациенты, страдающие *фобиями* (страхом заболеть). Они систематически принимают лекарства от несуществующего заболевания, превращаясь таким образом в токсикоманов. Один из таких пациентов с кардиофобией в сутки принимал до 80 таблеток нитроглицерина (десятикратная смертельная доза!). Никаким сердечно-сосудистым заболеванием он не страдал.

Теперь несколько слов об алкоголизме. Социальный медик должен четко различать «*бытовых пьяниц*» и больных *хроническим алкоголизмом*. Основные признаки хронического алкоголизма: 1. наличие похмельного синдрома; 2. наличие запоев; 3. изменение толерантности к алкоголю (по схеме: увеличение дозы, плато, снижение дозы); 4. деградация личности по алкогольному типу (бахвальство, лживость, склонность к воровству ради выпивки, сверхценные идеи ревности при снижении потенции и т.д.).

При дифференциальном диагнозе хронического алкоголизма всегда нужно выявить, «первичный» или «вторичный» алкоголизм имеется у пациента. «*Вторичный алкоголизм*» — это синдром алкоголизма у больного, страдающего каким-нибудь вялотекущим психическим заболеванием (чаще всего шизофренией

или маниакально-депрессивным психозом, но иногда и эпилепсией, «купируемой» систематическим приемом алкоголя, что клинически трудно дифференцируемо).

5. Психические эпидемии и криминальные толпы

Уже упоминалось, что токсикомании и наркомании в России за последние пять лет распространяются по законам эпидемий. Вот что писал по поводу психических эпидемий известный русский психиатр В.Х. Кандинский (1849—1889): «Болезни, поражающие сразу множество людей, называются повальными, или эпидемическими болезнями... Не одни только телесные болезни способны к эпидемическому распространению; болезни души, психические расстройства также нередко принимают эпидемический характер. История человечества, история обществ представляет нам ряд длинный, можно сказать, — непрерывный ряд примеров, в которых известные побуждения и стремления, известные чувства и идеи охватывают сразу массу людей и обуславливают, независимо от воли отдельных индивидуумов, тот или другой ряд одинаковых действий. При этом двигающая идея, сама по себе, может быть высокою или нелепою, чувство и стремление могут не выходить из границ физиологических, но могут быть также необычайными и аномальными, совершенно изменяющими прежний нравственный и умственный характер людей. К таким примерам морального и интеллектуального движения масс, порою принимающего форму резкого душевного расстройства, мы совершенно вправе приложить название «душевные эпидемии». Аналогия с телесными эпидемиями здесь полная... Оспа и чума уносили прежде тысячи и десятки тысяч жертв и опустошали целые страны. Душевные эпидемии не менее губительны. Проходит время невольного душевного расстройства, время коллективного увлечения и страсти, — и вернувшиеся к рассудку люди обычно не могут понять своих прошлых ошибок...»⁹.

К психическим эпидемиям В.Х. Кандинский относит революции и войны, религиозные движения. Он рассматривает массовые походы детей от 10 до 14 лет, собиравшихся в 1212 г. со всей Европы, чтобы идти к гробу Господню в Палестину. Аналогичным было и «массовое безумие детей», охватившее многие местности Германии в 1458 году. К психическим эпидемиям Кандинский относит и так называемые *индуцированные поступки* (убийства, самоубийства, крупные кражи, мошенничества и т.д.), которые совершаются как бы в подражание. В этом он, в частности, обвиняет прессу и литературу: «Начиная с Эскироля (Жан Этьенн

⁹ Кандинский В.Х. Нервно — психический контагий и душевные эпидемии. В кн.: Общепонятные психологические этюды. М., 1881.

Доминик Эскироль, 1772—1840 гг., французский психиатр, один из основоположников научной психиатрии), врачи постоянно указывали на опасность от мелкой прессы, распространяющей в массе подробные и картинные описания различных преступлений и процессов. Не менее вредны литературные произведения, придающие самоубийцам ореол поэтичности и героизма. Madame de Сталь не без основания говорила, что гетевский Вертер вызвал большее число самоубийств в Германии, чем весь прекрасный пол этой страны».

Психические эпидемии известны с древних времен. Греческая мифология сохранила о них память. К примеру, таков миф о трех дочерях тиринфского царя Прэта, которые покинули родительский дом и бродили по лесистым предгорьям, утверждая, что превратились в коров. Такое несчастье постигло их из-за того, что они презрели статую Геры — богини плодородия и брака. Эти девушки — Лизиппа, Финнойя и Ифианасса — вскоре стали центром психической эпидемии, когда к ним присоединились толпы женщин из Тиринфа и Аргоса. Все они чувствовали себя коровами (мычали, щипали траву и ходили на четвереньках). Вылечил их некий Меламп — пастух-прорицатель.

Во время распада СССР многое, что происходило с людьми, по клиническим критериям попадает под категорию психических эпидемий. Приведем пример, когда как бы схлестнулись две разных эпидемии — инфекционная и психическая.

1 декабря 1988 г. ВОЗ объявил Днем по борьбе со СПИДом, внимание к которому было подготовлено средствами массовой информации во многих городах, в том числе в Москве и Ленинграде. Тогда и началась настоящая психическая эпидемия — *спидофобия*. Как-то сразу масса людей узнала телефоны медицинских учреждений и лабораторий, занимавшихся проблемой «СПИД», и «обрывала» их в течение нескольких суток. Все звонившие требовали срочно проверить их на СПИД. Закончилась эта эпидемия страха перед СПИДом внезапно, вероятно, потому, что страну стали потрясать новые катаклизмы и эпидемии.

Психические эпидемии — это симптом всякого «смутного времени», или социальных катаклизмов. Контингент, которым овладевает психическая эпидемия (будь то эмоционально заряженная идея или напряженный аффект), чаще всего представляет собой толпу, чувствующую себя как нечто целое, единое, тотальное. Правда, бывают эпидемические вспышки, когда «зараженные» не объединяются в толпы. К примеру, в конце прошлого века в ряде деревень Нечерноземья пронеслись психические эпидемии икоты: икали поодиночке, иногда семьями. В одной семье икали, например, дети, в другой — взрослые. Были при этом случаи, когда икать начинали и домашние животные (кошки, собаки). Икота начиналась внезапно и также внезапно прекращалась. Икали сутками, в том числе и во сне. Вспышка затухала, потом, спустя месяц — два, возобновлялась. Врачи и местные знахари ничего поделать не могли.

Психическая эпидемия, охватившая толпу, может превратить ее в криминальную. Хотя история знает случаи, когда «охваченная энтузиазмом» толпа совершала подвиги созидания, находясь в состоянии эйфории или экзальтации. Но чаще криминальная толпа способна на спонтанно возникающий бессмысленный бунт агрессивных людей с помраченным сознанием. Аффект, помрачающий сознание толпы, — это конгломерат различных негативных эмоций, достигающих предельной степени напряжения и поэтому готовых к разрешению серией разрушительных действий. Криминальная толпа находится в состоянии группового острого безумия, имеющего выход в слепом уничтожении всего и вся. Этот аффект всегда является психологическим ядром криминальной толпы. Паника, которая часто сопровождает ее действия, — начальная стадия разрешения аффекта, слепые поиски отводных каналов для перенапряженных эмоций. Здесь к месту процитировать русского психиатра и культуролога Н.Н.Баженова, который в начале века писал: *«Состояние социальное аналогично состоянию гипнотическому. Иметь только внушенные извне мысли и эмоции и думать, что они спонтанны — вот иллюзия общая для человека в сомнабулизме и для человека в обществе»*¹⁰. Баженов четко определил механизмы возникновения криминальной толпы, а именно: *гипноз* и *суггестию* (внушение).

В 1771 г. в Москве разразилась чума. Был голод; господствовал полицейский произвол. 10 сентября в различных районах Москвы и окрестностях стали собираться толпы разъяренных людей, вооруженных чем попало: топорами, кольями, камнями, вилами, ружьями и цепями. И, словно сговорившись, двинулись по направлению к Кремлю, круша все на своем пути, затаптывая случайно попадавшихся на пути людей, не щадя ни старого, ни малого, ни женщину, ни убогого. Бунтовщики убили архиепископа Амвросия и пытались ворваться в Кремль. Никаких целей, кроме разрушения, у этих толп не было. «Чумной бунт» — так были названы эти два—три дня — представляет собой еще один пример сочетания инфекционной и психической эпидемии. А через два года началась Крестьянская война под руководством Е.И. Пугачева (1773— 1775).

Почти десять лет — с 1834 по 1844 гг. — на севере, в Приуралье и Поволжье бушевали картофельные бунты, вызванные насильственным введением новой культуры — картофеля. В совокупности своей они, может быть, и выражали антикрепостнические настроения, которые были характерны тогда для всех слоев населения (выразителями их, как известно, стали петрашевцы), но каждый в отдельности бунт, кроме разрушения, ничего с собой не нес.

«КАРТОФЕЛЬНЫЙ БУНТ» КАК ОБРАЗЕЦ КРИМИНАЛЬНОЙ ТОЛПЫ

Приведем подлинную запись Р.А.Черносвитова (1810—1859) одного из

¹⁰ Баженов Н.Н., Габриэль Гард. // Вопросы философии и психологии. 1905 г. Т.78,С.233.

эпизодов картофельных бунтов, к которому он имел самое непосредственное отношение, будучи исправником в Ирбите. В польской кампании 1830—1831 гг., Р.А.Черносвитов был тяжело ранен ядром и потерял правую ногу. Выписавшись из госпиталя инвалидом, он сам смастерил себе протез, изобретение опубликовал в журнале «Инвалид» и получил на него патент. В Ирбите он собрал отряд из таких же, как он, инвалидов, числом до 100 человек. Вот с этим отрядом он и умирал тысячные толпы картофельных бунтарей.

В 1838 году комитет раненых определил меня на службу исправником в Ирбит Пермской губернии; я приехал туда в октябре 1840 года. Весной 1841 года в соседнем Камышловском уезде этой же губернии возникли беспорядки; пока местное начальство собралось — зараза разлилась из Камышлова в Щадринск и Ирбит. Я был в противоположной стороне уезда, когда мне дали знать о беспорядках; прискакав на место сборища, я нашел окружного начальника — без чувств, избитого постройками его экипажа; присутствие мое прекратило это буйство, и доверие, какое заслужил я у народа, а может быть, и страх строгости моей, успокоило толпу, но не разрядило, со всех сторон прибывал народ, я, в свою очередь, посажен был под караул, но действовал и оттуда так, что дальнейшие буйства прекратились, дня через два пришел отряд, и толпу, как водится, пересекли.

Весною 1842 года вспыхнули беспорядки в Оренбургской губернии, в уезде Челябинском, на границе Щадринского происходили буйства в продолжение 6 недель, в народе и у меня в уезде начали носиться толки, а также и в соседних уездах нашей и Тобольской губерний, и наконец, начались в Щадринском уезде сборища и буйства...

По собранным сведениям оказалось, что большая часть бунтовщиков направилась к селу Верхтеченскому, куда и я отправился, получая постоянно донесения весьма неутешительные...Мешкать было нельзя, и я пошел на Верхтечь...

18 число, в трех верстах от Верхтечи меня встретила толпа с винтовками, более 1000 человек; пока шли разговоры, через реку Бабазык, где мост бунтовщики разобрали, толпа прибывала, и с боков обходили и объезжали нас особые колонны; дерзости и ругательствам не было границ, выстрел из винтовки, направленный в окружного начальника или в меня, не знаю, служил сигналом: два выстрела из пушки немного подействовали, но батальонный огонь разогнал толпу. При известии о поражении все, собравшиеся в селе Верхтеченском, разъехались по своим местам, и в это же самое время генерал Обручев с 8, кажется, орудиями умирал беспорядки в Оренбургской губернии.

Криминальная толпа, будь она из десятка тысяч человек, неизвестно для чего собирается, неизвестно, куда идет, неизвестно для чего убивает, для чего себя дает убивать, для чего разрушает все, что попадает на пути. Морально криминальная толпа беспомощна, и поэтому ее нетрудно разогнать горсткой

вооруженных людей. Тот, кто хорошо знает животный мир, знает и то, что бешенство может охватить и наших братьев меньших. Для того, например, чтобы остановить табун коней, несущихся в пропасть, необходимо быстро распознать «свихнувшуюся» лошадь и отстрелить ее, чтобы спасти остальных.

Сознание криминальной толпы помрачено аффектом (как сомнамбулы, по Баженову), и поэтому действия ее слепы и хаотичны. У криминальной толпы нет иной цели, как найти выход для нестерпимого напряжения, а когда пары спущены и пламя аффекта сбито, остается *страх*, продолжающий удерживать людей в толпе. Без «дерзости» и спеси криминальная толпа беспомощна.

Основные термины, в которых можно описать криминальную толпу, следующие. *Ажитированность* — внезапно возникающее сильное беспорядочное двигательное беспокойство или даже возбуждение, часто сопровождаемое речевым возбуждением (выкрики, угрозы, оскорбления, нецензурная брань, копролалия, плевки, свист, хрюканье, улюлюканье и т.д.). Разрушительные действия в течение трех суток (без сна и отдыха). Прекратиться все может внезапно, сменившись вялостью, подавленностью, апатией или «скулящим страхом», иногда — амнезией (беспамятством).

Так, в одной геологической экспедиции, работавшей в Аяно-Майском районе вдали от населенных пунктов, после нескольких дней изнурительного перехода, сопровождаемого бесчисленными укусами мошкары, у большой группы геологов возникло состояние ажитации, в которое затем включились почти все, кроме проводника, местного жителя якута, и фельдшера, 20-летней девушки, только что поступившей на работу по окончании медицинского училища. Ажитация длилась около пяти часов: с 12 дня до 17. За это время двое погибли, пятеро получили тяжелые ранения, трое из них нанесли себе увечья сами, ножами и топорами, почти все остальные получили в той или иной степени различные повреждения, в том числе, и оттого, что кусали друг друга. Все имущество экспедиции: палатки, переносные лодки, аппаратура, кухонные принадлежности, оружие, инструменты — было уничтожено, разбросаны банки и пакеты с продуктами.

«Все это происходило, как в кино», — вспоминает фельдшер. «Как во сне или спьяну», — подтверждает проводник. Они были разделены буйствующей толпой и наблюдали ее из разных точек. Никто из бесновавшихся не обращал на них ни малейшего внимания, хотя спрятаться им было негде. Вероятно, сознание буйствующих было сужено, так что и девушка, и проводник просто не попадали в поле их зрения.

Успокаивались постепенно, в течение получаса, крик и ругань сменились стонами, всхлипываниями, причитаниями. Полностью очнувшись, не могли понять, что произошло. Никто ничего не помнил. Средний возраст геологов 35 лет, треть отряда составляли женщины. Все, за исключением фельдшера, имели стаж полевых работ свыше 10 лет, алкоголь не принимали.

Импульсивное поведение и растерянность перед его нелепостью характеризуют и другой случай.

Трое солдат первого года службы пошли в караул, получив автоматы и комплект патронов. Один из них, находясь на посту, внезапно открыл огонь по подходившим проверяющим, скосив их очередь. Быстро снял с убитых оружие и побежал «хвастаться» к двум другим, стоявшим на своих постах. Всех троих охватило состояние ликования и свободы. Ночью они напали на охрану склада с оружием, убили ее, захватили автомобиль, несколько ящиков с патронами, несколько автоматов и направились в свою казарму. Там, убив младшего офицера прикладом, захлеб стали рассказывать другим военнослужащим о своих «подвигах» и призывать всех «подаваться в партизаны». Так образовалась группа из одиннадцати человек, которая на двух автомобилях выехала из части. В осеннее время пять дней они скрывались в лесу, по ночам в деревнях воровали съестное. Спали мало. Энтузиазм угасал вместе с силами. На шестой день, вечером, всей гурьбой вошли, волоча за собой автоматы, в один из домов и попросили поесть. Наевшись картошки с хлебом и молоком, упали на пол и крепко уснули. Аресту не сопротивлялись. Ни один патрон израсходован не был.

Молчаливая агрессия — состояние угрюмого напряжения, по неясным каналам распространяющееся от одного человека к другому и овладевающее группой мгновенно. За короткое время этим состоянием могут быть охвачены десятки и сотни людей. Молчаливая агрессия базируется на депрессивном аффекте и разрешается серией разрушительных акций, убийством, членовредительством. Внешне эти акции могут производить впечатление целенаправленных действий, однако с исчезновением напряжения наступают растерянность, чувство общего страха перед содеянным, иногда паническое бегство, попытка толпы рассеяться. Расстройств памяти не наблюдается.

В одном ИТУ внезапно возникло состояние всеобщего напряжения, охватившего заключенных без всякой причины, двое суток стояла атмосфера тяжелой угрозы, причины которой не были ясны. Воспитатели, политработники, командование ИТУ не могли снять это напряжение, все ждали «неминуемого взрыва», хотя обычный распорядок, в том числе, трудовой, не нарушался.

На третьи сутки перед обедом в одном из цехов без всякого шума был убит инженер, что явилось словно сигналом к агрессивным действиям: в разных концах «зоны» почти одновременно были совершены попытки убийств военнослужащих — работников ИТУ и охраны. Захвачены узлы связи, автомобильный транспорт, частично оружие. Активные действия совершались стремительно, «как по единому плану», молча — ни криков, ни ругани, ни команд, ни лишних слов, только отрывочные — «готов», «осторожно», «марай», «кончено», «дыши тише», «отдыхай» и т.п.

Затем заключенные забаррикадировались в отдельных помещениях, разрушив там оборудование. Около трех суток практически ничего не ели и не спали, затем стали группами «сдаваться». Были единичные попытки самоубийств и членовредительства: один заключенный отрубил себе кисть, двое вскрыли вены, один оторвал себе щипцами нос и ухо, один прибил себе гвоздем мошонку к полу. Несколько человек попытались бежать, причем совершали побег на открытой и хорошо простреливаемой местности, то есть скорее в панике или с целью быть убитыми. Все без исключения признали себя виновными и требовали «немедленного наказания — вышки!»

«Буза» и «кураж» — внезапное, по малейшему поводу или без него, возбуждение толпы, как правило, «на вербальном уровне», то есть без разрушительных действий, характеризующееся беспорядочным разноголосым криком, руганью, угрозами, бранью, оскорблениями, издаванием различных глумливых звуков и шумов и т.п. Для состояния всеобщего возбуждения характерен смешанный аффект, экзальтация, дисфория — все кричат, каждый чего-то требует, но что точно и сам не знает, эхोलалия и эхопраксия (повторение друг за дружкой одних и тех же слов, точно также и в отношении жестов). Высказываются какие-то мелкие обиды, наговоры, придирки, заведомо ложные обвинения того, перед кем бузят и куражатся. Это сплошь и рядом наблюдается в местах лишения свободы, среди людей, по тем или иным причинам изолированных, вынужденных определенное время пребывать вместе. Точно также и среди тех, кто ощущает ущемление своих прав и свобод (геологические партии, рыболовецкие суда, туристический теплоход, база отдыха, занесенная снегом, и множество других подобных случаев, в том числе в рабочих коллективах, где задерживают зарплату и т.д.).

Кураж — та же буза, только перед конкретным или воображаемым «начальником», чтобы «ему показать» «заставить его себя уважать», «быть и говорить с ним на равных» или просто обратить внимание «начальника» на свою персону. Иногда при этом отмечаются случаи разрушений имущества и членовредительство куражащегося.

«Панкизм» характеризуется беспорядочным возбуждением толпы, в буквальном смысле самооплевыванием и оплевыванием окружающих, исполнением публично скабрёзных действий (не только копролалия, но и случаи копрофагии, обнажения, имитации или совершения публично половых актов). Нередки мелкие разрушительные действия — ломка стульев и битье посуды. Они носят характер вычурности, демонстративности, нарочитой нелепости и совершаются не для кого-то, не с целью привлечения внимания, а для себя — буйство ради буйства. Как правило, среди панкующей толпы всегда есть один или несколько человек в наркотическом состоянии, многие бывают в алкогольном опьянении (токсикоманы, кстати, никогда не панкуют). Панкующая толпа имеет опасную тенденцию вовлекать посторонних и заражать всеобщим аффектом,

отличающимся мазохистско-садистскими действиями. Возможны «случайные» («понарошку») убийства и самоубийства, поджоги и самосожжение.

В июле 1989 г. в одном из районов Смоленской области такие «панкующиеся» жгли транспорт, в поселках Калининской и Московской областях — жгли дома, дачи. В августе этого же года панкующая группа пыталась устроить железнодорожную катастрофу, свалив на рельсы бетонный столб. Как признался потом один из участников: «Хотелось своими глазами увидеть, как это происходит, ведь интересно, не правда ли, как электричка, переполненная людьми, сойдет с рельсов и пойдет под откос!»

Таковы общие черты, определяющие криминальную толпу. Основная ее характеристика — спонтанность: люди объединяются как бы случайно, по незначительному поводу или мотиву. Бывает, что случайный человек втягивается в нее, как в омут, помимо воли, самим ее властно-напряженным потоком, всеобщим чрезвычайно заразительным (заразным) аффектом, внезапно передающимся постороннему при виде возбужденной толпы, эмоциональной многорукой жестикуляции, *путем индукции и имитации* (А.А.Ухтомский).

Криминальная толпа как стихийное явление по клиническим признакам в определенном отношении является острым массовым безумием. В.Х.Кандинский очень осторожно говорил об этом: «Заметим, что мы употребляем термин «душевное расстройство» вовсе не в том смысле, в каком обыкновенно употребляют выражение «сумасшествие». Всякое нарушение гармонии в душевной сфере, всякий случай непомерной деятельности одних сторон психической жизни в ущерб другим может быть назван душевным расстройством. Поэтому-то в действительности ни для целого общества, ни для отдельного индивидуума не существует резкой границы между нормальным и болезненным душевным состоянием. Мы надеемся показать, что корень душевных эпидемий заключается в самой психической организации человека...».

Люди, действующие в криминальной толпе, часто испытывают самые настоящие зрительные и слуховые галлюцинации. Например, одна возбужденная группа, проводившая митинг по случаю очередной задержки зарплаты в одном из заводских клубов Москвы, в один голос утверждала, что к ним только что приезжал Ельцин, обещавший, что их деньги незамедлительно будут выплачены. Такие люди бывают ослеплены различного рода иллюзиями.

В криминальную толпу особенно просто и легко включаются так называемые пограничные типы с аномальными и психопатологическими характерами, истерики, невротики, олигофрены, слабоумные, социопаты и определенные *Habitus*. Это неслучайно, поскольку, с одной стороны, такие лица обладают повышенной степенью внушаемости, вплоть до сомнамбулизма, а с

другой — являются отличными проводниками аффективного заряда и поэтому быстро индуцируют (психически заражают: по выражению Р.А. Черносвитова — «зараза разлилась») других людей. Больше того, в силу особенностей своего характера они являются своеобразными аккумуляторами, удерживающими аффективное напряжение. Пограничные типы не способны к самоконтролю в конкретной ситуации и не критичны по отношению к своим действиям и поступкам окружающих.

Криминальные толпы как явление (симптом) порождены процессами, происходящими в обществе, суть выражения социальной жизни. Правда, они могут возникнуть и в районах природных стихийных бедствий, но и в таких случаях они остаются сугубо социальным явлением, или точнее, медико-социальным «случаем». И еще: криминальная толпа *преступна по своим действиям*, но, если так можно выразиться, *не по своему составу*. Это образование функциональное. Только с моральных позиций можно судить тех, кто так или иначе оказался вовлеченным в криминальную толпу, потому что не смог духовно (морально) противостоять ее воздействию. *Это тема большого и серьезного исследования именно социальной медицины, поскольку ни клиницисты, ни социологи, ни криминалисты, не имеют адекватных методов профилактики психических эпидемий и криминальных толп, а тем более их «лечения»*.

Безусловно преступны те, кто так или иначе способствует возникновению криминальной толпы (какими бы благими мотивами они ни руководствовались при этом), создают прямо или косвенно предпосылки для ее появления в обществе. По любым критериям, они разносчики «заразы», создатели «инфекционного очага» — криминогенной ситуации. Прямым преступником нужно назвать всякого, кто манипулирует подобным сообществом.

Криминальная толпа по своей сути противоположна криминальной группе (банде, мафии), иначе говоря, организованной преступности, имеющей своим средством и ставящей своей целью преступление (сознательный акт). Криминальная толпа не организована, бесструктурна, или вернее, ее структура своеобразна, как у шаровой молнии: есть эпицентр, ядро и оболочки. Пограничные типы составляют ядро, а социопаты — наружные оболочки. В эпицентре — психологическая пустота, в которой и находится стержневой аффект, «заряжающий» криминальную толпу. Но в это «психологическое пространство» может быть умело «вложена» программа. Тогда криминальная толпа становится управляемой (не переставая быть стихийной). Управление может осуществляться и дистанционно, в том числе и через различные СМИ, через рынок, рекламу, путем манипуляции потребительским интересом и т.д. Между криминальной толпой и криминальной группой, конечно, есть и связующие звенья, выступающие одновременно и как взаимно-переходные состояния: из криминальной группы — в криминальную толпу и обратно.

К таким переходным звеньям можно отнести, скажем, так называемых спортивных фанатов, годами мигрирующих за своей командой, а так же фанатов

рок- и поп-звезд. Примером могут быть и пресловутые «казанцы», «люберы», «тверцы», «рязанцы», «смолянички» — группировки вооруженной молодежи, еще недавно перемещавшиеся, в основном по близлежащим регионам, с явно преступными целями (достоверными сведениями о том, что с ними стало, когда они выросли, мы не располагаем). С одной стороны, подобные «структуры» отличаются по многим характерным признакам от криминальной толпы. С другой — в них уже проявляется и «работает» криминальная организация, с присущей ей иерархией ролей и функций. Известно, что преступные элементы, в том числе воры «в законе», внедряясь в ряды фанатов, молодежи с отклоняющимся поведением, формируют из них преступные группы. Поэтому стоит ли удивляться, что в нашей стране так быстро сформировалась наркомафия — организация со сложнейшей структурой и массовым кадровым аппаратом! Ведь перед этим были «казанские», «ферганские», «тбилисские», «бакинские» и другие события.

Концепция ажитированной толпы как «носителя» психической эпидемии, какого бы содержания последняя ни была, складывается из индивидуально-психологических закономерностей и, пользуясь термином З. Фрейда, психопатологии обыденной жизни, усвоенной массой. Причины помрачения массового сознания всегда объективны, но было бы ошибкой ограничивать их лишь социально — экономическими условиями.

Фрейд одним из первых всерьез заговорил о психопатологии обыденной жизни, об «эпидемиологии» психических расстройств. Психическая эпидемия — явление, еще далеко не изученное, но уже можно обозначить некоторые концептуальные представления о ней.

Психическая эпидемия — это проявление других «Я» в человеке, среди которых такие, которые называют «призрак», «мертвец», «зомби». Людям обычно кажется, что они хорошо знают себя (и на что они способны и не способны), даже не предполагая, что знают только одно свое лицо (привычное, обыденное). Но каждый кроме «привычного своего Я» постоянно носит в себе и своих «призрака», «мертвеца» и «зомби». Так, находясь в ясном сознании и здравом уме, любой человек тем не менее может «увидеть», «услышать», «физически ощутить» то, чего «на самом деле» не существует, общаясь не только со своим «двойником», но и с давно умершим человеком или инопланетянином. Это феномен призрака.

«Мертвец» — это сам человек, со стороны своей частично отключенной (или парализованной) воли, с резко ограниченной способностью аналитического и критического мышления. При этом, находясь в ясном сознании, он и не догадывается, что частично «мертв». Именно поэтому человек может не чувствовать боли, когда его тело подвергается разрушению (харакири, самосожжение, феномен Сцеволы и др.)

«Зомби» — это результат грубой суггестии, то есть прямого внушения, в настоящее время нередко подкрепляемого техническими, фармакологическими (психотропными) и наркотическими средствами (частично анаболиками)

воздействия на человека. Образно выражаясь, при варианте «зомби» душа человека «изымается», а вместо нее вводится тем или иным путем по каналу суггестии определенная «программа». Человек как бы превращается в живого робота, послушно исполняющего волю того, кто за «пультом»

В азитированной толпе работают все три механизма «Я». Люди, собравшиеся в толпу, по ее собственным законам превращаются для себя и окружающих в этих оборотней — *призраков, мертвецов и зомби*. «Программист», или «манипулятор», тоже может быть среди толпы, умело ее подстраивая и управляя ею. Три «кита» поддерживают толпу как целое, они же ее механизмы. Это *суггестия* (внушение), *индукция* (здесь — восприятие, сохранение, превращение, усиление и передача эмоций и аффекта от одного человека к другому или другим) и *имитация* (здесь — невольное, непроизвольное, неумышленное, неосознанное подражание, вплоть до копирования мимики, жестов, действий другого человека (эхопраксия), как при заразительном смехе, плаче, зевоте (феномены психического зеркала).

Для наглядности приведем пример криминальной толпы, охваченной психической эпидемией (сознательно вызванной и достаточно полно управляемой).

В ноябре 1978 г. в джунглях Гвианы произошло одновременное самоубийство 900 человек, в результате проповедей преподобного Джима Джонса, одного из идеологов и создателей культов смерти. Отцы и матери травили себя и своих детей, дети — себя и своих братишек и сестреноч, своих любимых собачек, обезьянок, кошек и, мучаясь в предсмертных судорогах, ложились на землю, крепко держа друг друга за руки. Джим Джонс подгонял их через громкоговоритель, сидя в похожем на трон кресле, над которым было такое: «Кто забудет свое прошлое, в того оно выстрелит из пушки».

Эпидемиология — это, пожалуй, самая сложная часть социальной медицины, составляющая особую ее область, все еще все до конца не разработанная и в современных условиях нуждающаяся в специальных системных исследованиях.

Глава 5

СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И МИГРАЦИОННЫЕ ПРОЦЕССЫ

1. Компас беженца и вынужденного переселенца

Проблемы социальной медицины, связанные с миграцией, можно увидеть уже на заре истории цивилизации. Даже в те далекие времена можно условно разделить всех *мигрантов* на *беженцев* и *вынужденных переселенцев*. Разделение это происходит по принципу гражданства (территории): вынужденный переселенец — это житель той страны, в пределах которой он передвигается, беженец — бежавший за ее пределы, например, согласно сведениям Библии, ханаане были вынужденными переселенцами, а евреи — беженцами.

Первая мировая война и революции в начале XX века вызвали такие огромные потоки как беженцев, так и вынужденных переселенцев, что явление это стало предметом многих научных исследований. Наше время (даже если не учитывать распад Советского Союза и Югославии) актуальность проблемы беженцев и вынужденных переселенцев не снимает. В Германии чуть ли не каждый 10-ый человек — турецкого происхождения. Во Франции засилье арабов... Страны Западной Европы и США из года в год продолжают ужесточать миграционные законы.

Но, безусловно, и в нашей стране проблемы миграции, беженцев и вынужденных переселенцев стоят очень остро и болезненно. Прежде, чем рассмотреть основные направления работы социальной медицины в этой области, мы попытаемся раскрыть общую картину положения дел с двух основных сторон: субъективной и объективной.

О субъективной стороне пишет О. Игнатенков в книге «Компас беженца и вынужденного переселенца» (М., 1984). Он обращается к русским, которые живут в Казахстане и готовы бежать в Россию, поскольку после обретения Казахстаном самостоятельности они стали там гражданами «второго сорта».

«Мы возвращаемся в Россию с горячей любовью к ней, но вскоре обнаруживаем, что поддержание в себе чувства патриотизма требует огромного мужества.

Не секрет, что до сих пор у большинства из нас был цивилизованный быт, любимая работа, друзья и...вдруг все перевернулось. Стало невыносимо жить там, где у нас был дом, где остались могилы наших предков. Мы в одночасье стали неудобными, «окупантами», «колонизаторами»... В обстановке национальной ненависти мечтаешь о России как о земле обетованной.

С этими мечтами и иллюзиями лучше распрощаться заранее. Никто нас в России особенно не ждет. Сегодня Россия сама терпит бедствие. Того государства, которое надежно защищало бы права граждан, по сути, нет. Все расшаталось.

Каждый из нас мог бы предъявить свой горький счет России — за то, что забыла, бросила нас в очень уж независимых республиках, за то, что здесь нас терзают... Но что толку плакать и жаловаться? Кто нас услышит и посочувствует, когда десятки миллионов россиян сами живут на грани нищеты, беспокоясь, смогут ли завтра прокормить своих детей?

Самое страшное в такую лютую непогоду лишиться крыши над головой. Если у кого-то еще есть выбор: переезжать или остаться в своем доме, если в состоянии смириться с унижениями, пригнуться, перетерпеть — не спешите отрубать концы.

Да, возврат к нашей прежней, привычной жизни уже нереален, и наши дети обречены в чужом государстве быть гражданами второго сорта. Но ведь и в России мы чужаки, причем, не только для окружающих, но и порой для самих себя. До боли обидно, когда предают единомышленники, те, с кем начинал строить жилье в чистом поле. Не все оказались способны перенести ад неустроенности, гонений, постоянных упреков, бюрократических издевательств. Люди есть люди, и ничего другого не остается, как терпеть невзгоды и ради будущего своих детей своими руками создавать цивилизованный быт.

Все мы, ставшие бездомными, хотим поскорее обрести в России свою крышу над головой. Однако сразу занять готовое жилье удастся или очень богатым, или имеющим дефицитные, как правило, рабочие профессии. Остальным же придется первое время жить, где попало — в вагончике, в сарае, снимать чужой угол... Не о жилье, а о хорошей работе на новом месте имеет смысл мечтать. Только имея хорошую работу, можно выжить, а со временем и крышу себе построить.

Итак, если приехал в Россию — снимай розовые очки, засучивай рукава и — работать, работать, работать...

Готовы ли вы к тому, что вас ждет в России?»

Мы привели полностью этот призыв О. Игнатенко, потому что в нем обнажена вся глубина психологического состояния мигрантов при очевидных последствиях психической травмы, какой является потеря «малой родины» (не только привычного социального окружения, но и социальных корней). И, заметим, автор советует : при всем ужасном положении «чужака» в другой стране, человека «второго сорта» «не спешить обрубить концы», ибо не каждый может выдержать тяготы переселения.

Об объективной стороне миграции можно иметь представление из доклада «Социальное положение женщин, относящихся к категории беженцев и вынужденных переселенцев, в Москве», подготовленного Союзом женщин России совместно с УВКБ ООН в 1998 г.

Миграция — один из самых сложных механизмов саморазвития населения. Прямые и обратные связи между процессами миграции и социально-экономической, политической жизнью РФ оказывают значительное влияние на ситуацию во всех субъектах Федерации, в том числе и в Москве.

По данным на 1 января 1998 г. Миграционной службы Москвы, в столице зарегистрировано 7,5 тысяч женщин, имеющих статус беженца или вынужденного переселенца, что составляет 52,4% от общего количества вынужденных мигрантов (14294 человек). Из них 4,2 тысячи женщин, или 56,0%, находятся в трудоспособном возрасте; 3,3 тысячи — пенсионеры (44,0%), 217 человек из которых (6,1%) являются инвалидами. В 1997 г. статус беженца или переселенца получили 683 женщины, что почти в два раза больше, чем в предыдущем. Из общего количества женщин-мигрантов подавляющее большинство — это беженцы из Азербайджана армянской национальности — 3251 человек (44%), русской национальности — 2789 человек (37,3%) и грузинок — 322 человека (4,0%), в том числе из Абхазии — 271 человек (84,2%).

Действующее законодательство РФ предоставляет лицам, имеющим статус беженца или вынужденного переселенца (независимо от пола), достаточно широкие права, реализация которых предусматривается в значительной мере за счет субъектов Федерации. Многие женщины становятся главами семей, и на их плечи ложится тяжелый груз ответственности за налаживание не только собственной жизни, но и жизни своих родственников.

Для того, чтобы деятельность миграционной службы по организации защиты и помощи беженцев была эффективной, необходимо учитывать различные потребности беженцев — детей, женщин, мужчин, престарелых, инвалидов и т.д. Так, с целью охраны здоровья женщин и детей в Москве осуществляется бесплатный их доступ к основным видам медицинской помощи: они прикрепляются к поликлиникам по месту пребывания и получают страховые полисы. Работающие женщины обеспечиваются пособиями по беременности и уходу за детьми на общих основаниях.

Особой защитой государства пользуются дети вынужденных переселенцев и беженцев. В 1998 г. около 200 семей из числа зарегистрированных Миграционной службой Москвы — это многодетные семьи и семьи с одним родителем.

Дети-беженцы нуждаются в особой защите и помощи. Потребности детей больше, чем у взрослых, и соответственно они должны иметь дополнительные условия.

Однако, несмотря на помощь, получаемую от городских федеральных и международных источников, социально-медицинские условия жизнедеятельности детей из семей вынужденных мигрантов как в целом, так и, особенно, по отдельным категориям, весьма неблагоприятны. Большинство детей мигрантов проживает в крайне стесненных жилищных условиях. Многие дети из-за языкового и общекультурного барьеров испытывают трудности в получении образования и профессиональной подготовки. Дополнительные проблемы

вызывает пребывание детей в семьях, относящихся к группе риска по медицинским (семьи с хроническими инфекционными и психическими заболеваниями) и криминальным (с членами семьи, совершившими правонарушения и преступления) показателям, равно как и положение детей в семьях незарегистрированных вынужденных мигрантов (главным образом из Афганистана), фактически полностью остающихся вне контроля и помощи со стороны городских органов здравоохранения, образования и социальных служб.

До сих пор не решены вопросы медицинского обслуживания мигрантов и их детей в период рассмотрения ходатайства о предоставлении статуса беженца или вынужденного переселенца, т.е. в период, когда у людей нет полиса обязательного медицинского страхования.

Миграционной службой Москвы совместно с Комитетом труда и занятости в 1998 г. был разработан проект городской целевой программы «Дети семей вынужденных переселенцев и беженцев». Эта программа предусматривает:

— выявление детей мигрантов, не охваченных контролем со стороны органов социального комплекса города и правоохранительных органов, с целью определения состава и объемов мер для поддержки этих категорий детей по линии органов здравоохранения и образования;

— обеспечение адресной поддержки детей из семей вынужденных переселенцев и беженцев с учетом материального достатка семей;

— создание условий для физического, психологического, образовательного и культурного развития детей из семей вынужденных переселенцев и беженцев;

— повышение уровня социальной и трудовой защищенности детей из семей вынужденных переселенцев и беженцев.

Дети, пенсионеры, инвалиды и другие слабо защищенные категории лиц находятся на социальном и другом обеспечении бюджета Москвы. В отношении же лиц трудоспособного возраста наблюдается определенная несправедливость, вызванная несогласованностью правовых норм Федеральных законов «О вынужденных переселенцах» и «О беженцах» с Федеральным законом «О занятости населения в Российской Федерации», согласно которому пособие по безработице может выплачиваться только лицам, имеющим постоянную регистрацию по месту жительства.

Московская миграционная служба работает в тесном взаимодействии с Комитетами и Департаментами города, а именно с Комитетом социальной защиты населения (так, при содействии Миграционной службы 115 беженцам и вынужденным переселенцам из стран Балтии, в основном женщинам, зарегистрированным Миграционной службой, предоставлены места в домах-интернатах Комитета); с Комитетом образования (работа по приему и размещению в интернатских учреждениях Москвы детей, пострадавших в результате событий в Чеченской республике, работа по оказанию адресной материальной поддержки детям из социально слабо защищенных семей беженцев и вынужденных переселенцев); с Комитетом по делам семьи и молодежи и

Комитетом труда и занятости Миграционной службы.

В рамках сотрудничества Тасис Сити Твининг «Породненные города Москва — Берлин» Европейским Союзом было предложено разработать Программу по обеспечению взаимодействия Миграционной службы Москвы с общественными организациями с использованием опыта работы в данной области ФРГ. Миграционная служба Москвы работает во взаимодействии со многими общественными и неправительственными организациями, в основном с национальными объединениями (Союзом русских беженцев, Интернациональным комитетом беженцев из Баку, Чеченским культурным центром, Комитетом «Гражданское содействие», московским отделением Красного Креста, УВКБ ООН и др.).

Действующее законодательство РФ предоставляет лицам, имеющим статус беженца или вынужденного переселенца, весьма широкие права, осуществление которых предусматривается в значительной мере за счет субъектов РФ. В частности, статья 7 закона «О вынужденных переселенцах» предусматривает, что органы исполнительной власти субъектов РФ включают вынужденных переселенцев в список граждан на получение жилья, строительство которого ведется за счет местного бюджета, причем, независимо от срока проживания в данной местности (пункт 2), переселенцам, нуждающимся в улучшении жилищных условий, предоставляются безвозмездные субсидии (пункт 4), оказывается содействие в обустройстве, производится выплата пенсий, пособий, обеспечивается медицинское обслуживание, получение образования и т.д.

Федеральный закон «О беженцах» (в частности, ст. 6 и ст. 8) также предусматривает обеспечение предоставленных беженцам прав. Каждому, претендующему на получение такого статуса, должны быть обеспечены в случае необходимости услуги переводчика, а также оказано содействие в обеспечении проезда и провоза багажа, выплата единовременного пособия на каждого члена семьи, направление в центр временного размещения, обеспечение безопасности со стороны органов внутренних дел, обеспечение питанием и коммунальными услугами, медицинской и лекарственной помощью, оказание содействия в направлении на профессиональное обучение.

Основания для отказа в предоставлении статуса переселенца или беженца, предусмотренные федеральными законами, не позволяют субъекту Федерации (территориальному органу миграционной службы) направлять лиц, ходатайствующих о предоставлении соответствующего статуса, в другие регионы, в частности, по причине целесообразности размещения этой категории лиц в данном регионе. Вообще, введение механизма квотирования уже предусмотрено Постановлением Правительства РФ № 1021, принятом в 1994 году.

Таким образом, хотя в законе полностью предусмотрена защита интересов вынужденных мигрантов, механизм управления миграционными потоками в масштабе всей страны, который должен учитывать и законные интересы регионов, до сих пор не отлажен. При этом любой нормативный правовой акт субъекта

Федерации, вводящий какие-либо ограничения в предоставлении соответствующего статуса, подлежит отмене как противоречащий федеральному закону. Такое положение, естественно, только стимулирует приток лиц данной категории именно в Москву как в наиболее привлекательный регион. Федеральный закон требует предоставления большинству из них статуса беженца (за исключением лиц, совершивших преступления, предоставивших о себе ложные сведения, и т.д.), после чего большинство из них в соответствии с тем же законом могут обратиться в Правительство Москвы с требованием предоставить жилье и обеспечить содействие в обустройстве.

«Федеральная миграционная программа на 1998—2000 годы», утвержденная постановлением Правительства РФ от 10.11.1997, за № 1414, предусматривает разработку важнейших нормативных правовых актов, регламентирующих порядок работы с данной категорией лиц, а также мероприятий в этой сфере в период не ранее середины 1998 года. В частности, разработка порядка определения и размеров ежегодной квоты распределения беженцев для каждого субъекта Российской Федерации, имеющих определяющее значение для выработки и осуществления политики Правительства Москвы в области регулирования миграции, были отнесены Программой на середину 1999 г.

Затраты Москвы на содержание этой категории лиц, с учетом максимально возможного их снижения, ежегодно составляют (в ценах 1998 г.) около 227,2 млрд. руб., увеличение расходов города по сравнению с 1996 г. составило 30% (было 174,8 млрд. руб.).

Вынужденная миграция в столице привлекает все более пристальное внимание общественных организаций, правоохранительных органов, государственных структур и средств массовой информации.

Субъекты вынужденной миграции — это лица, ищущие убежища. Правовые основы предоставления убежища, определения статуса и оказания помощи таким лицам регулируются законом Российской Федерации «О беженцах», «О вынужденных переселенцах», «О гражданстве Российской Федерации» и законами и иными правовыми актами Москвы.

Приток вынужденных мигрантов в Москву колеблется, а число лиц, которым был предоставлен статус беженца, за последние годы сократилось. Так, если за 1992—1993 гг. количество лиц, обратившихся за предоставлением статуса, составило 15732 человека, а количество лиц, получивших статус беженца, составило 12593 человека, или 80% от числа обратившихся, то в 1994—1995 гг. количество обратившихся составило 16410 человек, а соответствующий статус был предоставлен 2752 человекам, или 16,8%, в том числе беженцам — 2315 человекам (84,1%) и вынужденным переселенцам — 437 человекам (15,9%).

Снижение количества получивших статус в Москве связано с тем, что мэром Москвы было утверждено Положение о Миграционной службе Москвы (РМ № 324 от 12.06.1994), в соответствии с которым на эту службу было возложено регулирование миграционных потоков для обеспечения бескризисного развития

Москвы и формирование оптимального рынка труда города, с учетом соблюдения не только прав вынужденных мигрантов, имеющих желание поселиться именно в Москве, но также прав и законных интересов москвичей, включая оценку целесообразности и возможности размещения в городе данной категории лиц.

Утвержденное мэром Москвы Положение, зафиксировавшее статус Миграционной службы как городской структуры, позволило наладить взаимодействие со всеми городскими организациями, имеющими отношение к регулированию миграционных потоков.

Одним из следствий многолетней работы по регулированию миграционных потоков является, в частности, изменение национального состава вынужденных мигрантов в сторону увеличения удельного веса этнических россиян.

Есть наиболее притягательные для миграции районы, к которым, в первую очередь, относится Москва, Московская область, Краснодарский край, а также, хотя и в меньшей степени, Санкт-Петербург, Ленинградская, Воронежская и ряд других областей с благоприятными природно-климатическими условиями. К примеру, проблем беженцев в Тюменской области нет.

Именно исходя из этой ситуации, Правительство Москвы обратилось в Правительство РФ с предложением, предусматривающим введение квот по приему беженцев в регионах. В противном случае миграционная нагрузка на столицу могла бы достигнуть критической черты.

Регулирование миграционной ситуации в Московском регионе должно быть направлено на достижение наиболее полного соответствия численности и структуры мигрантов задачам социального и экономического развития города при одновременной минимизации нелегальной иммиграции.

К основным типам мигрантов в столичный регион относятся:

- беженцы и вынужденные переселенцы;
- лица, добывающиеся предоставления политического убежища;
- представители трудовой легальной внутрироссийской миграции, в том числе сезонники;
- представители трудовой легальной миграции иностранной рабочей силы;
- представители трудовой маятниковой миграции;
- лица, представляющие прочие виды миграции (брачной, учебной, нелегальной — как трудовой, так и преступной и т.д.).

Рассматривая картину миграционных процессов в стране на примере столицы (без общего представления об этой картине невозможно решение ни одной из социально-медицинских задач миграции), следует особо остановиться на проблеме детей беженцев и вынужденных переселенцев.

В настоящее время в Москве официально зарегистрировано свыше 2300 детей в возрасте до 16 лет из семей беженцев и вынужденных переселенцев, в том числе около 300 — до 5 лет и около 2000 — от 6 до 16 лет. Количество детей до 18 лет — 500 человек. Кроме того, в столицу только в 1997 г. прибыло более 110 детей в возрасте до 18 лет в составе семей лиц из дальнего зарубежья,

претендующих на статус беженца, через Управление иммиграционного контроля по Московской области и Москве (подчинение Федерационной миграционной службе России).

Учитывая масштабы и специфику детской составляющей миграционных процессов в столице, следует оценить проблему «дети семей вынужденных переселенцев и беженцев» как исключительно острую, оказывающую негативное влияние на санитарно-эпидемиологическую, криминогенную и моральную ситуацию и на социально-культурную обстановку в столице. Решать данную проблему необходимо срочно и комплексно, не замыкаясь на вопросах обустройства и адаптации только зарегистрированных (признанных) мигрантов.

Самую серьезную помощь в решении проблемы мигрантов, вставшей перед страной, может оказать социальная медицина, ориентированная на конкретную помощь беженцам и вынужденным переселенцам: детям, женщинам, старикам, инвалидам, матерям-одиночкам, детям-сиротам, мужчинам, потерявшим социальный статус, а значит, и положение кормильца и защитника семьи. Ни хорошо организованная миграционная служба (какой, несомненно, является московская), ни клиническая и профилактическая медицина (представленная учреждениями здравоохранения и Центрами здоровья) не в состоянии решить проблем относящиеся к области социальной медицины.

2. Бомжи как «предмет» социальной медицины

Люди без определенного места жительства (бомжи) возникли как социальный феномен в нашей стране после 1989 г. С полным основанием можно утверждать, что главной причиной их появления явилась так называемая приватизация и свободная продажа жилья. Обнищание как таковое еще не превращает человека в бомжа. Нищие и бродяги были всегда и везде. Бомжи появились только в распавшемся Советском Союзе. Это уникальное явление, которое, несомненно, будет предметом изучения разных наук — психологии, социологии и т.д. Здесь же нас интересует аспект, важный для социальной медицины.

Бомжи представляют собой очень разнородную группу. К ним относятся всякого рода бродяги, нищие, попрошайки, психические больные (некоторые из них точно так же, как их здоровые психически собратья, лишились жилья под нажимом криминальных элементов или в результате мошенничества), выпущенные из психиатрических больниц для «хроников» по причине экономически бедственного положения этих учреждений. Здесь же разного рода асоциальные элементы, потерявшие поддержку и понимание общества (что они еще имели в 80—90 годах), а также спившиеся алкоголики, токсикоманы,

наркоманы, инвалиды разного рода.

Ко Дню борьбы с туберкулезом, объявленному Всемирной организацией здравоохранения 24 марта 1998 г. Российское здравоохранение выпустило листовки, которые милиция должна была расклеивать в местах скопления бомжей. Листовка начиналась так:

Для бездомных, беженцев и других групп мигрирующего населения!

Туберкулез

Вы бездомный, беженец, мигрант? Неудачи преследуют Вас?

А тут еще этот несносный кашель и слабость.

Не исключено, что у Вас туберкулез. Не отчаивайтесь.

Обратитесь к врачу.

Вас примут в любой ближайшей поликлинике, противотуберкулезном диспансере. Излечение зависит только от Вас.

Дальше шло объяснение, что такое туберкулез, и описание основных его признаков, а также номера телефонов, по которым звонить.

Комитет труда и занятости Правительства Москвы при организации работы с бомжами руководствовался Указом Президента РФ от 10 июля 1996 г. №1025 «О неотложных мерах по укреплению правопорядка и усилению борьбы с преступностью в Москве и Московской области» и Постановлением Правительства Москвы от 7 мая 1996 г. «О мерах по социальной опеке граждан, утративших жилье, и лиц, занимающихся бродяжничеством и попрошайничеством в Москве», и городской комплексной программой мер по профилактике бродяжничества и попрошайничества в Москве на 1996—1997 гг., утвержденной постановлением Правительства Москвы от 27 августа 1997 г. №704. Сам Комитет труда и занятости разработал и утвердил (приказ 240-а от 18.09.1996 г.) план мероприятий по реализации Городской комплексной программы мер по профилактике бродяжничества и попрошайничества в Москве на 1996—1997гг.

В структуре аппарата Комитета был создан отдел спецконтингента, в территориальные Управления труда и занятости были назначены сотрудники, отвечающие за данное направление работы. В целях содействия занятости лиц без определенного места жительства был разработан и утвержден временный порядок работы с бывшими жителями Москвы, находящимися в социальных учреждениях для лиц, занимающихся бродяжничеством и попрошайничеством.

Неоднородность данной категории граждан, потерявших жилье в результате операций с недвижимостью, вернувшихся из мест заключения, приехавших из других городов и т.д., нигде не работающих, и связанная с этим социальная деградация большей их части, как и неопределенность с перспективой получения жилья, создает особые трудности в организации работы с этим контингентом. Не вызывает сомнения актуальность и практическая значимость решения проблемы социально-трудовой адаптации лиц без определенного места жительства. Но при

этом следует уделить особое внимание той группе бомжей, которая оказалась в этом положении в определенной степени случайно, в силу неудачно сложившихся обстоятельств, присущих социально-экономической ситуации в стране. Это те бомжи, которые не потеряли ни человеческий облик, ни профессиональные навыки. Они еще стремятся, пусть и вяло, восстановить свой социально-трудовой статус. Эти граждане разительно отличаются от другой группы бомжей, характеризующейся особым социально-психологическим статусом: асоциальным поведением, разрывом всех связей с другими членами общества (родственниками, друзьями, бывшими сослуживцами или даже сокамерниками), для которых «бездомность» стала философией жизни и смерти.

В соответствии с Правилами регистрации и снятия граждан России с регистрационного учета по месту пребывания и по месту жительства в Москве и Московской области, утвержденными Правительствами Москвы и Московской области (Приказы от 26.12.1995 г. №1030-43, пункт 13), работодатели предприятий, организаций, независимо от формы собственности, за привлечение к работе граждан без регистрации в Москве и Московской области подвергаются предупредительному штрафу. В соответствии с Законом РФ «О занятости населения в Российской Федерации» решение о признании гражданина безработным принимается органами службы занятости по месту его жительства. Таким образом, трудоустройство и признание гражданина безработным (а, следовательно, назначение пособия по безработице, направление на профобучение) невозможны без соответствующей регистрации бомжей.

По инициативе Комитета труда и занятости Комитетом социальной защиты и ГУВД решен вопрос о регистрации бомжей, *проживающих в домах ночного пребывания*. Срок этой регистрации, с точки зрения возможности трудоустройства и социальной адаптации бомжей, очень мал (1 месяц!), поэтому Комитет труда и занятости и Комитет социальной защиты населения Москвы обратились в Правительство Москвы с предложением о предоставлении бомжам муниципального жилья и регистрации в Москве без права приватизации. Однако вопрос этот не решен. Другим вариантом решения вопроса об упрощении трудоустройства граждан без определенного места жительства могло бы быть снятие ограничений для работодателей по привлечению к работе бомжей без их регистрации в Москве и Московской области (такое же положение с ними и в других крупных городах России и СНГ).

Как правило, бомжи либо не имеют высокой профессиональной квалификации, либо утратили ее (как не странно и как это не противоречит всем психологическим законам, трудовые навыки бомжи теряют чрезвычайно быстро).

Граждане, получившие временную регистрацию по месту проживания, привлекаются к участию в общественных работах в основном по благоустройству города. Комитетом труда и занятости было издано распоряжение «Об организации оплачиваемых общественных работ для лиц, утративших жилье, и лиц, занимающихся бродяжничеством и попрошайничеством» (№103 от 19.12.1996 г.),

согласно которому предусмотрено выделение из Фонда занятости населения Москвы средств на 100% финансирования оплаты труда бомжей.

Комитетом труда и занятости проводятся активные поиски вакантных мест на предприятиях и организациях Москвы для трудоустройства бомжей, создается банк вакансий для данной категории граждан, который регулярно публикуется в московской прессе.

По состоянию на 1 января 1998 г. Комитетом были заключены договора с городскими предприятиями различных форм собственности, такими, как ООО «Талеон», АОЗТ «Инициатива», ИЧП ФТК «Вива», социальная гостиница «Марфино», ЗАО «АСПРЕД», МПТО «Мослесопарк», леспромхоз «Зеленоградский» и др. Однако, несмотря на то, что организаций, согласившихся принять бомжей на работу, казалось бы, немало, было выделено только 335 мест. Правда, бомжей широко привлекают к строительству так называемых «Домов ночного пребывания» (в некоторых из них бомжи могут получить бесплатно ужин и завтрак и первую медицинскую помощь), но обычно они выполняют неквалифицированную работу: земляную, по уборке и подготовке территории и т.п.

За 1997 г. в Москве было оказано содействие 102 бомжам в трудоустройстве на временные общественные работы. Сотрудники территориальных Управлений труда и занятости проводят постоянные выездные консультации с бомжами по вопросам их занятости. Так, за 1997 г. в Домах ночного пребывания было проконсультировано 1243 человека. Эффект от этих консультаций практически нулевой, ибо бомжи упорно отказываются от любой работы, предпочитая разовые подачки от социальных органов, а также питание отбросами на рынках, возле продуктовых палаток, на вокзалах.

В соответствии с Дополнительным соглашением от 4 июля 1997 г. к Договору от 29.09.1995 г. между Комитетом труда и занятости и Управлением инвестиционной политики и финансирования из городских источников погашения беспроцентной ссуды, предоставленной Комитетом Департаменту строительства, Управлением инвестиционной политики и финансирования, из городских источников было произведено в форме оказания услуг Комитету труда и занятости по ремонту и реконструкции его зданий и сооружений. Комитет труда и занятости включил в число объектов ремонтно-строительных работ Дом ночного пребывания «Люблино», с целью создания условий для трудовой адаптации проживающих в нем лиц.

По вопросам оперативного содействия занятости лиц без определенного места жительства Комитет наладил контакты с Министерством труда и социального развития РФ, Комитетом социальной защиты населения, прокуратурой и ГУВД Москвы. Существует договоренность между Правительством Москвы и городскими больницами о госпитализации в них бомжей. Так, бомжам специально в некоторых отделениях Клиники Скорой Помощи выделены койки. За обслуживание бомжей медперсонал получает

надбавки к заработной плате.

Следует сказать, что практически все бомжи больны инфекционными заболеваниями, в том числе и теми, которые при снижении общего иммунитета народонаселения в состоянии вызвать эпидемии (туберкулез — это только одно из таких заболеваний). С точки зрения профилактической и превентивной медицины, бомжи — также носители психических болезней. Бомжей можно было бы спасти, если бы, основываясь на сугубо медицинских показателях (инфекционных, психиатрических), госпитализировать их всех в соответствующие больницы... Однако делать это нельзя, чтобы не возник еще один «казус» нарушения прав человека. Здесь мы подходим к самой, пожалуй, трудной задаче социальной медицины: возвращение бомжей в общество путем не клинического, а социального «лечения». Но методов такого воздействия ни в нашей стране, ни за рубежом не существует.

По спартанским законам, самым тяжким преступлением считалось пренебрежение собственным человеческим достоинством (касалось ли это облика, поведения, образа мысли или чувств). С этой точки зрения, бомж — преступник перед человечеством. Но и самый опустившийся бомж — это человек, и поэтому является субъектом закона о правах человека. Воля его (если даже о воле можно говорить чисто условно) не должна подвергаться насилию. Однако, встав на позицию защитника прав человека-бомжа, мы неизбежно становимся нарушителями прав сограждан, вынужденных жить в социальной среде, где бомжи влияют на ее физический, психический и моральный климат. Что делать? Этот вопрос, безусловно, обращен к социальным медикам. И он остается открытым.

3. Права человека и девальвация общественного и личного здоровья

Всеобщая Декларация Прав человека была принята Генеральной Ассамблеей ООН 10 декабря 1948 г. Она провозглашает права личности: гражданские и политические (равенство всех перед законом, право каждого на свободу и личную неприкосновенность, свободу совести и вероисповедания и др.), а также социально-экономические права (на труд, социальное обеспечение, отдых и т.д.). Прототипом своим она имеет Декларацию прав человека и гражданина — политический Манифест Великой Французской Революции, принятый Учредительным Собранием 26 августа 1789 г.

Со времени принятия Всеобщей Декларации Прав человека прошло немало времени, поэтому накопилось много всякого рода «учредительных актов», «пактов», «конвенций», «резолуций» ООН, ВОЗ (Всемирной организации

здравоохранения), МОТ (Международной организации труда), ЮНЕСКО (Организации Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры), ЮНЕП (Программа ООН по окружающей среде) и других международных общественных организаций. Основу всех этих документов составляет идея о том, что здоровье (как общества, так и каждого человека) является первой и непреходящей ценностью, без которой все права и свободы ничего не значат. Эта идея четко изложена в трактате о медицине Авла Корнелия Цельса (I в. до н.э.). А его самый яростный оппонент Парацельс (Филипп Ауреол Теофраст Бомбаст фон Гогенгейм; 1493—1541 гг.), подвергший критике и пересмотру все понятия древней медицины, не тронул только эту идею. Вряд ли кто-то не согласится и сейчас, что здоровье стоит всего золота мира. Однако, судя по книге «Медицина и права человека», (1992), из которой мы брали свои «казусы», приходится доказывать, если не отстаивать, право на здоровье. Конечно, с точки зрения формального права, человек имеет на здоровье не больше прав, чем на болезнь. Лишить человека права на болезнь значит лишить его права на «стесненную в своей свободе жизнь». Право на здоровье и право на болезнь могут вступить в противоречие с определенной социальной ситуацией. Это происходит в том случае, когда здоровье народа (личности, конкретного человека) обесценивается или приобретает стоимость, превращаясь в рыночный товар. Социальная медицина призвана защищать права человека на здоровье: это ее приоритетная функция.

В России обесценивание здоровья как социальной реальности началось вместе с общественными катаклизмами. По мере распада системы здравоохранения девальвировалось и здоровье (это отражалось и в массовой дискредитации отечественной медицины: на уровне обыденного сознания это выглядело как недоверие к врачам и противопоставление им всевозможных «целителей» и «чудотворцев»). Всезнания «толпы» произошел существенный сдвиг, когда она, подвергая опасности свою жизнь и жизнь своих близких, в том числе детей, уверовала в так называемое «нетрадиционное» лечение, в «заряженную воду» и т.д., лишая себя права на здоровье и подменяя его правом на болезнь.

Но самым показательным в общей картине обесценивания здоровья явилось тотальное подчинение наших сограждан рекламе медикаментов (вот когда по-настоящему здоровью стало товаром, ибо его предлагается купить). Известно, что врач, выписавший лекарство, не видя пациента, совершает уголовное преступление, и, может быть, поэтому лекарственные препараты рекламируются не медиками и даже не фармацевтами. Однако медицина, которая это допускает, сама находится в состоянии болезни. При этом считается, что права человека как бы не ущемляются: он имеет право на отравление, право на заболевание, право на смерть. Каждый гражданин имеет право на «самолечение» и на тот суррогат якобы медицинских знаний, которые он поглощает вместе с бульварным «чтивом» «про здоровье и самоизлечение».

Уже сейчас есть социальные последствия девальвации здоровья: соответствующие демографические показатели нельзя объяснить лишь «плохими социально-экономическими условиями» и всеобщей разрухой. Кстати, бывали в нашей стране времена и похуже, но такого низкого положения, которое здоровье занимает в иерархии общественных ценностей, пожалуй, еще не было.

В этой ситуации есть один выход: правозащитницей здоровья должна выступить социальная медицина. Вседозволенности в отношении здоровья населения страны не должно быть. Если извращаются взаимоотношения «права на здоровье» и «права на болезнь», происходит подмена «права на жизнь» «правом на смерть» и возникает медико-деонтологическая и правовая проблема — эвтаназия.

Глава 6

СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И ЧРЕЗВЫЧАЙНЫЕ СИТУАЦИИ

1. Адаптация и дезадаптация: медико-социальные аспекты

Первая попытка отечественной медицины поставить на научную основу медико-социальную помощь получившим физическую, психическую или социальную травмы (или совокупность травм) была предпринята в период ведения военных действий в русско-японскую войну (1904—1905 гг.). Русским командованием было решено непосредственно в районах боевых действий развернуть военно-полевые психиатрические госпитали. Для этого на место событий был командирован заведующий отделением душевных болезней Варшавского военного госпиталя П.М.Автократов. Медицинский персонал военно-полевых психиатрических госпиталей был специально подготовлен в клинике душевных и нервных болезней Военно-медицинской Академии под руководством В.М.Бехтерева. Российский Красный крест под его руководством создал специальную комиссию для разработки основ организации социально-медицинской помощи в Русской армии. Помощь была поэтапной. Нуждавшиеся в ней (получившие тяжелые физические травмы, нервно-психические расстройства) поступали сначала в общесоматические лазареты и полевые госпитали (где лечили физический недуг, но с ранеными уже работали и психотерапевты), а оттуда (если психическая травма переходила в стрессовое состояние или по прогнозу врачей неизбежно вела к серьезным социальным последствиям — инвалидизации, увечью, изменениям в семейных отношениях и др.) в специализированные психиатрические стационары. Именно в последних осуществлялась медико-социальная помощь в адаптации пациентов к новым социальным условиям. Кроме того, экстренная медико-социальная помощь оказывалась военнослужащим непосредственно на передовой или в районах, крайне приближенных к передовой, — в пунктах специализированной помощи Красного Креста. Таким образом, ученые-медики и практики получили возможность наблюдать, анализировать и обобщать клинические и феноменологические данные о характере взаимоотношений физической и психической травм и делать медико-социальные прогнозы как в условиях быстрой эвакуации в тыл страны, так и в медицинских подразделениях передовых позиций Армии. Функциональное объединение

различных медицинских структур для решения общей задачи скорейшего возвращения к нормальной жизни раненого обеспечило единую систему оказания специализированной (медико-социальной и психотерапевтической реабилитационной и адаптационной) помощи в экстремальных условиях войны.

Этот опыт медико-социальной помощи в процессе реабилитации и адаптации раненых нашел дальнейшее применение и развитие и во время первой мировой войны, Гражданской войны и Великой Отечественной войны.

Решение теоретических проблем современного этапа развития социальной медицины боевых действий основывается на опыте Афганской войны, локальных конфликтов, войны в Чечне. Их изучение идет с учетом опыта подобных исследований невоенных катастроф: промышленных аварий (прежде всего, Чернобыльской), природных катаклизмов (армянское и охтинское землетрясения), адаптационной работы с заложниками, захваченными террористами, с горнорабочими, попавшими в завалы на шахтах, и т.п.

Хотя первое упоминание о военной психотравме и дальнейшей дезадаптации восходит еще к Геродоту, описавшему состояние участника Марафонской битвы, только в 1980 г. термин «посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР) был включен в американскую классификацию DSM-111, а позднее и в МКБ-10. После войны в Афганистане под нее подходили сто тысяч воевавших там граждан СССР. Таково было количество дезадаптационных «афганцев». В настоящее время в России в результате перенесенных разнообразных травм, по неуточненным данным, количество дезадаптационных граждан составляет около 5—6 миллионов (в том числе детей и подростков, но исключая престарелых, слабоумных и психически больных людей). Если к этой цифре прибавить 4,8 миллионов людей — число, на которое население России сократилось за последние пять лет, то картина получается неутешительная. *Дезадаптация* стала массовым явлением (хотя, еще раз подчеркиваем, она имеет самые разные причины) и поэтому серьезнейшей медико-социальной проблемой.

Дезадаптация — это следствие травматизации. Однако не всякая травма, как бы тяжела она ни была, обязательно ведет к развитию посттравматического стрессового состояния и дезадаптации. Ее обуславливают два основных фактора:

1. *преморбидные* (врожденные, генетически обусловленные) особенности пострадавшего;
2. медико-социальные условия, в которые он попадает. Если первый фактор носит универсальный характер, то есть присущ всем странам, временам и народам, то второй характеризует лишь общества, где происходят социальные катаклизмы. К таким странам принадлежит и современная Россия. Какие бы медико-социальные мероприятия не проводились в стране (лечебные, санаторно-профилактические, психолого-реабилитационные, адаптационные, профессионально ориентированные, консультативно-семейные и др.), они просто не успевают догнать стремительно меняющуюся общественную ситуацию. Для социальной адаптации необходимо иметь устойчивые общественные ориентиры, на которые направлена адаптация. Если же они неустойчивы и находятся в

постоянном изменении, то адаптационные воздействия быстро теряют силу и становятся неэффективными. В настоящее время адаптируемому человеку (если он, конечно, клинически здоров) не столько важны психологические и психотерапевтические консультации и стационарное пребывание в реабилитационных центрах, сколько реальное изменение его жизненных условий (несмотря на его травматизм или даже инвалидность), которые позволили бы ему жить «нормально». Кстати, понятие «жить нормально» тоже стало чрезвычайно зыбким в расслоившемся обществе. Скажем, бомж считает, что он живет «нормально», тем более, что и государство признает нормальным такой социальный статус, поэтому эти наши сограждане по формальным признакам являются вполне адаптированными. Однако если гражданин, перенесший ПТСР, хочет вернуться, например, к деятельности педагога или врача и «жить нормально», то это у него заведомо не получится, поскольку эти наши сограждане в России в силу сложившихся обстоятельств живут «ненормально». А прошедший афганскую войну герой при орденах и в военной форме, который вынужден попрошайничать в переходах московского метро под магнитофонные песни афганской войны, адаптирован, то есть живет «нормально», ибо он «делает свой бизнес», то есть участвует в «рыночных отношениях».

Как видно, понятие «адаптация» является не только медицинским, но, прежде всего, социально обусловленным, зависящим от другого понятия — «общественная норма» (норма жизнедеятельности, поведения, образа мысли и жизни).

Перечислим группы людей с повышенным риском травматизации и дезадаптации в современных конкретных условиях:

1. военнослужащие, прошедшие войны и «горячие точки»;
2. ликвидаторы Чернобыльской катастрофы (оставляем в стороне очень сложную и запутанную проблему жителей радиоактивной зоны: их социальные и личные судьбы);
3. потерпевшие в результате армянского и охтинского землетрясений;
4. горнорабочие, пострадавшие в результате катастроф на шахтах;
5. беженцы и вынужденные переселенцы;
6. бомжи;
7. дети, потерявшие или не имеющие родителей, беспризорники, «трудные» подростки и др.;
8. инвалиды детства (самый психотравмируемый и дезадаптированный контингент наших сограждан);
9. престарелые граждане;
10. матери-одиночки;
11. одинокие;
12. пограничные психические больные (невротики и психопаты);
13. социопаты;
14. олигофрены и умственно отсталые;

15. психохроники.

Конечно, этот список можно значительно расширить за счет временно (как мы надеемся) находящихся в экстремальных условиях, то есть всех жителей пограничных с Чечней районов и самой Чечни целиком, а также всех граждан бывшего СССР, находящихся в России на положении «нелегалов» в качестве дешевой рабочей силы.

Все эти люди — объект деятельности социальной медицины.

2. Социальная реабилитация инвалидов

Основы законодательства по реабилитации инвалидов представлены в сборнике «Медико-социальная реабилитация инвалидов»¹¹ Комитетом социальной защиты населения Москвы, Центральным научно-исследовательским институтом экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов и Министерством социальной защиты населения РФ. В этой книге представлены все законодательные акты, которые должны обеспечить всестороннюю реабилитацию инвалидов с учетом степени и вида инвалидизации, временной, ограниченной, полной или постоянной потери трудоспособности инвалида.

Министерство труда и социального развития Российской Федерации и Министерство здравоохранения Российской Федерации приняло Постановление от 29 января 1997 г., №1/30 «Об утверждении Классификаций и временных критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы». К Постановлению дано Приложение, которое содержит классификацию и временные критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы.

Вот основные положения этой Классификации:

1.1. Основные понятия.

1.1.1. Инвалид — лицо, имеющее нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями и травмами или дефектами, приводящими к ограничению жизнедеятельности и вызывающими необходимость его социальной защиты.

1.1.2. Инвалидность — социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящая к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты.

1.1.3. Здоровье — состояние полного физического, душевного и

¹¹ Медико-социальная реабилитация. М., 1996. Часть 3.

социального благополучия, а не только отсутствие болезни или анатомических дефектов (Заметим: по этому определению в настоящее время в нашей стране нет здоровых людей. — *Е. Ч.*).

1.1.8. Социальная защита — система гарантированных государством постоянных и (или) долговременных экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

1.1.11. Реабилитация инвалидов — процесс и система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма. Целью реабилитации являются восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация.

1.1.12. Реабилитационный потенциал — комплекс биологических и психофизиологических характеристик человека, а также социальных факторов, позволяющих в той или иной степени реализовать его способности.

1.1.13. Реабилитационный прогноз — предполагаемая вероятность реализации реабилитационного потенциала.

Законодательные и нормативные документы, касающиеся инвалидов, отражают, как видим, всевозможные аспекты проблемы реабилитации инвалидов. Но, к сожалению, это только формально. В действительности с проблемой реабилитации инвалидов все обстоит не так-то просто.

Выше уже отмечалось, что все слои нашего общества чрезвычайно политизированы. Это касается и инвалидов. Политизация инвалидов имеет две стороны с точки зрения социальной медицины (под углом зрения проблем общественной и личностной реабилитации и адаптации): позитивную, ибо это явление можно расценивать с медико-социальной позиции как *способ гиперсоциализации* (то есть компенсации), и негативную, то есть уводящую инвалидов от решения их насущных проблем.

Для иллюстрации приведем листовку, выпущенную «Инициативной группой». (Ее состав: Президент Ассоциации молодежных организаций, Президент Ассоциации больных гемофилией, Член правления Московской городской организации ВОЙ, Сопредседатель Координационного комитета занятости Москвы, Генеральный директор АП «Инватранспорт»).

ОБРАЩЕНИЕ КО ВСЕМ ИНВАЛИДАМ РОССИИ

Заканчивается XX столетие. Это время подведение итогов для страны в целом и для каждого в отдельности.

В стране свыше 9 миллионов человек занято на работах с вредными и

неблагоприятными условиями труда. Около 5 миллионов рабочих мест не соответствуют нормам труда, не устранен тяжелый физический труд женщин. Большинство населения проживает в регионах с крайне неблагоприятной экологической обстановкой, способствующей возникновению и развитию хронических заболеваний.

Каждый из этих людей постоянно рискует пополнить армию инвалидов, которая и так насчитывает 10 миллионов взрослых и более 500 тысяч детей.

Темпы роста числа инвалидов превышают рост трудовых ресурсов. После реабилитации только 5% инвалидов полностью восстанавливают трудоспособность. Общество несет ощутимый экономический и моральный урон.

Руководство страны оценивают по отношению к своим малоимущим гражданам, особенно инвалидам. В настоящее время государственная политика в отношении инвалидов зашла в тупик. Предлагаемые властными структурами меры до сих пор не принесли ощутимого результата. Вот все и катится по старому руслу, а наша жизнь с каждым днем становится все тяжелее.

Так что же такое сейчас инвалид? Это самый бесправный. Вычеркнутый из жизни человек. Он вечно чего-то просит, так как у него «за душой», кроме нищенской пенсии, ничего нет. До каких же пор нам предстоит быть второразрядными гражданами нашей страны?

Может быть, пора остановиться и заявить о себе, о своих правах на достойную жизнь наравне со здоровыми людьми.

Мы призываем всех инвалидов и членов их семей объединить свои усилия для создания политического движения инвалидов России».

Таким образом, «уход» в политику инвалидов есть не что иное, как спонтанный способ реабилитации, ибо в самой психологической защите каждого человека с самого его рождения и при любых изменениях в организме (болезнях, травмах) до самой смерти жива тенденция к адаптиванию с окружающей средой. Реабилитация — это моральное адаптивование (самоутверждение себя в качестве члена общества выступает как нравственный императив и присутствует во всех случаях человеческой жизни, даже у изгоев).

Количество инвалидов в современной России неизвестно: приводятся цифры от 4,5 до 9 миллионов человек¹². Не все инвалиды проходят врачебную комиссию: у одних инвалидность вообще не определяется, у других — теряется. Не могут быть на учете и все дети-инвалиды (из 300 тысяч только половина учатся в школе). Поэтому приходится констатировать государственную запущенность относительно инвалидов как значительной части народа России. Таким образом, реабилитация все еще остается нравственным императивом не столько для самих инвалидов, сколько для социальных врачей.

¹² См. Московская Правда. 1996. 3 апреля; Российская газета. 1995. 2 декабря.

Статья 39 Конституции Российской Федерации гарантирует каждому гражданину социальное обеспечение по возрасту, в случае болезни, инвалидности, потери кормильца, для воспитания детей и в иных, установленных законом случаях. Поощряются добровольное страхование, создание дополнительных форм собственности на социальное обеспечение, в том числе и благотворительность. Но доходы из негосударственных источников к инвалидам поступают чисто символически, и тогда механизмы и процедуры реабилитации требуют огромных финансовых затрат. Да и величина пенсии — лучший показатель, находится ли инвалид в состоянии морального удовлетворения (то есть реабилитирован ли он перед обществом). Тот факт, что инвалиды вынуждены идти в бизнес, спекулируя на своей инвалидности, явно показывает неналаженность механизмов реабилитации в государственном масштабе.

20 июля 1995 г. Государственной Думой был принят федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». Закон этот определяет государственную политику в области социальной защиты инвалидов, целью которой является обеспечение инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации гражданских, экономических, политических, личностных прав и свобод, предусмотренных Конституцией России, в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами Российской Федерации.

Социальная реабилитация инвалидов представляет собой систему гарантированных государством экономических, общественных, правовых и индивидуально-личностных мер, которые должны обеспечить инвалидам объективные условия для преодоления своего дефекта до степени возможности равного со здоровыми гражданами участия в общественной жизни. Но и это пока что нравственный императив. Однако уже не только и не столько государства, сколько всего общества.

Не вдаваясь в чисто медицинские аспекты экспертизы инвалидности и реабилитации (в зависимости от степени и вида инвалидизации), отметим, что реабилитация включает в себя: 1. медицинскую реабилитацию, которая состоит из восстановительной терапии, реконструктивной хирургии, протезирования и ортезирования; 2. профессиональную реабилитацию, которая заключается в помощи инвалиду профессионально переориентироваться (при утрате или значительном ограничении трудовых навыков), получить профессиональное образование и трудоустроиться, адаптируясь в новой трудовой среде; 3. собственно социальную реабилитацию (как полноценного гражданина общества, члена семьи, равноправного человека со своим социально-бытовым, человеческим окружением).

Правительство Российской Федерации утвердило Федеральную базовую программу реабилитации инвалидов — гарантированный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств и услуг, предоставляемых инвалиду бесплатно за счет средств федерального бюджета.

На основе Государственной службы социально-медицинской экспертизы разрабатывается комплексная программа реабилитации инвалидов, включающая в себя разные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации социальных, медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер. Индивидуальная программа обычно содержит как реабилитационные мероприятия, предоставляемые инвалиду бесплатно в соответствии с Федеральной базовой программой, так и мероприятия, в оплате которых принимает участие сам инвалид либо его спонсоры (частные лица или организации). Объем мероприятий, предусмотренных индивидуальной программой, не может быть меньше установленного Федеральной базовой программой.

Индивидуальная программа реабилитации имеет для инвалида рекомендательный характер: он вправе отказаться от того или иного вида, формы или объема реабилитационных мероприятий, точно так же, как и от всей программы в целом. Но, согласно закону, инвалид, отказавшийся от реабилитационной программы, не может требовать взамен от соответствующих органов материальной компенсации.

Оказание квалифицированной медицинской помощи инвалидам, включая лекарственные препараты, осуществляется бесплатно или на льготных условиях в соответствии с законодательством РФ (13 статья Закона).

Инвалиды и семьи, имеющие детей-инвалидов, нуждающиеся в улучшении жилищных условий, принимаются на учет и обеспечиваются жилым помещением с учетом льгот, предусмотренных законодательством РФ и законодательством субъектов РФ. Инвалиды имеют право на дополнительную жилую площадь в виде отдельной комнаты в соответствии с перечнем заболеваний, утвержденным Правительством России.

Мы, естественно, привели лишь часть из перечня льгот и услуг, предоставляемых инвалидам по закону и имеющих конечной целью их социальную реабилитацию. В противном случае все эти льготы истолковываются (в том числе и самими инвалидами) как «расплата государства за увечье», хотя при этом и упускается из вида, что инвалиды детства и инвалиды, получившие травму в бытовых условиях, также не обделены со стороны Закона льготами. Случается, что инвалид, став социопатом с чертами сутяжничества, начинает судебным путем требовать от государства все больших благ, не гнушаясь никакими методами. Реабилитация, таким образом, как и другие виды социальной деятельности, может принимать «пограничные» формы, наряду с общепринятыми и узаконенными. Это всегда следует учитывать социальному медику при работе с инвалидами в процессе их реабилитации.

Оставляя в стороне специальную тему воспитания и образования детей-инвалидов, коснемся еще одной из важнейших гарантий, предусмотренных указанным Законом. Это обеспечение трудовой занятости инвалидов путем проведения следующих специальных мероприятий, способствующих повышению их конкурентоспособности на рынке труда:

1. осуществление льготной финансово-кредитной политики в отношении специализированных предприятий, применяющих труд инвалидов, а также предприятий, учреждений, организаций и общественных объединений инвалидов;
2. установление в организациях, независимо от организованно-правовых форм и форм собственности, квоты для приема на работу инвалидов и минимального количества специальных рабочих мест для инвалидов;
3. резервирование рабочих мест по профессиям, наиболее подходящим для трудоустройства инвалидов;
4. стимулирование создания предприятиями, учреждениями, организациями дополнительных рабочих мест (в том числе специальных) для трудоустройства инвалидов;
5. создание инвалидам условий труда в соответствии с индивидуальными программами реабилитации;
6. создание условий для предпринимательской деятельности инвалидов;
7. организация обучения инвалидов новым профессиям¹³.

Как видим, и в вопросах реабилитации инвалидов создана нормативно-законодательная основа. Но, тем не менее, проблема эта остается, хотя бы потому, что нет единой координирующей инстанции, которая отвечала бы на государственном уровне за реабилитацию, то есть возвращение в общество сограждан лиц, которые стали инвалидами. Заметим, что необходимость в социальной реабилитации априорно есть неперемный элемент любой государственной и политической структуры, как показывает практика цивилизованных стран хотя бы последних двух столетий. Однако функции по процессу реабилитации инвалидов закреплены за различными министерствами и ведомствами (Здравоохранения, Труда и занятости, Социальной защиты и др.) и потому нескоординированы. Нужна одна инстанция, которая взяла бы на себя все, что касается реабилитации и жизнедеятельности инвалидов. Нельзя забывать, что после любых мероприятий реабилитации инвалид не перестает быть инвалидом, он живет, действует, стареет и заболевает разными болезнями именно как инвалид; поэтому правильнее было бы говорить не о «комплексной реабилитации», а о «перманентной реабилитации» инвалидов. Ни программы как таковой, ни нормативов в нашей стране пока нет, как нет и методологии проблемы (да и четкой концепции реабилитации). Такой инстанцией, которая решала бы и

¹³ Дополнительные гарантии занятости для отдельных категорий граждан, в том числе инвалидов, предусмотрены и в новой редакции Закона Российской Федерации «О занятости населения в Российской Федерации» (от 6 мая 1996 г).

О социально-бытовом обслуживании инвалидов (важная часть их реабилитации) см: статья 28 Закона (комментарии к федеральному закону «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов»). См. Независимый психиатрический журнал. 1966 г. № 1. С. 32—34.

практические, и научно-технические вопросы реабилитации на основе концептуального подхода к ней, может быть только социальная медицина (ни структурно, ни функционально не зависящая как от органов здравоохранения, так и от органов социальной защиты населения).

3. Инвалиды детства: «чрезвычайная ситуация в семье»

Семья — это первый непосредственный «объект» социальной медицины. Все начинается с семьи, и все ею же для социальной медицины заканчивается. Работая на семью, социальный медик работает на общество, народ и государство. Вот почему эта тема особенно актуальна, выходя по значимости на первый план. Ребенок-инвалид в семье — чрезвычайная ситуация и для всего общества. Постараемся это показать на некоторых примерах.

Но сначала небольшая справка.

За последнее время существенно снизилась рождаемость и возросла детская смертность. Число детей инвалидов с рождения с 1991 г. увеличилось почти в 50 раз.

80% российских семей заработанных денег не хватает для того, чтобы дожить до получения очередной зарплаты (которая к тому же выдается нерегулярно). В этой связи качество потребляемых детьми продуктов питания и их рацион часто не соответствует минимальным гигиеническим требованиям как по калорийности, так и по составу белков, витаминов и микроэлементов.

Сложные жилищные проблемы, особенно в городах, часто влекут за собой отсутствие собственного угла у ребенка, подвал становится вторым домом.

Затянувшаяся перестройка системы здравоохранения со скудным бюджетным финансированием во много раз удлиняет время лечения детей, таким образом, все чаще страдающих хроническими заболеваниями, за которыми следует инвалидизация.

Лишь единичные лечебные учреждения здравоохранения специально спроектированы и имеют оборудование для приема детей-инвалидов. В целом же система здравоохранения как государственная, так и коммерческая не ориентированы на работу с детьми-инвалидами.

С геометрической скоростью за последние пять-шесть лет возрастает удельный вес наследственной патологии с задержкой психомоторного (умственного) развития, для выявления которой нет специальных генетических технологий и методов диагностики. В структуре здравоохранения отсутствуют

практические медико-генетические современные центры, способные оказать специализированную помощь населению и эффективно проводить мероприятия по профилактике наследственных болезней, способствуя поддержанию здорового генофонда населения.

В России практически отсутствует система производства специального детского питания и обеспечения им нуждающихся. Особенно тяжелое положение с диетическим питанием детей, больных сахарным диабетом и отягощенных наследственной патологией.

Реформирование системы образования привело к тому, что значительная часть детей из малообеспеченных семей не в состоянии получить не только высшее, но даже полное среднее образование. Стремительно сокращается или становится платной значительная часть учреждений среднего профессионального образования.

Вместе с разрушением пионерско-комсомольской организации, базы «активного отдыха» были переданы другим хозяевам, тысячи детских учреждений закрыты. В настоящее время не более 7—9% детей занимаются в сохранившихся государственных и негосударственных внешкольных учреждениях.

В стране наблюдается устойчивый рост алкоголизма и наркомании, которые буквально «валят» целые регионы страны, в первую очередь молодежь, а теперь уже и детей.

В стране начинается очередная психическая эпидемия — *педофилия*.

Каждый второй ребенок даже из «здоровой» семьи фактически является безнадзорным. Многие из этих детей в скором будущем обречены стать социопатами или психопатами с прижитой психической патологией и отклоняющимся или преступным поведением. Уже сейчас едва ли не каждая уличная группа детей может расцениваться как *девиантная или деликвентная* (по роду развлечений, поступкам, отношению к старшим или к милиции). Типичный их герой — робот-убийца. К тому же следует учитывать, что реальность для многих городских детей все больше и больше вытесняется виртуальной реальностью примитивных и монотонных компьютерных игр...

Поэтому каждую вторую семью в нынешней России, где есть ребенок (особенно подросток), можно считать экстремальной: обыкновенный ребенок может создать чрезвычайную ситуацию в обыкновенной семье.

Но даже на этом мрачном фоне семьи, имеющие детей-инвалидов детства, представляют собой особую экстремальную группу в обществе: ведь родители (как и другие родственники) инвалида участвуют в жизнедеятельности общества. Поэтому клиническая проблема, естественно, превращается в социальную. Перед семьей возникает вопрос: к кому обратиться — к психиатру или социальному медику? Для иллюстрации приведем случаи из врачебной практики.

Случай первый. В семье полковника милиции, оперативного и заслуженного

работника, был сын — инвалид детства — эпилептик с частыми припадками и слабоумием. К 14 годам он, при росте 1 метр 90 см, весил около 100 кг. Родители не допускали даже и мысли о том, чтобы отдать его в дом-интернат для психохроников. Мать, имевшая высшее педагогическое образование, посвятила свою жизнь сыну. Начиная с 12-летнего возраста (начало полового созревания), он стал чрезвычайно агрессивен именно по отношению к ней. Несколько раз он жестоко избивал мать и пытался изнасиловать. Но и это не заставило родителей подумать о помещении его в интернат. Почти ежедневно у больного были развернутые судорожные припадки (у него была отдельная комната без мебели, устланная коврами и стегаными одеялами, чтобы во время падения и судорог он не разбился). Тем временем отец получил повышение по работе. Однажды, когда он выполнял сложную оперативную работу, его больной сын задушил и изнасиловал мать. Отец получил сообщение об этом в самый разгар операции. Он умер от острого инфаркта миокарда. Самолет, захваченный преступной группой, которую он должен был обезвредить, взорвался вместе со всеми пассажирами и экипажем в воздухе.

Этот случай мог бы войти в собрание «казусов» или стать сюжетом детективного рассказа. Но экстремальность ситуации наступила не в момент развязки, а внутри семьи, жившей в экстремальных условиях. Психиатры семье не помогали, потому что родители не слушались их совета и не помещали сына в интернат для психохроников. Правда, нужно отдать должное участковому детскому и подростковому психиатру: он неоднократно обращался к вышестоящему начальству отца, предупреждая, что их сотрудник — офицер МВД, занимающийся нервно-напряженной и ответственной работой, — имеет психологически тяжелую обстановку в семье и наследственно (по психическому заболеванию) больного ребенка. Но начальство высоко ценило полковника за безукоризненную работу, к тому же он ежегодно проходил диспансеризацию, и психиатр не находил у него никаких нервно-психических расстройств. Полковник всегда производил впечатление выдержанного, уравновешенного и спокойного человека (таким он был, со слов сослуживцев, и во время выполнения оперативных задач.)

Этот случай наглядно показывает беспомощность нашей системы здравоохранения даже в лучшие времена. Действительно, в отношении подобных больных из цепочки: психиатрический диспансер, психиатрическая больница, психиатрическая больница (или интернат) для психохроников — выпадают два первых звена. Дело в том, что ни в лечении, ни в профилактике этот больной ребенок не нуждался. Оставался только интернат для психохроников, и он был категорически исключен родителями. Таким образом, не существовало ни одной государственной или частной организации, которая могла бы взять на себя тяжкие проблемы данной семьи. В Западной Европе, США, Японии, Канаде опеку над этой семьей взяла бы на себя социальная медицина (социальный врач района,

соответствующие учреждения — дневной или вечерний стационар, стационар на дому, скорая помощь по социально-медицинским проблемам), Приведем еще один случай, где помощь могла быть оказана именно социальными медиками.

Случай второй. В социально и материально благополучной семье растет здоровый мальчик, не болеет даже обычными детскими заболеваниями. Не отстает в развитии от сверстников, вовремя поступает в школу и учится на «хорошо». Родители тоже здоровы. В 10 лет мальчик резко заболевает бронхиальной астмой в острой форме. В состоянии асфиксии госпитализируется в клинику «скорой помощи», где приступы купируются гормонами. Выписывается из больницы гормонально зависимым, то есть хроническим астматиком, и вскоре получает инвалидность. Из-за болезни учится с трудом. Нанимают частного педагога. Выясняется, что по линии отца были больные аллергики и астматики. Отношения в семье ухудшаются: мать обвиняет мужа в том, что «его кровь — причина страданий сына»; прекращает общение с родными мужа. Однако «мужественно перенесла стресс» и одержима мыслью родить «здорового ребенка». Обманывая мужа, беременеет от мужчины, «наследственность которого со всех сторон благополучна». В срок и нормально родилась девочка. В семье наступает некоторое перемирие, в том числе восстанавливаются и отношения с родственниками мужа. Если не принимать во внимание, что мальчик болеет и учится в «Центре ослабленных детей» (за что родители ежемесячно платят немалую сумму), в семье все благополучно. Девочка развивается нормально, не болеет.

Через три года у мальчика открывается склонность к воровству: стал опустошать родительские кошельки, уносить из дома вещи (серебряные приборы, статуэтки, наконец, драгоценности матери). Деньги тратил со сверстниками на газированную воду, жвачку и сладости, вещи и украшения раздавал (впоследствии все эти предметы были найдены среди других детских принадлежностей у знакомых ребят). Родители обратились к психиатру, мальчик был госпитализирован в детскую психиатрическую больницу с диагнозом «соматогенное невротическое развитие». В больнице он пробыл два месяца, отстал от класса и был выписан с тем же диагнозом, в котором появилось слово «клептомания».

Мать опять стала узнавать о наследственности мужа и его родственников. Оказалось, что кто-то из далекой родни мужа (троюродный дед) якобы сидел когда-то в тюрьме за грабеж. Отношения настолько испортились, что родители развелись. Муж продолжал заботиться о семье, но вскоре заболел: перенес тяжелый гипертонический криз.

В четыре года у девочки появляются приступы удушья, и ей ставят диагноз «хронический бронхит с астматическим компонентом». Мать в состоянии реактивного психоза (бред космического воздействия) попадает в психиатрическую больницу. После двухмесячного лечения ее выписывают в

удовлетворительном состоянии под наблюдение участкового психиатра (дифференциальный диагноз с шизофренией). Продолжает утверждать, что «ее семью сглазили инопланетяне с планеты Сатурн». В качестве «свидетеля» общения с инопланетянами даже выступает в соответствующей программе по телевидению. Разворачивает деятельность с целью «вылечить детей у белых колдунов-целителей». Проходит через все круги «целительства», потратив на это все свои и своих родных сбережения (даже продает собственную квартиру и съезжается с родителями). Дети продолжают тяжело болеть. Девочка также получает инвалидность по астматическому заболеванию и начинает принимать гормоны. Не только эта «роковая» болезнь беспокоит мать (как, впрочем, и отца, который, будучи уверен, что и дочь унаследовала болезнь от него, бросает престижную работу и уходит в охранники, чтобы было время помогать жене ухаживать за детьми, хотя продолжает жить отдельно), но и страх, что девочка тоже станет kleptomанкой.

Мать, отец и их ближайшие родственники несколько лет лечат детей, но не у врачей, а у «нетрадиционных лекарей», разыскивая их по городам и весям России. Все они впадают в настоящую нищету (хотя семье неоднократно помогали различные детские благотворительные организации и фонды, а также частные лица, поскольку мать стала постоянной гостьей на страницах желтой прессы и в соответствующих телепередачах. К тому же она сама прошла курс обучения рейки и занялась целительством, даже приобрела собственную клиентуру).

В шесть лет девочка впервые опустошила материнский кошелек, отдав деньги первым встречным. Потом стала залезать в карманы и сумки и дома, и в гостях. К психиатрам мать больше не обращалась. Когда, после очередного сеанса у экстрасенса, девочка в очередной раз совершила воровство, мать повесилась.

В настоящее время дети находятся с отцом и опекаются его родственниками. С родными жены он отношения не поддерживает.

Не подвергая данный «казус» клиническому анализу, обратим внимание именно на социально-медицинские аспекты трагедии. За всю историю этой семьи она ни разу не побывала у социального медика. А нуждалась она прежде всего именно в специализированной социально-медицинской консультации. Но таковых в нашей стране до сих пор нет. Вот поэтому роли социальных медиков в нашей стране исполняют всевозможные «колдуны-целители в трех поколениях», «нетрадиционно-традиционные экстрасенсы», «травники» и прочие откровенные коммерсанты, делающие бизнес и деньги на страданиях людей.

Глава 7

ДОЛГОЛЕТИЕ, ДОЛГОЖИТЕЛИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

1. Социально-медицинские аспекты долгожительства

В 1995 г. Государственной Думой был принят ряд законов в области социальной защиты населения — «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», «Об основах социального обслуживания населения Российской Федерации».

Вместе с этими документами был принят федеральный закон «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов»¹⁴.

Названные законы являются правовой базой для деятельности специализированных органов в социальном обслуживании (в том числе медицинского) престарелых граждан и инвалидов. При этом следует обратить внимание на то, что в сознании российских законодательных структур самого высокого уровня (точно также и исполнительных) «пожилой или престарелый гражданин» находится рядом с «инвалидами». Такова официальная установка на социальное положение двух совсем разных групп населения. «Престарелые граждане» даже формально не могут быть приравнены к инвалидам (не все престарелые инвалиды; не все инвалиды престарелые; и положение в обществе, и социальная значимость этих двух категорий граждан весьма и весьма различна). Отсюда проистекает много «неудобств» в осуществлении этих законов.

По закону, система государственного обслуживания граждан указанной категории состоит из государственного, муниципального и негосударственного секторов социального обслуживания.

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

1. социальное обслуживание на дому (включая социально-медицинское обслуживание);
2. полустационарное социальное обслуживание в отделениях дневного (ночного) пребывания учреждений социального обслуживания;
3. стационарное социальное обслуживание в домах-интернатах, пансионатах

¹⁴ См. соответственно Российская газета. 1995. 2 августа; Российская газета. 1995. 19 декабря; Российская газета. 1995. 4 августа.

и других учреждениях социального обслуживания независимо от их названия;

4. срочное социальное обслуживание;

5. социально-консультативная помощь.

Информация о социальных услугах предоставляется социальными работниками непосредственно гражданам пожилого возраста и инвалидам, а в отношении лиц, признанных недееспособными, — их законным представителям. Граждане, направляемые в стационарные или полустационарные учреждения социального обслуживания, а также их законные представители должны быть предварительно ознакомлены с условиями проживания или пребывания в этих учреждениях и видами услуг, предоставляемых ими. Социальное обслуживание осуществляется при условии добровольного согласия лиц пожилого возраста и инвалидов. В отношении недееспособных согласие дается их законными представителями, а при их временном отсутствии — органами опеки и попечительства.

Президентом и Правительством РФ объявлена «Программа старшего поколения до 2000 года». Ориентируясь на эту Программу, законодательным органам еще только предстоит выработать стандарты социального (в том числе медицинского) обслуживания престарелых (и отдельно — инвалидов) граждан, которые были бы нормативами и носили бы обязательный характер. Понятно, что решение этой проблемы требует соответствующего концептуально-теоретического осмысления. *Геронтология* (наука о старении) является составной частью общей теории социальной медицины.

В мае 1998г. в Париже, под эгидой Юнеско, прошел международный Форум, посвященный «Долгожительству и качеству жизни».

На Форуме рассматривались проблемы биологических и генетических факторов, способствующих продлению жизни, социально-экономических и технических подспорьев продолжительности жизни, болезней, присущих старости. Согласно современным научным достижениям в области биологии, медицины, генетики, психологии, социологии, научно-технический прогресс (со всеми своими абберациями) способствует продлению жизни человека. Но здесь возникает кардинальный вопрос: хорошо это или плохо? Совместимы ли качество жизни и долгожительство?

Обсуждался и еще один аспект. Несомненным является факт увеличения возраста лиц, которые правят государствами и монополиями. Даже будучи на пенсии, они представляют собой большую политическую и экономическую силу. Возникает вопрос: не является ли данная социальная сила в точном смысле слова пациентами? Эта тема может быть сформулирована и так: роль больного человека в политике и управленческих процессах (неважно, болен ли он нервно-психически или соматически, поскольку и в том, и другом случае психика человека несвободна от «нездоровых» мыслей).

Те же самые проблемы, которые обсуждались на Форуме, плюс два-три

десяток собственных проблем стоят и в России.

Социально-медицинские проблемы долгожителей (престарелых, пожилых, старых) прежде всего делятся на сугубо социальные и сугубо медицинские. Но это деление не по существу, а по форме. Обе проблемы возникли на заре цивилизации и культуры. Само положение пожилого человека не только в обществе, а в жизни таково, что отличает его по существу от всех других возрастных групп, и в зависимости от того, как данное конкретное общество относится к старости, определяются и решаются соответствующие социально-медицинские проблемы.

Есть две основных традиции отношения общества к старости. Первая насчитывает около 30 тысяч лет — назовем ее древнеегипетской традицией. Старость называется «самым почетным положением человека среди других людей», «пожилой человек единственный из людей, кто близок к богам», «старость — счастливое и безмятежное состояние человека» и т. д.

Другая традиция насчитывает 3 тысячи лет — назовем ее спартанской традицией. В Спарте говорили: «Лучше быть бездомной собакой, чем стариком»: немощных (беспольных) стариков в Спарте сбрасывали со скалы в пропасть, причем, старик-спартанец воспринимал такой конец жизни как естественный.

До сих пор в положении престарелых граждан в разных странах («благополучных» и «неблагополучных») можно разглядеть или древнеегипетскую, или спартанскую модели. Что же представляет собой старость как явление? Прежде всего, каждый пожилой человек обременен массой так называемых хронических болезней (в среднем 9—13). Они появляются, как только человек начинает стареть и болеет от 20 до 30 лет. Патологоанатомы хорошо знают, что пожилые люди не умирают от своих хронических заболеваний, даже если это гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца или язвенная болезнь (от них умирают чаще всего в возрасте от 40 до 50 лет). Выдающийся русский патологоанатом И. В. Давыдовский вообще предлагал видеть во всех хронических заболеваниях, сопровождающих старение, его признаки. Но это потребовало бы и особого практического подхода к старикам. Однако хронически больные пожилые люди продолжают сидеть в очередях в поликлиниках, и каждая вторая-третья койка в больницах также занята ими. Врачи чаще всего относятся к ним «по-спартански», особенно в современной России, когда денег не хватает ни на содержание больного в отделении, ни на лекарство (оплата медперсонала в нашей стране ниже, чем в слаборазвитых странах «третьего мира»).

Особое положение престарелого человека в жизни состоит в том, что он «близок к богам». Сущностная черта пожилого человека состоит в том, что он все полнее оказывается перед лицом смерти.

Специальные исследования подтверждают, что мысли о скорой и неизбежной смерти так или иначе присутствуют в сознании каждого, кому за 60, как *сверхценные переживания*. Это объясняется тем, что с возрастом соответствующим образом изменяется психологическая защита человека, с которой он рождается и в программу которой входит и сознание собственной

смерти. Психологическая защита помогает смертнику и неизлечимому больному справляться с мыслями о неизбежной смерти, которые поэтому никогда не доходят до сверхценных переживаний. Мы не касаемся здесь, разумеется, тех случаев, когда «мысли о смерти» являются симптомами психической патологии (психотические депрессии, суицидальные установки, бред и др.).

Социально-медицинская помощь престарелым зависит, как уже упоминалось, от того, какая тенденция (древнеегипетская или спартанская) преобладает в обществе. Примером могут служить хотя бы *хосписы*: есть хосписы, где пожилым и очень пожилым людям создается долгая и достойная жизнь за счет не только соответствующих материальных условий пребывания, но и специализированной психоделической психотерапии. Однако есть хосписы, где подопечным подносится «нежная и сладкая смерть» — эвтаназия.

И собственно медики, и социальные медики должны постоянно учитывать особое отношение престарелых людей к смерти, определяя объем, тактику и методы лечения. Исходя из простой истины: старость неизлечима и не лечится, с каждым пожилым человеком должна проводиться *психоделическая психотерапия*.

2. Долголетие и психическое здоровье

За крайне редким исключением, каждый долгожитель страдает рядом хронических соматических заболеваний (сердечно-сосудистых, желудочно-кишечных, гинекологических, урологических, заболеваниями опорно-двигательного аппарата и др.). Если оставить в стороне заболевания, связанные с центральной нервной системой, то уже этого достаточно, чтобы причислить большинство престарелых людей к категории «пограничных» больных. Из этого следует, что они нуждаются в наблюдении и лечебной коррекции у психиатра или психотерапевта. *Психоделическая психотерапия* — это «моральная» подготовка пожилого человека к смерти, это тоже пока что раздел психиатрии. Дело в том, что даже одно хроническое заболевание (неважно, в каком возрасте оно приобретается) приводит к так называемым «*неврозоподобным состояниям*»¹⁵ и к болезненной деформации характера, вплоть до психопатии. Эти явления старости изучает особый раздел геронтологии.

Особое место занимают и проблемы *геронтологии* (занимающейся

¹⁵ См. Барнова М.Н., Черношвитов Е.В. Неврозоподобные состояния в общесоматической практике. Тбилиси, 1990.

психическими заболеваниями позднего возраста), хотя провести четкую грань между геронтологией и гериатрией невозможно.

Каждый пожилой человек проживает непростую жизнь (трудно представить человека, который дожил бы до 60 лет, не испытав ни страданий, ни стрессов). Однако в особенно тяжком положении находятся пожилые люди в современной России, пережившие целый ряд глобальных социальных катаклизмов. Самое страшное для человека (после утраты иллюзий юности) — пережить крах всех своих внутренних ценностей, потерять все то, на что ориентировался. Ценностно переориентироваться, то есть принять ценности капиталистического мира, пожилые люди не могут. Таким образом, они представляют собой огромную армию социопатов.

Характер пожилого человека деформируется уже в силу старения. Эта деформация представляет собой достаточно сложный процесс (как человек жил, так он и стареет). До поры до времени все работающие (неважно, в какой области социальной занятости) сохраняют черты характера, имеющие наследственное происхождение. С возрастом появляется профессиональная деформация характера, так называемая *акцентуация* определенных черт характера (не путать с врожденной акцентуацией черт характера, блестяще описанной Карлом Леонгардом!) — мнительности, вспыльчивости, ранимости, тревожности, педантичности, обидчивости, эмоциональной лабильности, истеричности, замкнутости, истощаемости, придирчивости, несправедливых оценок своих поступков и поступков окружающих, реактивный регресс умственных способностей, стереотипно повторяющийся в «ранимых ситуациях», и т.п.

А если пожилому человеку пришлось еще похоронить родных и близких, в особенности своих детей или супруга, вряд ли его психика и характер могут остаться «нормальными». Особое место, безусловно, занимает проблема одинокой старости. Изменение в психике одиноких людей не укладывается ни в какие синдромы, по причине уникальности и полиморфности своей в каждом конкретном случае. И тем не менее, ни «клинической», ни «геронтологической», ни «социальной» нормой состояние одиноких стариков назвать нельзя.

Здесь следует назвать еще две категории престарелых граждан, каждая из которых, в силу своих социально-медицинских особенностей, выделяется в особый ряд. Во-первых, это состарившиеся инвалиды (получив инвалидность в молодости или в зрелые годы, тем не менее были ранее хорошо адаптированы: имели семьи, детей, работу и т.д.). Во-вторых, это лица, получившие инвалидность в престарелом возрасте. Психика этих пожилых людей весьма своеобразна, с набором различных характерологических, аффективно-эмоциональных и интеллектуальных особенностей, которые (в зависимости от специалиста — психиатра, психолога, занимающегося реабилитацией, или социального медика) не укладываются в существующие профессиональные шаблоны. Здесь, как нигде, требуется индивидуальный подход.

Конечно, говоря о психических особенностях различных групп престарелых

граждан, нельзя не упомянуть о социально-экономических (бытовых, материальных) условиях, в которых прошла и проходит их жизнь. Достаточно привести только один пример из нашей действительности: задержка (мизерной, по мировым масштабам!) пенсии. Этот хронический психотравмирующий фактор бьет, помимо прочего, по самооценке старого человека, по его личностным, нравственным ценностям.

В 1990 г. психиатр-геронтолог Р.С. Яцемирская провела в Софии клинико-психопатологическое исследование долгожителей в возрасте 90—96 лет (всего 216 человек обоего пола). Она обнаружила прямую зависимость психического статуса исследуемых не только от их физического состояния, но и от таких социальных факторов, как проживание в семье, в интернате, одиночество. Тогда Болгария была благополучной страной, и поэтому необходимости в усложнении социально-личностных критериев для оценки психического состояния долгожителей не было. Крепкие физически долгожители сохранили и психическое здоровье. Точно также психическая сохранность характеризовала долгожителей, проживающих в семье. Они оставались, к тому же, активными. Правда, число дементных в семьях было больше, чем в домах-интернатах.

Изучив одновременно психически больных долгожителей и дав клинические описания их основных психических заболеваний («сенильная деменция», «атеросклеротическая деменция», «острые экзогенно-органические психозы», «депрессии») «инволюционный паранойд», «зрительный галлюциноз», «личностные аномалии») и «пограничных состояний» («отрицательные расстройства настроения», «положительные расстройства настроения», «старческое фантазирование», «психический упадок»), Р.С. Яцемирская пришла к выводу, что методологически и методически геронтология еще не оформилась в социальную науку о старении. Это же подтвердил и сделанный обширный обзор зарубежной литературы по этой проблеме.

Особое место в исследованиях Р.С. Яцемирской отведено «отношению к смерти»: «Нельзя не привлечь внимания к тому, какие трудности возникают при изучении данного вопроса у долгожителей, то есть лиц, физическая кончина которых может наступить в ближайшее время. Само собой разумеется, что необходимо было разработать такую тактику, чтобы этот вопрос (о смерти — *Е.Ч.*) не вызывал резко отрицательного отношения со стороны старого человека к исследователю, не ранить морально опрашиваемого. В связи с этим такой вопрос задавался не прямо, а опосредованно, как предлагал В.Маршалл (см. в списке литературы). В непринужденной беседе старому человеку предлагалось сказать, как долго ему хочется жить, хочет ли он достигнуть 100 лет и при каких условиях.

43 человека (22 женщины и 21 мужчина) ответили положительно, но только при условии, если их физическое состояние останется без изменения, то есть они будут такими же активными и независимыми. Вопрос о том, достигнут ли они ста лет или нет, не казался им актуальным, достижение столетия не являлось

самоцелью. Тем не менее, такая перспектива представлялась им желательной, но лишь при полной сохранности физического и психического самочувствия.

17 человек (14 женщин и 3 мужчин) вообще не задумывались над этим вопросом, считая, что менее всего продолжительность их жизни зависит от их непосредственного желания. Как правило, в таких случаях долгожители ссылались на Бога: «Все в Божьих руках!».

Отрицательный ответ дали 5 человек (3 женщины и 2 мужчин), заявив, что прожили достаточно, дали своим детям все необходимое для их благополучной жизни, довольны своими потомками. Эти долгожители подчеркивали свое желание умереть как можно скорее, чтобы остаться в памяти своих внуков и детей как лица, сохранившие до глубокой старости психическое и физическое здоровье, чтобы ими восхищались и после смерти.

Страх перед смертью не был обнаружен ни в одном случае.

По мнению Р.С. Яцемирской, это государственного значения дело нужно начинать, с одной стороны, с организации геронтологических и гериатрических консультаций, которые бы решали повседневные вопросы, связанные со старением и старостью, с другой стороны, необходим специальный Институт, где бы данные проблемы могли бы изучаться концептуально.

Рассматривая сложную социально-медицинскую проблему «долголетие и психическое здоровье», нельзя не коснуться хотя бы в общих чертах такого общественного института, как семья, где функции каждого ее члена распределяются не поровну, а по состоянию всех и каждого. В такой семье каждому есть свое место, и оно почетно: отца и сына, матери, бабушки и дедушки. Болезни и недуги в слаженных семьях протекают гораздо легче (это достоверный клинический факт; именно отсюда так популярна идея «семейного врача»). Для наглядной иллюстрации некоторых важных положений проблемы приведем случай из врачебной практики.

Интеллигентная семья, однако с тяжелой психической отягощенностью по обеим линиям наследования. Со стороны отца — эпилепсия, бродяжничество, убийцы. Сам глава семьи до 70 лет работал судьей (образование высшее, юридическое, фронтовик, имеет ранения туловища, отказался от инвалидности). Судьей отработал более 30 лет. С почетом отправлен на пенсию. Его брат — алкоголик, умер в 73-летнем возрасте, от асфиксии рвотными массами. Последние 25 лет нигде не работал, жил за счет случайных заработков и помощи судьи. Семьи никогда не имел. Жена судьи — педагог (образование высшее). Родной брат жены страдал шизофренией, инвалид (заболел в 40 лет), I группы, умер в 75 лет в больнице для психохроников. Был женат; двое детей (образование у каждого высшее; у первого — экономическое: в настоящее время возглавляет крупный банк; у второго — юридическое, возглавляет юридическую фирму; оба имеют детей; все в настоящее время здоровы). Жена в 60 лет перенесла операцию по

поводу рака грудной железы. Операция прошла удачно. Ремиссия два года. Снята с онкологического учета. В это же время заболела психическим заболеванием, по всем признакам болезнью Альцхаймера (психический статус ее опишем ниже). В описываемой семье судьи и педагога (учитель по литературе в высших классах) есть дочь и сын. В 8 лет дочь заболела эпилепсией с большими и малыми эпилептиками. С тех пор систематически лечится в различных психиатрических больницах Москвы и Ленинграда (в том числе, в клинике эпилептологии Института Минздрава России и в отделении эпилепсии в Институте им. Бехтерева в Петербурге). От инвалидности для дочери родители отказались. Девочка успешно закончила спецшколу и Педагогический институт. В настоящее время ей 40 лет, не замужем, живет с родителями, постоянно принимает противосудорожные препараты. Интеллект высокий (интересуется историей, живописью, литературой, занимается журналистикой). Имеет непродолжительные половые связи. Сын рос и развивался нормально, закончил строительный техникум, отслужил в армии, женат, имеет двоих детей. Последние 5 лет алкоголизуется: пьет запойно; кодировался от алкоголизма, но безуспешно. Не удерживается на работе. Начались конфликты в семье. Жена два раза подавала на развод, но потом прощала (у него «золотые руки»: все делает по дому сам, подрабатывает и слесарем, и плотником, и строителем). Стал продавать вещи, чтобы добыть деньги на водку (втайне от жены за бесценок продал машину и дачу, потом — свои костюмы, рубашки, обувь, посуду). К наркологу больше не обращался: «сам брошу пить!». Проживает с семьей отдельно и в другом городе. Отношения с родными поддерживает и часто приезжает к ним в гости на продолжительное время.

Прежде, чем рассмотреть этот пример, вкратце расскажем о болезни Альцхаймера, не вдаваясь в клинично-теоретические дискуссии.

Болезнь Альцхаймера — деменция, возникающая в старческом возрасте (от 60 до 80 лет, после 80 лет не начинается). Патологоанатомический субстрат болезни — атрофия определенных участков коры головного мозга. Считается наследственным заболеванием. Неизлечима. Прогноз неблагоприятный.

Старческая деменция — синдром с нарушением ориентировки, памяти, способности понимания, сообразительности и суждения. Аффекты поверхностны и несдержанны, нарушается настроение, резко снижаются этические требования, обостряются личностные особенности, отсутствует способность к самостоятельному решению.

Выделяют пять основных критериев деменции:

1. потеря интеллектуальных способностей, которая ведет к расстройству в социальной и профессиональной сферах;
2. нарушение памяти;
3. расстройство абстрактного мышления;
4. наличие ясного сознания;

5. наличие органических причин.

В семье, описанной в приведенном примере:

а) отец — эпилептоидная личность, фронтовик, раненный и контуженный, 30 лет профессиональной деятельности в качестве судьи, физически крепкий, 70 лет;

б) мать — онкологическая больная с длительной ремиссией, страдает деменцией, бывший педагог, образование высшее, физически «практически здорова», слабости и утомляемости не наблюдается, 62 года;

в) дочь — страдает с детских лет эпилепсией, характерологические и личностные изменения по эпилептоидному типу, интеллектуально сохранна, постоянно принимает противосудорожные препараты, но приступы повторяются часто, живет активной (духовной и половой) жизнью, образование высшее, 40 лет;

г) сын — 38 лет, образование среднее специальное, имеет семью и двоих детей, около пяти-шести лет страдает хроническим алкоголизмом 2-ой стадии, безуспешно лечился, установки на трезвость в настоящее время нет, к своей семье (жене и детям) привязан не очень, к семье родителей — сильная привязанность.

Эта семья весьма показательна как «объект» социальной медицины (ибо клинические медики здесь мало что могут изменить: «тяжелый характер» отца никакими лекарствами не изменишь; матери не помогут никакие препараты, ибо ее болезнь не только неизлечима, но и медикаментозно не корригируема; дочь длительное время принимает противосудорожные препараты по отработанной схеме, которую нельзя нарушать; если сын даже захочет лечиться, то хронический алкоголизм второй стадии вряд ли излечим). Однако вряд ли найдется медик, который будет отрицать, что каждый член этой семьи нуждается именно в профессиональной врачебной помощи (как и вся семья в целом). Добавим, что семья эта в качестве социальной «единицы» фактически продолжает функционировать. Больше того, все члены семьи без исключения находят контакт друг с другом, как бы не принимая в расчет свои и своих близких тяжелые заболевания: когда они собираются вместе, то отец становится «мягче и человечнее», мать словно «просыпается» и «временами совсем становится прежней, разумной и интересной женщиной», у дочери прекращаются припадки (хотя, когда семья врозь, они повторяются, несмотря на систематический прием противосудорожных препаратов), сын никогда не алкоголизируется, когда живет в семье родителей (много работает, деньги частично отдает родителям, частично — жене).

В развитых странах с такими семьями работает социальный врач, решая и медицинские, и профессиональные, и бытовые, и общественные проблемы каждого члена семьи и всех вместе. Более того, именно социальный врач, совместно с генетиком решают вопросы профилактики и превенции наследственных заболеваний, которые (что неизбежно при такой тяжелой наследственности) дадут себя знать у ближайших родственников (двоюродных братьев и их детей, у собственных детей сына). Социально-медицинский прогноз

подобных семей чрезвычайно важен, поскольку может иметь серьезные общественные последствия.

3. Долгожительство или качество жизни?

«Не старость сама по себе должна вызывать уважение, а качество прожитых лет», — считал В.М. Шукшин, как бы предвосхищая движение за *«качество жизни»*, охватившее сейчас многие высокоразвитые страны. Мы уже упоминали о «ISOQOL» (так сокращенно называется «Международное сообщество за качество жизни»). Оно объединило ученых разных специальностей: от политиков и бизнесменов до медиков, психологов, биологов, экологов, юристов. Два раза в год в разных странах проводятся конгрессы, организуемые «ISOQOL». В 1998 г. прошли конгрессы в Афинах и в Париже, в 1999 г. — в Лондоне, Франкфурте-на-Майне, Тайбэе (Тайвань) и в Вене. Значительное место в исследованиях качества жизни занимают проблемы старения населения. В качестве примера возьмем одно из таких исследований — «Качество жизни и деменция», проведенных Каролиной Селай и Мишель Тримбле в Институте неврологии университетского колледжа Лондона.

В качестве объекта исследования были привлечены больные деменцией Альцхаймера из различных лондонских клиник. Исследование проводилось методом специального опроса (как самих больных, так и наблюдающих их врачей). Опрос основывался на «очевидном положении вещей», согласно которому «деменция лучше смерти». Больные принимали ноотропы и антидепрессанты, а также сосудистые препараты. С ними постоянно работали геронтологи-психотерапевты (пытавшиеся психотерапевтически активизировать их жизнь). В деменции было выделено 4 стадии (по степени нарушения познавательных способностей, памяти, ориентации в окружающем пространстве и потери бытовых навыков). Контакт состоялся с больными первых трех степеней деменции. Результаты наблюдений сравнивались по двум параметрам: самоотчету пациента и отчету его лечащего врача, с разницей в полгода. Во всех случаях было установлено, что «больные живут качественно» (довольны жизнью и не хотят умирать; «понимают» необходимость своего пребывания в специальном стационаре). У глубоко дементных больных состояние «качества жизни» выявить не удалось, ибо они не поддавались опросу. Но (как пишут авторы) судя по тому, что эти больные охотно питались, ожидали приема пищи и не были против ухода за ними (многие из них были неопрятны), они «жили качественно». От себя добавим, что клиники, где проводились исследования, — это современные учреждения, с новейшим оборудованием и медицинским обслуживанием высочайшего класса. Больные получают новейшие препараты и диетическое

питание из высококачественных продуктов и экологически чистой воды. Иначе говоря, стандарты обслуживания исследуемых больных уже априорно соответствуют «качеству жизни». Духовная сторона у дементных пациентов, страдающих болезнью Альцхаймера, как известно, отсутствует (в первую очередь при этой форме деменции нивелируются именно нравственно-этические свойства личности).

Конкретизация термина «качество жизни» (проблема эта, безусловно, актуальна и в России) на Западе и в России разного характера. Может быть, у нас это понятие носит более духовный характер.

Однако это понятие необходимо ввести в обиход социальных работников (педагогов и медиков). Нам есть чему поучиться у членов ISOQOL. Понятие «качество жизни» может стать рабочим при решении любых социально-медицинских проблем, в первую очередь, при исследованиях физического, психического и, что не менее важно, морального здоровья. Без духовности для русского человека нет жизни (не только абстрактного «качества»). Это было на Руси всегда и остается и сейчас, если внимательно всмотреться, за счет каких ресурсов мы все выживаем.

4. Долгожитель и его семья

В проведенном Р.С. Яцемирской клинико-психопатологическом исследовании долгожителей Софии анализ их семейного положения показал, что из 216 опрошенных (90—96 лет) вдовы составляли 79,6%, семейные — 12,5%; разведенные — 1,9%, не вступавшие в брак — 6,0%,

Эти показатели соответствуют и другим, более современным, источникам (А.Andriani,1996; E. Guidibaldi-Antonioni, 1997).

Р.С. Яцемирская пишет: «Как и следовало ожидать, вдовцы и вдовы составляют большинство долгожителей. Число семейных было небольшим, из них две супружеские пары состояли из партнеров-долгожителей. Остальные были мужчины, супруги которых были значительно моложе их по возрасту. Некоторые имели второй, а то и третий брак. Нужно отметить, что повторные браки были только у мужчин-долгожителей. Ни одна женщина-долгожительница в пострепродуктивном возрасте после смерти мужа не вступала в новый брак.

Интерес представляет группа долгожителей, которые никогда не вступали в брак, т. е. старые девы и холостяки (о более высоком проценте — 56 долгожителях, не вступавших в брак, сообщают М.Чеботас и И.Ионкувене, а также выше названные геронтологи-итальянцы — Е. Ч.).

Среди софийских долгожителей категория «разведенных» была самой малочисленной — 1,9% ; среди них были мужчины и женщины. Как удалось выяснить, разводы состоялись в зрелом или пожилом возрасте, после чего уже не делались попытки создать новую семью.

Заслуживают внимания данные о потомстве городских долгожителей. Почти 1/5 всех долгожителей не имела прямого потомства, а число долгожителей, имевших многочисленное семейство, было небольшим — 14,4%. Но несмотря на немногочисленное потомство, совершенно одиноких долгожителей было немного — 34 человека (15,7%). Из них лишь 13 человек жили в домах престарелых. Остальные одинокие долгожители жили в собственных жилищах. У части из них имелись приятельские отношения с соседями, которые оказывали им всяческую помощь, а иногда осуществляли полный уход за ними. Другие поддерживали приятельские и даже почти родственные отношения с детьми своих умерших друзей. Эти лица относились по-родственному, в отдельных случаях одинокие жители проживали в их семействах. Из 27 человек, имевших супругов, самостоятельно проживали 10 долгожителей; трое жили со своими супругами в домах для престарелых. Остальные 14 человек жили в одном жилище с семьями своих детей.

155 человек имели родственников различной степени родства (дети, внуки, сводные братья и сестры, племянники и т.д.); 89 человек из них жили вместе со своими родственниками. В домах престарелых жили 51 человек (32,9%). Любопытство вызывают 15 человек (9,7%), жившие отдельно от своих родственников... Но во всех случаях родственники оказывали всяческую помощь, осуществляя ежедневный уход за своими престарелыми близкими. 8 долгожителей по собственной инициативе избрали отдельный способ проживания. Они категорически отказывались от предложений своих близких жить одним семейством, мотивируя свой отказ тем, что не хотят менять своих привычек, не хотят обременять молодых членов семейства, а, главное, не хотят уезжать из своего привычного старого жилья».

Чтобы понять, как строятся отношения в семьях с долгожителями, следует принять во внимание два основных момента: один — микросоциальный; другой — индивидуально-психологический, или, что почти одно и то же, медицинский. Первый фактор: долгожитель уже в силу своего «статуса» (то есть независимо от семьи и ее характеристик) всегда находится в центре внимания всех членов семьи, то есть является ее «ядром» («крепким» или «мягким» — другой вопрос). Второй фактор: для долгожителя «родной» — очень широкое понятие. Вспомним, что говорил о себе в старости Л.Н. Толстой: «Для меня нет уже конкретного человека. Как нет человека «вообще». Каждого я воспринимаю как близкий и родной мне тип человека, то есть по неким общим, но существенным именно для данного типа чертам. Поэтому все люди для меня или чуждые, или родные: знакомых, дальних,

близких и др. нет»¹⁶. Воспринимая людей как «родные типы», пожилой человек тем самым легко строит с ними отношения (на выработанных с годами стереотипах общения), адаптируется к ним, включает их в свою эмоциональную память как родных. И именно поэтому пожилые люди, и особенно долгожители, не хотят и не могут вступать хотя бы в поверхностные эмоциональные отношения с другими людьми, которые для них «чужие» — уже по одному своему типологическому статусу. Есть и другая сторона этой проблемы: дожив до определенного возраста, родные становятся для пожилых людей «чужими», ибо на первый план выступают именно те «существенно общие» типологические черты, на которые только и ориентируется пожилой человек (кстати, отчуждение от родных в резкой и трагической форме произошло и с самим Л.Н. Толстым, заставив его покинуть Ясную Поляну).

В главе «Проблемы в семьях долгожителей», Р.С. Яцемирская пишет: «Непосредственное наблюдение за долгожителями в привычной для них домашней обстановке позволяет высказать мнение, что уход за большинством из них представляет большую нагрузку для семьи. Проблемы таких семейств должны, изучаться очень внимательно, чтобы помочь членам семейства избежать стрессовых ситуаций и сохранить спокойствие и хладнокровие, которые требуются для длительного ухода за старым больным человеком. Особого внимания заслуживают семейства, в которых имеются долгожители с психическими нарушениями, если за ними ухаживают их дети, сами нередко уже пожилые люди и имеющие иногда более серьезные соматические заболевания.

Немалые трудности испытывают такие семейства, в которых за долгожителями ухаживают лица, еще продолжающие свою профессиональную и трудовую деятельность. Как правило, в таких семействах особенно остро ощущается дефицит свободного времени, столь необходимого для ухода за долгожителями.

Все семейства имели характерную особенность, которая состояла в том, что независимо от состава семьи и возраста ее членов, все обязанности по уходу за старым человеком ложились на плечи одного человека. С другой стороны, нередким явлением было то, что все контакты долгожителей ограничивались именно общением с этим человеком (по другим источникам это не так: Andriani, Guidibaldi-Antonioni и др. — *Е.Ч.*). Контакты с другими членами семьи были ограниченными, а по мере нарастания физической слабости и уменьшения подвижности старого человека они постепенно, но, тем не менее, неумолимо снижались. Нужно отметить, что даже в самых идеальных семействах с очень внимательным и добросердечным отношением к долгожителям, родственники, не принимавшие непосредственного участия в удовлетворении необходимых

¹⁶ Толстой Л. «О старости». СПб., 1906. С. 23.

потребностей последних, находились с ними в более формальных контактах, ограничиваясь подчас выражением лишь внешних признаков внимания или проявляя насмешливое снисхождение, а зачастую и вообще оставаясь совершенно безучастными к судьбе старого человека. (Речь идет об отчуждении от долгожителя родных как проявление их психологической защиты — от старости и дряхлости, от смерти, что символизирует собой долгожитель и бренность жизни вообще. Это генетически закреплено в психологической защите каждого человека, которая работает, что нужно иметь в виду, только в строго определенных возрастных параметрах — *Е. Ч.*).

Обыкновенно в домашних условиях за долгожителями ухаживали их дочери или снохи, реже — жены. Крайне редко этот уход за долгожителями осуществлялся женщинами другой степени родства (сестры, племянницы, внучки). В очень редких случаях за долгожителями ухаживали их сыновья и внуки. По возрасту преобладающее большинство ухаживающих лиц были пожилого возраста — средний возраст 64 года. Лиц молодого и среднего возраста было относительно немного — 37,3% ».

Выше мы говорили, что долгожитель, если он проживает в семье, обычно является ее «ядром». Этот тот центр (независимо, в каком психическом и физическом состоянии находится долгожитель), к которому стекаются все «токи» и «силы» семьи. Вот поэтому, когда долгожитель умирает, семья сиротеет, и кажется, что «сиротеет все вокруг» (как это описано у В.М.Шукшина в рассказе «Солнце, старик и девушка»). Являясь «ядром» семьи, долгожитель оказывается источником морального климата в семье: ее лада и разлада. Как показывают исследования семей, в которых проживает долгожитель, они или очень слаженные (несмотря на стесненность в жилье, финансовые трудности, болезни членов семьи, на их возрастной, по степени родства, или половой состав и другие объективные факторы), или, наоборот, это семьи, в которых «настоящий ад», тем более «причин» для этого предостаточно, но основной причиной является наличие в семье долгожителя.

Такое положение вещей нельзя объяснить социально — экономическими (материальными) или социально — психологическими (хороший или плохой характер у долгожителя) факторами. Причины гораздо глубже. Только медицинская генетика могла бы объективно интерпретировать кардинальные перемены в психике долгожителя, о которых писал Л.Толстой и которые подтверждаются социально-геронтологическими исследованиями.

Долгожитель и его семья — одна из актуальнейших проблем и нашего общества в целом, и социальной медицины в частности. Проблема эта кажется не разрешаемой ни общественными, ни правительственными мерами, направленными на укрепление социальной защиты народонаселения; еще в меньшей степени — медицинскими путями. Появившиеся в нашей стране хосписы для долгожителей пока демонстрируют полнейшую беспомощность, поскольку,

выражая хорошую идею, они требуют, во-первых, изрядных денег, а во-вторых, иной, чем на Западе, концепции. В европейских странах, за исключением Италии и Испании, давно сложилась традиция жить отдельно от родителей. Эта же традиция в США и Канаде. В Израиле живут и порознь, и как в России, где родители до сих пор чаще живут с одним из детей, то есть одной семьей. «Свой дом» — понятие чрезвычайно разное для европейца и для русского: для европейца — это дом, где родились его дети; для русского (точно так же, как для итальянца и испанца) — это дом, где родился он сам. Хоспис для европейца — нормальное переселение его родителей в нормальные (хорошо оплачиваемые) условия. Хоспис для нашего русского современника хуже дома для престарелых, ибо это промежуточный перед кладбищем этап.

В перестроечное время в нашей стране начали появляться всяческие фонды здоровья и милосердия, взявшие на себя часть забот по уходу о пожилых людях.

ФОНДЫ МИЛОСЕРДИЯ И ЗДОРОВЬЯ КАК ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ЕДИНИЦА СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ В РОССИИ

Супруги-пенсионеры Черносивитовы, Василий Петрович и Зинаида Антоновна, и не думали, наверное, о том, что организованный ими в 1986 г. и зарегистрированной в августе 1987г. «Фонд милосердия и здоровья» станет одним из первых в СССР и России и вызовет целую волну подобной практики. Сейчас таких «Домов Милосердия» в стране 35. А тогда, больше десяти лет назад, в поселке Новозавидовский Конаковского района Калининской области двум немолодым, прожившим непростую и насыщенную жизнь людям (Василий Петрович — сын «врага народа», военный летчик, Зинаида Антоновна работала в системе профтехобразования) пришлось столкнуться с настоящей нищетой пожилых людей, инвалидов и ветеранов ВОВ, проживающих в их поселке. Впрочем, проблема выживания оказавшегося в экстремальных для жизни ситуациях населения актуальна и поныне. И просто, как рассказывает З.А. Черносивитова, захотелось «помочь хоть немного, кому очень трудно: года идут, силы оставляют, одолевают разные болезни, а лекарства недоступны, и с каждым днем жизнь пенсионеров становится все труднее и труднее, и поэтому престарелые ветераны рады, если им окажешь внимание.» Образование Фонда стало удавшейся частной инициативой по выживанию населения в экстремальных ситуациях. Далее отрывок из рассказа З.А. Черносивитовой об истории образования Фонда.

«3 февраля 1986 г. мы с мужем поехали в город Клин купить подарки к празднику. Наша дорога проходит от дома через разгрузочные пути железной дороги. Зима была в тот год очень снежная, все разгрузочные пути были завалены сугробами. Видим: в снегу копаются люди, мы не поняли, что они делают. Возвращаемся обратно уже к вечеру — та же картина. Наше внимание привлекли три старушки, они пытались сдвинуть с места большие санки и никак не могли это сделать. Муж пошел помогать им, вытаскивать из сугроба санки. Санки были до

верха нагружены углем. Я спрашиваю старушек, почему они собирают уголь (оставшийся в сугробах после разгрузки вагонов), И узнаю, что таким путем они могут отапливаться, ибо, для того, чтобы выписать топливо, у них нет денег. Это были сестры Федоровы: Анне 84 года, Любви 80 лет, Марии 78 лет. У Анны пенсия 40 руб., у Любви 45, у Марии, которой муж погиб на фронте, 70 руб.

Муж довез им сани до их ветхого домика, пришли мы домой, и что-то внутри нас перевернулось: знаем, что столкнулись с настоящей человеческой бедой, а что делать, не знаем! Утром муж рано встал и пошел в поселковый Совет. Вернулся быстро: там денег не дали. Тогда вдвоем поехали в Райсобес. Встретила нас заведующая Л.А. Кузнецова. Проверила карточки сестер Федоровых, вздохнула и сказала: «Денег на топливо им найду. Пишите от их имени заявление». И еще заставила нас написать от своего имени акт обследования их условий существования. Мы это сделали, и на третий день Федоровы получили топливо. Сестры от радости даже помолодели, но тут же попросили помощь их больной, 87-летней соседке: она совсем одна, инвалид, ходить не может, это мы ее кормим, покупаем ей продукты, своим супом кормим, печку топим, а вот воду таскать издалека нам трудно — ее колодец давно осыпался.

Целую неделю муж хлопотал о ремонте колодца, обращался к председателю поселкового Совета, председателю Совета ветеранов, в коммунальную контору. Добился! Сделали новый колодец, откачали старую воду. Потом, чтобы обеспечить эту соседку Федоровых дровами, мужу пришлось ехать в город Конаково, в райсобес, там он получил для нее деньги на дрова.

Было еще несколько дел, за решением которых приходилось ездить в Конаковский райсобес. В то время в СССР стали возникать различные «Фонды» (знаменитых актеров, поэтов, писателей, творческих работников). Тут мужа и осенило: «Давай, Зина, создадим «Фонд милосердия и здоровья», может быть, легче будет тогда помогать людям; все же будем представлять организацию, а не самих себя!» С этой идеей поехали опять в райсобес, где к удивлению нашему (по правде, не очень надеялись, что нас правильно поймут), нас не только поняли, но и похвалили.

Начали реализовывать идею организации «Фонда милосердия и здоровья» с общего собрания Совета ветеранов. Через три дня Общее собрание членов Совета ветеранов ВОВ и труда приняло решение о создании в поселке «Фонда милосердия и здоровья». Мы провели первое заседание Комитета «Фонда», избрали казначея Фонда Максимову Александру Григорьевну и составили план работы. Занялись оформлением регистрационных документов о создании «Фонда» выработкой Устава Фонда. С регистрацией Фонда было много сложностей. Ежедневно ходили по советским, партийным инстанциям, объяснялись в милиции и не только у себя в поселке, но и в Конаково, и Калининне... А Фонд уже работал всюю! Фетровая фабрика помогла с машиной и лошадей (на лошади возили старушек и стариков раз в неделю в баню: старики наши выходили за час на улицу с узелком, поджидая, когда за ними подойдет лошадь!)...

В комитет Фонда вошли 26 человек — все пенсионеры, от 65 до 75 лет. Они поделили между собой улицы поселка, а подопечных разделили на следующие группы: 1. Многодетные и матери-одиночки; 2. Инвалиды: — детства; — Великой Отечественной Войны и Афганской войны; — в результате болезни или бытовой травмы; 3. Вдовы Великой Отечественной Войны. 4. Тяжелые больные, за которым нужен уход на дому или помощь в решении их бытовых проблем и медицинская помощь (которую с начала работы нашего Фонда безвозмездно осуществлял Черносвитов Евгений Васильевич, мой сын, врач-психиатр). 5. Одинокие и малообеспеченные.

Мы вступили в контакт с директорами предприятий, с администрацией поселка Новозавидовский и, конечно, с Конаковским райсобесом, и везде мы нашли понимание и поддержку. Предприятия оказывали нам денежную помощь, транспортом, помогали обеспечить наших подопечных дровами, сделать им ремонт дома, организовать похороны и много другое. Мы отмечали дни рождения каждого нашего подопечного и все светские и религиозные праздники. Особенно много в первое время помогала фетровая фабрика поселка (директор Ражев Александр Васильевич). Так, они почти полностью взяли на себя помощь в организации лечения наших подопечных и похорон (снабжали гробами, транспортом, венками, людьми для рытья могил). Помогал нам и Тверьуниверсал банк (Завидовское отделение; директор — Некрасова К.Н.). Постепенно к оказанию помощи стали подключаться коммерческие предприятия, например, «Надежда 2» (учредитель и директор Цветков В.М.) — они помогали деньгами и продуктами (частично бесплатно, частично по низкой цене).

Первые годы мы получали «гуманитарную помощь» через Конаковский горсобес согласно нашим спискам: ее привозили машинами (продукты питания, одежда), а члены Фонда расфасовывали и разносили нашим подопечным. Но вскоре к нам в Фонд пошли предложения напрямую из разных стран для оказания гуманитарной помощи (из Германии, США, Англии, Франции). Предложения были разного характера: выделить 2–3 нуждающихся и послать в эти страны их адреса (помощь приходила прямо к ним домой). Звонили (например, из США) и говорили, что к нам в Фонд направлена фура с сливочным маслом, чечевицей, растительным маслом. В этих случаях мы сразу ставили в известность нашу администрацию и Конаковский горсобес, иногда делились с ними гуманитарной помощью (для других деревень и поселков). Фонд все это время располагался в нашем собственном доме (по адресу: Фабричная, 12). Дом всегда был полон людей, и калитка и дверь дома были открыты круглые сутки. Ни нам с мужем, ни членам Фонда негде было отдохнуть, ибо в доме всего две комнаты и кухня (все подсобные помещения, с тех пор как стала приходиться гуманитарная помощь из разных стран, были заполнены коробками с продуктам и мешками с одеждой).

Мы взяли на себя все тяготы жизни ветеранов. Решали все их вопросы. Это, прежде всего, восстановление стажа работы (я в ночь писала по 10—15 писем в разные города и архивы для уточнения стажа работы, особенно в годы войны).

У нас были большие планы — создать «Дом Милосердия», куда люди могли бы прийти отдохнуть, вспомнить счастливые дни своей молодости, поделиться рассказами друг с другом; где мы могли бы торжественно поздравлять своих подопечных с праздниками, устраивать для них «вечера отдыха». Но средств на покупку дома мы собрать не могли. К этому времени наших «подопечных» было 1100 человек. Мы, повторяю, торжественно, с подарками, отмечали все праздники, но особенно — День Победы — самый большой Праздник для всех нас! 9 мая у нас в поселке всегда проходил на подъеме. Все, кто мог передвигаться, на специально выделенных автобусах выезжали на братскую могилу и возлагали венки, цветы. Людей на братской могиле всегда было много 9 мая: здесь встречались поколения — деды и внуки. Ветераны рассказывали о своих подвигах на фронтах и в тылу, а школьники читали стихотворения и пели песни (программу проведения 9 мая мы готовили тщательно и заранее).

Были у нас и неожиданные трудности. Так, Генеральная Ассамблея ООН объявила 1 октября (начиная с 1993 года) Днем пожилого человека. Некоторое время никто нам не мог объяснить, с какого возраста человека считать «пожилым». Только газета «Ветеран», отвечая на вопросы пожилых людей, назвала этот возраст — 70 лет. Так мы начали праздновать День пожилого человека и всем, кому исполнилось 70 лет и больше, дарить подарки. 2 ноября был утвержден День инвалида по всей России. Мы срочно уточнили наши списки инвалидов, еще раз проверили их материальное и бытовое положение и провели декаду помощи инвалидам (устраивали встречи, концерты, дарили подарки, приглашали интересных людей на вечера для инвалидов)... Мой муж, Черносветов Василий Петрович, бессменный председатель Фонда, умер на одном из его заседаний... После его смерти председателем выбрали меня.

В настоящее время «гуманитарная помощь» в виде продуктов питания и одежды уже не поступает в Россию из-за рубежа: время другое. «Новые русские» проблемы своих сограждан — подопечных «Домов милосердия» — еще не понимают. Таким образом, время «Фондов милосердия и здоровья» как проявление частной инициативы прошло. Начинались «Фонды милосердия» еще в СССР, в тесном контакте с отделениями социального обеспечения, и сейчас, по нашему мнению, должны вернуться туда же, но в качестве новых структурных единиц (или, возможно, в качестве «учреждений скорой социальной помощи», как предлагает З.А.Черносвитова).

И, конечно, если «Дома милосердия» утвердятся как структурные единицы социального обеспечения и социальной защиты населения, то они непосредственно должны контактировать и с учреждениями социальной медицины: общих задач у них много.

5. Современные проблемы домов-интернатов для престарелых граждан

Все в нашей жизни по сравнению с тем, как было в СССР, изменилось; все, кроме домов-интернатов для престарелых граждан.

Из имеющихся домов-интернатов 75% нуждаются в ремонте, 35% — в капитальном ремонте. Ничего не изменилось и в порядке оформления и поступления в дома-интернаты, сохранилось и разделение их по ведомствам (дома-интернаты для актеров, ученых, писателей и т.д.). Во все дома-интернаты очередь по-прежнему от года до 3 лет. Домов-интернатов для престарелых по-прежнему не хватает.

По причине плохого финансирования условия пребывания в домах-интернатах даже ухудшились, особенно за последние 5—6 лет. Это касается, прежде всего, обслуживания проживающих в домах-интернатах граждан, их питания и медицинского обслуживания. Персонал домов-интернатов получает мизерные зарплаты, и поэтому сотрудников там не хватает. Смертность в домах интернатах, не связанная с острыми соматическими заболеваниями, возросла в 3—6 раз. Тем не менее, повторяем, очередь в дом-интернат для престарелых граждан не укорачивается.

Единственное, что изменилось, это возраст граждан, поступающих в дом-интернат: он стал моложе. Причины этого омоложения следующие: 1. социально-экономические (не хватает пенсии, чтобы прокормиться; нежелание быть обузой для детей); 2. медицинские (в больницу и госпиталь в настоящее время пожилому человеку, пенсионеру, лечь не просто — лекарства дороги, больничное обслуживание все больше становится платным); 3. семейные (климат в семьях ухудшился из-за общей социальной неустроенности, растущей агрессивности и нервозности; пожилой человек становится обузой для семьи); 4. индивидуально-психологические (глубокая разочарованность в жизни, фрустрационное состояние, невостребованность, чувство нестабильности и тревоги, бесперспективность и потеря смысла жизни и радости жизни). Все это вместе или в том или ином сочетании составляют скрытые мотивы бегства из дома в «окончательную обитель».

Таков ряд причин, по которым в дом-интернат для престарелых стремятся люди, которые еще могли бы быть социально активными и полезными членами общества.

В новых (экономических, политических, социально-психологических) условиях старые (в прямом и переносном смысле слова) дома-интернаты для престарелых граждан функционально и морально пережили себя. Поэтому нужны новые формы призрения пожилых людей. В развитых западных странах (особенно скандинавских) ушедшие на пенсию люди объединяются для совместного проживания по самым различным признакам, вплоть до увлечения рыбалкой.

Отлично функционируют «семьи» пожилых людей из 10—50 человек.

«Фонд милосердия и здоровья» поселка Новозавидовский, о деятельности которого мы рассказали выше, тоже мог бы стать альтернативой домам-интернатам. (В противном случае, такой альтернативой будут хосписы, если Россия подпишет конвенцию, разрешающую эвтаназию). В случае появления новых учреждений типа Домов милосердия, социальная медицина может включить их в свою структуру или действовать как инспектирующая организация. В Дом милосердия идут не навсегда, туда идут за реальной помощью. Но как показала практика новозавидовского Фонда, каждый, кто приходит в Дом милосердия, нуждается не только в социальной защите и опеке, но и в социально-медицинской помощи, пусть даже на уровне психотерапевтической беседы.

Глава 8.

ЦИВИЛИЗАЦИЯ, КУЛЬТУРА И СЕКС В СВЕТЕ ПРОБЛЕМ СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

1. Эротизация населения: медико-социальные последствия

Для того, чтобы разобраться в очень сложном и очень важном для социальной медицины вопросе об отражении эротизации общества на состоянии общественного здоровья, начнем несколько издалека. Уже древние знали, что эрос неотделим от танатоса. Отсюда, всякая эротизация есть в то же самое время танатизация. (Внедрение сексуального желания в сознание (или подсознательное) всегда возможно в «количестве», равном количеству внедрения туда же желания смерти).

Р. фон Краффт-Эбинг, один из классиков и основоположников научной сексологии и сексопатологии, писал в начале XX в.: *«Лишь очень немногие люди вполне сознают могучее влияние, оказываемое половую жизнью на чувства, мышление и поступки, как каждого отдельного человека, так и всего общества»*.

Итак, есть ли нечто в тотальной эротизации населения, что не вызывало бы негативных последствий для здоровья общества в настоящем и будущем? Есть ли что-то позитивное в такой ситуации, или мы должны видеть в ней разновидность еще одного социального катаклизма? То, что коммерческая подоплека и безнадзорность со стороны органов здравоохранения, — это главные причины такого положения вещей с эротизацией, видимо, понимают все. Были попытки рассмотреть эротизацию как своего рода сексуальное просвещение, преследующее цель повысить культуру половых отношений у населения. Возможно, в какой-то степени это удалось, если считать, что появление газет, журналов, видеофильмов, CD-ROM — дисков эротического характера, специальных программ в Интернете, сексуальных услуг по телефону, наконец, клубов, — все это и есть просвещение, облегчающее половую жизнь. Ведь в цивилизованных странах все это имеет место, включая публичные дома (которых у нас пока еще нет, но уже ведутся бурные дискуссии об их нужности). Страны при этом остаются и цивилизованными, и культурными, и экономически процветающими, и никаких «повальных» болезней от избытка эротической информации на душу населения там нет.

Сексшопы — тоже проявление эротизации. Но кто их клиенты? По социологическим исследованиям, проведенным институтом социальной медицины

Амстердама, 5% — любопытные (в основном, туристы), 25% — подростки (которые ничего не покупают), 70% — постоянные клиенты (судя по покупкам, страдающие хроническими сексуальными расстройствами и находящиеся под наблюдением сексолога или психоаналитика). В русских городах и городах бывшего Советского Союза, где есть секшопы, подобные исследования не проводились и продавцам «безразлично» (мы самостоятельно провели опросы продавцов в секшопках Москвы, Санкт-Петербурга и Каунаса), кто их покупатели, ибо каждый платит за вход да еще за просмотр «рекламных» роликов.

Мы не говорим здесь о порнографии, которая является криминалом в каждой цивилизованной стране, в том числе и в Голландии. Но вот что касается «извращений», то массовая эротизация и ее пропаганда (как и сексбизнес) отвоевали у патологии некоторые их виды. Например, в Москве и Санкт-Петербурге действуют клубы для мазохистов (следовательно, и для их партнеров-садистов). И именно здесь проходит очень зыбкая грань, отделяющая «изощрение» от болезненного извращения (если в изощренности секса можно увидеть черты особо изысканной сексуальной культуры и индивидуального эстетического вкуса, то извращение — это болезнь: то, что нуждается в лечении).

Поголовная эротизация населения отнюдь не приводит к двум абберрациям на сексуальной ниве: проституции и сексуальному насилию. Чем эротичнее ведут себя сограждане обоего пола, чем они сексуальнее, тем меньше потребности в услугах профессионалок и тем удовлетвореннее комплексы, которые могут реализовать себя через половое насилие. Проституция и половое насилие имеют совершенно другие корни (не общие, конечно), а не эротизацию. В отношении проституции сейчас столько споров лишь потому, что она предельно упростилась и связалась с перверсными клиентами. Проституция в современном обществе потеряла былой шарм запретности.

Если эротизация осуществляется как тотальное воздействие на психику населения (или отдельно взятого человека), то как всякое тотальное психотропное воздействие непременно приведет к негативным последствиям. Еще Крафт-Эбинг и Форель предупреждали, что «чрезмерное увлечение сексом невротизирует человека». Страдают, конечно, в первую очередь, подростки и пожилые люди — две категории населения, которые еще не могут или уже не могут соответствовать внедренным в их психику стандартам (стереотипам) поведения. Именно они невротизируются и психопатизируются в первую очередь, у них появляются черты отклоняющегося поведения. Эротизация плодит своеобразных социопатов, хотя основоположники сексологии предполагали, что эротизация может способствовать смягчению нравов, создать реальную почву для морали, облагородит человека.

Любые манипуляции с половым чувством чреваты самыми неожиданными последствиями. Секс не может быть простым развлечением: даже «механическое» сексуальное удовлетворение захватывает в человеке самые глубинные слои психики: те, что имеют отношение к жизни и смерти. Самое ближайшее

последствие манипулирование сексуальностью — болезнь (или физическая, то есть конверсионная, или психическая). Отдаленные последствия — прогрессирующее снижение качества жизни, вплоть до псевдодементного поведения.

Единственной инстанцией, которая способна контролировать эротическую сторону жизнедеятельности общества, является социальная медицина. Только социальная медицина может исследовать и купировать такие страшные для общественного здоровья явления, как перверсии (педофилия, некрофилия, скотоложество, сексуальные психопатии). Клиническая медицина и пенитенциарная социология, которые поневоле делают перверсии своими «объектами», ничего с ними поделать не могут. Перверсного субъекта понять нормальному человеку невозможно. Проиллюстрируем сказанное признанием перверсной личности, которое приводит Ч. Ломброзо в статье «Любовь у помешанных»: «Для меня нет ничего ужаснее, как желать сделать это и не быть в состоянии: можно с ума сойти. В такие моменты я чувствую головокружение. Я ничего не вижу, ничего не боюсь, лишь бы я могла это сделать»¹⁷.

Понятно, что работа с такими личностями требует специальных знаний, которые может дать именно социальная медицина.

2. Педофилия как социально-медицинская проблема. Феномен Лолиты

Вот уже несколько лет Европу потрясают «открытия»: оказалось, что существует не только почти узаконенная детская проституция, но и торговля детьми для половых отправления, нередко сопровождаемых зверствами и даже убийствами. В Бельгии этот бизнес поставлен на широкую ногу, охватившее провинции до Брюсселя. Выяснилось, что замешаны в нем представители самых разных слоев общества (так, в подвалах респектабельных загородных вилл могли на цепях содержаться дети или лежать искалеченные детские трупы). Судебные дела то закрывались, то вновь открывались, и мы узнавали, что в этом «бизнесе» замешаны самые неожиданные лица (члены полиции, мэрии, прокуратуры, банков, чуть ли не парламента). Психиатры из соседних стран (Англии, Дании, Франции, Германии и др.) уже торопятся объявить «бельгийский феномен» «психической эпидемией конца XX века», а О. Рурке даже «допускает, что каждый третий мужчина в этой стране в душе педофил». Не стоило бы фиксировать читателя на «бельгийском феномене», если бы не опасность такого

¹⁷ Ломброзо Ч. Избранное. М., 1998. С. 574.

же феномена в России.

О педофилии в русских городах и о половой эксплуатации детей сообщают самые разные официальные и неофициальные источники.

Оставляя в стороне коммерческий, криминальный и моральный аспекты проблемы, обратимся прежде всего к ее социально-медицинским аспектам. Педофилия есть реальный факт нашей жизни, дети имеют спрос на рынке сексуальных услуг. С точки зрения социального врача, несомненны симптомы болезни общества. Торговля детьми с целью сексуальной эксплуатации имеет много общего с торговлей наркотиками — компетентные органы указывают, что подчас этим занимаются одни и те же криминальные структуры. Однако, влияние наркотиков хорошо изучено: что представляет собой наркоман и как становятся наркоманами, специалистам хорошо известно. Но кто такой педофил? Болезнь это или преступление (или то и другое вместе)? Отвечая на этот вопрос, неуместно искать аналоги в истории и приводить примеры половой эксплуатации детей в разных странах и в разные времена. Такой подход мало что проясняет, потому что педофилия, тем более сопровождаемая садистскими проявлениями, всегда и везде вызывала общественное негодование и каралась жестоко. Педофилия, имеющая характер эпидемии, поражающая множество мужчин, — такого не наблюдалось никогда и нигде!

С точки зрения клинического психиатра, педофилия — это *перверсия*, симптом какого-то психического заболевания (чаще всего, психопатии, шизофрении или деменции). В конце XIX в. педофилов считали просто вырожденками, дегенератами. В наше время есть более адекватное слово — мутант. И, судя по масштабности педофилии, человечество мутирует в угрожающих его существованию размерах.

В то время, когда в Бельгии «Интерпол» раскручивал грандиозное дело, связанное с детской порнографией, в котором были замешаны и бельгийская полиция, и судьи, и чуть ли ни члены парламента, в Америке снимался фильм «Лолита» Эдриана Лайна с Джереми Айронс в главной роли. Эдриану Лайну было нелегко снимать «Лолиту» в такой атмосфере (в его адрес приходили официальные и анонимные угрозы).

Выпуская в свет в 1955 г. «Лолиту» на английском языке, Набоков и не предполагал, что выпускает «Джина из бутылки». Тогда педофилия в развитых цивилизованных европейских странах была явлением исключительным. До сих пор некоторые литературные критики, социологи, социальные психологи, педагоги и психиатры серьезно полагают, что именно Набоков спровоцировал своим романом эпидемию педофилии в этих культурных странах. В конце 70-х годов сектор личности Института социологических исследований АН СССР во главе с профессором А.А. Зворыкиным и автором этой книги провели массовые социологические опросы населения в Москве, Ленинграде, Киеве, Вильнюсе, Риге, Каунасе, Хабаровске, Чите, Барнауле, Магадане, Анадыре и Владивостоке для выяснения отношения к роману Набокова со стороны публики, уже читавшей

это произведение (ученые, литераторы, журналисты, партийные и комсомольские работники, врачи, педагоги, студенты, актеры). 75% опрошенных мужчин признались, что Лолита вызывает у них эротические чувства и фантазии и что они хотели бы встретить такую юную особу и вступить с ней в половую связь (опрос, конечно, был анонимный). Вместе с тем почти все из них считали Лолиту «вполне реалистичным образом». Что же представляет собой «феномен Лолиты» и связан ли он с педофилией?

Набоков первоначально написал «Лолиту» на английском языке и только потом сделал ее русский вариант. В русской классической литературе можно обнаружить предшественниц Лолиты. Прежде всего, это Неточка Незванова (одноименная повесть Достоевского). Нимфетка, возможно, самая эротичная из всех созданных в мировой литературе образов девочки-подростка. Но история Неточки Незвановой отнюдь не эротична, она драматична и прозаична.

Это нужно иметь в виду, анализируя феномен Лолиты. Лолита никакого отношения к педофилии не имеет, поскольку она не ребенок и даже не подросток. Лолита (и в этом научная точность набоковского образа) — половозрелая женщина! Герой Набокова насмехается над невежеством читателя, который посмеет его обвинять в педофилии: «Позволю себе напомнить читателю, что в Англии, с тех пор как был принят закон (в 1933 году) о Детях и Молодых Особах, термин «герль-чайльд» (т.е. девочка) определяется, как «лицо женского пола, имеющее от роду свыше восьми и меньше четырнадцати лет» (после чего, от четырнадцати до семнадцати, станут определять это лицо как «молодую особу»). «Нимфетка» — это не ребенок, не девочка, а половозрелая «молодая особа». Отметим здесь, что судебно-медицинские эксперты во всем мире, когда речь идет о половых действиях с детьми, определяют пострадавших на половую зрелость, поскольку известно, что половая зрелость часто наступает намного раньше паспортного возраста. Тогда «молодая особа» или «молодой человек» ведут себя, как взрослые (особенно, что касается половых отношений). Гинекологи и эндокринологи хорошо знают пациентов с преждевременным половым развитием, которое наступает у девочек до 8 лет, у мальчиков до 10 лет. Вот краткая справка об этом явлении: «При патологических процессах в области шишковидной железы, гипоталамуса в гипоталамо-гипофизарной системе наступают изменения, напоминающие таковые при нормальном половом созревании и приводящие к усилению секреции гонадотропных гормонов гипофиза, что в свою очередь приводит к половому развитию (так называемое истинное преждевременное половое развитие, как у мальчиков, так и у девочек). Симптомы следующие. Ускорение роста и увеличение массы тела. У девочек — увеличение молочных желез, появление оволосения на лобке, кровянистых выделений из влагалища, увеличение матки, придатков, в некоторых случаях появляются регулярные менструации. У мальчиков — увеличение наружных половых органов, появление оволосения на лобке и лице, эрекции, поллюции.

Преждевременному половому созреванию (наблюдавшемуся у Лолиты) редко соответствует таковое же интеллектуальное созревание. Поэтому и возникает разлад в жизни и личности такой «молодой особы» (что, кстати, великолепно показал Набоков в своем романе). «Нимфетки» не только стремятся к активной половой жизни (что, повторяем, соответствует их гормональному и гинекологическому статусам), они могут рожать вполне здоровых детей. И часто, забеременев, настаивают на вынашивании ребенка. В подобных случаях всегда возникает «казус» — головоломка для психологов, судебных медиков и гинекологов. Ведь, с одной стороны, родив, такая «мамаша» будет относиться к своему ребенку не соответственно своему половому развитию, а соответственно своему умственному развитию (то есть относиться к новорожденному, как к кукле). С другой стороны, будучи половозрелой и будучи в состоянии выносить и родить нормального ребенка, она не может быть принуждена насильно к прерыванию беременности (здесь на ее сторону становится и закон, и «права человека», и обыденное мнение, и основные религиозные конфессии).

Как видим, судьба нимфеток изначально драматична в обществе, где отсутствует понимание их состояния. (Половозрелые «молодые особы» (прежде всего женского пола) нуждаются в соответствующей социальной помощи и, не исключено, защите. И то, и другое им может оказать только социальная медицина (путем консультативной и корригирующей поведения работы специалистов с ними). В ведении социальной медицины должны оказаться и их половые партнеры (у них тоже достаточно проблем, в том числе и перед законом; и они тоже нуждаются, как это не странно, в социальной защите). Мы не преувеличиваем общественное значение проблемы «нимфеток». (Проблема эта реальна и актуальна, когда акселераты сейчас представляют 48% в своей возрастной популяции во всех так называемых благополучных странах. До некоторых пор так было и в СССР, и в Польше, и в Чехословакии, и в Румынии, и в Югославии. Насколько нам известно, количество акселератов в России и Польше резко снизилось (пропорционально снижению рождаемости в этих странах). Однако с улучшением социально-экономического положения в нашей стране и Польше акселераты вновь будут актуальной проблемой.

«Феномен Лолиты» не имеет, по нашему мнению, отношения к педофилии, но, являясь важной социо-медицинской проблемой, должен находиться в компетенции социальных медиков.

3. Сексуальные меньшинства как «объект» социальной медицины

Сейчас о «сексуальных меньшинствах» следует писать и говорить осторожно, ибо для них создана прочная правовая база (право на гомосексуализм). Гомосексуалисты обоих полов отвоевали себе права и свободы в Америке и европейских странах. Такое же положение вещей теперь и в России и в других странах. Гомосексуалисты не подвергаются по половым интересам дискриминации (служат в армии, заседают в парламенте, возглавляют различные корпорации, в том числе и «средства массовой информации»). У них появились большие возможности навязывать свои вкусы и жизненные стандарты (типы отношений) «сексуальному большинству». Многие представители сексуальных меньшинств — законодатели моды, заказчики или создатели развлекательных программ на радио и телевидении, по их сценариям или выполняя их социальные заказы, снимаются художественные фильмы и пишутся бестселлеры. На первых порах они требовали к себе (прямо и через различные общественные акции) только терпимости. Сейчас их социальные запросы и положение в обществе качественно изменились. На фоне общего упадка нравов в ведущих странах мира гомосексуалисты (в основном, они составляют «сексуальное меньшинство») стали вести себя демонстративно, агрессивно и напористо в отношении «сексуального большинства». Именно от них идет пропаганда «освобождения» от всяких ограничений сексуальных отношений. Это делается порой жестоко, а порой по — детски наивно. Так, объявляя семью «пережитком архаических обществ», они пытаются между собой вступить в брак со всеми подобающими этому акту ритуалами (с гражданской регистрацией, венчанием в церкви).

Хорошо известно, что большинство стран не считает гомосексуалистов преступниками (убрана соответствующая статья из уголовного кодекса и у нас). Теперь они, вроде бы, во всем равноправные граждане... Но только не для медицины. Как ни парадоксально, но во всех цивилизованных странах в учебниках по психиатрии и сексопатологии гомосексуализм считается половым извращением (перверсией), то есть болезнью (вернее, синдромом разных заболеваний). Разберемся в этом с точки зрения социального врача.

Половые извращения (перверсии, парафилии) — нарушение направленности полового влечения или условий его удовлетворения. Перечислим основные виды перверсии: *садизм, мазохизм, нарциссизм* (половое влечение к самому себе), *зоофилия или скотоложество* (половое влечение к животным), *некрофилия* (половое влечение к трупам), *инцестофилия* (половое влечение к родственникам), *фетишизм* (переживание полового возбуждения, а иногда и удовлетворения от вещи), *трансвестизм* (половое возбуждение возникает при переодевании в одежду противоположного пола), *пигмалионизм* (половое влечение к куклам и

статуям), *экспозиционизм* (обнажение перед незнакомыми лицами без намерения вступить с ними в половые отношения), *вуайеризм* (подглядывание за интимными действиями: от полового сношения до дефекации или просто за обнажением половых органов, например, при переодевании), *педофилия*, *эфебофилия* (половое влечение к подросткам), *геронтофилия* (половое влечение к пожилым людям), *гомосексуализм* (мужской: *уранизм*, *мужеложство*, *педерастия*; женский: *лесбиянство*, *сапфизм*).

В настоящее время нет ни одной теории, которая объясняла бы происхождение перверсии с научной строгостью и убедительностью. Частично перверсии раскрывают следующие гипотезы: а) генетическая (врожденная патология), б) нейроэндокринная (расстройства всякого рода гормональной деятельности), в) психоаналитическая (Фрейдовская — ортодоксальная и не ортодоксальная), г) условно-рефлекторная (Павловская), д) имитационная (Ухтомского), ж) синдромологическая (перверсия есть синдром того или иного психического заболевания) и др. Любая из существующих гипотез признает главное: перверсия есть болезнь. Следовательно, нуждается в лечении. Но в каком? Здесь ученые, придерживающиеся той или иной гипотезы, во мнениях резко расходятся, а клинический опыт показывает, что перверсия — вещь неизлечимая. Для того, чтобы проиллюстрировать всю неоднозначность и сложность проблемы перверсии, приведем пример из психоаналитической практики.

Врач-психиатр 35 лет, из семьи служащих, психопатологической отягощенности в семье не выявляется. Единственный ребенок. Рос и развивался нормально. В детстве перенес детские заболевания в легкой форме. В школу пошел 7 лет. Учился на «хорошо» и «отлично». После окончания школы поступил в медицинский институт, который окончил с «красным» дипломом. Затем закончил интернатуру по психиатрии и начал работать заведующим женским «острым» отделением в психиатрической больнице. Закончил также ординатуру по психиатрии в ЦОЛИУВ. Наукой заниматься не хотел, хотя ему неоднократно предлагали место в аспирантуре. Жил один. С родными практически не общался. Жил в одном из подмосковных городов. В этом городе друзей не имел. Отношения со всеми были деловые, ровные. Внешне был строен, красив, аккуратно и элегантно одевался. Часто был приглашаем в гости, особенно в семье, где были девушки на выдании.

Практически не алкоголизировался, курил умеренно. Работал на полторы ставки, много. Особых увлечений не имел: немного увлекался охотой и собирал грибы, любил в одиночестве бродить по лесу. Был отзывчив на любые просьбы о помощи. Часто помогал деревенским жителям деньгами. Многие деньги ему не возвращали, на что он реагировал улыбкой: «Не обеднею. Им, видимо, нужнее!». По работе к нему претензий не было. Периодически куда-то уезжал из города, взяв «отпуск за свой счет». Так было в течение 5-и лет (происходило это в 1973—

78 гг). Несколько раз, находясь в отпуске, попадал в больницы. Но больничные листы никогда не предъявлял.

Как-то в больнице, где работал наш персонаж, появился новый сотрудник. Врач, разведенный, 27 лет. Они быстро подружились. Молодой врач бродил с персонажем по лесу, вместе охотились, собирали грибы. Новый сотрудник начал оставаться у персонажа ночевать (молодой врач жил в городе, а больнице была за городом, персонаж жил в квартире дома для врачей, что находился на территории больницы).

Однажды произошло «ЧП»: новые друзья, совершенно трезвые, по-настоящему стрелялись (из охотничьих ружей) на дуэли. Молодой врач был слегка ранен в руку. Так как в городе персонаж имел хорошее к себе отношение, в том числе и органов прокуратуры, и милиции, и КГБ (помогал им в оформлении дел на «социально опасных» психических больных и снабжал их информацией об их передвижении по городам Подмосковья), дело о дуэли «замыли». Молодой врач вскоре уволился и уехал из города. Вскоре неожиданно обратился к врачу-психиатру за «профессиональной помощью», взяв честное слово, что все останется втайне, в противном случае он покончит с собой. Получив честное слово, он рассказал следующее.

«Страдал» он гомосексуализмом («страдал» — это его слово). Начал гомосексуальную половую жизнь, будучи студентом мединститута. Увлёк его преподаватель кафедры психиатрии (который постоянно помогал ему впоследствии продвигаться по служебной лестнице). До 17 лет (то есть до начала гомосексуальной жизни) половой вопрос персонажа не беспокоил (по ночам иногда были поллюции, иногда онанировал). Нравился девочкам давно, но это его «совсем не волновало». Половая жизнь с мужчиной ему сразу «понравилась», настолько, что он его «полюбил, сильнее, чем родителей». Год они жили вдвоем, но потом «учитель» стал расширять их контакты: появились новые симпатичные молодые и не совсем молодые люди (в основном, студенты, военнослужащие — молодые офицеры, врачи). Менялись партнерами по желанию, что тоже не вызывало у персонажа протеста. Так продолжалось еще год. Потом впервые его «заставили» принять участие в групповом (мужском) сексе. После чего (он вдобавок сильно напился тогда, чтобы преодолеть отвращение) он «впал в тяжелую депрессию» и попытался отравиться снотворными. В коме поступил в больницу. Придя в себя, твердо решил прекратить «любые гомосексуальные контакты». Но ничего не получилось. Его не оставляли в покое. С тех пор, как его находили и принуждали к гомосексуальным контактам, он непременно пытался из «отвращения» покончить жизнь самоубийством. Стрелялся, вешался, травился. Но его всегда спасали. Всего было около 10-и попыток самоубийства. Наша беседа была единственной, ибо после нее персонаж замкнулся и больше к «теме» не возвращался. Потом была попытка жениться, после брачной ночи персонаж зарезался охотничьим ножом (половая связь с женщиной имела место и была, по-видимому, единственной).

Нужно отметить, что это происходило в СССР, где гомосексуализм «карался и преследовался по закону как уголовное преступление». В то время *сексология* еще считалась псевдонаукой, и в стране было только три отделения «неврозов с сексуальными расстройствами». Наш персонаж жил в постоянном страхе судебного преследования и тюрьмы. Он был, вероятнее всего, врожденным (генетическим) гомосексуалистом. Попытки самоубийства после «принуждаемых» гомосексуальных контактов были скорее истерическими реакциями на страх за совершение противозаконных действий. Именно поэтому демонстративные (для самого себя, чтобы доказать, что он порядочный гражданин, что он протестует) суициды и не были завершенными. В действительности он убил себя лишь после половой связи с женщиной, что явилось насилием над собственной «природой», над его личностью.

Современное отношение к гомосексуалистам в «духе демократии», конечно, гуманно. Наш персонаж, возможно, сейчас процветал бы: он был личностью незаурядной и, если бы освободился от социального страха, мог бы совершить много добрых дел и прожить достойную жизнь. Однако социальная гуманность (как показывает история) еще не гарантия здоровья. Основными источниками заражения СПИДом по-прежнему остаются гомосексуалисты (они же основные носители инфекции). В гомосексуальной среде по-прежнему наибольший процент наркоманов. И хотя современные гомосексуалисты пошли в политику, искусство, журналистику, в коммерцию, уже не опасаясь преследования за свою сексуальную ориентацию, вряд ли они могут стать выразителями интересов широких слоев населения, даже манипулируя его сознанием и зомбируя его в отношении склонностей и влечений. У «сексуального большинства» против «сексуального меньшинства» есть мощная врожденная психологическая защита. Но не надо забывать и другое — каковы нравы, такового и здоровье. И это верно как в отношении отдельного человека, так и в отношении общества в целом. Нравственный иммунитет — это реальная и немалая часть психологической защиты населения. А он у гомосексуалистов, как и у всех, вступающих с ними в тесный контакт, понижается.

Цивилизованное и культурное общество, естественно, не может возвращаться к репрессивным мерам в отношении «сексуальных меньшинств». Но оно не должно отдавать проблемы «сексуальных меньшинств» на откуп ни случаю, ни знахарям, ни шарлатанам.

Глава 9. НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКИЙ ПРОГРЕСС И СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

1. Проблемы, общие для экологии и социальной медицины

Мало кто знает, что М.В. Ломоносов тоже является автором «Евангелия». Но его благовестие было не о Христе и его заветах, а о Природе. Он так и назвал книгу — «Евангелие Природы». И эта книга должна стать основой современных научных разработок по экологии, особенно когда они прямо соприкасаются с проблемами социальной медицины. В конце 1998 г. на очередном международном Конгрессе экологов было признано, что «экология является частью биоэтики». По определению одного из ведущих теоретиков биоэтики, директора Института философских исследований в Ганновере Р.Лева, «биоэтика — это очень молодая философская дисциплина, занимающаяся этическими проблемами биологии и медицины, а в последнее время и экологическими вопросами. Актуальность ее обусловлена небывало возросшими возможностями современной (прежде всего молекулярной) медицины, что приводит к появлению целого ряда моральных конфликтов (например, между признанием достоинства человека, его права на жизнь и принципом свободы исследований)». Р. Лев поставил перед научным сообществом задачу раскрыть основы гуманистической биоэтики, в том числе, ее экологической части.

М.В. Ломоносов, безусловно, был основоположником экологии. В его времена космос еще не страдал от деятельности человека, поэтому эта проблема не включена в «Евангелие Природы». Однако «Евангелие Природы» восполняет труды В.И. Вернадского, посвященные антропокосмизму, которые являются как бы продолжением ломоносовского «Евангелия». Значительное место и у Ломоносова, и у Вернадского уделено этическим проблемам, или, говоря современным языком, *биоэтике*.

Понятие «*ноосферы*» (Земли, обволакиваемой разумом) ввели в начале XX в. французские ученые и философы Э. Леруа и П. Тейяр де Шарден; научное определение дано Вернадским¹⁸.

¹⁸ См.: Тейяр де Шарден П. Феномен человека. М., 1965. *Le Roy E.* «Biologie et apologetique. Paris, 1921; Вернадский В.И. Химическое строение биосферы Земли и ее

Современное учение о ноосфере складывается из представлений о единстве и взаимодействии трех составляющих среду обитания человека и человечества: 1. биосфера (все, что входит в понятие Природы в размерах нашей Галактики); 2. социосферы (все, что составляет общество человека в прошлом, настоящем и будущем); 3. собственно ноосфера (все, что охватывается целокупным разумом человечества, как в прошлом, так в будущем, то есть все теории, гипотезы, все представления о жизни, смерти, о самом себе, включая всех — от величайших гениев до самого-самого невежественного человека, в том числе и фантазии, и бреды психически больных людей). Взаимодействие, взаимоотношение и взаимовлияние этих трех составляющих самое тесное. Так, например, плохая погода вызывает болезненное состояние и мрачные мысли у людей. Но точно также мрачные мысли людей и их болезни вызывают «плохую» погоду, вплоть до ураганов, наводнений, засух и других космических и природных катаклизмов. Социальное напряжение (манипулирование людьми, свободой, достоинством человека, аморальность общества и т.п.) может вызвать таежные пожары, извержение вулканов, снежные обвалы, наводнения. Эксплуатация человека — это эксплуатация Природы и эксплуатация Природы — это эксплуатация человека. Если в начале века ноосфера окутывала Землю в пределах стратосферы, то теперь она стремительно увеличивает свой радиус, равный лучу радиоскопа. Взаимоотношение Человека, Природы, Общества, Космоса и Разума прекрасно показаны Андреем Тарковским в «Солярисе».

На стыке экологии с социальной медициной можно обнаружить как частные, так и глобальные вопросы. К частным вопросам относятся, например, такие, как «Конвенция о выбросе в атмосферу дыма работающих заводов и фабрик». Если выбрасывается свыше 8%, то Земле грозит «парниковый эффект». (Планета покрывается дымовой завесой, как пленкой для парника, что губительно отразится на жизни флоры, фауны и, конечно, самого человека). В 1997 г. большинство стран договорились в Токио о «допустимых» 6%. Запрет выброса в атмосферу фреонов (хладонов) существует около 10 лет. Кто не слышал об «озоновой дыре», в появлении которой якобы виноваты фреоны?

Но, в действительности, в возникновении «озоновой дыры» виноват не столько человек, сколько вулканы, извергающие сероводород в атмосферу. Вина человека здесь не прямая, а косвенная, опосредованная. Гибель Помпеи в свое время существенно раздвинула границы «озоновой дыры», и виноват в этом Везувий, начавший «изрыгать пламя» в 79 г. Однако историки говорят, что в то время нравы в Помпеях неслыханно упали, процветали всевозможные общественные болезни, так что не случись извержение вулкана, социальный катаклизм все равно уничтожил бы больной город.

К «частным проблемам» экологии и социальной медицины относится,

например, захоронение отходов радиационных и химических производств. Генетические последствия загрязнения окружающей среды способны оказать громадное влияние на судьбу человечества. Мутагены среды, в виде химических соединений, ионизирующих излучений и др., способны проникать в клетки организмов и поражать (или радикально изменять) их генетическую программу (вызывать мутации). Когда поражение затрагивает ДНК, находящуюся в зародышевых клетках человека, эмбрионы гибнут или рождаются люди, имеющие наследственные дефекты. Мутации в клетках тела организма (соматических клетках) вызывают рак, поражение иммунной системы, уменьшают продолжительность жизни (вливают на срок «жизненной программы» человеческого организма, ее биоритмы и биоэнергетику). Эти нарушения в генетической информации, подрывающие наследственное здоровье населения, объединяются под названием «генетического груза» (при развитии научно-прикладной социально-медицинской и экологической статистики величину «генетического груза» можно было бы измерять с точностью, как на аптекарских весах). Социально-медицинская служба генетического мониторинга будет реально определять объем и рост генетического груза в соответствии со степенями экологического напряжения и давать рекомендации с целью недопущения факторов, ведущих к его увеличению. Разграничение собственно генетических (за которые ответственны предшествующие поколения) и общеэкологических факторов поражения здоровья людей играет решающую роль для социально-медицинского выбора мер борьбы за здоровье населения.

Вот данные Министерства здравоохранения СССР, полученные незадолго до распада государства: в СССР ежегодно 200000 детей рождается с серьезными генетическими дефектами, около 30000 — мертвыми, около 25% беременностей не доношивается по генетическим причинам. К каждому учебному году 1600000 детей не могут поступить в общеобразовательную школу по причине умственной неполноценности. 10 миллионов супружеских пар не могут родить ребенка из-за генетического бесплодия.

Все это результат того генетического груза, который несло наше население перед гибелью СССР. Сейчас эти показатели в 2—3 раза хуже.

Величина «генетического» груза определяется количеством проявляющихся отрицательных доминантных, полудоминантных, рецессивных генных мутаций, мутациями хромосом и сложными генетическими явлениями при взаимодействии генов. (Одним из примеров молниеносного действия генетического груза является так называемый «киришский синдром» или «биохимический СПИД»). Такие названия получили специфические заболевания, поражающие жителей городов, где работают биохимзаводы. Впервые массовая вспышка «киришанки» произошла в октябре 1988 г. в Ангарске, где за одну неделю в медицинские учреждения города обратились более тысячи жителей. 111 человек, в том числе 14 детей,

скончались. Этот синдром получил название по имени небольшого города Кириши (районный центр в Ленинградской области на реке Волхов), где летом 1975 г., вскоре после пуска биохимзавода, произошла вспышка неизвестного ранее заболевания (которое характеризовалось одышкой, удушьем, лающим кашлем, высокой температурой, высыпанием на коже; смертельных случаев тогда не было зарегистрировано). С тех пор в экологических справочниках таких городов, с синдромом «киришанки», насчитывается по всему земному шару свыше тысячи. Были и более тяжелые катастрофы, связанные с деятельностью биохимзаводов¹⁹.

В одном ряду с катастрофическим увеличением «генетического груза» стоят и такие экологические проблемы, которые неизбежно отражаются на здоровье населения, являясь одновременно и социально-медицинскими проблемами. Это гибель Аральского моря, обмеление Волги и Амура, превращение в песчаные пустыни пастбищных земель Калмыкии, беспощадная вырубка лесных массивов в Карелии, на Дальнем Востоке и в Сибири, катастрофическое положение с Байкалом и многие другие аналогичные проблемы. К мировым, глобальным, порожденным техническим прогрессом проблемам, в первую очередь, следует отнести и проблему потепления климата Земли и таяния вечных льдов Антарктиды и Антарктики. Достаточно потепления климата еще на 2%, чтобы, к примеру, многие микробы, не вызывающие никаких заболеваний у человека и животных и даже находящиеся в симбиозе с ними (та же кишечная палочка), приобрели вирулентность. Тогда результат один — глобальная *пандемия* и всеобщее вымирание населения Земли (одной из достаточно убедительных гипотез, объясняющих, почему вымерли ящеры, является как раз подобная: микробы, которые были в симбиозе с ящерами, в результате потепления климата стали вирулентными и уничтожили ящеров). Тепло исходит от заводов, фабрик, автомобилей и прочей техники и постепенно накапливается, будучи способным аккумулироваться окружающей средой.

Проблема насыщения околоземного и космического пространства электромагнитными полями также является глобальной. Врачи уже знают, какой вред здоровью приносит бытовая видеотехника, компьютеры, сотовые телефоны, вообще радиосвязь. Конечно, остановить научно-технический прогресс никто не в силах, но необходима инстанция, которая может контролировать этот «радиомагнитный груз» и регулировать меры защиты от него. Такой инстанцией способна стать социальная медицина, соответствующим образом организованная и имеющая соответствующие полномочия.

Здесь затронуты далеко не все вопросы, общие для экологии и социальной медицины. Для формирования более полной картины можно обратиться к книге «Экологическая альтернатива»²⁰, в которой дан глубокий анализ экологической

¹⁹ См. Справочник международной экологической организации. Гамбург, 1997. (на русском языке).

²⁰ Экологическая альтернатива. М., 1990.

ситуации, сложившейся в нашей стране перед распадом СССР. Диагноз, поставленный ведущими учеными и писателями, крайне тревожен: в промышленных городах люди задыхаются от смога, химическими и целлюлозно-бумажными заводами отравлены реки и озера, растет заболеваемость населения, в значительной мере истощены земельные ресурсы, подорваны рыбные и лесные запасы страны; утилизация опаснейших радиоактивных отходов не налажена.

Диагноз был поставлен правильно и честно, но, как известно, никакого лечения не было. Теперь этот диагноз может быть только отягощен прогрессирующим названными «болезнями». Эти тяжелые проблемы будут оставлены потомкам, поскольку в настоящем за сиюминутными вопросами их просто не видят. Приведем лишь один пример. Даже в самые худшие для СССР времена на нашей территории не хоронили ядерные и химические отходы чужих стран. Сейчас это делается достаточно широко и может решаться волею только местной власти. Далее. Захоронение (в специально отведенных местах) одной капсулы с химическими отходами в США стоит 500—700 долларов; в России — от 50 до 100 долларов. Таково положение дел, которое не может не тревожить.

Итак, мы выделили и раскрыли основные пункты пересечения экологии и социальной медицины. Подчеркиваем, что дальнейшее зависит от многих факторов: социально-экономических, политических, правительственных, правовых, нравственных. Но браться за решение этих проблем нужно безотлагательно, начиная с организации специальных служб социальной медицины.

2. Медико-деонтологические и правовые аспекты новых медико-биологических технологий (клонирование, криогенизация, трансплантация и имплантация, генная инженерия)

Глава и теоретик футуризма Маринетти, будущий сподвижник Муссолини, в одном из своих «Манифестов футуризма» (1909 г.) писал: «Наступает век техники! Но что могут ученые, кроме физических формул и химических реакций? А мы подготовим появление механического человека в комплексе с запчастями». В каком-то смысле эти слова были пророческими.

Начнем с злободневной темы трансплантации и имплантации органов, которая привлекает внимание не только медиков всего мира, но и юристов, философов, теологов, журналистов и просто авторов занимательного чтения. Конечно, нас интересуют прежде всего вопросы, актуальные для социальной медицины.

Трансплантация — это пересадка органов. *Имплантация* — это замена

органа или части органа (например, сердечного клапана или сосуда) искусственной «деталью». Существует и нечто промежуточное между трансплантацией и имплантацией, например, подключение к аппаратам искусственного сердца, легкого или почки.

20 лет назад на одном из международных Конгрессов трансплантологов, проходившем в Лондоне, известный французский трансплантолог и философ Д. Данэ загадал присутствующим загадку: «Представьте, что в результате, допустим, автомобильной катастрофы произошло расчленение — голова оторвалась от туловища. Других каких-либо серьезных повреждений не было. Подоспевшим реаниматологам удалось «оживить» и голову, и туловище, но обе части раздельно... Вы знаете, что пока мы еще не в состоянии «пришивать» живую голову к живому туловищу и сохранять при этом обеим частям жизнь. Поэтому голову отвезли на запад Лондона, в клинику господина X, а туловище — на восток, в клинику господина Y (ибо в одной клинике могут поддерживать жизнь головы, но не могут туловища, а в другой, наоборот, поддерживают жизнь туловища, но ничего не понимают в «живых» отрезанных головах). Через некоторое время, когда «связь» между головой и туловищем соединили путем радиоволн, пострадавший ожил и приобрел сознание... Так вот, возникают вопросы: 1. в какой части (западной или восточной) пострадавший понял, что он жив (кого из двух докторов — X или Y он благодарил как своего спасителя?); 2. где на самом деле пострадавший находится — в западной или восточной части Лондона?»

Предоставим читателю самому ответить на эти вопросы, обратим лишь его внимание на то, что двадцать лет назад это была уже не фантастика. А тридцать лет назад Н.М. Амосов считал, что оживление отчлененной головы и теоретически, и практически выполнимо. Что касается манипуляций с изолированным мозгом, то, по словам Амосова, «лучше один мозг, чем смерть». Хотя у Амосова уже тогда были серьезные оппоненты, например, ведущий американский хирург-трансплантолог М. Уайт, полагавший, что «пересадка головы принципиально иная проблема, чем пересадка печени или даже сердца, ибо исчезает личность реципиента, а остается личность донора». В любом случае (особенно в наше время) врач-трансплантолог так или иначе должен перед каждой операцией иметь ответы на два вопроса: 1. Должен ли он бороться за жизнь человека до конца? 2. Правильно ли он определяет этот самый «конец» — время наступления смерти (кстати, халифские врачи, напомним это читателю, в отличие от Гиппократов, считали, что гуманное отношение к жизни требует гуманного отношения к смерти).

Элистер Броун (отделение философии Ванкуверского колледжа, Канада) указывает: «Современная наука не дает точного ответа на вопрос, когда именно у человека наступает смерть. Смерть определяется лишь как потеря определенных

функций или набора функций. В этой связи возникают серьезные проблемы: возможно ли использовать органы потенциального донора для трансплантации или каких-либо экспериментальных или учебных целей; в какой именно момент можно отключить систему жизненной поддержки и т.п. Все это остро ставит проблему смерти на практике»²¹.

Некоторые ученые в этой связи предлагают пересмотреть существующее определение смерти. Предлагается определять смерть как отсутствие: 1). «полной активности мозга»; 2). «активности высшей нервной деятельности»; 3). «функционирования сердца и легких». Что касается самого Броуна, то он выражает «твердое убеждение в том, что все они лишь уведут в сторону от истины и не приносят никакой пользы».

Предлагаемые новые определения несовместимы с традиционным определением смерти (Гиппократ), если исходить из функционального определения, что смерть есть отсутствие работы сердца или активности мозга. Однако, как показывает медицинская практика, человек может умирать несколько раз. То же самое касается и работы легких — отсутствие дыхания еще не означает, что кислород не поступает в организм и, следовательно, человек умер. Современные медицинские технологии делают бессмысленным различие между естественными и искусственно поддерживаемыми сердцебиением и дыханием, а также между обратимыми и необратимыми процессами в организме.

Новые попытки определения смерти приводят к тому, что смерть не связана с тем или иным моментом времени, а является фактом, который следует установить. Любая попытка определения смерти неизбежно несет в себе вопрос: возможна ли трансплантация органа (органов)? Таким образом, приходится говорить о технологии умирания, а не о смерти. Понятие смерти становится все более относительным и как бы исчезает. Ниже мы еще поясним это на примерах, в том числе трансплантации и имплантации органов и тканей организма.

Но сначала небольшое отступление. Мифология всех народов мира содержит истории о пересадке органов от человека к человеку и от животных человеку. Христианские предания сообщают, например, о сыновьях сицилийского лекаря Космаса и Дамиануса, которые якобы пересадили ногу мавра белому аббату, за что и были казнены. Легендарному китайскому хирургу Хуа-То (II в.) приписывают пересадки здоровых внутренних органов взамен пораженных болезнью. В 1597 г. итальянский хирург Г.Тальякоцци восстанавливал нос путем пересадки лоскута ткани от руки. Этим методом пользуются и сейчас. Во второй половине XIX в. стали пересаживать лоскуты кожи для заживления ран и в целях пластической хирургии. В начале XX в. стали пересаживать почки собакам. Одновременно начались исследования по оживлению отдельных органов, взятых

²¹ *Browne A.* «Defining death. Applied philosophy. Morals and Metaphysics in contemporary debate». London, 1996. P. 312—321.

из трупов людей и животных. Первый, кто добился оживления сердца, взятого из трупа человека, был русский физиолог А.А.Кулябко: 3 августа 1902 г. он оживил сердце 3-х месячного ребенка, умершего накануне от воспаления легких. Началась новая эра трансплантологии.

В.Н. Шамов (1928 г.) и С.С. Юдин (1930 г.) доказали возможность переливания человеку трупной крови. В.П. Филатов (1931 г.) успешно пересадил роговицу от трупа, исцелив слепого человека. В 1933 г. Ю.Ю. Вороной осуществил пересадку почки трупа больному. В настоящее время операции по пересадке печени, поджелудочной железы, сердца, легких широко распространены. Пионером пересадки сердца был советский хирург В.П. Демихов, который в 1955 г. пересадил сердце собаке. В 1960 г. опубликована его монография «Пересадка жизненно важных органов в эксперименте». Его ученик Кристиан Бернхард был первым, кто пересадил сердце человеку. Это случилось в Кейптауне в 1967 г.

Основным медицинским условием успешной трансплантации органов является подбор донора (человека или животного, у которого берут орган для пересадки). Он должен подходить реципиенту (человеку, которому пересаживают орган) по тканевой совместимости. В настоящее время в большинстве случаев предпочитают, чтобы донором был умерший человек. Вот здесь-то и возникает клубок трудно разрешимых противоречий этического, правового, коммерческого и просто человеческого характера. Если речь идет о взятии органа у трупа, то возникают вопросы: 1. Какие повреждения следует считать «несовместимыми с жизнью»? 2. Какой момент следует считать смертью? (о чем мы уже говорили).

В настоящее время правовой основы, регулирующей деятельность врачей по этим вопросам, ни в одной стране не существует. В связи с этим возникает целый ряд сложностей. Если руководствоваться, скажем, моралью и коммерцией, то, как показывает человеческая история, коммерция обычно берет верх над моралью. Определение пострадавшего в качестве подходящего донора легко может повлечь за собой замаскированное убийство (причем, в ряде случаев практически недоказуемое). С другой стороны, продление жизни искусственным путем «до последнего» (неизвестно когда наступающего) тоже оборачивается своего рода преступлением и над человеком, и над жизнью. Приведем случай, который может войти в историю «казусов» на тему «момента смерти».

Карен Энн Куинлан, 21-летняя американка, перенесла тяжелую черепно-мозговую травму, после которой 6 месяцев находилась в коматозном состоянии на аппарате дыхания и кровообращения. Никаких шансов на восстановление самостоятельных функций организма не было. О выздоровлении не могло быть и речи. Это хорошо понимали врачи, а также и родные больной. Возник, наконец, вопрос, что дальше делать. Семья девушки предложила врачам отключить респиратор, обеспечивающий искусственное дыхание. Эту просьбу поддержал и

семейный священник. Врачи, однако, отказались прекращать реанимационную помощь. Тогда семья возбудила против врачей судебное дело. Врачи наняли своих адвокатов. Две группы юристов (поддерживающих разные стороны) скрестили копья: убрать респиратор или оставить его? Быть или не быть? Жизнь или смерть? Это были судебные вопросы, которые нужно было уже решать юристам. В дело вмешалась пресса; в оборот были пущены мнения толпы.

Суд состоялся. Обвинение заявило: «Респиратор надо убрать, ибо не гуманно затягивать страдания обреченной искусственным образом». Защита настаивала на том, что респиратор убирать нельзя, ибо пока есть жизнь, есть и надежда. Родные несчастной девушки не понимали такой «надежды».

Между тем, Карен Куинлан оставалась ни жива ни мертва в точном смысле этих слов. Она каким-то чудом задержалась на последней черте, отделявшей жизнь от смерти, «Назад пути нет, — говорили врачи, — иначе зачем мы держали ее 6 месяцев на искусственном дыхании?» Судебная тяжба затянулась на годы: девушка продолжала находиться под респиратором. Происходило это в штате Нью-Джерси. Власти были на стороне врачей. Заключение суда было: «Отключить респиратор значит совершить убийство!» Родители продолжали давать интервью прессе, где в один голос заявляли: «Врачи продлевают не жизнь, а умирание!».

По жалобе родителей дело рассматривалось в 1976 г. в Верховном суде США, который принял решение о «временном и ограниченном праве любящей семьи прекратить поддержку искусственного дыхания у женщины, которая с огромной степенью вероятности находится в необратимом коматозном состоянии». В мае 1976 г. аппарат отключили, но Карен не умерла! Поскольку она продолжала находиться в состоянии глубокой комы, ее перевели в приют для хроников. В 1983 г. она была еще жива...

Таких «казусов» не перечесать. Поскольку никакого закона на такие случаи нет, суд руководствуется мнением большинства. В апреле 1989 г. в газетах США появилось сообщение об отчаявшемся молодом отце, который, угрожая оружием, отогнал медицинский персонал от респиратора, поддерживавшего жизнь его ребенка с повреждением мозга, и сам отключил систему.

Правовая основа, на наш взгляд, в подобных случаях найдена быть не может, ибо требуется некая общая «платформа», на которой профессионально решались бы подобные вопросы. Эту платформу не могут составить ни юристы, ни врачи: первые мыслят формально, вторые являются как бы заинтересованными лицами и берегут честь мундира, руководствуясь явно устаревшими гиппократовскими представлениями о смерти. Таковую платформу может обосновать и подготовить только социальная медицина, которая по своей сути является защитницей как интересов отдельной личности, так и семьи и общества в целом.

Мы разобрали, так сказать, «классические» вопросы трансплантации. Имплантация, как и пересадка органов животных человеку (что сейчас пускается

на конвейер), как и трупное «донорство», вызывает чрезвычайно сложные и медицинские, и социальные, и правовые ситуации, пока что не имеющие даже достаточных прецедентов для решения. Взять хотя бы пересадку сердца свиньи человеку (операция уже проводилась). Как отнесутся к такому решению люди, которые, как и Гегель, считают сердце «сосредоточением всех чувств, всей внутренней жизни человека»? Или к имплантации Майклу Драммонду в США в августе 1985 г. искусственного сердца «Джарвик 7», который прожил с ним неделю, пока ему не подыскали сердце донора. Успехи имплантации многих окрыляют настолько, что уже сейчас возникает вопрос о пределе замены органов механизмами и о той черте, за которой человек, которому заменили органы искусственными, перестанет быть человеком, а превратится в биокиборга (как в фильме «Робот-полицейский»).

На этом ограничимся рассмотрением сложной проблемы трансплантации и имплантации и перейдем к следующему достижению в области медицины — я (крио- холод).

В 1967 г. в США было впервые заморожено тело человека, умершего от рака легкого. К концу 80-х годов, когда о криогенизации как о будущем медицины, способной решать самые сложные задачи (от лечения рака и повторных инфарктов миокарда до сохранения вечной молодости), говорили медики, биологи, пресса, когда на эту тему было снято несколько художественных фильмов, в разных странах 300 человек было заморожено по их собственному желанию. В состоянии криоконсервирования человек может находиться столько, сколько понадобится, чтобы медицина, например, научилась лечить болезнь, из-за которой человек подверг себя «заморозке». Занимались криогенизацией человека и у нас, в Киеве. Не будем вдаваться в технологию замораживания (она достаточно проста и относительно недорога — 10 тысяч американских долларов стоит одна «заморозка»). Прошло 30 лет, и все поняли, что шансов на выздоровление у «хрононавтов» нет. Эта «надежда медицины» исчезла сама собой с течением времени.

Сейчас много говорят и пишут о клонировании — очередном сенсационном достижении биологии. На центральном телевидении есть даже программа, полностью посвященная клонированию. Коснемся этой проблемы только в плане социальной медицины.

Сразу обратим внимание читателя на очень важные философский и социальный вопросы. Если основная цель клонирования — размножение людей — будет достигнута, человек навсегда порвет с животным царством. Он решит следующие «проблемы», которые держат его в среде животных (как бы высоко он себя не превозносил): 1. размножение половым путем (женщина вынашивает плод и рождает, как все самки); 2. старение (человек стареет по тем же законам, что и животное); 3. смерть (человек умирает, как и животное). Клонирование с передачей информации своему клону — реальный путь бессмертия и качественный скачок человека к новому состоянию. Клонирование оттеснило на

второй план проблему вынашивания женщиной чужой оплодотворенной яйцеклетки вместе со всеми вопросами, возникавшими в связи с этим и в личном, и в общественном планах, поэтому мы не будем их рассматривать, а сошлемся на соответствующую литературу²².

Для клонирования нужна одна женская яйцеклетка и ген, который может быть как женским, так и мужским. Природа «клонировает» людей испокон веков: все однояйцовые близнецы по существу клоны.

В июне 1997 г. в Вашингтоне состоялся Форум, посвященный клонированию, в связи с опубликованием доклада, подготовленного по распоряжению Президента национальной консультативной комиссии по биоэтике. На Форуме выступил Ян Уилмут, создатель клонированной овцы Долли. Свой доклад он закончил показом слайда, где было написано: «Мы не должны снимать с людей копии, поскольку нам следует относиться к каждому ребенку как к индивиду, а не как к копии другого человека». Затем он добавил: «Наивно утверждать, что мы сможем это полностью предотвратить. Меня это не пугает, но очень печалит».

Американцы обратились к Закону. Калифорния уже запретила человеческое клонирование. Из президентской канцелярии вышел собственный законопроект о моратории на человеческое клонирование на пять лет. Штраф — 250 тысяч долларов. В январе 1998 г. в Париже 19 стран подписали Конвенцию о запрете человеческого клонирования. Россия не подписала.

Таковы основные проблемы, связанные с современными достижениями в области биологии и медицины. Очевидно, что все вместе и каждая в отдельности они являются предметом исследования и контроля социальной медицины. И в такой же степени, в какой она сможет их решать, социальная медицина имеет право заявить о своей дееспособности.

²² См. Современные проблемы медицинской этики. М., 1998.

Глава 10. СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И ПЕНИТЕНЦИАРНАЯ СОЦИОЛОГИЯ

1. «Врожденные преступники»: медико-социальные аспекты

Туринский врач, психиатр и криминолог Ч. Ломброзо (1835—1909) применил в криминологии антропологический и антропометрический методы и сделал вывод о существовании «врожденных преступников». Он изучал не преступление, а преступника как конкретного человека, совершившего конкретное преступление. И по видам преступлений он объединил преступников, у которых обнаружил общие, как он назвал, «стигмы преступности»: у воров — свои, у убийц — свои, у насильников — свои, у мошенников — свои и т.д. Кроме того, Ломброзо следовал идее об «атавизме» преступника, то есть считал, что преступник ближе к дикарю, чем к цивилизованному человеку: та же нечувствительность к боли, то же пристрастие к татуировкам, тот же почерк, похожий на иероглифы, то же отсутствие угрызений совести и нравственного чувства. Особенно Ломброзо не щадил женщин-преступниц.

Во времена Ломброзо великие социальные потрясения Европы только вызревали. Еще существовали могущественные монархии, и тон Европе (если не всему миру) задавали Габсбурги и Романовы. Поэтому у Ломброзо так мало «улицы», толпы, социального фактора.

Теории Ломброзо вызвали решительный протест со стороны криминалистов, восставших против его попытки уничтожить основы существовавшего уголовного правосудия и заменить тогдашних судей-криминалистов судьями-специалистами в области естественно-научных знаний. Не поддержали Ломброзо и антропологи, которые совсем не были готовы к тому, что их могут пригласить в суд в качестве экспертов обвиняемого.

В Брюсселе специально собрался международный уголовно-антропологический конгресс, состоявший в основном из противников теорий Ломброзо. Вердикт был суров: обе теории ученого были признаны «надуманными», даже частности их положений отрицались как ненаучные, был подвергнут критике даже стиль их и жанр.

Отвечая всем своим оппонентам (настоящим и будущим), Ч. Ломброзо писал в «Предисловии» к четвертому изданию своих работ: «На язвительные насмешки и мелочные придирки наших противников мы, по примеру того

оригинала, который для убеждения людей, отрицавших движение, двигался в их присутствии, ответим лишь тем, что будем собирать новые факты и новые доказательства в пользу нашей теории. Что может быть убедительнее фактов и кто станет отрицать их? Разве одни только невежды, но торжеству их скоро наступит конец».

Мы не случайно так подробно остановились на теориях Ломброзо, ибо именно он ввел понятие «врожденный преступник» (хотя эти мысли уже приходили в голову его предшественника — Ф. И. Галля (1758—1828 гг), австрийского врача, находившего на черепе «шишки преступности» и создавшего «френологию» (от латинского «френос» — череп).

Ломброзо нашел последователей, прежде всего, в России. К его теории серьезно у нас обращались дважды: в начале 30-х годов (как указано выше, при создании «Клинического Архива гениальности и одаренности (эвропатологии)») и в начале 90-х годов при непосредственном участии автора (проект «Изучение типов личности и особенностей характера преступника и одаренных лиц», осуществляемый сектором личности ИСИ АН СССР, Институтом МВД СССР и Политотделом лесных ИТУ). Оба исследования носили социально-медицинский характер.

Не повторяя теоретических выкладок Ломброзо, ученые старались, используя его наблюдения за психически больными и преступниками и результаты антропометрических исследований, найти его социальные трактовки. Антропометрическому методу в первом случае подвергались *патобиография* и *патография* одаренного лица. Не отрываясь от конкретных особенностей человека, признанного гением или одаренным, авторы «Клинического Архива» тщательно изучали и анализировали связь этих особенностей с их социальными последствиями.

О втором исследовании поподробнее.

В советское время никому бы не удалось реабилитировать Ломброзо как ученого. Поэтому исследователи 90-х годов (под руководством профессора А.А. Зворыкина и автора этой книги) обозначили в качестве «объекта» изучения личность преступника вкупе с его преступлением (и также личности одаренных людей вместе с плодами их творчества). Личность при этом рассматривалась как социально-биологическая структура (где «биологическое» понималось как психосоматическое). Были разработаны антропометрические тесты, которые апробировались на заключенных лесных ИТУ. Не будем указывать (по известным причинам) количество исследованных рецидивистов (преступников с рождения, что соответствует врожденным преступникам всех мастей). Исследованиям в качестве контрольной группы подвергались также начальники отрядов и старшие инспектора мест заключений; всего 600 человек. Результаты математически обрабатывались. «Одаренные» личности, согласившиеся принять участие в наших исследованиях, были из разных социальных групп: актеры, писатели, министры,

секретари ЦК КПСС, художники, музыканты, летчики-испытатели, космонавты, крупные ученые. Были найдены теснейшие взаимосвязи между теми или иными их психосоматическими особенностями и родом деятельности, в котором добились выдающихся успехов; при этом принималось во внимание и ближайшее социальное окружение; учитывались такие факты, как семья, дети, жизнь с родителями, отношение к родителям, наличие друзей, характер дружеских взаимосвязей и т.д.).

Результатом исследований, проведенных сектором личности ИСИ АН СССР, стала методика тестирования человека по определению типа личности и особенностей характера во взаимосвязи с его родом деятельности и образом жизни²³.

Представляется более целесообразным говорить о «личности» преступника (личность есть то, что передается человеку генетически, если иметь виду не формальный аспект понятия, а содержательно-структурный, то есть конкретный тип личности, конкретные особенности ее характера, связанные с ее психосоматикой и способом жизнедеятельности). Это и есть социально-медицинский подход к преступнику на современном этапе научного знания.

Такой подход к личности преступника сближает социальную медицину с пенитенциарной социологией²⁴: каждая со своей стороны изучают не преступника отдельно от преступления и не преступление отдельно от преступника, а то и другое вместе, во взаимодействии и во взаимоотношении. В современной России для подобных исследований следует ввести еще один существенный параметр социальной медицины — психическую эпидемиологию. Если рассматривать современных преступников и современные преступления в этом параметре, то теоретические взгляды Ломброзо отнюдь не опровергаются, а обогащаются новыми фактами и обобщениями.

²³ См. Методика изучения личности и особенностей характера человека (обоснование и экспериментальная проверка). ТТ. 1—3. Москва. ИСИ АН СССР, Политотдел лесных ИТУ МВД СССР, Всесоюзное научно-медицинское общество невропатологов и психиатров. 1981, 1982, 1983; Социально-психологическое изучение особенностей личности осужденного. // Под научн. рук. Е.В. Черносвитова. МВД СССР. — Философское общество СССР. Домодедово, 1990 г.; *Алферов Ю.А., Черносвитов Е.В.* Методика изучения особенностей характера осужденного в условиях ИТУ и вопросы воспитательной работы. // Личность преступников и индивидуальное воздействие на них. Науч. тр. ВНИИ МВД СССР. Москва, 1989. и др.

²⁴ О пенитенциарной социологии см.: *Алферов Ю.А.* Пенитенциарная социология и перевоспитание осужденных. М., 1994 г. *Он же* : Рабочая книга пенитенциарного социолога. М., 1994. *Он же*: Аудиовизуальная диагностика. М., 1994.

2. Медико-деонтологические проблемы смертной казни и эвтанази

Социальная медицина призвана решать также такие острые современные вопросы, связанные со смертью, как: 1. аборт, 2. смертная казнь, 3. самоубийство, 4. эвтаназия. Что касается аборта, то обычно эта проблема находится в ведении клинической медицины и зависит от религиозных убеждений женщины и ее семьи. Как показали тщетные попытки решить все моральные и правовые проблемы смертной казни законодательным путем, само это общественное явление со всеми его аспектами должно стать объектом изучения и практики социальной медицины. То же самое относится и к «вечной» проблеме самоубийства, в котором четко выделяют два аспекта: светский и религиозный. Проблема эвтаназии — на все 100% социально-медицинская, наиболее запутанная, прежде всего, потому, что сейчас это модная тема.

Проблема аборта достаточно сложна. Приведем для иллюстрации такой «казус», случившийся в Ирландии в 1997 г. 15-летнюю девочку изнасиловал мужчина, больной сифилисом, и она забеременела. По католическим канонам, аборт — это убийство, т. е. смертный грех. Согласно медицинским данным, будущий ребенок обречен иметь врожденный сифилис, поскольку, нося ребенка, будущая мать (несовершеннолетняя девочка) не может лечиться от сифилиса, так как лечение может привести к гибели плода (косвенное убийство, то есть смертный грех). К тому же насильник-отец страдает шизофренией. Значит, ребенок может унаследовать и эту болезнь. Все светские инстанции и культурное общество настаивают на том, чтобы был сделан аборт и проведено лечение от сифилиса, но церковь не дает разрешение на аборт. Дело кончилось тем, что несчастной пришлось сменить гражданство и уехать в Англию, где ей был сделан аборт и проведено соответствующее лечение.

Обсуждение социального и этического аспектов аборта — это, конечно же, не пустое резонерство: действительно, убийство это или не убийство, лишаем ли мы зародыш права на жизнь и имеет ли он это право? Медицинское решение проблемы — профилактика нежелательной беременности, превенция развития зародыша медикаментозными средствами и производство операции аборта таким образом, чтобы не причинить (или причинить в наименьшей степени) здоровью матери вреда.

По мнению американского социолога Дж. Макмехена, уделяющего много внимания проблеме аборта, противники аборта часто защищают свою позицию, утверждая, что плод — это человек, личность (следовательно, аборт есть убийство человека, гомицид). Как пишет Макмехен, сторонники аборта, в свою очередь, выдвигают следующие аргументы: 1. потребности плода никаким образом не

связаны с долгом беременной женщины по его жизненному обеспечению; 2. беременная женщина не имеет никаких моральных обязательств по отношению к плоду; 3. убивая плод, женщина не отнимает у плода нечто, что могло бы существовать независимо от нее; 4. женщина не обязана сохранять плод любой ценой; 5. женщина, делая аборт, не убивает плод, а дает ему умереть; 6. лишение плода жизни не является безусловным моральным злом, как и наделение жизнью не является безусловным добром²⁵.

Самоубийство — предмет извечного спора между светскими философами и богословами. С точки зрения философов (как материалистов, так и некоторых идеалистов), человек не может быть лишен права на самоубийство и общество не должно мешать ему в этом. Светские философы спорят между собой в основном относительно достаточности мотивов для того, чтобы человек имел право свести счеты с жизнью. Что касается религиозных философов, то с их точки зрения, самоубийство в принципе не может разрешить никакую проблему: можно убить свою плоть, но душа все равно бессмертна, только отягощена еще одним грехом. Все религиозные конфессии категорически выступают против самоубийства, расценивая его как посягательство на право Бога даровать и отнимать жизнь.

Эвтаназия — самая спорная из названных проблем, в древних цивилизациях таковой не была. Платон вводит в «правильное» законодательство право на смерть тяжело больного, а Аристотель без осуждения говорит об убийстве детей, рожденных с дефектом. Однако древние не знали проблемы эвтаназии, какой она предстала современному обществу.

Проблема эвтаназии стала такой модной по двум причинам: во-первых, она связана с деньгами (возможный материальный интерес родственников в смерти больного, высокая оплата врачей и т.д.); во-вторых, появились препараты, которые действительно могут гарантировать «сладкую и нежную смерть». Самый сильный аргумент за эвтаназию — непереносимые страдания неизлечимого больного. Однако этот аргумент неопровержим только во второй своей части: действительно, есть неизлечимые больные, которые непременно умрут от заболевания, из-за которого страдают. Что касается его первой части, то тут есть возражения. Сейчас имеются не только препараты, способные обеспечить безболезненную смерть, но и препараты, способные снять все боли и страдания. Понятно, что ратующие за эвтаназию не желают принимать на себя ответственность за смерть пациента, если он умрет во время процедуры по купированию его страданий. Тогда врачу может быть инкриминирована неумышленная эвтаназия (и если родственники возбудят по этому поводу уголовное дело против врача, судебно-медицинскому эксперту нелегко будет защитить коллегу). Невозможно с абсолютной точностью вычислить ту дозу лекарств, которая снимет боль, а не убьет больного. Вероятно, многие врачи,

²⁵ См.: *Macmahon J.* The right to choose on abortion. Princeton, 1996. Vol. 22. PP.331—350.

выступающие за эвтаназию, руководствуются не только денежным интересом, но и профессиональной безопасностью.

В проблеме смертной казни существует аспект, важный для социального медика. Смертную казнь нередко связывают с эвтаназией. Между этими совершенно различными в социально-медицинском отношении феноменами проводят какие-то аналогии: смертная казнь при этом предстает как та же эвтаназия, только избавляющая «больного» не от физических, а от нравственных страданий (угрызений совести и т.д.). Упоминаются и формально общие черты, скажем, присутствие врача как при смертной казни, так и при эвтаназии.

Согласно этой позиции, разрешение эвтаназии влечет за собой и разрешение смертной казни (последовательное следование этико-деонтологическим канонам), а запрещение эвтаназии влечет за собой запрет на смертную казнь.

Против таких формальных представлений социальная медицина должна бороться, поскольку она призвана стоять на страже общественного здоровья. Нельзя не видеть, что запрет смертной казни вызывает одни общественные последствия, запрет эвтаназии — совершенно другие.

3. Гениальность и психопатология: «гений и злодейство» как проблемы социальной медицины

Вопрос о связи индивидуальных особенностей творческой личности с явлениями (симптомами, синдромами психических болезней) психопатологии находился в центре внимания различных специалистов как в начале XX века, так и в его конце.

Авторы выпускавшегося в Свердловске в 20—30 годы «Клинического архива» внесли существенный вклад в развитие проблемы и обсуждением накопленных фактов и попыткой их систематизировать на основе «эвропатологии». Предметом их исследований стали личности Леонардо да Винчи, Рафаэля, Микеланджело, Данте, Боккаччио, Сервантеса, Ван Гога, Босха, Брейгеля, Вазари, Наполеона, Суворова, Моцарта, Чайковского, Пушкина, Лермонтова, Есенина, Л.Н. Толстого, Стринберга, Гаршина и других выдающихся людей. Не касаясь всей сложности и противоречивости, представленных в этом издании концептуальных построений, спорности посылок о понимании «гения» как сугубо индивидуального явления, о «механизмах одаренности», которыми обладает только исключительная личность, но которых совершенно лишены обычные люди, очевидным недостатком было и то, что конкретные социальные и культурные условия (обстоятельства жизни) совершенно не принимались в расчет авторами «Клинического архива». Они, действительно, не сходили с позиций клиники (в первую очередь, психиатрической), не допуская мысли, что творческая

личность является продуктом своего времени и общества и феноменом определенной культуры. Поэтому попытки найти «общие» механизмы у гениев разных эпох и родов деятельности (художник, писатель или полководец) оказались безуспешными.

Медицина со своими методами правомочна посягать на творческую индивидуальность, если она оказывается к тому же и больной, то есть находится за пределами «нормы здоровья». Однако и само понятие «норма» является весьма относительным социальным феноменом. И все же трудно не согласиться с Ломброзо, рассматривавшим гениальность как оборотную сторону безумия. «Между гением и безумием нет четкой грани», — утверждал Макс Фриш. И это не удивляет, если объектом исследования является, скажем, Босх (Бомарше, О.Уайльд, Э.По, Гельдерлин, Паскаль, Кантор, Клейст, Ф.Бэкон и др.). Современное им общество, не переставая признавать как минимум их одаренность, тем не менее видело в них «злодеев» и даже сажало их в тюрьмы и запирало в психиатрические больницы. При всяком соприкосновении с гением деформируются и исчезают «борозды и межи», разделяющие «нормального» человека от безумца или преступника. Сами же клинические методы (в том числе и психоанализ Фрейда) оказываются тоже непродуктивными при попытках разобраться в патологии гениального человека. Ведущие психиатры (Кречмер, Блейлер, Фрейд, Ясперс, Галант, Корсаков, Крепелин, Шарко и др.) никак не могли договориться о болезнях Ван Гога, Стринберга, Ницше, Шумана, Декарта, Лагранджа, Ньютона, Гоголя, Есенина, Некрасова и др., выставляя им различные диагнозы.

Мало продуктивным оказался и «культурологический подход» к природе гения (противоположный медицинскому). В.С. Соловьев, Н. Бердяев, В. Розанов, Г. Рачинский, Хейзинги и другие его сторонники стремились «вычислить» гения из сложившейся культурной ситуации или из совокупности культурной накопленной информации. Гений опровергает и медиков и культурологов одним своим появлением на свет. Отметим, что и законники-юристы, имея дело с гением, испытывают изрядные затруднения в определении, что является криминогенным фактором — личность «злодея-гения» или «породившая его среда». Но самая главная, трудность возникает при выяснении мотивов поступка гения, который не вписывается в закон. В любом случае оказывается, что гений всегда игнорирует законы и нормативы, которыми руководствуется общество, если дело касается его творчества. С тех пор, как существует цивилизация, существует и противостояние одаренной личности, стремящейся реализоваться, и господствующей общественной нормы.

Как в «творческом состоянии», в результате которого появляется шедевр, так и в характерологии и типологии творца много того, что удобно описывать языком психопатологии. История психологии индивидуального творчества зафиксировала такие понятия, как «овладение» или «одержимость» (гением, музой, богами и т.п.), «сомнамбулизм» (гений часто творит «как во сне»,

бессознательно, автоматически), «навязчивость» (персеверация), «экстаз», «гипермнезия» (высокая запоминаемость), «амнезия» (потеря памяти), «аура» (часто предвестник эпилептического припадка), «грезоподобное помрачение сознания», «отрешенность», «тревожное предвидение», «ясновидение», «вневременное и непространственное видение сути мира и вещей», которое нельзя выразить словами, а можно изобразить лишь символически, «экстатическое чувство гармонии и предельной ясности сути вещей», «чувство касания иных миров», «вселенская печаль», «наплывы ярких слуховых и зрительных образов», «сценopodobное преобразование или метаморфоза окружающего», «действительность и все, что окружает, приобретает особый смысл, намек, многозначительную таинственность», «ощущение гибели мира», «чувство раздвоения личности», «ощущение небытия», «голоса, нашептывающие сюжеты», и т.п. Эти феномены адекватно отражают как творческое состояние, так и острый психоз. Но существенное различие состоит в том, что творческий «приступ» заканчивается продуктом типа «Сада наслаждений», «Реквиема» или «Мастера и Маргариты», а психотический приступ — интеллектуальным дефектом.

Поэтому и возникает сложный и ключевой для рассматриваемой проблемы вопрос: являются ли названные феномены творческого приступа аналогами таковых же во время психотического приступа (безумия)? Или они эквиваленты психоза? Если это аналоги, то нет необходимости искать имманентные (родственные) и перманентные (постоянные) взаимосвязи между творчеством и психическим расстройством (между гением и сумасшествием). Если же это эквиваленты, то, по-видимому, имеются какие-то внутренние взаимосвязи между психическим расстройством и творческим состоянием, как, например, при смене синдромов в едином психопатологическом процессе (так при эпилепсии может быть развернутый судорожный припадок, а может быть эквивалентное ему расстройство настроения). Решить этот вопрос путем психопатологических оценок шедевра, картины, художественного произведения, блестящей военной операции (патографии) или биографии творческой личности (патобиографии), как показывает история подобных подходов, не удастся. Осмотрев выставку П.Пикассо в Цюрихе, К.Юнг сделал заключение: «Типичное проявление шизофрении». Но разве он объяснил этим что-нибудь?

Творчески одаренная личность часто обнаруживает такие черты характера, которые определенным образом отделяют ее от других: замкнутость или, наоборот, чрезмерная коммуникабельность (или периодическое чередование того или иного), меланхоличность, мрачность, инфантилизм, демонстративность, склонность к навязчивостям, суеверность, жестокость к близким, частые смены настроения, приступы ярости без видимых причин, склонность к крайним человеческим реакциям (*суициду, гомициду, эскапизму, членовредительству*). Творческая личность часто «избирательна» в отношении сексуальности (здесь наличие *перверсии* обязательно).

Проблема творческих способностей и их связь с психопатологией получила

новое обоснование в связи с развитием медицинской генетики. В этом отношении выделяется работа видного генетика И. Карлсона. Он выдвинул гипотезу о наличии в генофонде специального гена шизофрении. Важные условия творческого мышления: способность находить скрытые связи и порождать новые идеи, раскованность и широта ассоциирования, способность находить выход из «тупиковых ситуаций», способность к концептуальным скачкам, увлеченность работой до одержимости и т.д. Если все эти качества, аналогичные шизофреническим, соединяются с обычной способностью к усвоению и накоплению знаний, человек оказывается в состоянии «синтезировать уже существующие факты и новые представления в идеи». Таким образом, по мнению Карлсона, наличие гена шизофрении является непременным условием работы мозга гения. В популяции ген шизофрении присутствует в количестве 5% : 3—4% достается гениям; остальные 1—2% — шизофреникам. Психическое заболевание у лиц, имеющих ген шизофрении, проявляется необязательно, а у творческих личностей — обязательно. За это открытие Карлсон получил Нобелевскую премию, но вскоре дополнил свою гипотезу, заявив, что «ген шизофрении и гениальности одновременно является геном алкоголизма»²⁶.

Итак, мы рассмотрели вопросы, связанные с проблемой гения и безумия в аспекте социальной медицины. Гений, как показывает судьба одаренных личностей, при любой форме власти и правления, при любом государственном устройстве нуждается в социальной защите (иногда даже в социальной опеке) как народное достояние.

4. Институт социальной медицины в современной России

Наше время — это время больших перемен, к которым надо быть готовым. В России начал складываться новый в стране институт социальной медицины. В нашей книге мы предприняли попытку обозначить основные аспекты и ракурсы «предмета» и «объекта» будущей отрасли знания.

Под термином «институт социальной медицины» мы понимаем не только новую отрасль знания и систему практических мероприятий, направленных на укрепление общественного здоровья, но и соответствующие учреждения, где должны работать социальные врачи. Вот на этом последнем этапе мы предполагаем препятствия как субъективного, так и объективного характера.

Под препятствиями субъективного характера подразумевается типичная реакция чиновников на все новое, не особенно понятное, но требующее

²⁶ *Karlson I.L.* Inheritance of creative Intelligence. Chicago, 1978. PP. 99, 173.

финансовых затрат. Сразу возникает вопрос: будет ли российская социальная медицина бюджетной (как в США) или она будет существовать на пожертвования и сама себе зарабатывать деньги (как в Англии и Швейцарии)? Первый Институт социальной медицины, возникший в 1940 г. в Англии, существовал в основном на пожертвования, но частично и на государственные дотации.

Другое субъективное препятствие возникнет при решении вопроса, нужна ли вообще социальная медицина как самостоятельная область здравоохранения. Или как часть системы социальной защиты? Ведь существовали три основных государственных структуры, распределившие между собой охрану общественного здоровья: 1. социальная защита; 2. социальная гигиена; 3. психиатрия (которая не только в нашей стране, но и в западных странах неправомерно брала на себя функции социальной медицины). В последние десять лет (время социальных катаклизмов в нашей стране) на роль стража общественного здоровья претендует так называемая «парамедицина» (от колдунов и лекарей-экстрасенсов до продавцов «экзотических» лекарств, эликсиров и снадобий).

При всеобщем понимании необходимости создания института социальной медицины в России объективные трудности намечаются и на путях разграничения функций между социальной гигиеной и социальной защитой. (Психиатрия ограничена в своих социальных поползновениях Законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»). Насколько успешно это разграничение будет осуществлено, настолько быстрее и успешнее начнет работать институт социальной медицины, необходимость которого мы стремились обосновать.

ЧАСТЬ 2

ПРИКЛАДНАЯ СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Раздел 1

СОЦИАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ПСИХОСОМАТИКИ

Глава 1

СТРОЕНИЕ ТЕЛА И ХАРАКТЕР

1. История вопроса

Начало научных взглядов на строение тела человека и его характер связано с именем Гиппократ (460—370 гг до н.э.). В сочинении «О воздухе, водах и местностях» он показывает влияние географических условий и климата на особенности организма и характера человека и на общество в целом. В древности еще не существовало проблемы *обратного* влияния общества и человека на климат и географию. Гиппократ выделил *четыре темперамента* человека, описал характерологию каждого типа и *соответствующее ему строение тела*. Под «темпераментами» Гиппократ понимал варианты морфологических типов человека, характеризующиеся определенными функциональными способностями и психическими качествами.

Идеи Гиппократ были подхвачены римским врачом Галеном (130—200 гг), в дальнейшем получили признание врачей эпохи Возрождения, а позднее были развиты французским врачом Лазариусом Ривериусом (XVII в.). Отметим, кстати, что все герои Шекспира и Сервантеса обладают темпераментами, описанными Гиппократом, и соответствующим строением тела. Древние греки считали, что весь мир, включая человека, состоит из одних и тех же простых элементов: воздуха, огня, земли и воды. Эти элементы обладают четырьмя качествами в форме двойных сочетаний: активное начало — тепло и холод, пассивное начало — влажность и сухость. Эти первичные элементы с их качествами находятся в организме в форме «жидкостей», различное сочетание которых определяет четыре темперамента. Гиппократ установил также соответствие между четырьмя

главными возрастами человека и преобладанием одной из жидкостей и одного из темпераментов в каждом возрасте.

Основные морфо-психические понятия по Гиппократу:

Элементы: вода, земля, огонь, воздух.

Качества: «холод — влажность»; «холод — сухость»; «тепло — сухость»; «тепло — холод».

Жидкости: «питуита» (слизистые вещества); «атрабила» (черная желчь); «желчь»; «кровь».

Темпераменты: «питуитозный» (флегматический); «атрабилярный» (меланхолический); желчный (холерический); сангвинический.

Возраст: астенический; пассивный; стенический; активный.

Старость; пожилой возраст; молодость и зрелость; детство и юношество (50 лет и выше); (constans aetas) — 35—45 лет; 25—35 лет; 0—25 лет.

Как видим, Гиппократ понимал *темперамент* как подвижное психосоматическое понятие. Современная наука разделяет основную идею концепции Гиппократа, согласно которой человеческое тело состоит из тех же элементов, что и окружающий его мир. Биотипология признает участие жидкостей организма в так называемых типоморфологических трансформациях. Эти процессы «обмена жидкостями» в результате психосоматических реакций человека осуществляются постоянно на основе нейроэндокринной регуляции функций организма. Крайней степенью данных реакций (в экстремальных условиях) является *стресс*. *Смена темпераментов человека* согласно его возрастным особенностям согласуется с теорией *доминанты* А.А. Ухтомского.

Прямыми последователями Гиппократа (кроме Шекспира и Сервантеса) являлись Леонардо да Винчи (1452—1519 гг.) и Альбрехт Дюрер (1471—1528 гг.). В «записных книжках» и «рукописях» Леонардо находим попытки математизации (выведения математических формул) соотношения частей тела человека в различные возрастные периоды с его психическими особенностями.

Дюрер создал теорию, которая и сейчас остается непревзойденной в понимании многих аспектов взаимосвязи «тела и характера» человека. Эта теория изложена им в «Четырех книгах о пропорциях человека». Можно сказать, что все портреты Дюрера иллюстрируют разные положения его теории. К книге прилагаются свыше тысячи эскизов всех возрастов человека и пороков телесного и душевного развития. Как и Леонардо, Дюрер математизировал морфологию человека и неизменно следовал канонам Гиппократа. Достаточно указать на его *шедевр* «*Четыре апостола*», известный также под названием «Четыре темперамента».

Морфологическое, физиологическое и психологическое соответствие наглядно представлено в этом дюреровском произведении:

Петр — сангвиник, короткий стенический, оптимист, с повышенным психическим тонусом, с направленным на внешнюю среду вниманием (экстраверт, по К. Юнгу), с быстрыми, лабильными нервными реакциями.

Марк — флегматик, короткий астенический тип, апатичный, с пониженной эмоциональностью, с преобладающей вегетативной жизнью, имеет медленные, слабо выраженные реакции.

Павел — холерик, желчный, длинный, стенический тип, повышенные чувствительность, эмоциональность, раздражительный, с сильными и стабильными реакциями.

Иоанн — меланхолик (атрабилярный), длинный, астенический тип, слабая раздражительность, самоуглубленность, эгоизм, с медленными, стабильными реакциями.

Исторический ряд первых психосоматиков, изучающих разными методами взаимосвязи строения тела и характера, следует дополнить физиогномиками, хотя физиогномику нередко называют лженаукой. Однако у ее истоков стоит Аристотель. К тому же все великие художники и писатели были физиогномиками. Обычно же физиогномику связывают с именем швейцарского писателя Иоганна Каспара Лафатера (1741—1801 гг), написавшего ради развлечения «Физиогномические фрагменты...», которые стали настольной книгой многих писателей, психологов, криминалистов. Портреты Лафатера тоже отражают психосоматические особенности гиппократовских темпераментов.

Графология (термин ввел аббат Мишон в 1871 г.) по праву должна бы считаться частью физиогномики. Неслучайно большое внимание изучению почерка в связи с особенностями физиономии человека и его характера уделял Лафатер. Но сама история против тесного симбиоза физиогномики и графологии, если учесть, что письменность появилась сравнительно поздно. К тому же почерк отражает только часть телодвижений человека (наряду с артикуляцией, жестами, мимикой, походкой, позами и т.д.). Возможно, поэтому графология очень быстро отделилась от психосоматики. В настоящее время **почерку** уделяют серьезное внимание врачи (как вспомогательному средству постановки диагноза, одному из **симптомов** болезни) и **криминалисты** (тоже как вспомогательному средству **идентифицирования** личности)²⁷. И все же почерк изучали Свентоний, император Агус, Марк Аврелий Северин, Лейбниц и др. В 1722 г. И. Х. Громан пытался дать физиологическое объяснение соответствия не только между почерком и характером, но и между почерком и внешностью. С позиций Громана был знаком Гете, который писал по этому поводу в 1800 г. Лафатеру: *«Несомненно, что почерк человека имеет связь с его образом мыслей, душевным состоянием и характером, и, основываясь на нем, мы можем получить, по крайней мере, некоторое представление о его истинных свойствах и действиях. Точно также и наружные формы и черты, жесты, голос и даже телесные движения следует признать весьма важными и соответствующими индивидуальности каждого человека. Но здесь играет роль, скорее всего чувство, а не ясное сознание, о*

²⁷ См. Моргенштерн И. Психографология. М., 1996

каждом из этих признаков надо говорить отдельно; (выделено нами — Е.Ч.), однако вряд ли кому-то удастся соединить их в одно систематическое целое. Совершенно другое можно сказать о почерке; я сам имею множество автографов и неоднократно вглядывался в них, стараясь отдать себе отчет в их значении, и пришел к убеждению, что всякий, обративший внимание на этот предмет, сумеет, если не для пользы, других, то, по крайней мере, для собственной пользы и удовольствия, сделать некоторые шаги вперед, которые откроют ему путь для дальнейших исследований».

Здесь следует упомянуть и об австрийском враче *Ф. И. Галле* (1758—1828 г.), создателе **френологии**. Френология, как и графология, считалась долгое время лженаукой, хотя с появлением новейших методов исследования головного мозга — компьютерной томографии и магнитного резонанса — «шишки» Галля уже не кажутся совершенной нелепостью. Весьма вероятно, что каждой «шишке» не только соответствует тончайшая мозговая патология, но и особые черты характера человека (например, *характера серийного убийцы*).

Не останавливаясь здесь подробно на антропологическом направлении в криминологии и его основателе *Ч. Ломброзо*, сразу перейдем к немецкому психиатру и психологу *Эрнсту Кречмеру* (1888—1964 гг.). Сразу нужно подчеркнуть, что *идея* Кречмера была гениальна. Он пытался (в противоположность Гиппократу и его последователям) объяснить строение тела, исходя из психических особенностей человека, под которыми понимал **патологические характеры**. Кречмер выделил три основных типа человека: *лептосомный* (хрупкий), *атлетический* и *пикнический*, а также *дополнительный тип* — *диспластичный, связанный с эндокринной патологией*. Согласно Кречмеру, этим типам соответствуют следующие характеры: **шизоидный, циклоидный, истероидный, эпилептоидный, астенический**. Он пытался связать черты этих характеров со строением частей тела (кожи, мускулатуры и др.), их размерами. Концепция Кречмера практического применения не получила. Существенный ее недостаток состоял в том, что Кречмер совершенно не учитывал социальных основ психосоматики. Поэтому его концепция была узкоклинической, а построения умозрительными.

Современный период психосоматики начался на рубеже XVIII и XIX вв. Его основоположником является Гете, предложивший термин **морфология**. **Морфология человека — это наука о форме и строении, организма, изучающая закономерности изменчивости организма человека (возрастные, половые, территориальные, профессиональные и другие микросоциальные), а также вариации отдельных частей тела человека в связи с особенностями его характера**. Таким образом, морфология человека является социальной основой психосоматики.

Психосоматика (биотипология) получила особое развитие в медицине второй половины XIX в., противостоя механистической тенденции видеть в организме человека просто сумму органов, а в болезни — местное заболевание

(это утверждалось даже такими медицинскими авторитетами, каким в свое время был Р.Вирхов). Выдающиеся морфологи того времени были предшественниками современной психосоматики, заложившими основы социальной медицины. Психосоматика первой половины XX в. базируется на социальных измерениях параметров жизни человека, статистических данных и на каузальной интерпретации психосоматических (морфологических) вариантов человеческого бытия.

История нашего предмета не была бы полной, если бы мы упустили такой важный аспект нашей проблемы, как **вырождение**. Истерия и вырождение были всегда, но они не были объектом исследования как социально-медицинский феномен. Книга Макса Нордау, вышедшая в свет в конце XIX в., так и называется «Вырождение». М. Нордау посвятил свою книгу Ломброзо. В «Предисловии» автор писал: *«Я посвящаю Вам книгу, и во всеуслышание с радостью признаю, что без Ваших работ она никогда бы не увидела света.*

Введенное первый раз в науку Морелем понятие о вырождении было гениально Вами разработано, и во всех областях знания сказались плодотворные результаты нового учения. Вы бросили волны света на многие темные стороны больного ума, уголовного права, политики и социальной науки, и с вашими выводами могли не соглашаться только закрывающие добровольно глаза...

Вырождающиеся не всегда преступники, развратники, анархисты или общепризнанные сумасшедшие; иногда они бывают писателями, представителями искусства, но в них преобладают одни и те же умственные, в большинстве же случаев, и физические черты одной и той же антропологической семьи, вооружающие руки одних ножом или динамитным патроном, руки других — пером и кистью...

Книги и произведения искусства оказывают сильное воздействие на массы; в них современники черпают идеалы нравственности и красоты. Если они представляются безумными и враждебными общественному строю, они, несомненно, вносят смуту в умы и действуют губительно на целые поколения.

Эта книга... написана на основании психофизиологических элементов как составных частей целого, и, таким образом, она берет на себя смелость пополнить пробел в вашем величественном здании»²⁸.

2. Теория вопроса

Характер (от греческого *charakter* — отличительная черта) — совокупность особенностей психического склада человека, определяющая индивидуальный

²⁸ Нордау М. Вырождение. Киев, 1896.

стиль его поведения, переживания и образ жизни в целом. Целостность, стабильность и стереотипность проявления — существенные черты характера.

Характер тесно связан с конституцией (психическим складом) человека и его темпераментом. Согласно концепции советского психолога Л.С. Выготского, конституция и темперамент образуют врожденную предпосылку развития личности, а характер есть результат воспитания. Близким к понятию *характер* является понятие *тип личности*. Некоторые исследователи, в том числе К. Юнг, П.Б. Ганнушкин, А.Ф. Лазурский и другие, склонны «характер» и «тип личности» отождествлять. В практике, особенно медицинской и социальной психологии, к понятию «характер» принято относить лишь психологические качества человека, тогда как к понятию «тип личности» обычно относят особенности социального бытия человека, его отношения к семье, трудовому коллективу, к обществу в целом, то есть *социальное поведение человека, его образ жизни*.

Экспериментальное изучение характера началось в конце XIX — в начале XX вв. Первые результаты этого направления были обобщены в фундаментальном труде немецкого психолога Л. Клагеса «Принципы характерологии» (1910 г.). Одновременно сформировался психоаналитический подход к изучению характера и типа личности, который нашел всестороннюю разработку в известной работе К.Юнга «Психологические типы». Развитие физиологии в трудах И. Л. Павлова позволило уяснить некоторые аспекты связи характера и механизмов высшей нервной деятельности человека. В этом же направлении шли исследования А.А. Ухтомского, завершившиеся его учением о *доминанте*. Экспериментально-физиологическое изучение характеров проводила также школа В.П. Бехтерева, представитель которой А.Ф. Лазурский разработал методологию «естественного эксперимента» (исследование личности в реальной жизненной ситуации).

Широкое распространение в современном экспериментально-психологическом изучении характера (в частности методом тестирования) получила концепция акцентуации личности К. Леонгарда, согласно которой акцентуация характера представляет собой крайний вариант нормы. Поведение человека с акцентуированным характером часто выходит за границы общественной нормы.

В современной практике проблема изучения характера решается обычно врачом-психиатром или медицинским психологом. Вопросы собственно типологии личности выпадают из сферы их внимания. Без знания типологии личности не могут обойтись социальные психологи, занимающиеся проблемами управления рабочими коллективами, создания благоприятного микросоциального климата, профилактики семейных конфликтов и т.п. *Исследования характера и типа личности* — это изучение конкретного человека как бы с двух, близко лежащих друг к другу, сторон. И здесь нет непреодолимых теоретически и практически границ (особенно в связи с применением методик тестирования, которые поддаются математической обработке). Другое дело, когда речь идет о характере как психосоматической составляющей, о проблеме взаимосвязи, в

конечном итоге, души и тела.

Проблема души была поставлена в сочинении Аристотеля «О душе». И с тех пор мало что изменилось. Ограничимся перечислением этих вечных вопросов, не претендуя на их разрешение:

- 1) «Помещается» ли душа в теле и, если «помещается», то где?
- 2) Как, будучи явлением *идеальным*, то есть *вневременным* и *внепространственным*, душа «управляет» всем телом и каждой частью тела в отдельности? Иначе говоря, каким образом душа соприкасается с телом?
- 3) Как душа одного человека может влиять на тело другого человека (на массу людей)? Особенно остро этот вопрос стоит перед психотерапевтами, пытающимися объяснить механизмы суггестии (внушения).
- 4) Как душа может «болеть», иметь дефекты, стареть, быть разумной или слабоумной?
- 5) Как душа связана с *vis vitalis* (жизненной силой)? Является ли душа источником энергии для тела?
- 6) Как душа может пытаться убить себя? Как возможно самоубийство с точки зрения идеальной души? (Этот вопрос особенно мучил Артура Шопенгауэра и Оноре де Бальзака).
- 7) Как душа может не осознавать себя, то есть быть «бессознательной»? Этот вопрос философы обращали к Эдуарду Гартману (1842—1906 гг.), создателю теории бессознательного, и Зигмунду Фрейду, гениально использовавшему теорию Гартмана в психотерапевтической практике).
- 8) Как душа может «погружаться» в другую душу? (Это проблема не только психоанализа, но и эмпатии, сопереживания, а также понимания).

Ограничимся этими фундаментальными вопросами и для иллюстрации основных моментов теории взаимосвязи «тела и характера» (*характер есть модус души*) процитируем выдающихся мыслителей прошлого, занимающихся вышеназванными вопросами.

По Гиппократу, мозг есть седалище души. Согласно Аристотелю, душа является «сущностью, своего рода формой естественного тела, потенциально одаренного жизнью». Поэтому функции тела, его активность рассматриваются как функции души; разнообразные проявления активности души суть не что иное, как разнообразные проявления активности тела, и наоборот: душа есть жизнь тела, а жизнь тела есть одушевленность.

Согласно Рене Декарту (1596—1650 гг.), «душа по природе своей не находится ни в каком отношении ни к протяженности, ни к измерениям или каким-либо другим свойствам материи, из которой состоит тело, а связана со всей совокупностью его органов. Совершенно ясно, что нельзя увидеть ни половину или треть души, ни ею занимаемого пространства. Душа не становится меньше, если отделить какую-нибудь часть тела, но она совершенно покидает его, если разрушить всю совокупность органов». По

Декарту, «хотя душа объединена со всем телом, основные свои функции она, однако, выполняет в мозгу»; «в мозгу имеется небольшая железа, в которой душа более, чем в прочих частях тела, проявляет свою деятельность». Заметим, что в этих взглядах Декарт не так уж далек от истины, имея в виду гипофиз, управляющий всеми железами внутренней секреции, а путем их гормонов всеми органами и системами психосоматического организма человека. Декарт писал: *«Всякое действие души заключается в том, что она, желая чего-нибудь, заставляет маленькую железу, с которой она непосредственно связана, двигаться так, как это необходимо для того, чтобы вызвать действие, соответствующее этому желанию».*

Ламетри перенес тяжелое заболевание, едва не убившее его. Будучи врачом и философом, он на основании собственного опыта сформировал концепцию взаимосвязи души и тела. Он противопоставил ее концепции Декарта. «Если местонахождение души, — пишет он в «Человеке-машине», — имеет некоторую протяженность, если она испытывает ощущения в различных местах мозга или, что сводится к тому же самому, если у нее там действительно несколько различных местопребываний, то невозможно, чтобы она сама была лишена бы протяженности, как это утверждает Декарт. Ибо его система не в состоянии объяснить воздействие души на тело, а также союз и взаимодействие обеих этих субстанций, что очень легко сделать тому, кто думает, что нельзя себе представить что-либо сущего без протяженности». И дальше: «Если все может быть объяснено тем, что нам открывает в мозговой ткани анатомия и физиология, то к чему мне еще строить идеальное существо?» Ламетри много почерпнул у Аристотеля. Так, он утверждает, что «состояния души всегда соответствуют аналогичным состояниям тела». Заметим, что для современной психосоматики, базирующейся на социальных основах, это высказывание Аристотеля—Ламетри является одним из краеугольных камней концепции.

Видимо, придется согласиться с английским исследователем **Ч. Шеррингтоном**, который в 1952 г. признался, что *«в области познания отношения духа к телу мы не продвинулись вперед по сравнению с Аристотелем».* Это верно и сейчас. С появлением кибернетики возникло понятие «черный ящик». Ответ на вопрос о взаимодействии души с телом и поныне остается для ученых «черным ящиком». Что же касается **И.П. Павлова**, построившего теорию *высшей нервной деятельности человека*, положив в ее основу декартовское понятие «рефлекс», то он констатировал, что *«для него так и осталось загадкой, каким образом материя мозга производит субъективное, то есть идеальное, явление».*

Не пытаясь решить перечисленные «вечные вопросы» психофизического параллелизма, социальная медицина пользуется **понятием социальных основ психосоматики**, согласно которым тело человека рассматривается как совокупность социальных функций от рождения до смерти. Новорожденный

становится в подлинном смысле человеком, приобретая социальные функции, и человек умирает человеком (а не «растением»), если сохраняет хотя бы одну социальную функцию в виде какого-либо навыка или речи. Это подтверждает практика **реаниматологии и исследования танатологии**. При этом **философская проблема** сужается до одного из практических ее решений, а именно — познания социальных основ психосоматики и психотерапии. И, наконец, вместо академического теоретизирования можно представить различные **модели психосоматики человека, которые «работают» в настоящее время: а) психоаналитическую; б) гуманистическую; в) клиническую; г) феноменологическую; д) психофармакологическую.**

Итак, социальные основы психосоматики были вновь «открыты» и осмыслены в конце XIX — в начале XX в. Теперь мы вновь возвращаемся к проверенным временем и практикой (в том числе и медицинской) теоретическим положениям в связи с запросами социальной и клинической медицины и других социальных наук. Однако канун XXI в. ознаменован **качественно новым этапом в освоении психосоматики человека. Главное**, чем этот этап представлен, — это **кибернетические достижения**, в том числе и в понимании человеческого организма. Не вдаваясь в слишком глубокие концептуальные проблемы кибернетики человека, все же попытаемся перекинуть мост от психосоматических представлений предшествующих периодов к нашим дням. Для этого несколько подробно рассмотрим теоретические взгляды отечественного нейро- и психофизиолога **Н.А. Бернштейна (1896—1966) — создателя концепции психосоматической активности**. Бернштейн был одним из первых пропагандистов кибернетики в нашей стране, по существу, одним из ее создателей. Н.А. Бернштейн высоко ценил «отца» кибернетики **Н. Винер**. Он писал: *«Именно такие исследования открывают перед надлежаще подготовленными учеными богатейшие возможности в познании психосоматических особенностей человека с точки зрения кибернетики».*

Концепция психосоматической активности теснейшим образом связана с внедрением в физиологию и психологию кибернетических принципов и понятий, с теми экспериментальными данными, анализ и обобщение которых привели к существенному расширению знаний о процессах жизнедеятельности и, одновременно, способствовали заметным преобразованиям общетеоретических представлений в психосоматике.

Концепция Бернштейна явилась результатом экспериментальных исследований по биомеханике и физиологии движений, начатых им в 1922 г. Они проводились с использованием таких новых для своего времени, точных методов, как кимоциклография, **циклограмметрия (создание графиков и циклов движений человека)**. Эти многочисленные эксперименты исследований привели к фундаментальным обобщениям о роли **сенсорных коррекций** в процессе построения движений. Для этого Бернштейн вводит понятие **рефлекторного кольца**. В связи с последним ученый намечает пути математического описания

двигательного акта и создания математической модели двигательного поведения человека. Психосоматическая проблема становится, таким образом, **частным случаем** общих закономерностей самоорганизующихся систем. Общество, группа людей и человек со всеми своими психосоматическими особенностями предстают как звенья одной цепи. И эта «цепь» в целом, и каждое ее «звено» в отдельности хорошо поддается математической обработке и кибернетическому моделированию.

3. Методология и методика вопроса

«Невозможно создать красивый портрет, пользуясь в качестве модели одним человеком, так как на земле нет красивого человека, которого нельзя было бы превзойти по красоте. И нет на земле человека, который мог бы сказать, каким должен быть самый красивый человек», — эти слова А. Дюрера соответствуют методологии нашей книги. **Все в человеке социально, а социальность человеческа. Это основной постулат, который является для нас аксиомой.** Проблема отношений «души и тела» изначально присутствует в этом подходе **в снятом** виде. Отсюда следует важное методическое правило — **не искать «внутри» человека психику. Все, что «имеет» человек, — «душа», психика, сознание, бессознательное, психология, «судьба», «организм», личность, индивидуальность, — все составляет одно целое, и этим «одним» и является психосоматика.** В свою очередь, психосоматика имеет социальные основы. То, что может влиять на психосоматику человека (прежде всего с лечебной целью), — **психотерапия**, которая, таким образом, имеет общие с психосоматикой корни и основы. Иначе никакого влияния не могло бы быть.

Надо сказать, что психологи и психотерапевты, к какой бы школе они ни принадлежали, **ориентируются на конкретные симптомы и синдромы** (признаки и совокупности признаков, складывающиеся в некие системы) психосоматической деятельности человека. Этот метод, получивший название **аудио-видео-диагностики**, нашел применение не только в медицине, но и в весьма далеких от медицины областях человеческой практики (например, в авто- и авиа-профилактике). Совокупность симптомов и синдромов складывается в конкретные структуры, которые исследователь, в зависимости от своих методологических позиций (психоаналитических, клинических или феноменологических), интерпретирует как «эдипов комплекс», или «пограничная ситуация», или «неврозоподобное состояние» и т.д. Если этот исследователь к тому же является социальным работником (врачом, психологом, пенитенциарным социологом), то к указанному диагнозу он непременно должен добавить микросоциальный конфликт и дать последнему социальную характеристику

(производственный, семейный, внутриличностный и т.д.). Человек может находиться в конфликте с обществом и даже со своим временем (феномен *«лишнего человека»*). **Но, в каком бы, социальном качестве человек ни проявлял себя** («герой», «гений», «преступник», «больной», «изгой» и т.д.), он остается **психосоматическим организмом**, представляя интерес и для клинического врача, и для социального медика.

Что касается таких ключевых понятий, как **«психосоматика»**, **«морфология»**, **«морфологические типы»**, **«биотипология»**, **«антропологические типы»**, то являясь в определенном отношении синонимами, они различаются как категории **«общее»**, **«особенное»**, **«единичное»**. Так, **психосоматическая проблема** и ее социальные основания выступает как всеобщее, а, скажем, психологические типы представляют собой особенное.

Глава 2

СОЦИОЛОГИЯ, ФИЗИОЛОГИЯ И КЛИНИКА ТИПОВ ЧЕЛОВЕКА

1. Человек как «совокупность общественных отношений»

Габитус (Habitus) объединяет наиболее важные характеристики человека. А именно: 1) *состояние и положение* (в обществе, семье, на производстве и т.д.), 2) *свойства характера и личности*, 3) *внешний облик* и 4) *«обыкновения»*, то есть «вредные» и «любимые» привычки. *Habitus animi* означает душевный склад, включающий такие свойства, как интеллект, воля, аффективность, эмоциональность, сензитивность, направленность сознания. Вот это все, входящее в габитус человека, и составляет «совокупность общественных отношений», если понимать последние не как некую абстракцию, а как реалии человеческой жизнедеятельности и его уникального бытия.

Попробуем проиллюстрировать сказанное с довольно неожиданной, но весьма наглядной стороны. Так, А.Дюрер, разрабатывавший метод морфологического анализа при помощи моделирования рисунков, снабженных диаграммами наружных деталей (как и Леонардо да Винчи), всегда принимал во внимание, *кого он рисует, то есть какими социальными качествами наделен человек, которого он так тщательно изображал*. Леонардо да Винчи экспериментировал от обратного. В своих эскизах он пробовал: 1) рисовать анатомические особенности той или иной части тела по аналогии с таковыми у животного; 2) перенести на тело живого человека данные, полученные при анатомическом препарировании трупа. Но эти опыты его не увенчались успехом: в первом случае получалось какое-то подобие кентавра; во втором — из живого человека улетучивался дух. А вот *античные торсы*, создававшиеся на реальных психосоматических особенностях человека, могут служить морфологической моделью не только для современных анатомов, но и для психосоматиков.

Картина Г.Гольбейна (младшего) «Костюм женщины из Базеля. Мещанка» (1524 г.) для нас особенно интересна тем, что приводит к одному из аспектов социологии человека (в общей проблеме психосоматики), а именно — к **активному формированию телесных форм разными народами и этносами**. Для картины Гольбейну действительно позировала мещанка из Базеля, и мы видим, как сильно одежда стягивает талию натурщицы, поднимает и сдавливает ее груди. Одежда чрезвычайно усиливает контраст между развитием нижней части тела и развитием грудной клетки и подчеркивает другую особенность тела женщины — узость плеч. Если мещанки носили подобную одежду с раннего детства, то формирование скелета, а, следовательно, органов, шло под сильным воздействием

«моды». Тело, в свою очередь, формировало характер женщин. Получалось, что психосоматика оказывалась заложницей моды и ее продуктом. Вспомним теперь, у многих народов применялись деревянные дощечки для сдавливания височных и теменных костей черепа новорожденному. **Это делалось с целью формирования характера человека** (и, в меньшей степени, других психических особенностей).

Хорошо известно, что китайцы надевали на стопу четырех-пятилетней девочки деревянную колодку-туфельку, останавливая развитие и увеличение стоп. Казалось бы, стопа не может оказать значительного влияния на психические и физиологические особенности человека, однако стоит вспомнить синдром астазии — абазии при тяжелых психических расстройствах. Именно стопа, ее тугоподвижность, определяет всю сложность психосоматического состояния человека, так что неестественно маленькая ножка воздействовала на весь организм китаянки, на всю его морфологию.

Таким образом, **телесная конституция** была не генетически унаследованной, **а социально смоделированной. Вообще «мода» и другие способы активного воздействия на морфологию человека существовали во всех цивилизациях.** «Природа» же человека закрепляла социальные программы, реализованные в одном поколении, и передавала их другим поколениям в причудливом переплетении при кровосмешительстве (имеется в виду не *инцест*, а соединение наследственных программ разных рас и этносов в одном человеке). Иногда это приводило к мутации рода и племени — вырождению. **Лукас Кранах** (1532 г.) нарисовал обнаженную Венеру. Формы тела этой женщины (он тоже писал с натуры) грубо изменены следами ношения костюма. Особо обращает на себя внимание контраст между толщиной бедер и тонкими голеньями, что объясняется также влиянием одежды того времени. Можно находить бесконечные примеры **социализации самого природного в человеке — тела (сомы)** не только у художников и скульпторов, но и у писателей. Европейская традиция осознания **социальной сущности человека в целом** (а не только, так сказать, его духовной стороны) началась задолго до **Маркса**, категорически провозгласившего, что «сущность человека есть совокупность всех его общественных отношений».

Древний грек был не менее социален, чем современный житель Москвы или Афин. Вот, к примеру, античная статуэтка «Девушка в бане» (бронза, Мюнхен. Музей «Антиквариат»). Формы тела девушки соответствуют психосоматическому статусу, известному под названием «*turgor tertius*», совпадающему с периодом начала половой зрелости. Слабое развитие плеч и таза, отсутствие талии придает торсу квадратную форму. Такая же фигура могла быть и у мальчика в пубертатном периоде, если бы ни хорошо развитая подкожная жировая ткань, покрывающая формы девушки и придающая им женственность. Древние греки очень бы удивились, если бы им сказали, что возрастные периоды не только (и не столько) отражают природные особенности психосоматики, сколько социальные особенности своего времени. **«Лолиты» не могли появиться**

в античном мире. Акселераты, (как и ретардаты) сугубо социальное явление середины—конца XX в.

Вся относительность разделения социального и физиологического в человеке наглядно видна при рассмотрении некоторых явлений современной жизни. Например, культуризм, распространенный во всем мире. Что в психосоматике культуриста природное, а что производное анаболиков и искусственных телодвижений (благодаря которым «выращиваются» мышцы)? Психосоматические реакции культуристов (по данным мировой медицинской прессы) стереотипны и однообразны. Анаболики разрывают генетические связи культуриста с его родом и племенем. ***Культуризм — крайняя степень извращения социобиопрограмм человека.*** Впереди них целые шеренги спортсменов, где психофармакология активно структурирует психосоматику.

Возьмем теперь фотомоделей и «королев красоты», воплощающих представления современного общества о женской красоте и здоровье. ***Их женские прелести отражают тягостную синдромологическую картину нарушения всех составляющих функции деторождения: зачатия ребенка, вынашивания, рождения и вскармливания грудью.*** Как от культуристов и спортсменов ***к этносу в целом*** тянутся «Гулливеровы нити», так и от «королев красоты» и «законодательниц мод» к женской половине современного общества протянуты индустрией моды зримые и незримые нити. А на «выходе» — низкая рождаемость, высокая смертность среди новорожденных и чрезвычайно высокий показатель врожденных уродств. Мода и спорт, конечно, только частности в общей картине социальных основ психосоматики. Для того, чтобы показать несостоятельность концепций морфологии человека, не учитывающих его социальной сущности, рассмотрим одну из таких концепций, достаточно известную.

Основоположник французской морфологической школы ***Клод Сиго*** (1862—1921 гг.) разработал типологию человека, основанную на преобладании одного из четырех главных аппаратов организма: *бронхо-легочного, желудочно-кишечного, суставно-мышечного и цереброспинального*. Сразу заметим, что выделение данных систем организма весьма условно и физиологически недостаточно обосновано. Например, непонятно, почему не выделены сердечно-сосудистая, мочеполовая и эндокринная системы (последней много внимания уделяли и Гиппократ, и Леонардо да Винчи, и Альбрехт Дюрер). Согласно выделенным Сиго системам (аппаратам) организма, он различает следующие морфологические (психосоматические) типы человека: респираторный, дигестивный, мышечный и церебральный — и подробно описывает анатомическое строение каждого типа.

Респираторный тип: туловище в форме трапезоида, с основанием, обращенным вверх. Туловище явно удлинено по сравнению с нижними конечностями, а грудная клетка доминирует над остальными отделами туловища.

Голова имеет ромбическую форму — преобладает средний (респираторный) «этаж», здесь место и для выражения экспрессивности.

Дигестивный тип: характеризуется также длинным туловищем, но за счет большого живота. Общая форма туловища напоминает трапезоид с большим основанием, обращенным вниз. В отличие от респираторного типа у дигестивного типа отмечается высокое положение боков туловища, широко раскрыт угол мечевидного отростка (большая и развитая диафрагма живота). Плечи как бы сдвинуты по направлению к середине туловища. В строении черепа доминирует нижний этаж, что связано с большим развитием жевательного аппарата. Контуры головы напоминают трапецию, с основанием, расположенным внизу. Экспрессивные выражения лица осуществляются преимущественно за счет жевательной мускулатуры и сконцентрированы вокруг рта.

Церебральный тип: отличается небольшим ростом, призматическим, тонким туловищем, длинными и тонкими нижними конечностями. Верхние конечности могут быть короткими, с развитой мускулатурой, резко контрастировать с нижними. (Как у диспластичного типа). У церебральных типов сильно развиты кости черепа за счет как размеров всех костей, так и за счет их толщины. Контуры головы имеют форму трапеции, обращенной большим основанием вверх. Экспрессивность сосредоточена, главным образом, в области лба.

Мышечный тип: характеризуется коротким туловищем и длинными нижними конечностями. Грудная клетка и живот развиты в одинаковой мере. Голова имеет четырехугольные контуры с одинаковым развитием всех трех этажей. Экспрессивность охватывает все мышцы лица, как мимические, так и жевательные.

Ученики Сиго — **Мак Аулайф и Огюст Шейю** — развили концепцию своего учителя, придав ей качества психосоматической теории. (У Сиго она была скорее описательная, основанная на анатомических и физиологических особенностях выделенных им типов человека). Аулайф и Шейю прежде всего ввели понятие **иерархии функциональных аппаратов и психосоматический принцип**. Согласно этому принципу, относительное развитие какого-либо органа указывает на степень энергии его функции. Но доминирование какого-либо аппарата не влияет на развитие и равновесие других аппаратов (систем организма) и не разрушает гармонию облика человека. Изображение, применяемое для сравнения форм, представляет собой так называемый развившийся или ясно выраженный тип с гармоническими пропорциями и некоторым преобладанием одного из вышеупомянутых главных аппаратов. Остальные формы человека, по сравнению с ясно выраженным типом, могут быть разделены на мало выраженные или же примитивные типы с нерегулярной морфологией.

Как Сиго, так и его ученики подчиняли координацию (архитектонику) разнородных признаков биологическим факторам. Поэтому психосоматические

характеристики типов были крайне скудными и случайными. Эта концепция, если внимательно к ней приглядеться, несет в себе все следы классических греко-римских эстетических постулатов о строении человеческого тела.

Ясно выраженные типы Сиго являются, по сути дела, вариантами **красивых типов античности**: красивого мышечного типа, красивого респираторного типа, красивого дигестивного типа и красивого церебрального типа. Так, красивый мышечный тип представлен *Дорифором* Поликлета и *Аполлоном Бельведерским*. Респираторный красивый тип представлен в античной скульптуре *Венерой из Арля* и *Венерой* Анадиомеда. Красивый дигестивный тип — это *Афродита Книдская*, которая отличается от остальных Афродит своим широким и высоким тазом, узкими плечами, лицом с выраженной нижней челюстью, мясистыми губами при изящных других формах тела. Красивый церебральный тип представлен, прежде всего, скульптурами *Юлия Цезаря* и *Клавдия* (неизвестные мастера).

Концепция Сиго имела и других последователей (например, французский морфолог А. Тоориз и русский физиолог школы Бехтерева Н.А. Белов) и развивалась в разных направлениях, все дальше от социальных и психосоматических характеристик в сторону анатомических и физиологических особенностей человеческого организма.

Методологический недостаток подобных концепций состоит в их крайней односторонности. Тип человека — это сложное психосоматическое понятие, которое не может определяться «частностями» — анатомией, физиологией, даже расовыми и генетическими признаками. Только совокупность всех «природных» свойств представляет человека, что, естественно, предполагает **социальную основу**.

Здесь же рассмотрим важное для нашей темы понятие **идиосинкразии**. Это понятие не следует путать с понятием **аллергии**, которое имеет отношение только к клинической медицине. Аллергия — болезненное состояние организма, вызванное определенными объективными раздражителями, аллергенами, на которые человек реагирует избирательно. **Идиосинкразия** — реакция человека, как правило, негативная (хотя есть примеры и положительных идиосинкразий), на различные **события**. По поводу идиосинкразий Гегель заметил, «*что некоторые люди чувствуют кошек на расстоянии*». Кошка — домашнее животное, то есть вполне **социальное** явление. С ней у человека связан целый комплекс различных эмоций, представлений — от вполне бытовых до мифологических и суеверных.

Поэтому пример с кошкой весьма подходит для понимания неожиданных аспектов психосоматики человека, таких, как идиосинкразия. Последняя всегда является психосоматической реакцией человека. И, если при аллергии человек реагирует на раздражитель каким-то одним органом или системой организма, то при идиосинкразиях — **всем своим существом**. Такие состояния часто вызывают

различные психосоматические заболевания — *соматозы*. Многие телесные и душевные недуги человека, в действительности являющиеся соматозами, могут привести его к инвалидности. Соматозы очень трудно отличить от органических заболеваний. Например, почти все *хронические неспецифические воспаления* различных органов и систем организма и так называемые *функциональные расстройства* — этосоматозы. Соматозы могут проявляться, скажем, как хронические пневмонии с астматическим компонентом, как ишемическая болезнь сердца с приступами стенокардии, как бесплодие у молодых женщин или импотенция у молодых мужчин, как язвы различных органов, чаще всего желудка и кишечника, как колиты и гастриты. *Соматозы* могут обнаруживать себя и через один единственный симптом — *боль*, которая может локализоваться в любой части тела человека и не поддаваться никаким обезболивающим препаратам. Кстати, будучи социально обусловленными расстройствами функций человеческого организма, соматозы не лечатся традиционными лекарственными препаратами. Психотерапевтическое воздействие на пациентов с соматозами тоже может оказаться неэффективным, если оно не подкреплено социальными действиями врача, способного радикально изменить ситуацию, в которой находится пациент. *Вот почему соматозы — прерогатива не клиницистов, а социальных медиков.*

Соматозы, как ничто другое, обнаруживают социальные основы психосоматики (иными словами, биотипологии или морфологии) человека. *Ни одно животное не страдает соматозами, как ни одно животное не умеет смеяться. Даже «очеловеченные» нами домашние любимцы — собаки и кошки (которые так часто бывают «похожи» на своих хозяев) — не могут просто улыбнуться и подмигнуть!*

2. Морфология человека

Психосоматика человека опосредуется социальными факторами, и именно социальные факторы составляют наиболее фундаментальные характеристики целостной психосоматической деятельности человека.

Приступая к изложению предмета морфологии человека, сразу выделим в нем две не связанные жестко между собой проблемы. *1. Собственно морфология (строение или организация) психосоматической целостности человеческого организма. 2. Функциональная асимметрия этой фундаментальной целостности.* Рассматривая первую проблему, мы сосредоточим внимание лишь на тех аспектах, которые непосредственно связаны с профессиональной деятельностью социального работника (педагога, врача, юриста).

Изложение материала по морфологии мы начнем с краткого обозначения областей тела (сомы), которые могут оказаться «зоной» психосоматической активности человеческого организма. В рамках общей морфологии человеческое тело разделяется на следующие области.

Голова — различаются следующие области: черепная и лицевая. В черепной области выделяются лобная, теменная, затылочная и височная доли. В лицевой области выделяются области бровей, век, нос, глазницы, глазные яблоки, область губ, подбородка, щеки, ушные раковины.

Шея состоит из следующих областей: область затылка, передне-боковые области, передняя область, делящаяся на отделы, лежащие под и над подъязычной костью, боковые области, включающие грудино-ключично-сосцевидные мышцы, и область надключичного треугольника, где пульсирует сонная артерия.

Туловище состоит из следующих сегментов: грудная клетка, живот и таз. В грудной клетке различают переднюю поверхность, грудь как таковую, заднюю поверхность — спину. Передняя поверхность грудной клетки состоит из области грудины и грудной области (с грудными железами у женщин) и области, лежащей под грудными железами. Спина включает область лопаток и подлопаточную область. Живот состоит из следующих разделов: спереди — область живота как таковая, боковые области живота, сзади — поясничная область и поясница. Таз состоит из лобковой области и бедренно-паховой области — спереди; ягодичной области — сзади, и бедренных областей — с боков.

Верхняя конечность (рука) состоит из дельтовидной области, подмышечной области, области плеча, локтя, предплечья, перетяжки кисти и кисти.

Нижняя конечность (нога) состоит из бедра, колена, голени, области лодыжек и стопы.

Разбирая морфологию человека, необходимо особо выделить в ней биотипологию половой дифференциации. Биотипология пола изучает психосоматические типы (общее в индивидуальном), обусловленные различной степенью половой дифференциации. Схема половых биотипов охватывает типы половой недостаточности, гиперсексуальные типы и межполовые типы. В рамках половой недостаточности различают следующие варианты: *инфантилизм* или юношеские формы (вследствие дисфункции эндокринных желез) и мужской и женский *евнухоизм* (вследствие недостаточности половых гормонов). Гиперсексуальные типы: гиперандризм (*сатириазис*) у мужчин с сильно развитыми половыми признаками, гипергинизм (*нимфомания*) у женщин. Межполовые типы — *гермафродитизм* (наличие половых желез противоположного пола и неопределенная — мужская или женская — морфология), *феминизм* у мужчин и *вирилизм* у женщин (с точки зрения вторичных половых признаков).

При изучении морфологии человека необходимо также учитывать возрастные критерии развития его организма. С точки же зрения психосоматики — «горячие точки биографии», через которые так или иначе проходит каждый человек, доживший до определенного возраста. Изучению возрастных критериев большое внимание уделяли еще в древности, особенно во времена Гиппократов и

Галена, а также в эпоху Возрождения (Леонардо да Винчи, Альбрехт Дюрер и др.). Почти все «системы» типологии человека построены с учетом возрастных «поправок».

Морфология развития человеческого тела представлена различными стадиями, в которых преобладают процессы «усвоения» внешнего «материала» (природного и социального), проявляющиеся простым ростом тела. Рост тела подчиняется законам чередования (чередования каждые полгода и чередования, обуславливающие материальные субстраты для «горячих точек» биографии). На основании процессов чередования рост тела может быть разделен на следующие периоды: «turgor» (primus, secundus, tertius) — с преобладанием роста в ширину и глубину и периоды «proceritas» (prima, secunda) — с преобладанием роста в длину. Весь период роста можно разделить на детство (первое и второе), пубертатность и взрослость. На взрослости заканчивается *психосоматическая эволюция человека*.

Морфологические изменения во время роста сопровождаются наступающими изменениями размеров и пропорции человеческого тела и его внутренних и внешних органов. К главным этапам морфологического развития относятся периоды: грудной возраст (кукольные формы), нейтральное детство (в половом различии), «двуполное» детство, пред пубертатность, пубертатность и взрослость. Далее наступает период *психосоматической эволюции человека*. Начинается период старости (увядания), вслед за которым приходит дряхлость (по Гиппократу). Периоду старости предшествует взрослость и зрелость — относительно стабильные психосоматические состояния человека, с точки зрения его морфологии.

3. Морфология кожи

В качестве главных морфологических факторов психосоматики человека мы выделяем кожные покровы и поверхностные вены, а также все, что имеется на коже человека (родинки, волосы, пигментные пятна и прочие *стигмы*). Мы назовем все поверхностные детали тела, связанные с психосоматическими функциями кожи. Особенности ее эластичности и резистентности, складки и борозды. Отдельно рассмотрим подкожную жировую клетчатку, которая играет важную морфологическую роль вследствие особенностей локализации и количества жировых отложений. *Придатки кожи* — ногти, волосы, потовые и сальные железы, тоже играющие значительные роли в различных психосоматических состояниях человека. *Поверхностные вены*, тела тоже психосоматические стигмы. Так, *набухание вен* — важный признак психосоматической реакции (соматоза). Конечно, мы заранее подчеркиваем, что *последовательно проводим психосоматический подход к человеку* с точки зрения социального медика, а не клинициста. Поэтому исключаем, например, при симптоме набухания вен различные органические заболевания сосудистой

системы, лечение которые входит в компетенцию узкого специалиста, в данном случае — сосудистого хирурга.

Рассмотрим следующие характеристики кожи человека: рельеф, углубления, возвышения, толщина, плотность, цвет и другие. Кожа состоит из трех слоев: эпидермиса, дермы и гиподермы. Гиподерма является местом накопления подкожного жира (играющего, порой, важную психосоматическую роль в жизнедеятельности организма). Вследствие различной толщины дермы кожа приобретает наиболее значительные морфологические качества.

Кожа испещрена углублениями, бороздами, кожными складками и кожными дубликатами. Кожные борозды разделяются на многочисленные категории и составляют своеобразные рисунки на лице и теле человека (которые могут являться наследственными стигмами). Можно различить следующие кожные образования (психосоматические стигмы): 1. Углубления, или борозды, образовавшиеся вследствие сращения соседних участков. Здесь встречаются фиброзные тяжи между гиподермой и подлежащими тканями. Такими углублениями являются следующие: срединные, передняя и задняя борозды туловища, подъягодичная борозда, паховые борозды, складки конечностей. 2. Складки, обусловленные движениями, как, например, движениями шеи, сгибания туловища или же разгибанием конечностей. При всей своей общности эти складки при тщательном изучении оказываются чрезвычайно индивидуальными и характерными для внешнего «облика» субъекта, составляя его внешний вид. 3. Мышечные бороздки, обуславливаемые сокращением подкожной мускулатуры. Они, как и складки кожи, типологически характерны для индивидуума. 4. Складки, обуславливаемые утратой кожной эластичности, например, морщины лица, чрезвычайно интересны для психосоматика как возрастные, биографические и портретные черты человека (вспомним, что на их счет сказал Леонардо да Винчи). 5. Структурные складки, как, например, сосочковые гребни, «заштрихованные участки» или «ромбические морщины», расположенные на всей поверхности кожи, — основные составляющие индивидуальной «карты» человеческого тела.

Эскизы Леонардо да Винчи, хранящиеся в Лувре, наглядно демонстрируют вышеназванные составляющие кожной поверхности тела человека (художник придавал этим факторам огромное значение в морфологии человека, особенно *в возрастной морфологии*). То же самое можно сказать и об эскизах Дюрера. Так, в Берлине, в кабинете эстампов, хранится «Эскиз. Рисунок кистью». Этот рисунок представляет собой настоящий морфологический этюд большой ценности с точки зрения тонкого психосоматического анализа форм и топографии женского тела за счет характерных локализаций жировых отложений.

В результате систематических исследований подкожной клетчатки, осуществленных морфологом Пьером Рише в 1867 г. (отец известного биолога и

иммунолога Шарля Рише), было выявлено, что **зоны** локализации жировых отложений являются идентичными для обоих полов, причем, большая толщина отложений, а также некоторые особенности кожного рельефа отмечаются, главным образом, у женщин, на границе между туловищем и конечностями.

Строение подкожной клетчатки представляет, повторяем, значительные индивидуальные вариации, в зависимости от структурных закономерностей и от конкретных социальных факторов (таких, как ношение модной одежды, стремление к сохранению заданных пропорций тела различными способами — голодание, физические упражнения и т.д.). Эти **психосоматические вариации** распространяются на внешний вид кожи и проявляются в некоторых других ее качествах (таких, например, как эластичность, тургор, цвет, пигментация и других). Отечественный ученый, создатель теории антропогенеза и морфолог В.В. Бунак в 1956 г. установил следующие **типы** кожи: 1. Фиброзный тип, когда в гиподерме содержатся тесно переплетенные широкие волокна, с узкими промежутками между ними. 2. Нежный тип, с тесно переплетенными тонкими волокнами. 3. Пастозный тип, с рыхлой сетью волокон и клетками, содержащими большое количество воды. 4. Липофильный тип с обильными отложениями жира в пространствах между волокнами. Строение кожи устанавливается путем наружного осмотра, а также путем пальпирования. Особенности строения кожи оказывают влияние на толщину кожных складок и на глубину кожных борозд. Они являются решающими для формирования **психосоматического портрета человека. Этот портрет отражает не только состояние (habitus), но и возрастное и, что самое главное, социальное положение личности.**

Рассмотрим теперь придатки кожи и их роль в психосоматическом статусе человека.

Кожные железы — это потовые, сальные и молочные железы. Функциональное расстройство кожных желез — первый признак психосоматического неблагополучия человека (его генетических или социальных проблем).

Различные потовые реакции (**соматозы**) — «обливается холодным потом», «волны сухого жара, охватывающие тело», «сальная кожа», «выделение из сосков у женщин, не связанное с беременностью», «внезапное постарение грудных желез — дряблые, отвислые груди с морщинистой кожей» у молодой женщины и другие симптомы — все это признаки, скорее всего, социального неблагополучия человека.

Ногти представляют собой ороговевшие элементы эпидермиса. Они имеют форму поперечно выпуклых пластинок, закрытых с боков и в своей верхней части дермо-эпидермальной складкой. Видимая часть ногтя — тело — имеет розовый цвет, а в ее верхнем участке отмечается полулунная, белесоватого цвета зона, которая переходит в закрытую часть ногтя, в его корень. Каждый ноготь имеет свою особую форму, влияющую на форму пальца, которая чрезвычайно индивидуальна. Физиогномисты всех времен уделяли большое внимание

строению ногтя, видя в нем важный признак, характеризующий человека по многим параметрам. Точно также и мода всех времен не оставляла ногти без внимания: маникюр и педикюр — важные атрибуты моды. Бальзак написал трактат, посвященный ногтям. Гете тоже посвятил не одну страницу ногтям. Психиатры по состоянию ногтей могут со значительной степенью достоверности судить о наличии психических расстройств у человека. Возьмем один только пример. Определенный тип психически здоровых людей (но, заметим, имеющих хронические социальные проблемы) носят длинный ноготь на правом или левом мизинце, тщательно за ним ухаживая. Другие, тоже совершенно здоровые люди, имеют *дурную привычку* грызть ногти (они также имеют конкретные социально-бытовые проблемы). Женщины красят ногти лаком разного цвета в разные периоды, иногда совершенно не давая себе отчет, почему они выбирают тот или иной цвет. Это тоже характерный *социальный синдром*.

Волосы. Не останавливаясь на строении волос, отметим только те их качества, которые входят в общую психосоматическую структуру человека. Так, волосы бывают мягкие, шелковистые, жесткие. Форма, цвет и качество волос представляют собой антропологические и социальные дифференциальные признаки. Окончательному волосяному покрову человека предшествует эмбриональный волосяной покров — «пушок», а затем вторичный волосяной покров, развивающийся в неодинаковой степени в различных областях тела. На туловище и конечностях имеются покрытые волосами области, которые чередуются с областями без волос или же с волосами, оставшимися в виде пушка. Окончательный волосяной покров тела складывается в период половой зрелости после смены предшествовавшего волосяного покрова. В этом периоде волосы развиваются и вырастают в подмышечной и лобковой областях. Волосяной покров в остальных областях тела служит выражением половых различий, что носит название *половой диморфизм*. У женщин волосяной покров не изменяется по сравнению с детским возрастом, и вырастающие в лобковой области волосы ограничиваются сверху надлобковой брюшной бороздой. У мужчин размеры покрытых волосами областей тела увеличиваются. Волосы покрывают подбородок и верхнюю губу. Площадь волос на уровне лобка начинает расти в форме покрытого волосами треугольника, верхушка которого доходит до пупка. Волосы появляются на передней поверхности грудной клетки, иногда они покрывают густо и спину, вплоть до поясицы, а также конечности. Существует определенное соотношение в особенности между волосяным покровом конечностей и волосяным покровом нижней области живота. Разрастание волос в этих областях может быть использовано для оценки окончательного развития волосяного покрова, которое может быть различным в зависимости от наследственных и функциональных моментов, а также от принадлежности лица к определенной социальной группе. Волосы располагаются на поверхности тела в форме кривых линий, носящих название «потоков» (*fluvia* — реки, по Гиппократу). Эти потоки отделяются или сливаются в центры, называемыми

«вихрями». Бывают расходящиеся вихри, например, в областях медиального угла глаза, затылка, подмышками, в паховых бороздах, в областях ягодичной складки, тыльной поверхности стоп и рук. Сходящиеся вихри находятся, в частности, под углом нижней челюсти, в области пупка и половых органов. Потoki одного вихря встречаются с потоками другого вихря, образуя прямые или закругленные полосы, называемые узловыми линиями. На передне-боковых поверхностях туловища две боковые вертикальные линии связывают подмышечный вихрь с паховым вихрем. Волосы, которые расходятся от этих линий, сходятся по направлению к срединным линиям, какими являются передняя и задняя линии туловища.

Наиболее важным признаком волосяного покрова считается интенсивность роста волос, которую связывают, прежде всего, с гормональной активностью организма — гормонов надпочечных желез и половых желез. Различают *мужской тип оволосения и женский тип оволосения, также оволосение мужчин по женскому типу и оволосение женщин по мужскому типу*. Эндокринологи всегда настораживает, если тип оволосения у человека резко меняется на каком-то этапе жизни. За этим явлением, могут скрываться различные серьезные заболевания. Для психосоматиков тип оволосения указывает: **1) на родовую принадлежность** (линия отца или линия матери); **2) на особенности характера человека — мужской или женский тип**. Например, редкая растительность на лице мужчины вместе с округлыми формами есть признак женского биотипа. «Тещина дорожка» (узкая полоска волосатости от лобка до пупка у женщины), густое оволосение заднего прохода и волоски на сосках, а также на подбородке и верхней губе — признаки мужского биотипа у женщины. При различных психосоматических декомпенсациях возможны варианты изменения волосатости на теле человека. Поэтому состояние волосяного покрова является важным критерием психосоматического состояния человека.

Как с ногтями, так и с волосами человек поступает в соответствии с модой и требованиями времени. Мужчины, например, начинают носить косички, а женщины коротко подстригать волосы или даже брить головы наголо. У всех народов во все времена стрижка, покраска волос, ношение париков были своеобразными социальными знаками. Окрашивание волос в неестественные (химические) цвета, умерщвление волос специальными средствами, как и вызывающие прически — все это косвенные признаки состояния не только души человека, но и духовного состояния общества в целом. Подчеркнем еще раз, что «рельеф» волосяного покрова — важный генетический и социальный признаки. Как раз он, как ничто другое, является результатом диалектической взаимосвязи биологического и социального в человеке, проявляющейся в виде его психосоматики. Вряд ли кто из врачей-клиницистов может объяснить такие простые психосоматические реакции волос человека, как «гусиная кожа», «куриная кожа»...

«Карта» человеческого тела, по которой ориентируется психосоматик, не будет полной без **венозной системы**. Как и во всем, что мы находим на

поверхности тела, сосуды, видимые сквозь слои кожи, характеризуют человека с двух важных сторон: наследственной (повторение рисунка сосудов из поколения в поколение) и социальной (*сосудистая система — важнейший механизм психосоматического реагирования на различные социальные факторы*). Забегая вперед скажем, что многие *соматозы* формируются именно сосудистой системой организма. Венозная система, по сравнению с артериальной, является более лабильной к психосоматическим «переменам» в человеке. Так, всевозможные кожные раздражения, от простого покраснения кожи до экземы и язв, обеспечиваются венозной реакцией.

Артериальная сосудистая система более стабильна. Артерии только в некоторых местах тела находятся на поверхности (по ним измеряют пульс — сонные артерии, дистальный отрезок лучевых артерий, артерии тыла стоп и др.). Сердце — самый главный сосуд, содержащий артериальную кровь, — представляет особый психосоматический интерес.

В соответствии с топографией вен следует различать *вены головы, вены конечностей и вены туловища*. Для понимания особенностей их локализаций и, главным образом, условий, в которых они более четко проявляются, требуется знание общего плана организации венозной системы человека. Но, поскольку изучение этого плана не входит в наши задачи, ограничимся необходимой информацией о венозной системе. Вены представляют собой кровеносные сосуды, которые собирают кровь, поступающую из капилляров, и доставляют ее в сердце. Различают глубокие и поверхностные вены. Глубокие вены сопровождают артерии. Для изучающих морфологию человека особую важность представляют поверхностные вены, расположение которых не зависит от хода артерий. Эти вены формируют на теле причудливые рисунки — венозные сети. Вот по этим рисункам и ориентируется психосоматик: *отцовские они или материнские?* И часто ли *набухание вен* беспокоит человека? Греческая скульптура (стиль Поликлета) придавала большое значение сосудистым рисункам подкожных вен, аккуратно их обозначая. То же можно сказать и о рисунках Леонардо да Винчи и Дюрера.

К кожному рельефу необходимо отнести такие *пороки развития кожи, как родинки и веснушки*. Почти у каждого народа с родинками и веснушками связаны разные поверья, суеверия, приметы. Искусственными родинками украшали себя не только женщины, но и мужчины, скорее всего, во все времена. Пятнышки на коже были знаком кастовой принадлежности. Отношение к веснушкам тоже амбивалентное. У одних народов они являются признаком красоты, избранности и привлекательности (преимущественно, у северных европейских народов), у других — знаками вырождения, какой-то физической или моральной ущербности. Родинки — это разные пороки развития кожи: сосудистые, пигментные, бородавчатые и смешанные. Для *психосоматика* интерес представляют сосудистые (ангиомы) и пигментные. Сосудистые родинки прямо соответствуют своему названию — *родимые пятна*. Они передаются по наследству. И уже по

родинкам можно судить, какую линию родителей продолжает ребенок — отцовскую или материнскую, хотя бывает, что, минуя родителей, родинка указывает на принадлежность бабушкиной или дедушкиной родовых ветвей. В редких случаях наследуются родинки обоих родителей.

Пигментные родинки не наследуются. Они могут быть у человека с рождения, но могут также появляться или исчезать в определенные возрастные периоды. Чаще всего их возникновение или исчезновение связано с «горячей точкой биографии» (это понятие ввела отечественный психиатр-суицидолог А.Г.Амбрумова). *Бородавчатые родинки* — образования, вызываемые различными микробами или вирусами местного (кожного) значения, и с психосоматикой не связаны.

Веснушки и наследуются (при этом очень часто передаются от деда к внуку или внучке, минуя родителей, или в каждом поколении), и знаменуют собой важные для психосоматики человека перемены в организме. Неслучайно веснушки появляются весной, когда в человеческом организме как части природы, происходят весенние перемены, а именно: оживление гормонов. *Пигментные пятна беременности* сродни веснушкам, ибо также связаны с гормональной активностью организма.

И все же *родинки и веснушки являются пороками развития кожи и в этом своем качестве выступают знаками накопления мутантных факторов в данном человеческом роду*. Из сосудистых и пигментных родинок может развиваться злокачественная опухоль — *меланома*, практически неизлечимое заболевание, быстро приводящее человека к смерти.

Описанный, видимый невооруженным глазом рельеф кожи обусловлен и обуславливает морфологию человека. Но, разбирая морфологию как характеристику психосоматики человека, мы должны рассмотреть и *невидимые константы*, связанные с кожной поверхностью. Здесь имеются в виду *болевые зоны*, описанные русским терапевтом Г.А. Захарьиным в 1885 г. в «Клинических лекциях» и *эрогенные зоны*, описанные в древнеиндийской «Камасутре», а также *тепловые зоны*.

Г.А. Захарьин описывал *болевые зоны*, имея в виду кожные локализации иррадиирующих болей тех или иных внутренних органов: печени, почек, сердца и т.д. В дальнейшем терапевты стали неограниченно расширять болевые зоны за счет областей, стойкие и мучительные боли в которых трудно было связать с каким-либо органом. Автором этой книги проведено клиническое исследование на шести тысячах больных с подобными болевыми локализациями, на основании которого был установлен так называемый *стойкий болевой синдром*, самостоятельное психосоматическое состояние человека. В настоящее время для психосоматиков интересны *болевые зоны*, не связанные с органическим заболеванием того или другого органа (иррадиирующие боли отошли к врачам — клиницистам).

Эрогенные зоны так или иначе знает каждый взрослый человек, живущий

половой жизнью. Психосоматик изучает топографию эрогенных зон, по которой можно судить о половой дифференциации и, в частности, о характерологии человека. Психотерапевт по этой топографии ориентируется в процессе психоанализа (забегая вперед, назовем, к примеру, *оральный эротизм, анальный эротизм, генитальный эротизм* — стадии полового созревания или регресса, выделенные Зигмундом Фрейдом; каждая из указанных стадий имеет свою эрогенную топографию). У американских сексологов есть поговорка: «*Каков секс, таков человек*». Действительно, по карте эрогенных зон можно судить о некоторых важных аспектах психосоматики человека.

Тепловые зоны. Известно, что температура тела (36,6 градусов) на коже распределяется неравномерно. Неслучайно измерение температуры тела происходит там, где она держится стабильно, *то есть не зависит от психосоматических факторов*, а показывает клиническое состояние организма (в рамках «здоров» или «болен»). Напомним, что температуру можно точно измерить подмышками, в ротовой и анальной полостях. В остальных местах она значительно колеблется и не по причине болезни человека. Так, ладони и стопы бывают то холодными, то горячими. Лоб, виски, область сердца, область позвоночного столба, эпигастральная область, промежность часто показывают температуру, отличающуюся от основной. И это как раз и является температурной «картой» для оценки психосоматического состояния человека. Некоторые температурные зоны прямо можно считать родовыми стигмами. Например, постоянно холодные ладони или чувство жара в области затылка при волнениях. Точно также к стигмам можно отнести и чувство жара или озноба при нормальной общей температуре. Если же измерить при этом (жаре или ознобе) различные температурные зоны, то можно точно узнать, какая из зон задает, так сказать, тон всему ощущению человека. При чувстве жара часто повышена температура в области сердца и эпигастральной области, при ознобе понижена температура вдоль позвоночника.

Таковы наиболее важные морфологические особенности человека, связанные в основном с его кожей. Прежде чем перейти к функциональной асимметрии человека, назовем то, что *не имеет* психосоматического значения, но чему непосредственно много внимания уделяет физиогномика. Нас не интересуют строение ушных раковин, носа, губ, глазных яблок и глазниц, подбородка. Внешнее сходство для психосоматики является только случайным явлением. Мы убеждены, что клоны могут, конечно, иметь одинаковые органические заболевания, но при этом разную психосоматику. Это хорошо показывало изучение природных клонов — *однойяцевых близнецов*. Точно также двойники, портретно похожие друг на друга люди, во всех других отношениях (биологических, генетических, типологических, психосоматических и социальных) представляют собой совершенно разных субъектов. *Слабость физиогномики как научного знания проявляется именно в пренебрежении к психосоматике.*

Нельзя не упомянуть и о таком спорном для психосоматиков генетическом факторе, как *группа крови*. Известно, что группа крови и некоторые заболевания крови наследуются. Этот факт должен был бы относить кровь к психосоматическим составляющим. На самом же деле, крайне спорны реакции крови (*изменения формулы крови, вплоть до характерной для лейкоза!*), по внешнему виду органические, а по сути — психосоматические, если иметь в виду их происхождение. Но в клинической медицине много спорного. Например, врачи до сих пор не пришли к согласию в вопросе о том, является ли *атеросклероз заболеванием или состоянием старения организма*. (На последнем настаивал в 60-х годах XX в. известный отечественный патофизиолог *И.В. Давыдовский*). Все неспецифические воспаления в организме (гастриты, колиты, простатиты, пневмонии и т.д.) успешно лечат психосоматики, но эти же заболевания своими средствами пытаются лечить врачи-терапевты.

Функциональная асимметрия — древнейшая и одновременно новейшая из наук о человеке. В китайской философии периода правления династии Чуньцзю (VIII—V вв. до н. э.) появились понятия «*инь и ян*». Эти парные понятия вместе с понятием «*ци*» представляют собой методологические основания для современного понимания функциональной асимметрии человека, отражающей всеобщий закон асимметрии мироздания.

В еврейском мистическом учении — Каббале (III—XIII вв.) — также можно обнаружить представления о функциональной асимметрии, правящей человеком. В настоящее время о функциональной асимметрии природы и человека написано очень много научных, популярных и фантастических книг.

Асимметрия психосоматики — это: 1) *внутренняя*, конституирующая типологические и характерологические особенности личности, и 2) *внешняя*, в которой осуществляется человеческая жизнедеятельность; 3) *органическая* (так, многие органы человека парные и находятся в асимметричном отношении друг к другу, прежде всего — полушария головного мозга) и 4) *функциональная*, которая непосредственно отражает психосоматическую деятельность субъекта, определяя многие параметры этой деятельности (главный из них — *каждый человек живет и действует как личность в своих собственных, индивидуальных пространстве и времени*). *Функциональная асимметрия — фундаментальный показатель жизни человека, ибо определяет ее продолжительность*.

К *внутренней асимметрии человека* относятся такие главные психосоматические характеристики, как *бидоминантность* и *бимодальность* всей психосоматической деятельности. Это очень сложный вопрос. Поэтому ограничимся тем, что укажем, что бидоминантность *разделяет целостную, тотальную и стабильную психосоматику* на функции как бы двух субъектов с противоположными психосоматическими характеристиками (в каждом живом человеке действуют «*инь*» и «*ян*»). К примеру, сенсорная деятельность (за которую отвечает правое полушарие) осуществляется левой половиной тела, при этом создается иллюзия целостной деятельности. А моторная деятельность (за

которую отвечает левое полушарие) осуществляется правой половиной тела (правая рабочая рука, правая ведущая нога и т.д.), но тоже создается иллюзия целостной деятельности. И при сенсорной, и при моторной деятельности интеграция осуществляется за счет личностно-психических механизмов. *Левые и правые* характеристики человека противоположны. Так, *левый* — активный, целеустремленный, волевой, аналитик, рационалист, агрессивный, злой, разрушительный, управляемый танатосом с анальным эротизмом. *Правый* — сензитивный, чувственный, иррациональный, пассивный, созерцательный, созидательный, нецелеустремленный, склонный к мистике, управляемый эросом с генитальным эротизмом. *Левый соответствует мужскому началу — ян, правый — женскому началу, инь. Эти начала объединяет витальная энергия — ци* (без жизненной энергии не может быть реализована ни одна человеческая интенция).

Фундаментальной характеристикой функциональной асимметрии является и то, что *левое работает в будущем времени* (полушарие, как антенна, открыто потоку времени, идущему из будущего). *Правое работает в прошлом времени* (полушарие, как антенна, открыто потоку времени, идущему из прошлого). *Интеграция осуществляется в настоящем, где бидоминантные субъекты (как мистер Хайд и доктор Джекилл) сливаются в единую личность. Бимодальность правой и левой половины тела также интегрируется в единую сому. Сейчас мы можем дать главную характеристику психосоматики человека — интегрирующее начало для морфологии.* В головном мозге есть орган, обеспечивающий анатомически указанную интеграцию, — *corpus coliozium*, который соединяет правое и левое полушария мозга. При его повреждении человек, оставаясь в одном теле, как бы представляет собой два противоположных субъекта, с противоположными психосоматическими характеристиками.

Внешняя асимметрия, в которой функционирует человек, обусловлена, прежде всего, такой фундаментальной характеристикой мироздания, как *одностороннее (и необратимое) течение времени*. Часовая стрелка на Земле на всех часах в мире движется слева направо. (Заметим, во Вселенной это не единственное направление движение времени. Прекрасно описаны «параллельные миры» Хорхе Луисом Борхесом в рассказе «Сад, где ветвятся дорожки»). Наш мир построен по закону *праворукого большинства: дома, машины, механизмы, вся жизнедеятельность происходит в правостороннем мире*²⁹.

Функциональная асимметрия отражает социальные основы психосоматики человека. Малейшие изменения в этих основах тут же фиксируются в нарушении функциональной асимметрии, вплоть до ее исчезновения. Функциональная асимметрия исчезает лишь вместе с биологической смертью человека.

В разделе о морфологии человека необходимо рассмотреть и такие

²⁹ См. об этом. Иванов В. Этот правый, левый мир. М., 1978.

параметры психосоматики, как «горячие точки биографии». В противном случае, психосоматика может предстать как нечто незыблемое и самодостаточное. Все исследователи, пытавшиеся понять законы единства «тела и характера» человека, должное внимание уделяли критическим возрастным периодам.

Первой «горячей точкой» является *пубертатный* период (возраст от 12 до 15 лет). Он одинаково тяжел как для девочек, так и для мальчиков. Под действием чрезвычайной активности всей гормональной системы происходит перестройка организма и первая ломка системы психосоматики. Девочка превращается в женщину: начинает менструировать, следовательно, способна стать матерью. Мальчик превращается в мужчину: у него ломается голос, появляются вторичные половые признаки и сексуальная гиперактивность. В этот период поведение часто приобретает черты девиантного и делинквентного. Начинается систематическое мастурбирование.

Вторая «горячая точка» биографии больше беспокоит девушек. Это период от 20 до 25 лет (в разных культурных и этнических группах он может колебаться в пределах четырех лет). Перед девушкой в этот период одна задача — создание семьи и рождение ребенка. Психосоматика соответствует этим задачам. Сознательные и бессознательные интенции направлены на достижение этой главной цели. Юноши в этот период внешне и внутренне озабочены одним — как можно больше осеменить женщин. *Подчеркиваем, что, говоря о «горячих точках биографии», мы, имеем в виду только главную функцию психосоматического «строения» организма, отдавая себе отчет во всей сложности и разнообразии жизни человека как личности и индивидуума.*

Следующие «горячие точки» биографии у женщин и мужчин не совпадают. Для женщин это возраст около 30 лет, когда идет глобальная психосоматическая перестройка по всем направлениям: неправильно живу, не тот муж, неправильно воспитываю ребенка, не та работа, для которой я создана, жизнь проходит даром, старею и т.п. В этот период, согласно мировой статистике, в развитых странах наиболее высок процент разводов по инициативе женщин, женщины часто меняют работу, а то и место жительства, ухудшаются отношения в семье, с детьми, впервые появляются различные заболевания, женщина может начать курить и употреблять алкоголь, завести любовников, может вступать в беспорядочные половые связи. Часты также случаи как демонстративного, так и завершеного самоубийства. Этот период длится не более трех лет и заканчивается затишьем, вплоть до следующей «горячей точки» — климакса.

У мужчин почти аналогичный период наступает в 40 лет, когда мужчина начинает мучиться теми же проблемами, что и женщина в 30 лет. Но есть и отличия. Так, мужчины в этот период редко кончают жизнь самоубийством, и почти не встречаются демонстративные самоубийства (лишь у истериков). На первом месте среди возникающих в этот период болезней стоит простатит и жалобы на импотенцию, мужчина становится ипохондричным. Но самое главное, что все-таки определяет этот период как трагический, это чрезвычайно высокая

смертность, без, казалось бы, серьезных заболеваний. «Острая сердечно-сосудистая недостаточность» — частый патологоанатомический диагноз при совершенно здоровом сердце и здоровых сосудах! Мужчины умирают скоропостижно от спазма коронарных сосудов. *Психосоматический порог жизненной стойкости в 40 лет у мужчин чрезвычайно низок. Пустяковые бытовая или производственная коллизии могут быть поводом для спазма коронарных сосудов и скоропостижной смерти. Причиной же является психосоматическая перестройка мужчины.*

Следующая «горячая точка» биографии женщины — это весь период климакса. Главным синдромом здесь является неврастенический. Поэтому женщины в этот период больше нуждаются в психотерапевтах и гинекологах, чем в психосоматиках. У мужчин климакс наступает после 50 лет и протекает менее выражение, чем у женщин. Ипохондричность и снижение потенции — основные симптомы мужского климакса. Вряд ли этот период можно отнести к «горячей точке биографии». На этом «горячие точки» как бы медленно затухают и гаснут, вместе с затуханием активной жизнедеятельности человека. Незадолго до смерти у некоторых особ может вспыхнуть на короткое время «горячая точка», когда идет *мудрое осознание прожитой жизни или наступают тяжелые старческие психозы* типа меланхолии, параноида или тотального слабоумия при болезни Альцгеймера-Пика. Но это уже проблемы не психосоматики, а геронтологии и гериатрии.

4. Эндокринология человека (пол и характер)

Продолжая основную тему психосоматической организации (конституции) человека, рассмотрим ее под углом зрения таких составляющих, как *гормоны*. «Социальное» превращается в «психосоматическое» через гормональную активность организма. Неслучайно канадский физиолог *Ганс Селье, который ввел понятие стресса и описал его механизмы*, так мало обращал при этом внимания на нервную систему, *объяснив стресс нарушением баланса электролитов и стероидных гормонов.*

Гормоны представляют собой химические вещества, выделяемые железами внутренней секреции. Иначе говоря, они сразу попадают в кровь. Через кровь гормоны действуют на рост и окончательную форму тела, на обмен веществ (метаболизм), на воспроизведение, а также (что для нас особенно важно) на психосоматику человека в ее статике (конституция) и динамике (различные психосоматические реакции, или соматозы). Деятельность эндокринных желез дополняет регулирующие функции нервной системы.

Главными эндокринными железами, радикально влияющими на становление психосоматики человека, являются следующие: гипофиз, щитовидная железа, надпочечники и половые железы. Гипофиз контролирует функции остальных

эндокринных желез. Находясь в головном мозге, в его основании, гипофиз влияет также непосредственно на жизненно важные центры головного мозга. К расстройствам секреции эндокринных желез относятся их гиперсекреция или гипосекреция, оказывающие противоположные морфологические действия.

Гормон щитовидной железы влияет на окисление тканей и таким образом ускоряет рост и дифференциацию тканей в период развития организма. При недостаточности этого гормона во время развития организма психосоматика человека оказывается несложившейся, что ведет к различным умственным и физическим уродствам, например, к кретинизму, карликовым формам и т.д.

Железы надпочечников состоят из двух слоев — коркового и мозгового, вырабатывающих свои собственные гормоны. Гормоны коркового слоя влияют на развитие мускулатуры и формирование и функционирование половых органов. Гиперсексуальность — следствие излишка этого гормона.

Половые железы (яичники и яички) выделяют половые гормоны. Женские половые гормоны управляют половым созреванием, менструальным циклом, зачатием, вынашиванием и рождением ребенка. Мужские половые гормоны управляет половой жизнью мужчины. *Половые гормоны* оказывают значительное влияние на *половое чувство* и на ощущение так называемой самости (половой принадлежности человека).

Следует сказать, что теме «*пол и характер*» (под разными названиями) посвящено чрезвычайно много разного рода книг и статей, но по-прежнему *концептуальными источниками* остаются исследования немецкого психиатра *Р. фон Краффт-Эбинга*, автора «*Половой психопатии*» (1893 г.), и швейцарского психиатра *О. Фореля*, автора первого учебника по *сексopatологии* «*Половой вопрос*» (1905 г.).

Следует упомянуть в этой связи и книгу *О. Вейнингера* «*Пол и характер*», хотя она стоит несколько особняком. Вейнингер родился в Австрии в 1880 г. В 20-летнем возрасте защитил докторскую диссертацию, через три года издал вышеназванную книгу и вскоре покончил с собой. О. Вейнингер знал Краффта-Эбинга и его исследования. «Пол и характер» представляет собой, скорее, шедевр беллетристики, чем научную работу. И все же в ней есть целый ряд научных прозрений проблемы, которая стала актуальной почти сто лет спустя. *Прежде всего, это идея о бисексуальности всего живого, в том числе и человека.* Конечно, эта идея встречается уже у *Платона* и других мыслителей, но Вейнингер придал ей новой звучание.

Так, в первой главе «*Мужчины и женщины*» Вейнингер пишет, что начиная с зародыша, «дифференциация полов никогда не бывает совершенно законченной». Современная генетика подтвердила, что уже генетически человек разделен (как, кстати, и все живое) на два пола — мужской и женский, то есть *разделение полов — запрограммировано.* Рассмотрение же зародыша как

доказательство половой недифференцированности — выхватывание преходящего момента развития и его абсолютизация.

Вот очень интересная мысль: «...существуют бесчисленные переходные ступени между мужчиной и женщиной». Это верно клинически, но не фило- и онтогенетически, как полагал Вейнингер. Существование на самом деле межполовых форм — синдром мутации данного рода («вырождения», по Нордау). Затем мы читаем: «.. .Надо помнить, что речь идет не только о бисексуальном, двуполом предрасположении, но и непрерывно действующей двуполости. Рамки вопроса вовсе не ограничиваются промежуточными половыми формами и физическим и психическим гермафродитизмом...» И он поясняет свою мысль так: «Можно даже сказать, что в области опыта нет ни мужчины, ни женщины. Существует только мужественное и женственное». На уровне философской абстракции это так. Но в действительности, есть все-таки мужчины и женщины (мужская и женская биотипология) и разные степени генетической мутации. Но эта же мысль О. Вейнингера звучит вполне научно, когда речь идет, во-первых, об особенностях гормонального функционирования в тех или иных микросоциальных условиях, а во-вторых, когда подбираются адекватные образы для понимания механизмов функциональной асимметрии человека (говорят, например, что правое полушарие — женское, а левое — мужское).

Прежде, чем перейти к описанию, мы остановимся подробнее на некоторых морфологических особенностях человека, которые нужно знать, чтобы правильно понять половую дифференциацию и межполовые типы, рассмотрим в общих чертах дифференциальную морфологию мужчины и женщины, а также межполовые типы.

Общий вид тела человека обусловлен и определяется прежде всего внешними формами тела, которые различны у мужчин и женщин (возрастную половую морфологию мы опускаем, так как это не входит в наши задачи). Половые различия являются ведущими среди других психосоматических различий. Они оказываются в некоторых доклинических случаях *главными* и наиболее существенными тогда, когда внешние признаки пола представлены только так называемыми первичными половыми признаками (строением половых органов).

Основные различия между телом мужчины и телом женщины включают особенности строения, пропорций и форм всего тела. Они зависят от гормональной активности организма и развиваются как бы в двух различных направлениях, участвуя в комплексе вторичных половых признаков. Наряду с этими признаками, особое место занимают так называемые *«третичные половые признаки»*. Именно к ним относятся *некоторые механизмы психосоматической организации человека, которые различаются у обоих полов по конечной цели их предназначения. У женщины — быть матерью. У мужчины — оплодотворить женщину.*

*Отто Вейнингер очень ошибался, считая, что «основной женской обязанностью является быть сексуальной»; что «женщина — само воплощение секса, сплошной сексуальный орган». Он отрицал у женщины наличие эрогенных зон: «Женщина сексуальна, мужчина тоже сексуален; но различие можно продлить как в пространственном, так и во временном отношениях. Те места на теле мужчины, которые являются сексуально возбудимыми путем прикосновения, незначительны по числу и строго локализованы. У женщины сексуальность распространена по всему телу, каждое прикосновение, независимо от места, возбуждает ее сексуально. И у женщины существуют, правда, локализованные различия в возбудимости, но у нее нет резкого разграничения половой области от всех других частей тела, как это наблюдается у мужчины... **Женщина всегда сексуальна, мужчина только временами**». (Надо сказать, что Отто Вейнингер был девственником).*

Значительная часть морфологических женских признаков относится к строению и архитектонике анатомических компонентов тела. Все части женского скелета в норме имеют меньшие размеры, чем у мужчины, и более «нежное» строение. Внешние формы их более сглажены вследствие умеренного развития мышечной системы. Эпифизы костей имеют меньшие объемы. Это влияет на форму суставов, которые у женщин представляются как бы расслабленными. Характерными особенностями обладают кости плечевого пояса; они мелкие и тонкие; тело грудины узкое, таз широкий и короткий; бедра с большим наклоном шейки. Выраженные признаки половых различий несут череп и кости таза. Женский череп имеет признаки, которые напоминают детский череп: небольшие размеры, тонкие, нежно контурированные кости, круглая черепная коробка с выраженной лобной и теменной бугристостью, небольших размеров массив лица с широкими глазницами и тонко обрисованной нижней челюстью. Правда, ни один из этих признаков не может считаться решающим, однако женский череп идентифицируется с определенной точностью на основании совокупности всех этих признаков, конечно, за исключением атипичных случаев, когда даже при наличии соответствующих внешних форм эти признаки могут напоминать мужские признаки.

Автор этой книги, совместно с сотрудниками отдела идентификации человека Российского Центра судебной медицины (руководитель — профессор В.Н.Звягин), провел компьютерное исследование основных параметров черепа *Нефертити*, жены Эхнатона, по скульптурным портретам Тутмеса (хранятся в музеях Каира и Берлина). *Полученные результаты исследования характеризуют череп жены древнеегипетского фараона как идеальный женский череп.*

Женский таз вообще должен быть широким и коротким (его строение

определяется одной главной функцией — деторождения). Его поперечные размеры превосходят размеры самых широких мужских тазов. Крылья подвздошной кости тонки и отлоги. Крестцовая кость широкая, по своей форме напоминает свод. Вход в таз имеет овальную форму, наибольший его размер поперечный. Седалищно-лобковые кости составляют тупой угол (подлобковый угол) или дугу, что вместе с высоким крестцом обуславливает широко раскрытый тазовый выход. Поверхности костей таза ровные, подвздошные гребни тонкие и гладкие, а ости подвздошных костей мало выражены. У женщины отмечается некоторая степень наклона таза, что сопровождается более выраженным компенсаторным изгибом поясничного сегмента позвоночного столба и уменьшением пояснично-крестцового выступа. Наклон таза, измеряемый величиной угла, образуемого входом в таз и горизонтальной линией, в среднем равен 60 градусам (у мужчин — 45 градусам). Простой метод позволяет косвенно установить степень наклона таза путем измерения так называемой поясничной «петли». Поясничная кривая, высота которой на уровне линии, соединяющей крестец с остистым отростком X грудного позвонка, превышает 4 см, и указывает на наклонный таз с большой компенсаторной «петлей» (А. Бине). Прямое влияние большого наклона таза на наружные формы тела женщины проявляется выпячиванием ягодиц, втянутостью нижнего отдела живота и смещением наружных половых органов кзади. При прямой форме таза, вместе с прямым положением ягодиц, половые органы обращены больше вперед (мужской тип). «Петля Бине»³⁰ — *хороший критерий способности женщины быть идеальной матерью, а следовательно, и эталона красоты женщины* (если бы современное общество ценило в женщине именно это призвание, а не придерживалось взглядов О. Вейнингера и ему подобных!).

Вторичные половые признаки должны быть отчетливо выражены в общих законах архитектуры тела (то есть его психосоматики). Биологическая характеристика пола представлена общими константами для всех тканей, органов и функций, создавая стилистическое единство психосоматики обоих полов. Нежный скелет, малоразвитая мускулатура, обилие жировых отложений и большое богатство воды (вспомним Гиппократ с его «психосоматическими» темпераментами) в тканях придают женскому телу общую закругленную форму и соответствующие мягкие контуры. В то же время скелет и сильно развитая мускулатура мужского тела дают более грубые и более выраженные формы. Пропорция главных тканевых отношений в теле мужчины и женщины убедительно подчеркивает субстрат психосоматической дифференциации. Вот только один показатель. *Тело мужчины содержит 60% воды и 40% плотных веществ. Тело женщины содержит 62% воды и 38% плотных веществ.*

³⁰ Альфред Бине — известный французский анатом начала XX в.; не путать с однофамильцем, тоже Альфредом, известным французским психологом, разработчиком психологических портретов и тестов.

*Идеальный женский таз нарисовал А.Дюрер: рисунок из «Dresdener Srizzenbuch». Фрагмент представляет собой эскиз внешней морфологии жировых отложений в ягодичной области, на боковых поверхностях живота, а также в верхней части бедра. Таковым же является таз «Венеры из Сиракуз» (скульптор неизвестен), скульптура хранится в музее в Сиракузах. Жировые отложения в области таза с их распределением, характерным для зрелых форм нерожавшей женщины, придают фигуре гармоничную пластику. Идеальные женские формы и у «Данаи» Рембрандта. Пластический эффект, вызываемый мягкостью и эластичностью форм, обусловлен точным распределением подкожной жировой клетчатки. Кстати, все пропорции идеальных женских тел математически вычислены и изображены на эскизах Дюрером, при создании теории пропорций. Недостаточность знаний в области анатомии Дюрер дополнял внимательным и систематическим изучением внешних форм человека. К идеальным женщинам, можно отнести и «Венеру» Сандро Боттичелли (Уффици, Флоренция) и, конечно, «Обнаженную маху» Гойи. А вот «Три грации» Рафаэля весьма далеки от совершенства (если следовать математике пропорций идеального женского тела). Из отечественных художников женщин с идеальными пропорциями изображали К.П. Брюллов (1799—1852), придавая женской красоте чувственную пластичность; Б.М. Кустодиев (1878—1927) и З.Е. Серебрякова (1884—1967). **Представление о идеале красоты человеческого тела во все времена и эпохи определялось не математической формулой (хотя Л. да Винчи и А. Дюрер подходили к идеалу прекрасного человеческого тела с точки зрения математики), а нравами и социальными законами, которые царили в данный период в обществе.** На этом мы закончим рассмотрение половой дифференциации и перейдем к межполовым типам.*

Начнем с древности. Аполлон, бог искусства, согласно мифологии, был наделен многими функциями, а в пластике — бесконечным числом образов. Представлен обладающим женскими формами и неразвитыми мужскими половыми органами («Аполлон-Сауроктон» Праксителя) — четко выраженной морфологией межполового типа («Аполлон» «цитареда»). Форма торса последнего указывает на глубокие сведения в области внешней морфологии, подчеркивает особую эстетическую, тонкость, доведенную до предела чувственность. Нежное обозначение мускулатуры сочетается с рельефами жировых отложений по женскому типу: в грудной области намечаются контуры женских грудей, а лобковая область и половые органы имеют признаки, промежуточные для обоих полов. На других скульптурах того же периода (IV—III вв. до н.э.) отмечаются такие же неясно выраженные как мужские, так и женские формы. Доходящие до плеч локоны вместе с грациозностью тела усиливают его женскую психосоматическую конституцию.

«Гермафродит» (стиль Праксителя; музей Прадо, Мадрид). Морфология неопределенно выражена с точки зрения половой дифференциации. Половые

органы взрослых мужчины и женщины. Округлости тела девушки и наличие сформировавшихся грудей. Без мужских половых органов был бы прелестной грациозной девушкой.

«Гипнос» (римская копия, III—I в. до н.э., мрамор. Музей Прадо). Юноша с четкими межполовыми морфологическими признаками. Локализации жировых отложений по женскому типу едва намечаются, тем не менее придают формам тела тонко выраженную мягкость и закругленность.

Отмеченные варианты межполовых типов, конечно, генетически обусловлены (мы говорим о живых людях, соответствующих по внешней морфологии вышеописанным древним скульптурным изображениям). Тем не менее, и здесь социально-исторические условия действуют либо в направлении потенцирования межполовых различий, либо в направлении их усиления или же полного сглаживания, как это можно наблюдать в наше время (существуют различные способы, от медикаментозных до хирургических, усилить любую из трех тенденций). Различия в поведении, зависящие от половых морфологических вариантов, тоже, в конечном счете, определяются духом времени. Наше время подтверждает это: то, что 15 лет назад считалось бы клиническим случаем, сейчас является вариантом социальной нормы (например, браки между гомосексуалистами).

Схема половых биотипов (психосоматических инвариантов) включает различные градации, которые можно условно сгруппировать в три категории: типы с половой недостаточностью, гиперсексуальные типы и собственно межсексуальные типы. Тщательное сопоставление представителей разных категорий позволяет разобраться в признаках и установить либо единство типов, либо их оригинальность, либо же считать тип стилистическим вариантом целого облика, ориентированного с сексуально-морфологической точки зрения.

Среди вариантов сексуально-морфологической недостаточности наиболее интересным является *инфантилизм*. При этом особенности телосложения, которое характеризуется признаками детского или юношеского периодов морфологического развития, обнаруживаются у инфантильных личностей далеко не всегда. Понятие «*психологический инфантилизм*» не совсем точно, ибо под ним всегда скрывается какой-нибудь соматический дефект (чаще всего недоразвитие внутренних половых органов, недостаточная гормональная активность и т.п.), что в целом формирует синдром психосоматического инфантилизма или даже психосоматическую конституцию. Недоразвитость наружных половых органов наблюдается только при незавершенной половой морфологической дифференциации в соединении с гармоничными пропорциями тела и нежными контурами фигуры. Древнегреческие эфебы — типичные пропорционально недоразвитые инфантилы, а отнюдь не дети.

Психосоматический *евнухоидизм* прямо вызывается недостаточностью

определенных гормонов. Характеризуется с морфологической точки зрения детскими чертами (как физическими, так и психическими и поведенческими). При этом налицо явная диспропорция отдельных частей тела, вызванная, прежде всего, высоким ростом субъектов и морфологическими признаками женского типа как у мужчин, так и у женщин. Морфологические признаки евнухоидизма, обусловленные отсутствием тестикулярного гормона, оказываются как бы межполовыми. Но, в отличие от межполовой недифференциации, при евнухоидизме пол как таковой морфологически отсутствует. Это создает очень своеобразную психосоматическую конституцию. Бывает мужской и женский евнухоидизм. При последнем развитие тела женщины и ее психических особенностей происходит без участия женского гормона. Наблюдаемый у таких женщин *вирилизм* (мужеподобность) предполагает активное участие мужского гормона. У мужчины при активности женского гормона и отсутствии тестикулярного гормона возникает психосоматическая картина, называемая *феминизм*.

Гиперсексуальные типы создают психосоматические конституции, называемые *гиперандризм* (у мужчин) и *гипергинизм* (у женщин). *Гиперандризм (сатириазис)* характеризуется усилением вторичных мужских половых признаков. Обычно эти типы малого роста (торможение гормона роста) и с сильно выраженной мускулатурой (тот облик Дон Жуана, который мы привыкли видеть на картинах и в кинофильмах — высокий, стройный, с тонкой талией — никак не соответствует гиперсексуальному типу). Часто такие люди страдают ожирением, с откладыванием жира в верхней половине туловища, при этом конечности их как бы теряют свою богатую и развитую мускулатуру, истончаются.

Гипергинизм (нимфомания) характеризуется также усилением вторичных половых признаков в сочетании с ожирением, развивающимся преимущественно в нижней половине тела. Картина «*Сусанна и старейшины*» (Венский музей). Нежность и юность лица Сусанны контрастирует с жировыми формами тела, которые обычно наблюдаются в более зрелом (чаще климактерическом) периоде. Сусанна явно гиперсексуальная особа, если судить по ее морфологии.

Еще несколько слов о межсексуальных типах. *Межсексуальная морфология*, выделяемая только на основании вторичных половых признаков, носит название «*феминизм*» у мужчин, и «*вирилизм*» у женщин. При феминизме у мужчин правильное развитие половых органов сочетается с картиной ожирения по женскому типу (в отличие от евнухоидизма). Типичным представителем этого биотипа является *Эфеб из Антицитеры* (начало IV в.; Афинский музей). Фигура представляет собой молодого атлета с сильно выраженной мускулатурой и весьма широким тазом, с отложением жира, что приближает его к межполовому морфологическому типу, известному под названием «*феминизм без гипоандризма*». В психосоматике этого типа некоторые женские признаки сосуществуют с мужскими признаками, или эти мужские признаки к ним добавляются. Можно также отметить квадратную форму торса с отсутствием

тали, что объясняется сочетанием широкого таза с также широкой грудной клеткой.

Вирилизм выражается в мужеподобном облике женщины или в наличии у нее некоторых мужских признаков, например, широких плеч, гипертрофированных мышц, которые сосуществуют с хорошо развитыми женскими морфологическими признаками. «Венера» Лоренцо де Креди (Флоренция, Уффици) представляет собой фигуру, у которой женские признаки (широкий таз, нормальное развитие груди, локализация жировых отложений) сочетаются с сильно выраженными мужскими признаками (мощные рельефы костей и мышц, широкие плечи). Морфология этой Венеры характерна для межполовых типов и выражается только вторичными половыми признаками, соответствующими вирилизму. К представительницам вирилизма относится и «Одалиска» Энгра (рисунок карандашом; Париж, Лувр). Одалиска обладает невыраженными вторичными половыми признаками. Мало развита и диффузно распределена подкожная жировая клетчатка. Обращают на себя внимание также удлинённые размеры тела и конечностей.

Теперь мы должны рассмотреть место половых элементов в общей психосоматической конституции того или иного типа. Так, явления гиперсексуальности и гипосексуальности представляют в сущности весьма сложные психосоматические структуры, зависящие от сочетанных влияний несвязно действующих частей половой сферы и высших этажей гормональных органов. В настоящее время существует хорошая методика определения сочетания гормонов в организме на то или иное конкретное время или на всю деятельность гормональной сферы в целом. Эта методика называется гормональным профилем.

Правильнее было бы проанализировать отдельно гипер- и гипофункциональные состояния семенных желез, яичников, желтых желез и, наконец, матки, но это увело бы нас в сторону клинической медицины или нормальной физиологии. Поэтому мы дадим общее представление о сексуальных отклонениях и о влиянии этих отклонений на психосоматическую деятельность человека.

Сразу скажем, что касательно вопроса о непосредственном влиянии половой сферы, на мозг (интеллектуальную деятельность), ответа нет, хотя в этой области уже полтора века ведутся научные исследования. Именно поэтому психоанализ все-таки остается умозрительной конструкцией. Некогда считалось, что у кастратов в два раза по сравнению с нормой уменьшается мозжечок. Сейчас, в связи с компьютерной томографией и магнитным резонансом, позволяющими прижизненно и в динамике рассмотреть любой участок мозга по миллиметрам, подобные выводы, основанные на данных патологоанатомического вскрытия, канули в прошлое. Приходится признать, что опыт человечества в отношении кастрации чрезвычайно велик. Достаточно вспомнить восточных евнухов и певцов-кастратов, которых подвергали кастрации для сохранения звонких

дискантов, наконец, русскую *секту скопцов*. Среди всех перечисленных кастратов (если верить документальным источникам) никогда не было людей с нарушенной интеллектуальной деятельностью или поведенческими расстройствами. То же самое можно сказать и о кастратках (гинекологические клиники всех цивилизованных стран ежедневно делают соответствующие операции десяткам, если не сотням тысяч женщин, страдающих серьезными женскими заболеваниями). У них также не выявлено никаких интеллектуальных расстройств. Скорее всего, нужно признать, что *непосредственного* влияния на мозговую деятельность удаление половых желез не оказывает, хотя, подчеркиваем, создает особую психосоматическую конституцию.

Совсем в ином отношении к психосоматической конституции находится *предстательная железа*. Многочисленные исследования показывают, что функционирование предстательной железы оказывает тонизирующее влияние на головной мозг в целом, энергизирующее влияние — на отдельные его области, в частности, ответственные за интеграцию интеллектуальной деятельности и за ее продуктивность. Также установлено, что вытяжки из предстательной железы производят нарушения дыхательной деятельности за счет прямого влияния на такие отделы мозга, как бульбо-медуллярные центры.

Психосоматическая конституция мужчин, у которых по тем или иным причинам удаляется предстательная железа, радикально изменяется. Преждевременное старение, резкое снижение самостоятельной активности, целенаправленной деятельности, умственное оскудение, появление перверсных наклонностей, вплоть до скотоложества, развитие депрессивных состояний и психозов, самоубийства — вот неполный список психосоматических расстройств при удалении предстательной железы. Даже незначительные воспалительные или застойные процессы в предстательной железе вызывают значительные психосоматические реакции у мужчин, требующие вмешательства не только уролога, но и психосоматика. Кстати, спорные случаи, касающиеся определения врожденного или приобретенного гомосексуализма, порой легко разрешаются в урологическом кабинете: предстательная железа является сильнейшей эрогенной зоной, способный изменить сексуальную ориентацию.

Кастрация женщин и гипоплазия яичников, как и климактерический период, сопровождаются усилением тонуса симпатической нервной системы, а в случаях, когда возможен гипероваризм, наблюдается усиление ваготоничности и понижение тонуса симпатической нервной системы. Желтые железы являются физиологическим тормозом яичников: когда они появляются в организме, наступает период «временной физиологической кастрации» (женщина не может забеременеть; на этом строятся схемы периодов «стерильности» гинекологами). *Большие дозы препарата из желтых желез могут вызвать полный паралич умственной деятельности.* Систематическое введение определенных доз этого препарата может сильно изменить женщину в личностном, интеллектуальном,

моральном и поведенческом аспектах.

Что же касается *гормона семенных желез*, то непосредственное влияние он оказывает лишь на нервное сплетение в области первого поясничного позвонка, то есть около *генито-спинального центра*. Этот гормон тонизирует мужчину, придавая его самоощущению больше мужественности.

Глава 3

БИОТИПОЛОГИЯ ПОЛОВОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ

1. Морфологические типы

Во всех типологиях человека можно проследить две основных тенденции: 1) *Тип человека*, в конечном итоге, обусловлен особенностью функционирования его эндокринных желез. Отсюда высокие и низкие, мышечные и с обильным отложением жира, пластичные и диспластичные «типы». 2) *Тип человека* не обусловлен особенностью функционирования эндокринных желез. На его формирование влияет множество факторов, помимо гормонов: генетическая предрасположенность, социальные факторы, питание, минеральные соли, даже географический фактор (например, обилие растительности, солнца).

Согласно этим тенденциям, в морфогенезе (эндокринная и полиморфная) исследователи объясняют и различные человеческие уродства. Выше мы упоминали о кретинизме и о карликах. Та и другая *стационарная патология* может быть результатом неправильного функционирования эндокринных желез. Так, карликовая морфология входит в группу «систематизированных» дисморфий, среди которых наиболее известна ахондроплазия, обуславливаемая ранним окостенением хрящевых зон роста длинных костей, с последующим укорочением конечностей и карликовой высотой тела при сравнительно хорошем развитии туловища, черепа, рук и ног. Интеллект при этом может быть незатронутым и даже высоким, и личность сохранена. Деформации подвергается только характер карлика, что можно объяснить и чисто социальными причинами. В настоящее время, в связи с развитием генной инженерии, появление карликов можно предотвратить в зародыше.

Леонардо да Винчи и Альбрехт Дюрер, не зная ничего о гормонах и генетике, тем не менее тщательно изучали дисгармоничные лица и телосложения. *Карлики* привлекали к себе внимание многих художников. К примеру, великолепные портреты придворного карлика и шута нарисовал *Веласкес*. Это делалось наряду с поисками математических формул идеальных пропорций человеческого тела. Эпоха Возрождения имела «стандарты» идеального среднего типа человека. *Вот они:*

- *рост* — различные размеры;
- *окружность грудной клетки* = $1/2$ роста;
- *высота грудины* = $1/5$ окружности грудной клетки;
- *высота живота* = $2/5$ окружности грудной клетки;
- *расстояние мечевидный отросток — пупок* = *расстоянию пупок — лобковое сочленение* = $1/5$ окружности грудной клетки;
- *расстояние между подвздошными костями* = $4/5$ высоты живота.

Возможны различные комбинации этих пропорций, следовательно, и различные строения тела.

Гораздо сложнее всегда было с морфологией характера. Гиппократ оставил описание лишь одного характера — истерического, с подробной его морфологией. В настоящее время характерология и ее морфогенез значительно обогатились. Правда, в отличие от строения тела, вряд ли можно говорить об *«идеальном характере»*. *Что касается психосоматической характерологии, то не существует даже понятия нормы («нормальный» характер)*. Неслучайно все типы характеров носят такие же названия, что и психопатии («нормальные» характеры и патологические характеры называются одинаково). Переходные типы — *акцентуированные характеры* — тоже имеют такие же названия, что и «нормальные» характеры. К тому же есть еще и так называемые *преморбидные и постморбидные типы характеров*. *Преморбид* — это характер, который обнаруживается в начале или в процессе какой-нибудь болезни. *Постморбид* — это характер человека, который остается после заболевания. И постморбид, и преморбид тоже носят названия «нормальных» характеров и отличаются от них лишь своей структурой.

Совпадение строения тела с характерологическими свойствами однозначно наблюдается у так называемых диспластичных индивидуумов, у которых по различным причинам от рождения нарушены все пропорции тела (например, чрезмерно большая голова, короткие руки, длинные ноги и короткое туловище). У таких людей характер (как и вся психосоматика) диспропорционален: развитие одних черт характера преобладает над другими, или черты характера, исключаящие в «норме» друг друга, в диспластичном случае сосуществуют. То же самое касается и интеллектуально-эмоциональной структуры. Интеллект может быть высоким за счет какой-то одной чрезвычайно развитой черты. Например, за счет абстрактного мышления. При этом в обычной жизни такой человек может производить впечатление инфантила или олигофрена.

Переходя к рассмотрению собственно психосоматических характерологии, заметим, что мы придерживаемся «рабочей» классификации, которой пользуются современные психиатры, медицинские психологи и психосоматики самых разных школ и в разных странах. Психосоматические конституции делятся на следующие морфологические типы: 1. *Астенический*. 2. *Психастенический*. 3. *Истерический*. 4. *Циклотимический*. 5. *Эпилептоидный*. 6. *Ригидный или паранойяльный*. 7. *Аффективно-неустойчивый*. 8. *Шизоидный*. 9. *Тревожно-мнительный*. 10. *Диспластичный*.

Итак, **1. Астенический тип.** Это генетически слабый биотип. Слабость данного типа касается и его тела, и его характера, и его психических особенностей, вплоть до «энергии» интеллекта (низкий интеллект или слабоумие имеют другое происхождение и другую структуру, не связанные с причинами астении; хотя астенический тип может быть, конечно, и слабоумным и с

недостаточно развитым интеллектом, как и любые другие типы), слабой воли и некрепкой личности. Связать астенический тип с каким-то из выше приведенных типов телосложения (как и все последующие морфологические типы) не представляется возможным. Астеником может быть и высокий человек, и низкий; с выраженной мускулатурой (хотя и неспособной на длительное усилие) и с неразвитой мускулатурой. Астеником может быть и дигестивный тип, и церебральный (*это касается всех биотипов*). Астеники представляют собой натуры сложные (с рождения им приходится бороться с действительностью за выживание и защищаться от ее сверхсильных воздействий). Как бы ни приспособился астеник к социальным условиям, у него бывают периоды *компенсации* и *декомпенсации* («разрядок»). Поэтому астеническая личность своими периодами «хорошего» и «плохого» состояния напоминает другой биотип — циклотимика. В целом сформировавшийся астенический тип (приблизительно к 20 годам и до 40–50 лет) функционирует не со стороны своих *слабых комплексов*, а со стороны *психологической защиты* (астенические черты могут быть далеко упрятаны личностью). Если психологическая защита хорошо развита и представляет собой сложный механизм саморегуляции, то астеническая личность *может перераспределять свою «слабость» по различным психическим сферам: сенсорным, эмоциональным, аффективным, интеллектуальным, волевым, поведенческим*, с психоаналитической точки зрения, *то вытесняя «астению» в бессознательное, то заполняя ею какую-то часть сознания и самосознания, «Я» и «сверх-Я»*. Так «работает» психологическая защита астенического типа, когда он компенсирован. В состоянии декомпенсации *трансверты астении* (то есть ее перераспределение и перенесение внутри психической структуры) нарушаются; астеник на чем-нибудь «спотыкается» и застревает. Это выглядит, например, как *недержание эмоций* («застревает» на эмоциональной слабости), *чрезмерная внушаемость* и подчиняемость другим людям (волевая слабость), вплоть до *псевдодезинтеграции*, когда астенией охвачена личность или самосознание (настоящая дезинтеграция характерна только для одного биотипа — шизотимного, или шизоидного).

Астенической личности постоянно, в любых жизненных ситуациях, даже в обыденных и повторяющихся, приходится *«не терять самообладания»* и *«держатъ волю свою в кулаке»*, а себя — *«под контролем»*. Поэтому жизнь для этого типа почти всегда *напряжение*. Когда наступает возрастная декомпенсация (в *«горячих точках биографии»*), астеник может сломаться, прибегнуть к крайним формам поведения. Например, к *эскапизму* (бегству от реальности): перемене места жительства, работы, семьи, «уходу» в болезнь, скорее, мнимую, или в *астенический невроз*. Среди астенических личностей *крайне редки самоубийства*, хотя мысли о самоубийстве их посещают, возможно, чаще, чем других. В отчаянии астеник может совершить убийство и очень подвержен индуцированным преступлениям. (Современные так называемые серийные убийства и изнасилования совершаются, по данным судебно-психиатрических экспертиз,

астеническим личностями; нелепые расстрелы своих сослуживцев в армии совершают в большинстве своем тоже астенические личности). *Декомпенсация* делает из астенических личностей *алкоголиков, токсикоманов* (часто токсикоманами они становятся, прибегая к медикаментам или каким-либо другим препаратам как к стимуляторам), *наркоманов и эротоманов. Педофилы* тоже чаще всего астеники.

В целом, поведение астенического биотипа таково, что ему *постоянно всегда и везде (даже наедине с самим собой!) приходится доказывать, что он «сильная личность»*. Астенические личности часто занимаются самыми опасными видами спорта (альпинизмом, мотогонками, горным слаломом, боксом и др.). Астенику приходится постоянно *регламентировать* свою жизненную энергию и свои силы. С детства он усваивает, что легко устает как от физической, так и от умственной работы. Чем больше он отдаст сил, например, физическим нагрузкам, тем меньше сможет потратить энергии на умственные занятия. В школах астеников, как правило, освобождают от физкультуры. Учатся они в основном на «3» балла. Так «троечниками» они могут пройти по жизни, проучиться в высших учебных заведениях, приобрести профессию. Они неплохие семьянины, привязаны к семье, на членов которой перекладывают свои личные обязанности. Женщины-астеники редко рожают больше одного ребенка. Воспитание ребенка часто вырывает их из общественной жизни, ибо требует от них полной отдачи сил. При высоком интеллекте и хорошей психологической защите, отработанном механизме регламентирования усилий, астеник может прожить жизнь, как сейчас принято говорить, весьма *качественно*. Но любое серьезное заболевание, физическая или психическая травма могут легко сломать астеническую личность, превращая человека в инвалида (хронифицирование состояния декомпенсации).

2. Психастенический тип. Во времена движения *хиппи в США* психологические (по методике ММРІ) и психиатрические исследования, которые проводились среди выборочных групп представителей хиппи, показали, что около 53% среди них психастенические личности. По признанию одного из лидеров хиппи, *«он ушел в хиппи, ибо жизнь для него всегда была сплошным напрягом»*. *Постоянное внутреннее напряжение — стержневое переживание психастеника.*

Представители психастенического типа могут иметь какую угодно телесную конституцию. Среди них часто встречаются высокие и мускулистые люди. Они могут обладать недюжинной мышечной силой. Они предпочитают физический труд любым умственным и эмоционально-волевым занятиям. Это «увальни», которыми легко управлять. В зависимости от уровня интеллекта и личности им удается (или не удается) *приспособиться к себе*. Поэтому образ жизни и деятельности у психастеников могут быть весьма различными. Одним едва удастся закончить среднюю школу и получить простую специальность, не требующую умственных усилий. Другие добиваются порой высокого положения в обществе, умело распределяя свои душевные силы и, по выражению одного психастеника, *«используя в своих целях людей, которые думают, что используют*

тебя». Психастеник своей кажущейся беспомощностью в обыденных ситуациях, ранимостью и незащищенностью может легко ввести окружающих в заблуждение. Если психастеник *знает, что он от природы душевно слаб*, он может легко сделать этот свой недостаток достоинством. Психастеник часто вызывает недоумение окружающих, которые не могут понять — слаб он или не слаб? Он может совершать поступки, свойственные сильным личностям. Другое дело, какой ценой это психастенику дается! Ярким представителем психастенического типа был А.П. Чехов, который **«всю жизнь выдавливал из себя раба»** («раб» — *слабодушие*). Другим гениальным психастеником был *Петр Ильич Чайковский*. Психастеник способен на *самоубийство (вопреки расхожему представлению, что самоубийство требует сильной воли)*. Среди психически здоровых самоубийц большой процент составляют психастенические личности. Психастеническая личность, живя в постоянных душевных колебаниях и сомнениях в отношении себя самой и окружающих, часто способна на немотивированный поступок и неординарные суждения. Идеальные социальные сферы для их жизнедеятельности — архив, геологоразведка, филология. В наше время социальных катаклизмов психастенические личности могут занимать весьма полярные положения в обществе — от профессиональных киллеров до бомжей. Нравственное самосознание психастеника полностью подчинено его душевному статусу: в компенсированном состоянии это совестливый человек, в декомпенсированном — хладнокровный убийца. Среди представителей данного типа редко встречаются мошенники.

3. Истерический тип.

Это лица художественного склада. Театральность как образ жизни — вот отличительная их черта. Среди них много инфантильных личностей, у которых «игра» является глобальным способом компенсации врожденной возрастной неполноценности (в каком возрасте они ни были бы). Герой *«Игры в бисер» Германа Гессе* — типичный представитель истерика с высоким интеллектом (кстати, в этом романе действуют сплошь истерические личности). Истерическая личность, как мы уже писали, привлекала к себе внимание врачей с древних времен, в том числе и Гиппократ. *«Великая симулянтка»* — гиппократовское определение истерической личности. «Alter ego» — основной механизм истерической психической конституции, умение извлекать своего двойника и разыгрывать с ним сцены. Именно на опыте работы с истерическими личностями Фрейд выделил все механизмы бессознательного и его взаимоотношения с «Я» и «супер-Я». Механизмы, описанные Фрейдом, присущи каждой психической структуре, но, если у другого морфологического типа эти механизмы проявляются в тех или иных экстремальных ситуациях, то у истерика они работают в *обыденной жизни*.

Истерические личности привлекали многих выдающихся ученых и литераторов. Из отечественных психиатров подробно описывали истерический тип С.С. Корсаков, В.М. Чиж, П.Б. Ганнушкин, И.Б. Талант и другие.

«Демонстративными личностями» назвал их наш современник, немецкий психиатр К. Леонгард³¹. У названных авторов можно найти такие характеристики истерика, как «артист», «врожденный притворщик», «врожденный мошенник», «салонный болтун», «авантюрная натура», «аферист по складу ума» и, наконец, «мнимый больной». Согласно последним научным представлениям, связанным с теорией функциональной асимметрии, *истерическая личность — это психическая структура с неустойчивой бисексуальной симметрией. В мужчине-истерике доминирует женское половое начало, в женщине-истеричке доминирует мужское половое начало.* Такое положение вещей, кстати, характерно для пубертатного периода (вот откуда инфантилизм истерического типа). Сексуальные проблемы действительно занимают важное место в жизни истерического типа.

Истерические типы. Легко переносят одиночество, в том числе и публичное, а также возрастное. Это происходит за счет «alter ego». Совершенно неверно, что истерик — эгоцентричная личность. Как раз наоборот. Истерик никогда не может иметь себя в центре своего внимания, ибо там постоянно находится его «двойник». «Портрет Дориана Грея» О.Уайльда, «Вильям Вильсон» Эдгара По, «Двойник» Ф.М.Достоевского — лучшие образы истерического типа (правда, доведенные до грани патологии).

4. Циклотимический тип. Он разделяется как бы на два подтипа — гипотимный и гипертимный. Но эти подтипы могут быть представлены не только отдельно, но и как фазы, (циклы) одного и того же типа.

Гипотимные личности — люди, живущие на пониженном тонусе. Натуры, часто производящие впечатление мрачных, недовольных (собой, окружающими, жизнью в целом). Пессимисты. Неудачники. Они неохотно вступают в контакт и заводят новые знакомства. Все для них окрашено в серые тона. Это с внешней стороны. С внутренней, психической стороны, гипотимные личности с пониженным фоном настроения, тугодумы. В движениях медлительны, в позах и мимике — однообразны. В суждениях часто прямолинейны. Ипохондричны, обеспокоены своим здоровьем и, главное, самочувствием. Продуктивность мышления в гипотимном состоянии снижена. Постоянно снижено либидо (женщины, как правило, фригидны). Нет четких границ между возрастными периодами («горячие точки биографии» переживают без потрясений). Монотонность и однообразность жизни — лучшие для них условия. Всякие перемены воспринимают с тревогой и напряжением. К усилиям воли не способны. Жизненные задачи решают с трудом, естественно, избегают проблем и житейских забот, стараясь свалить таковые на плечи ближнего. Личности тусклые, лица невыразительные. Мизантропы. Акакий Акакиевич из «Шинели» Гоголя большую часть своей жизни провел в гипотимном состоянии.

³¹ См. Леонгард К. «Акцентуированные личности». Киев, 1981.

Гипертимные личности — «солнечные натуры», люди, живущие на «плюсе». Производят впечатление легкомысленных, беззаботных, баловней судьбы. Подвижные и энергичные, не обременяющие себя излишними проблемами. Ускоренным процессам мышления соответствует ускоренный обмен веществ в организме. Авантюристы, не обращающие внимание ни на преграды, ни на «ловушки судьбы». В каждом гипертимном субъекте содержится хоть немного хлестаковщины. В половом отношении нередко гиперсексуальны и неразборчивы в связях. В гипертимии возможна смена половой ориентации (на время гипертимии). Изобретатели и путешественники. Филантропы. В рабочих коллективах — заводилы и аккумуляторы энергии.

Гипотимия и гипертимия могут быть фазами, сменяющимися друг друга циклично. Такие натуры сложны, как и их жизнь. «Доктор Джекилл и мистер Хайд» прежде всего фазы гипотимии и гипертимии, а уж потом раздвоение личности. Циклотимные личности, как правило, фаталисты, ибо знают, что, хотя бы они того или не хотят и как бы жизнь ни шла, непременно наступит черная или светлая полоса. Это фатальность особого рода. Циклотимные натуры в *русскую рулетку играть не будут*, но легко могут свести счеты с жизнью, устав от смены настроения без всяких к тому причин. *Самоубийства* совершаются, конечно, в гипотимном состоянии. *Гипотимия* — это привычное субдепрессивное состояние, охватывающее мироощущение и мировоззрение человека. Хотя жизнь для гипотимика — «отравленная радость», многие великие поэты, разных времен были гипотимиками. Достаточно назвать Данте, Сервантеса, Шекспира, Бомарше, Беранже, Гейне, Клейста, Лермонтова, Байрона, Марину Цветаеву и Сергея Есенина.

Гипертимия — это больше, чем просто хорошее настроение, но все-таки не психопатологический феномен — гипомания (начало или стадия маниакального состояния). Ни в гипотимическом состоянии, ни в гипертимическом состоянии циклотимик не совершает поступков, не свойственных его личности или социальным условиям, в которых он живет и действует (среди преступников гипотимных личностей меньше 1%). *В поведении циклотимика не бывает неожиданности, это обычно хорошо прогнозируемые люди.* По данным исследований, проведенных в 1997—98 гг. датскими учеными, в Западной Европе гипотимных и гипертимных личностей среди населения всего 10%.

5. Эпилептоидный (эпитимный) тип. Советский психиатр П.Б. Ганнушкин в 1924 г. опубликовал монографию, посвященную эпилептоидным личностям. По Ганнушкину, *маркиз де Сад* — типичный представитель эпилептоидов, которые прежде всего отличаются гиперсексуальностью, проявляющейся в *сладогострастии и жестокости*. Половое удовлетворение эпилептоида должно сопровождаться болью, которую он сознательно или не сознательно причиняет партнеру (садизм). Эпилептоидному типу присуща амбивалентность (раздвоенность). При этом садизм нередко уживается с *мазохизмом*. (Последний термин означает потребность мазохиста испытывать

боль, причиняемую сексуальным партнером. Термин произведен от имени австрийского писателя *Л.Захер-Мазоха* (1836—1895), описавшего эти состояния).

Истерический тип и эпилептоидный тип имеют немало внешнего сходства в поведении, манере вести себя и подавать окружающим, в экспрессивности, мотивировке поступков, если они диктуются характером и т.д. Многие отечественные и зарубежные психиатры (К. Ясперс, Э. Блейлер, И.Б. Галант, П.Б. Ганнушкин и др.) даже делали попытки объединить истериков и эпилептоидов в *истеро-эпилептоидный тип*. У клиницистов для этого есть серьезный аргумент — наличие у истерического типа и эпилептоида в состоянии декомпенсации или в качестве защитной (оборонительной) реакции судорожного припадка.

Судорожный синдром — это реакция головного мозга на различные травмирующие факторы: физическую травму, интоксикацию, инфекцию, кровопотерю, высокую температуру, сверхсильные слуховые и зрительные раздражители, особенно переменного характера — мелькание, мерцание и т.д. Например, в 1998 г. в Японии во время просмотра по телевизору мультипликационного фильма, где была «картинка» с ярким, разноцветным, быстро мелькающим раздражителем, у 300 здоровых детей случился развернутый судорожный припадок.

Одним из дифференциальных диагностических моментов, отличающих истерический судорожный припадок от эпилептического, является самопроизвольность истерического припадка. Эпилептический возникает произвольно и не зависит от воли человека. Это об истерике: «постелит соломку, где упадет». Эпилептик падает там, где стоит, и потому часто гибнет во время припадка от механических травм. И все же каждый эпилептик может (наряду со спонтанными припадками) вызвать у себя и истерический судорожный припадок. Никакой другой тип личности не в состоянии вызвать у себя судорожный припадок.

Для социального медика наличие судорожного припадка у личности особенно важно, поскольку с этим фактом связан целый ряд социальных проблем (ограничения в профессии, обучении, службе в армии, деторождении и т.д.). Безусловно важным является и определение биотипа. **Морфологически эпилептоидный тип и истерический тип различны.**

Великие полководцы — Суворов и Наполеон — имели судорожные припадки. Но первый был истерическим типом, а второй — эпилептоидным типом. Совершенно разные характеры и способы достижения желаемых результатов. Чрезвычайно интересно рассматривать планы будущих сражений, составленные Суворовым (например, взятие Измаила) и Наполеоном (Бородинская битва). Уже по этим планам можно судить, какие разные по типу личности их составляли.

Демонстративно-импульсивный Суворов спланировал сражение за Измаил как большое театрализованное представление, в котором он был главным героем. Взяв Измаил, Суворов, как известно, воскликнул: «*Слава Богу! Слава Нам! Крепость взята, и Я там!*» Великий актер блестяще сыграл свою роль и завершил ее (как и полагается главному актеру) куплетом-концовкой. А Наполеон в конце Бородинского сражения педантично подсчитывал потери с обеих сторон, чтобы решить, кто же больше проиграл: он или Кутузов. Что касается *М.И. Кутузова*, то это типичный циклотимик. И, если бы не его гипотимное состояние перед Бородинским сражением и во время его, а гипертимное состояние, то победа могла бы быть еще более явной и быстрой. *В.И. Чапаев* тоже был циклотимиком, что прекрасно показано в фильме «*Чапаев*» и сыграно *Б.А. Бабочкиным*. Этот фильм может служить наглядной иллюстрацией к жизни и поступкам циклотимической личности. Буквально каждая сцена фильма показывает Чапаева в гипотимии или в гипертимии. Погибает он в гипотимном состоянии.

В психиатрии есть понятие «вязкость». Оно может относиться ко всем составляющим психической структуры: к мышлению («тугодумство», обстоятельность), к эмоциям (злопамятство), к воле (не способность принять решение, сделать выбор). «Вязкость» — отличительная черта эпилептоидной личности, проявляющаяся в движениях, мимике, жестах, манере говорить, вообще в образе жизни. Педантичность, утрированная привязанность к порядку, скрупулезность в делах, следование принципу «все должно быть на своем месте и в должном порядке» и другие подобные черты обусловлены феноменом «вязкости».

Порфирий Петрович из «Преступления и наказания» Достоевского — типичная эпилептоидная личность. *Н.О. Гриценко* ярко и с психологической точностью раскрыл образ эпилептоида в роли Каренина (фильм «*Анна Каренина*»), во всех его ипостасях — мужа, отца, государственного деятеля. Эпилептоидные типы — законники. Однако они нередко могут стать преступниками, благодаря своему нетерпимому к людским слабостям характеру. Чуть покосившаяся картина, висящая на стене, может привести их в бешенство. Один эпилептоид убил камнем мужчину, у которого был неправильно застегнут пиджак. Но опять повторим, что поведение человека не определяется только биотипом (в противном случае, люди руководствовались бы не разумом и свободной волей, а действовали в соответствии с трансформированными в характер инстинктами).

6. Ригидный или паранойяльный тип. *Сталин и Гитлер — наиболее частые примеры паранойяльности. К сожалению, ученые, описывая паранойяльные типы (будь то реальные исторические личности или литературные герои) не могут избежать оценочных суждений. Нельзя забывать, что типология личности (как и ее телесное строение) для профессионала-медика*

должна находиться вне нравственных или каких-либо других оценочных суждений. Какой бы ни был характер, это «не плохо» и «не хорошо». Это типологически реально. «Плохи» или «хороши», «нравственные» или «безнравственные» бывают только поступки людей. А с этой точки зрения, нет ни одного человеческого характера (типа), который не имел бы своих злодеев и героев. И ни один тип личности не имеет в этом отношении преимуществ перед другими типами.

Если основной чертой эпилептоидного типа является «вязкость», определяющая все его психические качества, то основной чертой паранойяльного типа является ригидность (прямолинейность, строгость). Ригидность создает такие разновидности паранойяльного типа, как борцы за справедливость (в обыденной жизни они нередко превращаются в сутяг и кверулянтов); религиозные фанатики, борцы за идею («великие революционеры»), ученые-первооткрыватели, авторитарные правители (типа Цезаря, Карла I, Елизаветы, Ивана Грозного, Сталина), великие реформаторы. К ним же относятся великие ревнивцы (вроде Отелло), неподкупные судьи, великие скупцы, (вроде Гобсека), Дон Жуан, великие мистификаторы. (вроде Калиостро) и т.п.

Ригидность, определяющая тип паранойяльной личности, характеризует и образ мышления представителей этого типа. До всего они доходят своим умом, во всем ищут здравый смысл, «идею» или «концепцию», принимают только логические суждения. Мышление у паранойяльных личностей чаще всего логически строго и последовательно, даже если оно беспредметно, как, например, у резонеров. Обладая таким складом мышления, они как правило, плохо понимают других людей. Поэтому крайне нетерпимы к инакомыслящим, некорректируемы, подозрительны, недоверчивы. Однако со стороны чувств и эмоций они могут быть незащищенными и легко управляются людьми, которые способны справиться с их паранойяльным мышлением. С этой же стороны некоторые из них доступны внушению, легко «зомбируются», поэтому часто совершают поступки, за которые без размышлений приговорили бы других людей к смертной казни. Ригидность с годами делает представителей этого типа все более нетерпимыми, что обрекает их на одиночество. Круг интересов с возрастом обычно сужается, и, в конце концов, мышление останавливается на одной идее, которая приобретает качества *сверхценной идеи*. А это может стать началом психопатологии — бреда. Кстати, для личностей этого типа не суть важно, реализуются ли в жизни идеи, занимающие их умы. Важно, что они до последнего считают их главными. Цель и смысл жизни, как и сама жизнь, для паранойяльных личностей — производные их логических построений.

7. Аффективно-неустойчивый тип. Это люди шекспировских страстей: Гамлеты, Макбеты, короли Лир, Ромео и Джульетта. Страсть (аффект) определяет и тип, и характер, и поступки, и всю жизнь этих людей. Бальзаковские герои и братья Карамазовы Достоевского тоже приближаются к аффективно-неустойчивым личностям. И все они очень разные: и по

мировоззрению, и по мироощущению, и по нравственному сознанию, да и по многим другим человеческим параметрам. Объединяет их одно — они рабы страсти. Какова эта страсть, каков ее «предмет» и на кого или на что она направлена — от этого зависит личность этого типа.

В «Думе» у Лермонтова читаем: *«И ненавидим мы, и любим мы случайно. Ничем не жертвуя ни злобе, ни любви, И царствует в душе какой-то холод тайный. Когда огонь кипит в крови».* Это точная характеристика аффективно-неустойчивого типа. В отличие от паранойяльных личностей, они, во-первых, упорно преследуют цель своей страсти ровно столько, сколько существует сама страсть. Но страсть в любой момент может погаснуть, и ее «предмет» тут же теряет всякую привлекательность для аффективно-неустойчивой личности. Во-вторых, если для человека паранойяльного типа неважно, реализуются его идеи или нет (им даже не очень важно «заражать» своею правдой других людей, важно чтобы изначально они не были инакомыслящими), то для аффективно-неустойчивых типов чрезвычайно важно, чтобы страсть была удовлетворена (ибо без «предмета» страсть не может существовать). Если бы Отелло был ревнивцем по страсти, то он бы не развивал свою ревность в систему (этот процесс может идти подсознательно), а сразу задушил бы Дездемону. Только смерть могла навсегда объединить Ромео и Джульетту. Их любовь, имевшая форму страсти с обеих сторон, не могла бы быть продолжительной. Она могла бы преодолеть все преграды, кроме одной — времени, потому что страсть не может длиться вечно. *Аффективно-неустойчивые личности часто совершают преступления в состоянии аффекта, в том числе и самоубийство. Аффект у этого типа — явление спонтанное и может совершенно не быть согласованным с сознательными (нравственными) установками личности.*

Аффективно-неустойчивой личностью, человеком, «раздираемым страстями», предстает Степан Разин (В.Шукшин. *«Я пришел дать вам волю»*). Вот он в аффекте разрубает пополам верного ему воина, вот он в аффекте стреляет в иконы (будучи при этом глубоко верующим человеком). В аффективном состоянии он сжигает, мстя за смерть друга Стыря, город Камышин вместе со стариками, женщинами, малыми детьми. Не слушая доводов разума, в аффективном состоянии он идет на Москву и погибает. Среди героев Шукшина вообще немало аффективно-неустойчивых личностей.

«Пламенные революционеры» — была такая серия книг о выдающихся деятелях русских революций. С точки зрения социальной медицины, это очень неудачное название! Пламенный революционер (аффективно-неустойчивая личность) — это лицо случайное, ибо служит революции по зову непостоянного своего сердца. Как *батька Махно, воевавший то за «красных», то за «белых», в зависимости от того, к чему сейчас лежало его сердце. Личностью Махно был неординарной, а в историю вошел как фигура несимпатичная, именно благодаря своей аффективной неустойчивости.* История знает немало таких личностей, но

они в основном остались в ней как «самодуры», «предатели», «рenegаты». А были всего лишь аффективно-неустойчивыми типами! «Хочу — казнь, хочу — помилую!» — это тоже правило аффективно-неустойчивых личностей. Паранойяльные личности или казнили, даже если все говорило за то, что человек невиновен, (не считаясь ни с какими доводами и фактами), или — «миловали» (точно также ни с чем и ни с кем не считаясь). «От любви до ненависти — один шаг!» — это об аффективно-неустойчивых личностях. Паранойяльные личности любят до гроба, даже когда ревнуют. Юрий Визбор в одной из своих песен говорит: «Тебя люблю я до поворота, а дальше — как получится!» Это о любви аффективно-неустойчивых типов.

8. Шизоидный тип. Наиболее спорные личности. Процент шизоидов среди одаренных и гениальных людей чрезвычайно велик, что позволило Ломброзо создать теорию родства гениальности и безумия. Так же, как у эпилептоидных и паранойяльных типов, специфика шизоидов определяется особенностями их мышления. В данном случае имеет место феномен, который психиатры называют «схизис», или *расщепление*. Если у больных шизофренией схизис (кстати, правильно было бы: *схизофрения*) охватывает все психосоматические сферы, то у шизоидных личностей схизис выступает лишь как особенность мышления. Отечественный психолог *А.Р. Лурия (1902—1977)* в «Маленькой книжке о большой памяти» описал, как работает схизисное мышление. Самоотстранение и самоотстранение (от «странный») — два основных механизма шизоидного мышления. Мышление в норме (у всех вышеназванных типов) «видит» *предмет односторонне в момент направленности на него*, то есть не видит одновременно предмет и спереди и сзади. Шизоидное мышление способно «видеть» предмет одновременно и «спереди», и «сзади», и вообще со всех сторон сразу. Отсюда необыкновенные свойства схизисного мышления — неординарность суждений о самом, казалось бы, очевидном. Способность к *творческим «скачкам» мысли*, не считающимся с логикой (особенно с формальной; с точки зрения шизоидного мышления, в законе исключения «третьего» именно «третий» оказывается искомой величиной или одновременно и «А» и «Б», а не «А» или «Б»). Для шизоида два взаимно исключаящих друг друга суждения могут быть одновременно верны. Умение «видеть сразу» две стороны луны, отличающее шизоидную личность от всех других, — это *феномен бидоминантности*. *Быть одновременно и доктором Джекиллом, и мистером Хайдом* — феномен бимодальности. *Одновременно выбирать и «А», и «Б»* — феномен амбивалентности. *Иметь одновременно две взаимоисключающих тенденции* — феномен амбитендентности. Таким образом, *расщепленность мышления шизоидного типа придает ему перечисленные свойства характера и личности: 1. бидоминантность, 2. бимодальность, 3. амбивалентность и 4. амбитендентность*. Эти свойства отчасти и делают его похожим на личности истерического и паранойяльного типов. Сексуальность шизоидных типов

чрезвычайно нестандартна: гомосексуализм, педофилия, геронтофилия, скотоложество и прочие отклонения доходят до патологии.

Многие одаренные личности (художники, скульпторы, поэты, композиторы, музыканты) принадлежат к шизоидному типу: *Стринберг, Ван Гог, П. Верлен, В.М. Гаршин, М.К. Чюрленис, Ф.Сологуб, Н.В.Гоголь, И.Ф. Стравинский* и многие другие. Если шизоидные типы — деятели науки, то они всегда опережают свое время. *Ясновидение, предвидение, предчувствия* — обыденные явления переживаний шизоидной личности. У них *сон и явь* часто меняются местами, поэтому они часто производят впечатление странных, погруженных в себя, отчужденных и некоммуникабельных людей. На самом деле они живут в мире своего воображения. Все они инакомыслящие. Шизоидные личности суеверны, нередко придают особое значение вещим снам, роковым числам.

9. Тревожно-мнительный тип.

Научиться понимать тревожно-мнительную личность — значит научиться разбираться в «сокровенном» человека любого морфологического типа. *«Боль» (как физическая, так и душевная), депрессия, страх, тревога, какими бы причинами они ни были вызваны, или были беспричинными*, так или иначе захватывают «ядро» личности. Это могут быть переживания, связанные с *социальным статусом* человека, с *семейными делами* (например, тревога о родных, стрессовое состояние из-за утраты близких), со *здоровьем*, наконец, с *возрастом* и приближением смерти.

И все же у тревожно-мнительной личности переживания *тревожного ряда* несколько иного характера, чем у других типов. Прежде всего потому, что если у всех других типов они преходящи, то у тревожно-мнительных личностей *в течение всей их жизни эти переживания постоянны*. Они глубинны, охватывают всю психосоматическую структуру человека, определяют его мировоззрение и мироощущение, его *«пребывание в мире»* (термин экзистенциалистов, чрезвычайно большое значение придающих феномену тревоги). *«О, вещая душа моя! О, сердце, полное тревоги! О, как ты бьешься на пороге как бы двойного бытия»*, — написал Ф.М.Тютчев, самый «тревожный» из наших поэтов.

В психопатологии выделяется некий тревожный ряд, представленный феноменами, сменяющимися друг друга по мере утяжеления субъективного состояния и соответствующего изменения поведения человека — от привычного (характерного) до невротического или даже психотического. Этот порядок в целом отражает и степени тревоги субъекта, и формы его активности. Так, в психотических, крайних состояниях человек утрачивает свою активность (самопроизвольность) и оказывается в состоянии «овладения чуждой силой» («синдром Кандинского». В.Х. Кандинский (1849—1889), русский психиатр, описал психотическое состояние путем наблюдения за самим собой).

Тревожный ряд — состояния или переживания человека, в которых тревога

является стержневым и постоянным феноменом. В нем имплицитно содержатся все другие явления этого ряда. Через тревогу в сознание человека входит и боль. До настоящего времени общепринятого определения тревоги у специалистов (психопатологов, психологов) нет. По Крепелину, тревога не отражается ни одним чувством, и, вместе с тем, не отражает ни духовного, ни физического состояний человека. Она связана с самой психосоматической сущностью личности, ее витальными основами. Клиницисты, согласно Крепелину, имеют дело лишь с психическими или физическими последствиями переживания тревоги. Т.Берце, относивший тревогу к основной настроенности, определял ее как *неописуемое жуткое изменение во взаимосвязи «Я — мир», близкое к дереализации (потери чувства реальности)*. Тревога квалифицировалась этим психиатром как *боязливое напряжение, ожидание грозящей опасности, идущей из глубин бытия или «Я», сопровождающееся ощущением вселенского холода и пустоты бытия*.

Э.Блейлеру принадлежит понятие *«свободно плавающая тревога»*. Он указывает *«на разлитой, заполняющий все пустоты бытия, трансцендентный для «Я» и принципиально не познаваемый характер тревоги»*. На отсутствие ясного и точного чувства, которое отвечало бы феномену тревоги, указывал и Ясперс. Отечественный психиатр О.В.Кербиков определял тревогу как *своеобразное самоощущение диффузного характера, которое входит в основу настроения человека*.

Боль связана с тревогой и частично входит в тревожный ряд. Неслучайно еще Эпикур и Сенека, а вслед за ними Спиноза, рассматривали боль как *печаль, охватившую тот или иной участок тела*. В Словаре Российской академии (1789 г.) боль определяется как *«чувствование скорби в какой-нибудь части животного тела, от чрезмерного напряжения чувственных жил встречающееся»*.

У тревожно-мнительных личностей *тревога всегда беспредметна*. Но благодаря *психологической защите*, такие личности находятся в постоянном состоянии *опредмечивания* своих переживаний. По тонкому замечанию писателя М. Фриша: *«Нельзя, кажется, долго жить, испытав тревогу, если испытанное остается без всякой истории» («Назову себя Гантенбайном»)*. Но, если предмет тревоги не обнаружен, возникает следующий феномен тревожного ряда — *страх*. Тревога и страх феноменологически (и психологически) заметно различаются друг от друга, хотя имеют общие психосоматические «корни». Как ни мучительна была бы тревога (*«несчастнейшее сознание»* назвал тревогу Кьеркегор), как бы ни опустошала она личность, последняя стремится не к противоположному тревоге психическому состоянию — *покою, а к опредмечиванию тревоги*, по сути дела к ее психологическому оправданию. Именно эта тенденция у тревожно-мнительных личностей возводит тревогу в статус *конституирующего личность феномена, в источник морфогенеза данного типа. Неудержимое влечение к страху, которое делает человека ананкастом (боязливым), — это та же логика, что и логика беспричинной тревоги*.

Напряжение — еще один феномен тревожного ряда, иногда «первый», иногда «последний». Тревожно-мнительные личности, своеобразием своих переживаний и устремлениями как бы удваивающие мир, напоминают шизоидный тип. Но это только кажется, ибо ни мышление тревожного человека, ни его самосознание не имеют ничего общего с шизоидной психологией. Самое характерное отличие тревожно-мнительного типа и шизоидного состоит в феномене напряженности: тревожный человек почти постоянно (всю жизнь) находится в тревожном напряжении. Шизоид вряд ли знает это состояние. Тревожно-мнительная личность может походить на паранойяльную личность подозрительностью и прямолинейностью суждений, но такое с ней бывает лишь в состоянии поиска предмета тревоги. «Дурные предчувствия», «враждебная настороженность», «прикованность внимания к своей соматической сфере» (последнее периодически делает тревожных субъектов ипохондриками, что опять же, по видимости, сближает их с истериками) — основные явления напряжения. Любые внушения или внутренние импульсы могут усилить состояние напряжения до степени реальных «помех» мышлению. Так, психологически понятно, что всякое неприятное, пусть самое элементарное ощущение (например, зуд), нарушает ход мысли. Зубная боль может заставить даже волевого человека думать только о больном зубе.

Феномен тревоги (как и феномены ее ряда) имеет следующие основные формы:

1. *«Тревожность как общее настроение» («свободно плавающая тревога»).*
2. *«Ипохондрическая настроенность» — соматизированная тревога (от чувства телесного дискомфорта до подозрения о наличии скрытого заболевания).*
3. *«Тревожная ажитация» (часто в форме психотического состояния) — речедвигательное беспокойство (человеку необходимо высказаться) или двигательное беспокойство (человек не может усидеть на месте).*
4. *«Паническая атака» — беспричинная тревога, сильно похожая на страх; чаще всего, в этом состоянии человек напряжен, боязлив и двигательно скован.*
5. *«Раптус» — психопатологический феномен; в этом состоянии человек не ответственен за свои поступки (возможны акции разрушения, членовредительства, самоубийства и убийства; в раптусе больной нуждается в надзоре и стационарном лечении).*

Состояние страха только в том случае нужно считать патологическим, когда страх возникает в связи с ситуациями и объектами, обычно его не вызывающими. Например, страх при виде красного яблока, при произношении слова «интеграл», от дуновения теплого ветерка в лицо и т.п. Немотивированные страхи, то есть когда страх предшествует своему предмету (например, остаться одному в квартире или при виде похоронной процессии), — это все же тревога ананкаста (боязливо-мнительной личности, разновидность тревожно-мнительного типа). В основе немотивированных страхов тревожно-мнительной личности (а мнительность есть прямой результат немотивированности неприятных

переживаний) при глубоком психоанализе обнаруживается внутриличностный (интерперсональный) конфликт (основательный разлад с самим собой, как у гетевского Фауста: «*Две души во мне, и обе не в ладах друг с другом*»). Или разлад с «миром» (как у Тютчева), в котором исчез порядок: бытие становится «двойным»). Но в отличие от шизоидной личности, это раздвоение или удвоение личности и мира у тревожно-мнительного человека никогда не завершается. Схизис не знает ни страха, ни тревоги, ни боли. У тревожно-мнительной личности есть лишь сильная угроза раздвоения, которая никогда не реализуется. Как ни странно, но страх, боль, напряжение и тревога удерживают правые и левые половинки личности и бытия в функциональном единстве. Всегда, при любых обстоятельствах и формах. Тревожно-мнительная личность никогда не превращается в шизоидного субъекта (как и ни в какого иного).

У тревожно-мнительного типа часто бывают привычные страхи (фобии). Фобии — психологически непонятные страхи, к которым человек, если они у него с рождения, постепенно привыкает. Страхи, например, замкнутого пространства, открытой площади, острых предметов, некоторых неприятных звуков и т.п.

Основные формы страха, которые у тревожно-мнительных личностей могут выступать как характерологические черты или стереотипы поведения: 1. Отвага — отчаяние. 2. Навязчивости. 3. Ипохондрия. 4. Деперсонализация (психологически трудно понимаемое состояние, когда ощущение собственной самости — «Я» — вызывает немотивированный страх, следствием которого является самоотчуждение).

Следующий за страхом феномен тревожного ряда — это депрессия. Депрессия — это не «плохое настроение». Депрессия — это психоз, вызывающий психосоматический коллапс, то есть нарушение всей психосоматической «конструкции» человека. Депрессия всегда болезнь, которой может заболеть любой человек, к какому бы морфологическому типу он ни относился. Как психическое заболевание, депрессия находится в компетенции врачей-психиатров. Разделение на «невротическую» и эндогенную депрессии весьма условно, как и признание самостоятельной клинической единицей реактивной депрессии с классической депрессивной триадой: 1. моторная заторможенность; 2. идеомоторная заторможенность; 3. угнетенность аффекта.

Для того, чтобы лучше понять тревожное существование, проиллюстрируем некоторые его моменты, освещая изнутри «сердце, полное тревоги».

Сильно выраженная тревога несет в себе не только «вселенский холод» (по выражению Вячеслава Иванова), но и ощущение вселенского «ничто». В.М. Чиж считал, что переживание «ничто» есть крайняя степень душевной боли. А боль возникает только как ответ на раздражители, которые реально могут убить человека (зубная боль, например, может вызвать рефлекторно спазм коронарных сосудов сердца и, следовательно, смерть). Даже отвратительный вкус или запах, по Чижу, могут вызвать душевную (сердечную) боль и смерть. Так что человеку

тревожно-мнительного типа есть чего опасаться всегда.

Он защищается от всякой угрозы, разворачивая тревожный ряд, который несет в себе все функции психологической защиты. Так, например, страх смерти опережает боль. И часто самую смерть. («Смерть есть момент истины боли», — по Чижу).

10. Диспластичный тип.

Это единственный морфологический тип человека, у которого налицо связь между строением тела и психосоматической структурой. Дисгармоничному телу (например, длинное туловище, маленькая голова, большие нижние конечности и маленькие верхние конечности) соответствует такой же дисгармоничный характер. Не будем описывать все варианты диспластичного характера — их множество, подчеркнем лишь главное, что нужно знать в связи с этим морфологическим типом.

1. Диспластичный тип нельзя путать с полиморфным «типом» личности, психосоматической структурой, которая возникает в результате перенесения человеком каких-нибудь серьезных психических заболеваний. Прежде всего, речь идет о шизофрении. Тогда на самом деле мы обнаруживаем не тип личности, а постморбидное психосоматическое состояние (*morbidis* — лат. болезнь).

2. Диспластичный тип нельзя путать с так называемыми акцентуированными типами, патологическими типами, у которых в характере доминирует какая-то одна черта. Например, у истерических личностей — демонстративность или склонность к мнимым заболеваниям, у тревожно-мнительных личностей — боязливость или склонность к навязчивостям, у паранойяльных личностей — подозрительность или ревнивость.

3. Диспластичный тип всегда представляет какой-то из выше описанных типов: от истерического до тревожно-мнительного. Все отличие лишь в диспропорциональной морфологии. У такого человека (если у него в добавок страдают интеллект, воля, эмоции и личность) психосоматика полностью управляет и поведением, и состоянием, и сферой мотивации. Так, диспластичная мать может полностью игнорировать серьезную болезнь ребенка или, наоборот, подвергнуть его беспричинной медицинской гиперопеке. Один из супругов может жестоко ревновать другого, ходить и жаловаться на его «измены» на работу к супругу, устраивать сцены ревности, но не давать ему развод. Короче, диспластичный человек всегда живет «диспластичной» жизнью и отличается от истинного психопата лишь тем, что все же может подобрать себе такого же, как сам он, субъекта и вместе составить с ним семейную гармонию, а также подобрать себе подходящую работу и быть вполне счастливым, преуспевающим и уживчивым в коллективе. Во время реформ и перестроек социальных стереотипов диспластичные личности выходят на первые ряды и играют общественно значимые роли. Однако для социальных психологов это верный признак того, что вместо разрушенных прежних социальных структур возникают «диспластичные» социальные конгломераты (какой бы сферы жизнедеятельности общества это ни

касалось). Диспластичные типы истории чаще всего играли роли «серых кардиналов», «теневых правительств», «тайных советчиков правящего лица» и т.д. Диспластичные личности нередко возглавляют криминальные структуры (среди российских «воров в законе» диспластичных личностей 75%). Много диспластичных личностей среди политических авантюристов, политических резонеров, которые разворачивают бурную политическую деятельность, не только не имея конструктивных идей, но нередко даже не зная, что, собственно, им самим нужно. Диспластичную личность влекут «тайные общества», они любят выполнять «особые, скрытые от непосвященных, миссии». Нередко из них получают «двойные», «тройные» агенты спецслужб.

Таковы основные морфологические типы человека, представляющие собой биотипологию нормальной половой дифференциации. Естественно, при нарушении последней морфология типов распадается, образуя множественные варианты характерологической патологии, главной чертой которых будет *извращение полового инстинкта* (при сохраненных внешних половых признаках или при гермафродитизме). Но это область клиники: психиатрии и сексopatологии.

2. Психосоматические версии биотипов

К. Г. Юнг натолкнулся на проблему типов, пытаясь определить те пути, по которым его взгляды отличались от взглядов Фрейда и Адлера. Свои «Психологические типы»³² Юнг издал в 1921 г. В последующие годы, она была переведена на все европейские языки, а также на русский и японский. В скором времени об юнговских интровертах и экстравертах знали во всех европейских странах и в США.

Не останавливаясь подробно на юнговской типологии, напомним в общих чертах, что *интроверт* — это человек, чье сознание и мировосприятие направлено вовнутрь. Внешний мир воспринимается им, преломляясь через внутреннюю призму восприятия и переживаний. *Экстраверт* — человек, чье сознание направлено вовне, на внешний мир. Переживания, сновидения, все содержание *глубинной психологии вместе с коллективным бессознательным*, (пользуясь юнговскими ключевыми понятиями) проецируются экстравертом на внешние объекты. Интроверт и экстраверт *принципиально не могут понять друг друга, ибо видят вещи по-разному* (как Фрейд и Адлер не могли договориться, что такое «невроз»). Для взаимопонимания интроверту и экстраверту необходима *плерома* (это гностическое понятие обозначает «место» вне времени и пространства, где все принципиальные противоречия сами собой разрешаются).

Из всего психологического наследия Юнга психологические типы оказались самыми живучими. Теоретически разделение людей на эти два типа безупречно.

³² Юнг К.Г. Психологические типы. М., 1995.

Сложнее данную типологию согласовать, во-первых, с морфологической типологией (скажем, может ли астеник или истерик быть интровертом и экстравертом? Если да, то как изменяется структура астенического и истерического характеров?). Во-вторых, как совместить эту типологию с психопатологией? Клиника шизофрении у интроверта, очевидно, должна быть иной, чем у экстраверта. На самом деле, клинические формы шизофрении словно не замечают *преморбидной* структуры психологических типов, описанных Юнгом. И, наконец, третье: попытка Юнга связать с направленностью сознания различные формы восприятия, воображения и мышления не увенчалась успехом. Еще в 1903 г., за четыре года до личного знакомства Юнга с Фрейдом и Адлером, русский психолог *Н.О. Лосский* в «*Основах учения психологии с точки зрения волюнтаризма*» писал: «Представьте себе двух людей, у которых спросили, что такое «шар»? Один находится при этом на поверхности «шара», а другой — внутри «шара». То есть один видит «шар» снаружи, а другой — изнутри... Ответы будут принципиально различны». Лучшего образа для понимания психологической типологии Юнга, кажется, не придумаешь.

Пользуясь психологической типологией Юнга, можно объяснить многое — произведения искусства, философские учения, религиозные догматы, мифологические и сказочные образы, даже архитектурные стили. Но она бессильна перед психиатрической клиникой и нормальной человеческой морфологией, особенно в возрастном ее «разрезе». С точки зрения психосоматических конституций и психопатологии, можно говорить об интровертированности и экстравертированности только как *психосоматических версий* (сами слова «интроверсия», «экстраверсия» содержат в себе объясняющий их термин «версия»). Но с точки зрения возможных «версий» психосоматической конституции (морфологических типов), их оказывается больше, чем предполагал Юнг. Если бы действительно существовала *плерома*, то не Фрейд бы объединился с Адлером (*их разногласия — дело личных предпочтений и медицинского опыта: Фрейд, как известно, в основе невроза видел сексуальный конфликт, а Адлер — волевой; медицинская практика же показывает, что правы были оба, ибо существуют и неврозы на сексуальной почве, и неврозы, вызванные волевыми конфликтами личности с конкретными социальными условиями и факторами*), а Юнг с Фрейдом, связав свои представления об интроверсии и экстраверсии с некоторыми механизмами психоанализа. На синтезе фрейдовских и юнговских взглядов мы остановимся подробнее, рассматривая *психосоматические версии биотипологии человека*.

Итак, понятия: 1. *Интроверсия*. 2. *Экстраверсия*. 3. *Конверсия*. 4. *Трансверсия*. 5. *Перверсия*.

Сначала поясним смысл слова «версия», являющегося составной частью всех перечисленных понятий. Самое близкое смысловое значение этого слова — «вариант». Речь идет о вариантах психосоматической конституции или морфологического типа личности, у которой половая дифференциация завершена

полностью. Следовательно, при незавершенной половой дифференциации радикально меняется морфология человека, и, соответственно, способность функционировать в том или ином психосоматическом варианте (версии).

А теперь о тех версиях, которые не обозначил Юнг в своей психологической типологии. Если бы мы попытались истолковать столь явную «близорукость» выдающегося швейцарского психоаналитика с точки зрения фрейдовского психоанализа, мы объяснили бы этот научный факт очень просто. К моменту ссоры Фрейда и Адлера Юнг уже был готов подсознательно к разрыву со своим учителем по своим собственным научным мотивам, отличным от мотивов Адлера. И поэтому «не заметил» *трансверсии и конверсии. Если бы он ввел их в свою типологическую концепцию, он бы оставался в тисках фрейдовского психоанализа с тотальным либидо в основе. О перверсии Юнг мог не знать, ибо (мы остаемся на психоаналитических позициях) отторгал взгляды Ломброзо, касающиеся врожденного преступника — перверсного типа.*

*Что же касается конверсии, то в основе этого варианта лежит открытый Фрейдом механизм вытеснения переживаний в соматическую сферу и появление, говоря современным языком, функциональных телесных расстройств, совершенно не связанных с какой-либо органической патологией. Например, вас оскорбили, и вместо того, чтобы отреагировать адекватно (ответить обидчику тем же или «включить» свою психологическую защиту), вы «заболеваете» каким-нибудь мнимым (функциональным) расстройством: реагируете приступами удушья, кардиальгией, гастральгией, воспалением суставов, простатитом, импотенцией, расстройством менструального цикла, теряете или стремительно приобретаете вес, не можете ни стоять, ни ходить (синдром астазии-абазии) и т.д.³³ Конверсионные типы видят мир и окружающее через призму своего *соматического Я; себя и других людей воспринимают сугубо телесно.**

Но прежде, чем продолжить нашу тему, сделаем небольшое отступление. Психосоматические версии не являются постоянным свойством личности, как считал Юнг. Они зависят от следующих факторов: 1. возраст человека (так, в «горячих точках биографии» все люди без исключения интровертируются, как и в глубокой старости и раннем детстве); 2. экстремальная социальная ситуация, в которую неожиданно попадает человек. Четыре основных типа реакций человека в экстремальности — эскапизм (бегство от действительности), суицид (самоубийство), гомицид (убийство) и членовредительство — это поведение в состоянии интровертированности (в других случаях самоубийство или убийство —

³³ См. Десятников В.Ф. Маскированная депрессия. М.,1985; Ануфриев А.К. Скрытые депрессии / Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1978. №№6,8; Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматика. М.,1995, Вып. 2; Черносветов Е.В. Неврозоподобные состояния в соматической практике. Тбилиси, 1990.

перверсия, а «уход в болезнь» — поведение в состоянии конверсии); 3. состояние тяжелой или неизлечимой болезни; здесь же внезапная инвалидизация; 4. состояние утраты близкого человека; 5. состояние сенсорной депривации (изоляции типа камеры-одиночки, одиночного длительного плавания и т.д.); 6. агония; 7. общая социальная направленность (ясно, что, когда народ охвачен энтузиазмом и экзальтацией, больше экстравертов и трансвертов; когда в стране депрессия, то преобладают интроверты, конверты; когда сознание народа криминализуется, во всех сферах общества доминируют перверты); 8. творческие состояния; 9. начало двух последних столетий знаменовалось преобладанием экстравертированных и трансвертированных типов (судя по историческим документам, а также по произведениям литературы и искусства). Конец этих двух столетий знаменуется появлением большого количества интровертированных, конвертированных и первертированных типов в промышленно развитых странах.

Все перечисленные «человеческие ситуации» могут осуществляться с резкой сменой психосоматической версии, что определяется не типом личности, а социальной структурой, из которой состоит та или иная экзистенциальная (витальная, гуманистическая, в другой формулировке) жизненная ситуация.

Итак, версии структуры психосоматики весьма переменчивы; морфологическая типология постоянна.

Перемена версий в психосоматической типологии полностью соответствует взглядам Гиппократов на темпераменты. Темперамент, по Гиппократу, не есть нечто постоянное. У человека в процессе жизнедеятельности темперамент может измениться несколько раз. Прежде всего, это связано с возрастом. Юнг, рассматривая Фрейда и Адлера как представителей двух разных психологических типов, не учел *разницу в возрасте своих коллег. Фрейд был на 14 лет старше Адлера. Не учел он разницу в их физическом состоянии, а именно тот факт, что к этому времени Фрейд перенес несколько операций на лице по поводу рака кожи, что, очевидно, и было причиной его интровертированности. Вообще не следует недооценивать человеческое тело и его роль в психосоматике.*

Отношение к собственному телу составляет существенный момент интросубъективных основ психики человека. Все психические «надстройки» опираются на *соматическое Я*, которое состоит из *мышечного чувства и схемы тела*³⁴. К. Маркс также придавал важное значение *телесной организации человека*. Он, в частности, писал: «...телесный индивид представляет истинную основу, истинный исходный пункт для нашего «человека»³⁵. И дальше: «Мы должны

³⁴ См. Сеченов И.М. Избранные философские и психологические произведения. М., 1947. Глава 8.

³⁵ Маркс К., Энгельс Ф. Соч. 2-ое изд. Т. 27. С. 12.

исходить из «я», из эмпирического, телесного индивида, но не для того, чтобы застрять на этом... а чтобы от него подняться к «человеку». Человек часто отождествляет себя со своим телом, то есть конверсирует (в повседневной жизни это происходит постоянно). А в контексте смерти человек отождествляется со своим телом, ибо смерть тела и есть смерть (во всех религиях — от древних до современных умирает именно и лишь тело). «Тело» — это первое, что утверждает «Я» как нечто целое и тотальное. Все, так или иначе, соизмеряется с телом; и пространство, и время, и многие человеческие ценности».

Возвращаясь после сделанных отступлений к проблеме конверсии, для наглядности рассмотрим *крайние ее варианты, граничащие с патологией.*

Через аффекты тревожного ряда — страх, боль, напряжение, фобии, тревогу — возникает ощущение угрозы разлада в соматическом «Я» вплоть до распада целостности телесного «Я» (например, в состояниях деперсонализации, дереализации или овладения чуждой силой). В любом из этих случаев происходит нарушение внутреннего баланса в переживаниях телесной самости. Появление подобных состояний всегда имеет причины в тех или иных социальных явлениях. Этим психосоматические конфликты и реакции у конверсионного типа отличаются от эндогенных психических заболеваний (шизофрении, маниакально-депрессивного психоза, старческих психозов). Конверсионный конфликт характеризуется доминированием в клинической картине различных функциональных расстройств (аналогичных вышеперечисленным), которые полностью скрывают лежащий в их основе тот или иной феномен тревожного ряда.

По данным немецкого психиатра В.Кильгольца (одного из организаторов Международного симпозиума, посвященного маскированным аффектам), за последние два десятилетия *соматизация* стала распространенным психологическим и психопатологическим явлением. Иными словами, человек стал все больше и больше конвертировать свои переживания. Особое место в клинической картине конверсии, помимо функциональных расстройств, отводится *сенестопатиям* — тягостным, мучительным, неприятным ощущениям (например, постоянный монотонный звон в ухе, ни с чем внешне не связанный, или точечная нудная боль посреди лба), которые могут локализоваться в любой области тела. Человек либо свыкается с этими ощущениями (все зависит от их интенсивности), либо предполагает у себя какое-то заболевание и начинает ходить по врачам, обследоваться, но безрезультатно: никакого заболевания у него не находят, и никакие медикаменты ему не помогают. Такие больные нередко прибегают к алкоголю и становятся алкоголиками. Они также могут «глушить» свои сенестопатии наркотиками³⁶.

³⁶ См.: Эглитис И.Р. Сенестопатии. Рига. 1977.

Сенестопатии — признак конверсии, которая совершается в «трудных» для человека ситуациях, чаще всего, когда требуется сделать моральный выбор или когда жизни человека или его близкому угрожает реальная опасность. Люди могут постоянно испытывать при этом состояние диффузного телесного и душевного напряжения, «трудно определяемое словами ощущение соматической немощи и одновременно разлаженности», «ощущение смутного телесного недомогания», «настороженно-тревожный фон настроения», чувствуют «туман в голове, тяжесть во всем теле, трепетание в груди, *пугающий разлад целостной работы организма*» (А.К. Ануфриев). Этих людей в аналогичных состояниях можно спутать с интровертами, ибо в них «*словно внедряется соматически заостренное жало интроспективного эгоизма*». В состоянии «*животного страха и мучительного чувства надвигающегося финала*» они могут совершить суицид или гомицид. Крайнее состояние психосоматического разлада при конверсии — это *ипохондрический раптус*.

«Мучительный страх, испытываемый этими людьми в связи с сердечно-сосудистыми и нейровегетативными сенсациями, несоизмерим, несопоставим ни по интенсивности, ни по характеру с обычными человеческими чувствами и переживаниями. Чувство не угрозы даже, а непосредственной близости надвигающейся смерти на высоте ипохондрического раптуса становится для человека единственной существующей реальностью, и тот, казалось бы, очевидный факт, что десятки уже перенесенных приступов не привели к инфаркту миокарда или сердечной недостаточности, не имеет для него никакого значения, ибо действительно не умереть страшно — страшно умирать», — пишут об этом В.Д. Тополянский и М.В. Струковская.

Социальные причины подобных состояний увидел Гегель: «Невозможность непосредственного осуществления его (человека — Е.Ч.) идеалов может свергнуть его в ипохондрию. В этом болезненном состоянии человек не хочет отказаться от своей субъективности, не может преодолеть своего отвращения к действительности и именно поэтому находится в состоянии относительной неспособности (функционального расстройства — Е.Ч.), которая легко может превратиться в действительную неспособность (длительные функциональные расстройства и сенестопатии приводят к настоящим органическим заболеваниям — Е.Ч.)».

Конверсия может знаменовать собой *конфликт между человеком и миром, который разыгрывается на сцене человеческой телесности*. Тогда «*боль чувствуется всем существом, воспринимается всей душой*» (А.К. Ануфриев). Она не идет ни в какое сравнение с физической болью, вызванной каким-нибудь реальным соматическим расстройством (тем же инфарктом миокарда или зубной болью).

Конверсия, какие и другие «версии» психосоматических типов человека,

всегда культурно-социальное явление в своей основе. Социальному врачу постоянно приходится иметь дело с такими «пациентами». В результате только одной Чернобыльской катастрофы наша страна приобрела массу конвертированных личностей. Прежде всего, это *ликвидаторы последствий взрыва на чернобыльской АЭС*, о которых мы писали неоднократно, обобщая результаты длительного наблюдения чернобыльцев в Центре медико-социальной помощи. Последующие социальные катаклизмы, свершившиеся в нашей стране, без сомнения, породили не одну тысячу конвертированных личностей, как и острую необходимость в медико-социальной помощи этим людям.

Трансверсия — следующая психосоматическая версия дифференцированного в половом отношении биологического типа людей. Она тоже опирается на механизм, описанный Фрейдом, а именно, перенос (трансценденция) своих переживаний на другого человека. Фрейд, описывая трансценденцию, не рассмотрел обратный путь по этому «психологическому каналу» — перенос переживаний другого человека на себя. Этот механизм основательно описан отечественным физиологом и психологом АА. Ухтомским, назвавшим его индукцией. А еще раньше К. Маркс вывел формулу «зеркала», благодаря которой происходит самопознание (и самооткрытие личности): «Человек Петр смотрит как в зеркало на человека Павла». Трансверты — это люди, которые обретают тождество с собой только через других субъектов. Их психология может напоминать психологию шизоидных морфологических типов наличием в своей структуре «alter ego». Однако у шизоидного субъекта «второе я» — это результат «саморасщепления», а у трансверта вторым «Я» является «Я» другого человека.

Трансверту присущ усложненный процесс самоидентификации и сохранения своей идентичности в окружении других людей. «Самокопание», повышения рефлексивность, склонность к постоянной интроспекции (самонаблюдению), стертость границы между сном и явью, мистичность как частый элемент переживаний — вот главные составляющие трансверсии. Для иллюстрации этого психосоматического варианта обратимся к некоторым художественным произведениям.

Трансверт не переносит одиночества, ибо теряет в нем чувство реальности. Племянник Ф.М. Достоевского, малоизвестный поэт *Михаил Достоевский*, хорошо написал об этом: «И сам я сон, который снится кому-то где-то в высоте». Заяц из сказки *Льюиса Кэрролла* «Алиса в Зазеркалье» спрашивает Алису: «Если бы он не видел тебя во сне, где бы ты была?». *М.Ю. Лермонтов* за 30 лет до Кэрролла написал поэму-загадку, в которой возлюбленные снятся друг другу, и неизвестно, кто существует наяву, а кто — во сне («В полдневный жар в долине Дагестана...»). В рассказе «Стук... Стук... Стук!» *И.С. Тургенев* показывает нам психологию трансверта наизнанку. В ней сосуществуют как бы два плана значений определенных событий: повседневный и мистический. Простые,

незамысловатые, понятные для всякого человека явления (шутка одного героя над другим) вдруг оборачиваются серией случайно совпадающих событий с роковым фатальным исходом — самоубийством по странным мотивам. Убивающий себя герой, трансверт, узнает реальную сторону вещей, которые он принимает за мистический знак. Но это не меняет дела. Ибо в его глубоком одиночестве существуют две правды об одном событии: простая и мистическая. Тургенев, не покидая ни на миг почву реализма, очень тонко показывает, как в сознании человека могут сосуществовать как бы две логики, два механизма самоотождествления — внешний (через других людей) и внутренний (среди смутных переживаний и догадок потерявшего свое «Я» субъекта). Благодаря такой двойственности, проходящей через всю его жизнь, человек существует как бы в двух ипостасях. Среди реальных людей он реальный человек с конкретной биографией. Наедине с собой, в своих самокопаниях, он жертва мистической судьбы. В его жизни сон постоянно смешивается с явью.

Еще сложнее картина переживаний другого героя Тургенева в рассказе «Сон». Он тоже (по нашей классификации) трансверт. С точки зрения здравого смысла (без учета трансвертированной психологии), в явлениях, описанных в «Сне», не разобраться. Герой во сне видит то, что потом происходит с ним наяву. Но у трансверта, напомним, сон смешивается (порой подменяя ее) с явью. Тургенев и в этом рассказе ни на миг не покидает почву реализма. Он демонстрирует нам глубокий психоанализ, в основу которого положено знание всего своеобразия психологии личностей, которых мы отнесли к трансвертированным типам. Перед нами раскрывается внутренний мир человека, с его тайным и очевидным смыслами, в которых переживаются реальные события.

Анализ аффектов трансвертированной личности как социальной формы индивидуальных переживаний позволяет осмыслить некоторые психосоматические феномены, которые находятся на грани деструкции сознания, когда в переживаниях теряется очертание пространственно-временных контуров реальности. Это феномены: *1. исчезновения различия мига и вечности в субъективном времени; 2. утрата в переживаниях четкой опоры на «здесь».* Х.Л. Борхес нашел для этих состояний яркие художественные образы в рассказах «Тайное чудо», «Юг» и «Другая жизнь». Во всех случаях герои этих рассказов сами решают, что принять за реальность, не считаясь с самой реальностью. Путем творчества, деяния и нравственного поступка, герои Борхеса подчиняют себе объективное течение времени, предопределяя, таким образом, конечный результат событий. И это одинаково в отношении «настоящего», «будущего» и «прошлого».

Добавим, что трансвертированные субъекты — это люди толпы, господствующих в ней интересов и взглядов. Легко индуцируемые (внушаемые), они, как правило, конформисты. Не имея опоры в своем собственном «Я», трансверты живут, руководствуясь «общепринятыми» ценностями. Фрейд и Юнг, изучая психологию масс, ориентировались на трансвертов. Ибо что такое

массовая психология, как не тиражированный аффект? Криминальные толпы и психические эпидемии — это тоже напрямую связано с трансвертированным большинством.

Заканчивая описание основных параметров трансверсии, следует еще раз подчеркнуть, что точно так же, как экстравертированность и интровертированность Юнга не являются патологическими состояниями, а только своеобразно направленными психосоматическими конституциями, так и конвертированность и трансвертированность — это вполне нормальные психосоматические варианты человеческой организации. Просто нужно постоянно иметь в виду, что грань психической «нормы» и патологии очень условна, особенно, если речь идет об основах психики людей.

И, наконец, последний вариант психосоматической конституции — перверсия.

Перверсия — это также не отклонение от нормы, а извращение «нормы» (нравственных ценностей, порядка, закона, истины, эстетических ценностей, психической нормы и т.д.). Конечно, всякое извращение хотя бы только условно придерживается нормы, ибо не утверждает собой новой нормы. Когда Р. фон Краффт-Эбинг написал «Половую психопатию. Извращение полового чувства», то он умышленно все описанные им половые извращения привязал к пограничным состояниям, а не к психической патологии. Многие проявления полового чувства, которые фон Краффтом-Эбингом считались извращениями, в наше время считаются половыми изощрениями нормальных людей. Изменилось отношение к половой ориентации. И все же половые извращения остаются одной из основных характеристик перверсных субъектов. Половые извращения не следует путать с поведением биотипов с незавершенной сексуальной дифференциацией. Вспомним, что писал на этот счет О.Вейнингер: «Между двумя крайностями, именуемыми мужчина и женщина, находится целый ряд переходных в сексуальном отношении особей». В середине этого ряда гермафродиты. В настоящее время достижения медицины и фармакологии настолько совершенны, что «переходные особи» могут в процессе своей жизнедеятельности менять свой пол и сексуальную ориентацию. При этом они неизменно остаются перверсными субъектами (если только их «версия» не изменяется по причине возраста, «горячей точки биографии» и т.д.).

Помимо извращения сексуального чувства и соответствующего ему поведения, перверсные субъекты являются «носителями» *девиантного и делинквентного* поведения. Так, все подростки, трудно переживающие половое созревание, становятся в этот период перверсными субъектами. Перверсия при этом проявляется не только девиантным и делинквентным поведением подростка, который становится социально «трудным», но и *извращением вкуса*, что немало способствует токсикомании (как же иначе объяснишь то, что подростки до потери сознания нюхают, например, выхлопные газы машины или поедают собачий кал?).

Индивидуальных форм подростковой перверсии чрезвычайно много.

Перверсия сформировавшихся личностей, прежде всего, обуславливается социально-культурными и экономическими законами, господствующими в обществе. Это относится и к проблеме современной преступности.

Двойственное отношение к теории Чезаре Ломброзо о «врожденном преступнике», сохранившееся до сих пор, указывает на то, что он прав и не прав одновременно. С точки зрения постоянно меняющихся под действием социально-культурных и экономических факторов версий человека, многое в теории Ломброзо становится понятным и приемлемым. Так, он описывал преступников, находящихся в перверсном состоянии, и все у него было убедительно и логично (и преступная мотивация, и характерология, и преступные действия). Но ни один криминалист, в том числе и Ломброзо и его последователи, не приводили ни одного примера, чтобы человек от рождения до преклонного возраста и смерти вел себе однообразно — преступно! Человек может даже родиться в перверсном состоянии, но в процессе жизнедеятельности ни разу не совершить преступления, прожив жизнь в других психосоматических «вариантах» своей личности. Макс Нордау, называвший себя последовательным учеником Ломброзо, предложил объяснять врожденных преступников *вырождением*. Однако *мутанты*, как показывают клинические наблюдения, это *больные люди, а не преступники*.

*Перверсия, появляющаяся на почве социальных катаклизмов, порождает новые, ранее нераспространенные формы преступления, например, в России — убийство и изнасилование детей. При этом, с точки зрения судебной психиатрии, эти преступники оказываются психически здоровыми. Пытаются объяснить серийные убийства **извращением реакций** на социально угнетенное положение преступника.*

Психически больной человек, даже совершивший жесточайшее убийство в состоянии расстройства сознания, бреда, галлюцинаций, слабоумия, не является преступником. Он остается психически больным человеком. Поэтому проблему преступления и злодеяния предстоит решать как современным *пенитенциарным социологам*, так и *социальным медикам*.

Глава 4

ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА В СОВРЕМЕННЫХ ИНТЕРПРЕТАЦИЯХ

1. Психоаналитическая модель человека

Изучая психоанализ Фрейда (а других источников для множества современных психоаналитических школ нет), следует помнить о том, что как практический метод лечения больного человека психоанализ вышел из гипноза. Фрейд учился гипнозу у двух знаменитых французских врачей-гипнотизеров — в Париже у Ж. М. Шарко (1825—1893) и в Нанси у И. Бернхейма (1840—1919). Правда, потом, порвав с гипнозом, Фрейд написал много несправедливых и нелепых слов о гипнозе (чем, кстати, бессознательно продемонстрировал свое слишком эмоциональное отношение к этому психотерапевтическому методу, тем самым косвенно признав, что его психоаналитический метод все же от гипноза сильно зависит). Надо отдавать себе отчет, что в основе любого психоаналитического метода в процессе работы с пациентом лежит гипноз. В большинстве случаев не столько построения психоаналитика, сколько его гипнотическое воздействие действительно лечит.

Как теоретическое построение психоанализ основан на «Философии бессознательного» (1869) Э. Гартмана. Фрейд, как послушный ученик, всеми своими работами словно выполнял заветы своего учителя, избавляя человечество от трех иллюзий: 1. иллюзии земного счастья; 2. иллюзии потустороннего счастья; 3. иллюзии достижения счастья в результате исторического развития.

Для того, чтобы до конца понять, что такое психоанализ для рода человеческого (а весь XX век в том, что касается медицины — психотерапии и психосоматики, а также психологии, культуры и искусства, прошел под его знаменем), процитируем строки из письма Фрейда И. Б. Галанту (из частного архива Галанта): «Мне долго ничего не удавалось... А я хотел встряхнуть воображение людей до основания. Любой ценой. Даже если бы мне для этого пришлось пройти по главной улице Вены голым и в хрустальной шляпе!» (1930 г.).

Современный психоанализ (мы говорим только о психоанализе в медицине) усвоил и адаптировал в учение Фрейда концепции Адлера и Юнга. Поэтому современная психоаналитическая модель человека — гибрид собственно психоанализа, индивидуальной психологии и глубинной (аналитической) психологии. При этом структура психики — основа психоанализа Фрейда — и его понимание либидо исключительно как сексуального влечения в настоящее время не вызывает споров, но все меньше принимается в расчет при практической работе с пациентами. В полной мере функционируют следующие понятия психоанализа,

описанные Фрейдом: 1. **Вытеснение, или конверсия**. 2. **Перенесение, или трансверсия**. 3. **Сублимация** (сейчас, в основном, как энергетическое обеспечение синдромов болезни, творческого процесса, или преступления в пенитенциарной социологии). 4. **Комплекс неполноценности** (взято из индивидуальной психологии Адлера). 5. **Компенсация — декомпенсация** (тоже взято из индивидуальной психологии). 6. **Аральная, оральная, генитальная стадии становления сексуальности** (фрейдовские понятия). 7. **Эдипов комплекс** (наряду с другими «комплексами», взятыми из греческой мифологии для обозначения переживаний пациента, например, «Танталовы муки», «Сизиф труд», «Ахиллесова пята» и др.). 8. **Страх кастрации** (фрейдовское понятие). 9. **Архетип переживания** (юнговское понятие). 10. **Интровертированность и экстравертированность личности** (юнговские понятия). 11. **Сновидение** как символический продукт бессознательного (фрейдовское понятие). 12. **Психопатология обыденной жизни** (фрейдовское понятие). 13. **Сопrotивление** (фрейдовское понятие). 14. **Оговорки, описки и спонтанные ассоциации** как способы проникновения в бессознательное (фрейдовские понятия). 15. **Катарсис** (состояния внезапного освобождения от мучительных переживаний, «комплекса» и т.п., вплоть до излечения, в процессе психоанализа). 16. **Психический регресс** (овладение пациентом состояниями, характерными для ранних этапов развития организма; так, например, астазия — абазия, при которой больной не может ни стоять, ни ходить, свидетельствует, что он регрессировал до состояния младенчества; иногда при психическом регрессе больные теряют способность членораздельно говорить, вместо чего лепечут, как младенцы, иногда при психическом регрессе наступает состояние псевдодеменции — больные словно становятся слабоумными и т.д.). 17. **Адаптация и реабилитация** (понятия, исходящие из адлеровских представлений о декомпенсации и компенсации, а также комплекса неполноценности). 18. **Фрустрация** (тягостное состояние, неудовлетворенность притязаний личности; понятие фрустрации разрабатывалось и Фрейдом, и Адлером).

Наряду с Фрейдом, Адлером и Юнгом, в практику современного психоанализа вошли представления, разработанные отечественными психологами и врачами. Это: 1. Доминанта А.А.Ухтомского (1930). Ухтомский понимал доминанту «как ясное сознание, максимально сосредоточенное на своем предмете». 2. Установка Д.Н.Узнадзе (функционально-структурное психологическое образование, реализующее свой предмет; например, установка на то, чтобы в кратчайший срок выучить иностранный язык или избавиться от страха темноты). 3. «Психическая травма» (понятие разработано Ф.В.Бассиным и В.Е.Рожновым, которые при этом широко используют классические психоаналитические представления, такие, как комплекс неполноценности, декомпенсация, сопротивление, перенесение, вытеснение, сублимация и т. д.). 4. Психологическая защита (разработана В.Н.Мясищевым (1940 г.)). 5. Индукция, интуиция и имитация (понятия, разработанные А.А.Ухтомским для объяснения

механизмов коммуникации между людьми). 6. Эмпатия (вчувствование в переживания другого человека; досконально разработана В.М.Бехтеревым). 7. Спонтанность и аспонтанность (действия человека, идущие помимо его сознания, мотивации и воли; разрабатывались Л.С.Выготским). 8. Рефлексивность (разработана А.Р. Лурией).

Конечно, отечественные психологи в основном работали в условиях, когда произведения Фрейда находились под запретом и могли только критиковаться. Однако психоанализ оказал сильное влияние на развитие отечественной психологии, особенно в том, что касается понимания механизмов бессознательного.

Психоаналитические интерпретации психосоматических состояний представляют собой процесс моделирования в пределах образов, представлений и понятий, присущих этому учению. Психоаналитические модели могут присутствовать в самых различных сферах культуры и искусства. Как известно, многие философы, социологи, политологи, художники, писатели, скульпторы, архитекторы в своем творчестве использовали фрейдовскую теорию³⁷.

В сфере компетенции социальной медицины психоаналитическое моделирование различных психосоматических состояний чаще всего касается следующих аспектов: **1. Собственно медико-социальных:** неврозы, пограничные характерологические декомпенсации, декомпенсации, связанные с «горячими точками биографии», делинквентное и девиантное поведение, попытки крайних форм личностного реагирования на социальные условия (суицидальные установки, гомицид, эскапизм), собственно психосоматические болезни (такие, как бронхиальная астма, гипертоническая болезнь, простатиты, колиты, риниты, фарингиты, функциональное бесплодие, расстройство обмена веществ, расстройства менструального цикла, стойкий болевой синдром и т.п.), тяжелые истинные болезни, долго протекающие и приводящие к стойкой утрате трудоспособности, инвалидизации, неизлечимые заболевания — рак, СПИД, алкоголизм, наркомании и токсикомании, психические и физические травмы и др. болезненные состояния.

2. Личность в условиях микросоциальных конфликтов: внутрисемейные конфликты, производственные конфликты, внутриличностные конфликты, приводящие к фрустрации (типа «вечный второй», нецененных личных заслуг или способностей. В ситуации социальных коллизий внутриличностные конфликты чрезвычайно распространены. Например, состояние заложника).

3. Личность в условиях макросоциальных коллизий (в современной России это, прежде всего, такие проблемы, как статус бомжа, мигранта, вынужденного переселенца, а также национального меньшинства).

4. Личность в условиях инвалидизации (в частности, солдаты-инвалиды).

³⁷ См. Фрейд. 3. Культура и цивилизация XX века / Под ред. В. Роджерса. Пер. с англ. М., 1999.

5. Личность в условиях одиночества.
6. Личность в условиях нарушения прав человека.
7. Личность, совершившая преступление (в том числе находящаяся в местах заключения).
8. Человек, приговоренный к смертной казни.
9. Социально-геронтологические проблемы (старость и одиночество, старость и неизбежность проживания вне семьи, в доме престарелых и т.д.).
10. Сексуальные проблемы («сексуальных меньшинств», половой ориентации с извращением полового чувства, половой дифференциации с возможными вариантами перемены пола).
11. Личность и творчество.
12. Личность и нетрадиционные религиозные верования (проблемы сектантства).
13. Психоделические состояния.

Мы перечислили, наверняка, не полный список проблем, которые могут возникнуть перед человеком и которые современные психоаналитики берутся решать. Делают они это путем создания психоаналитической модели психосоматического состояния, в котором находится человек, столкнувшийся с той или иной из вышеназванных проблем. При психоаналитическом моделировании психосоматического состояния (как и при любом другом виде моделирования) собственно психосоматические механизмы болезненного состояния или конфликта для психоаналитика не важны. Его модель часто «работает» успешно (что показывает богатейшая психоаналитическая практика в западных странах и в России). Это происходит все по тому же принципу «черного ящика», где главное, что на «входе» и что на «выходе». На «входе» человек со своей проблемой (то есть конкретное психосоматическое состояние), а на «выходе» — психоаналитик со своими методами и приемами. В любом случае, налицо *психотерапевтическая ситуация и психотерапевтическое лечение*. Психоаналитическая модель психосоматического состояния не хуже и не лучше других моделей. Все, в конечном итоге, зависит от того, *насколько психоаналитик придерживается медико-деонтологических правил и норм поведения в отношении своего пациента. И, конечно, главного правила Гиппократ — «не навреди!»*.

Заканчивая описание психоаналитического моделирования, добавим, что современные психоаналитики в своих сеансах нередко прибегают к «помощи» новейшей электронной техники (съемки на видеокамеру и трансляции катарсических состояний своих пациентов другим пациентам по телевизору, компьютерных «игры» в «свободные ассоциации, позволяющие проникнуть в бессознательное пациента» и т.п.). Причем, делают все это они с не менее «ужасными» пассажами, чем те, которые оттолкнули от гипноза Зигмунда Фрейда.

2. Гуманистическая модель человека

Гуманистическому моделированию человека предшествовала психосоматическая медицина, получившая в 70—80 годах XX в. широкое распространение в таких странах, как США, Нидерланды, ФРГ, Швейцария, Австрия. Психосоматики применяли фрейдовский психоанализ при лечении конкретных психических и органических заболеваний (от невроза и шизофрении до бронхиальной астмы, инфаркта миокарда и болезни Альцгеймера). Все они были последовательными фрейдистами и поэтому, объясняя различные заболевания, оперировали его понятиями. Некоторые из психосоматиков применяли при лечении традиционные лекарства, другие ограничивались психоанализом. Это могло выглядеть так: скажем, у пациента-мужчины язвенная болезнь желудка. В результате психоанализа врач трактует его заболевание как «скрытый в бессознательном комплекс кастрации». У пациентки бронхиальная астма. Психоаналитик может объяснить ее «скрытым в бессознательном сексуальным влечением к отцу» (даже если тот давно умер). Поставив подобные диагнозы, психосоматик применял соответствующие методы лечения — зондировал бессознательное, освобождая его путем катарсиса, сублимации и трансверсии от патогенных причин. Наиболее прославились своими научными статьями психосоматики Ф. Донбар (США), Ф. Александер (США, чикагская школа). Первый при постановке психоаналитического диагноза (моделирования) обращал внимание на особенности личности и характера человека, которые тоже трактовал, естественно, психоаналитически. Александеру принадлежит такой афоризм: *«Если человек, не сознавая свои переживания, не плачет нормальными слезами, тогда рыдают кровью его органы»*. Кишечник Александер назвал *«органом души, на котором играет бессознательное»*. Как показало время, успехи в лечении были все же у психоаналитиков, которые, помимо психоанализа, применяли и лекарственные препараты.

Ощущая недостаточность фрейдовских понятий для широкой медицинской практики, психоаналитики стали дополнять фрейдизм экзистенциалистскими и антропологическими положениями, заимствуя их у швейцарского психиатра и философа *Л. Бинсвангера* и датского физика и философа *В. Вайцзеккера*, бывших в большой моде в 70—80 годах. Вскоре от слияния психосоматической медицины с экзистенциализмом и философской антропологией появилась *гуманистическая психология и медицина*, которая, помимо лечебных действий, начала широкую компанию против традиционной медицины, прежде всего, против психиатрии. Антипсихиатрия была порождена гуманистической психологией. Многие антипсихиатры порывали вообще с медицинской практикой и становились общественными деятелями, социальными врачами, утверждая через властные структуры свои гуманистические взгляды на природу человека и общества.

Основатель американской Ассоциации гуманистической психологии (1969 г.) *Абрахам Маслоу* не занимался практической медицинской

деятельностью, а применял свою *«систему мотиваций»* (ядро его теоретических взглядов и понятие, которым он заменил фрейдовское «бессознательное» и психическую структуру) к *творчеству и философии человека* вообще. Согласно его мотивационной иерархии, у человека есть биологические, социальные потребности, но не в них суть дела. Главное — удовлетворение *трансцендентных потребностей, которые могут быть реализованы, только в творчестве*. При этом творчество понимается как *экстаз, близкий к религиозному (вернее, выход-из-себя... в трансцендентную реальность)*. Строя свою систему, Маслоу широко использовал представления восточных эзотерических школ. В практической медицине его концепция положительных результатов не дала, но последователей в разных областях медицинской практики у него было немало.

Другим лидером гуманистической психологии был американский психолог *Карл Роджерс*. Он работал и в практической медицине, особенно, в психотерапии. Его беспокоили не столько болезни «клиентов» (Роджерс категорически выступал против слова «пациент», предпочитая называть больных «клиентами»), сколько их социальные проблемы. Но пытался решать эти проблемы он *за счет актуализации «витальной силы» и экзистенциальных способностей «Я» врача*. Врач, по мнению Роджерса, должен «брать на себя» проблемы своего клиента, вживаться в их запредельную реальности суть, и, таким образом, решать проблемы. Как Юнг в свое время надеялся на плерому, в которой все противоречия могли быть разрешены, так Роджерс надеялся на трансцендентную реальность, с помощью которой все проблемы «клиента» разрешились бы сами собой. Роджерс утверждал, что каждый человек в своей жизнедеятельности непременно проходит *жизненные ситуации, которые в свое время были отражены в мифах различных народов, в произведениях древних трагиков Софокла, Еврипида, а также в произведениях Шекспира и Достоевского*. Таковы ситуации Федры, Электры, Гамлета, Макбета, ситуации Сизифа, Тантала, Эдипа; ситуации Раскольников, Неточки Незвановой, братьев Карамазовых (разумеется, каждого в отдельности), старца Зосимы, Великого инквизитора и т.д. Однако, если клиент находится, скажем, в ситуации Раскольников, это не значит, что он действительно убил старуху-ростовщицу. Нет, это «убийство» он совершил *в символической форме, но болеет и имеет социальные проблемы именно поэтому (болезнь и проблемы клиента тоже следует понимать не в их реальном содержании, а как символические образы)*.

От концепции Роджерса до практики социальных медиков оставался один шаг. И последователи Роджерса сделали его в сторону мистики, поэтому больших практических результатов не имели. Современные гуманистические психологи в большинстве своем перекалвалифицировались в *психоделических психотерапевтов* и занимаются проблемой *«Человек перед лицом смерти»*. Здесь также придерживаются методов *«центрирования на клиенте»* и *«активизации витальности Я врача»*. Описывается случай, когда во время психоделического сеанса врач умер вместе со своим «клиентом» (больным СПИДом; врач был

здоровым и молодым). Этот случай прошел по многим каналам и был психоделическими (гуманистическими) психологами объяснен, как «случай, когда трансцендировали оба Я — клиента и врача, ибо Я клиента оказалось сильнее Я врача».

Несомненной заслугой гуманистических психологов и врачей является то, что «болезнь» клиента они рассматривают нераздельно от его конкретных жизненных проблем и условий (от материального и жилищного положения до семейных и служебных перспектив), а также принимают во внимание возраст клиента, его реальный жизненный опыт и т.д. Иными словами, они начинают свою работу с клиентом как *социальные медики*. Правда, заканчивают они ее как эзотерики и мистики. Кстати сказать, хотя в нашей стране сейчас и нет последователей гуманистических психологов, тем не менее много всевозможных мистиков, заполняющих «нишу», которую должна занимать социальная медицина.

3. Клиническая модель человека

Обратим внимание на один аспект традиционной научной медицины, в отношении которого со времен Гиппократов до наших дней, имеются две противоположных точки зрения. 1. *Нужно лечить больного, а не болезнь*. Этой точки зрения придерживался сам Гиппократ и Парацельс (1493—1541). 2. *Нужно лечить болезнь, а не больного*. Этой точки зрения придерживался римский врач Гален (130—200) и Авиценна. Так отцы современной медицины возглавляли в разное время эти два подхода к больным в клинической медицине.

Современная медицина по-своему склоняет врачей к тому или иному направлению. Так, *клиника внутренних болезней, где в настоящее время на первое место выходят технические (электронные) методы, диагностики, может себе позволить как бы не видеть больного со всеми его психосоматическими особенностями*. Психиатрическая клиника, где технических средств диагностики мало, естественно, на первое место ставит больного, с его психосоматическими особенностями (среди которых все рассмотренные нами: строение тела и характер, морфологические типы, половая дифференциация и т.д.). Но и в области душевных болезней не все просто. И здесь могут быть приверженцы направления, согласно которому нужно лечить болезнь. Тогда все психосоматические особенности человека можно обозначить одним словом: *«преморбид»* (человек до болезни), или *«патокинез»* (психосоматические особенности в разгаре болезни), или *«постморбид»* (психосоматические особенности после болезни). Точно также и в клинике внутренних болезней могут быть приверженцы линии на излечение больного, которым важна не только болезнь, но и психосоматическая реакция на болезнь, которая, естественно, у всех людей разная.

Приверженцы обеих линий имеют «неоспоримые» аргументы в свою пользу. Мы здесь, конечно, не будем их рассматривать, чтобы не отвлекаться от нашей темы. Говоря о клинической модели человека, мы выделяем главную часть

из обеих врачебных позиций. А именно: болезнь всегда имеет *симптомы* (одинокие признаки заболевания) и *синдромы* (структуру, в которую «укладываются» симптомы, образуя тем самым *клиническую картину болезни*). В эти три понятия: симптом, синдром и клиническая картина болезни — входит все, и при точке зрения, что нужно лечить больного, сам больной со всеми своими особенностями и реакциями, представляет тогда «часть» синдромологической структуры или клинической картины, при точке зрения, что нужно лечить болезнь, с больным и его реакциями происходит то же самое, что и в первом случае, — он оказывается частью структуры синдрома или клинической картины. ***Клиническое моделирование человека и есть взгляд на него в болезни как на «совокупность симптомов», «структуру синдрома», «клиническую картину заболевания».*** Приведем примеры из собственной врачебной практики.

1. Больная 63-х лет. Наследственность отягощена: отец страдал депрессией, покончил жизнь самоубийством. Мать страдала старческим слабоумием с 65 лет. Умерла в возрасте 76 лет. Брат больной страдал болезнью Альцгеймера, умер в 66 лет. Больная замужем 40 лет. Имеет дочь, 39 лет, которая с 14 лет страдает эпилепсией, и сына, 35 лет, который с 30 лет страдает алкоголизмом. Мужу 70 лет. Эпилептоидная личность. Фронтвик. Был легко ранен, никогда особо не болел. Юрист. Долгое время работал судьей. Характер отца дети определяют как «тяжелый». Отношения с матерью были всегда «хорошие». Брак по любви. Брат отца страдал хроническим алкоголизмом. В 68 лет умер от белой горячки.

Больная в преморбиде психастеническая личность. По образованию педагог. Преподавала в старших классах литературу. Сама выучила польский язык (некоторое время проживали на границе с Польшей), свободно читала по-польски и писала без затруднения.

В 55 лет заболела раком грудной железы. Была оперирована (грудная железа удалена). Через три года снята с онкологического учета. В это же самое время стремительно стали нарастать расстройство памяти, практических навыков, изменилось поведение (периодически стала агрессивна в отношении мужа, что ей несвойственно, стала его ревновать). Явления деменции нарастали. Перестала называть по именам дочь и сына. Не могла рассказать свою биографию. Стала говорить, что в «квартире постоянно много людей», называла незнакомые имена. Прекратила читать книги (чем особенно увлекалась) и даже газеты. Затем перестала смотреть телевизор. Оставалась опрятной. Иногда как бы возвращалась к своему прежнему состоянию, читала стихи, разговаривала с дочкой по-польски. Но это не надолго. Явления деменции нарастали. Не могла самостоятельно раздеться и одеться. Расправить и заправить постель. Затем стала рвать одежду и постельное белье. Прятать по углам обувь и разные вещи. Стала рыться по сумкам и карманам и забирать кошельки и деньги, которые тоже прятала. Объяснить свое поведение не могла. Ни на что не жаловалась. Настроение в целом было ровное. Кроме раздражения и периодической гневливости на мужа, никаких негативных

эмоций не проявляла. Дочь нашла контакт с больной. Могла путем тихой беседы вернуть ее к более или менее «нормальному» состоянию, когда больная вспоминала, как зовут ее родных и сколько их. Вспоминала стихи, которые знала наизусть, и польский язык. Но «просветления» памяти и во время беседы с дочкой стали непродолжительными.

Во время приема у врача пытается вступить в контакт. Но речевой контакт невозможен, речь расстроена. Слова произносит правильно, но в предложении меняет местами подлежащее и сказуемое. Сидит на стуле спокойно. Настроение ровное, сознание ясное, имя свое называет правильно, биографические сведения связно рассказать не может. Жалоб никаких не предъявляет. Бреда, галлюцинаций не обнаруживается. Сознание болезни формальное. Соглашается с врачом, что больна и должна лечиться, но при вопросе о том, что ее беспокоит, начинает улыбаться и не отвечает. При каждом вопросе врача сосредотачивается, чтобы его понять, напрягает лоб. С трудом вспоминает имена дочери, мужа и сына, но тут же начинает называть имена «других» дочерей и сыновей, которых у нее никогда не было. Также не может сказать, кто она по профессии, но по просьбе врача прочитать отрывок из «Евгения Онегина», с подсказкой дочери, несколько строк прочитала. Почти всю беседу с врачом однообразно улыбалась. Уходя из кабинета, попрощалась, сказав «До свидания, доктор. Спасибо!»

Резюме. В данном случае чрезвычайно сложная больная и в отношении наследственной отягощенности, и анамнеза жизни (эпилептоидный супруг, профессия педагог, двое больных детей), и анамнеза заболевания (две тяжелых болезни). Клинический диагноз, однако, полностью укладывается в синдром деменции Альцгеймера (подтвержденный компьютерной томографией мозга и магнитным резонансом мозга, обнаружившими атрофию участков коры в теменной и затылочной областях).

В структуре синдрома деменции такие симптомы, как тотальное расстройство памяти, исчезновение профессиональных и житейских навыков, нарушение коммуникативных способностей, приступы агрессивности и гневливости избирательного характера (в отношении мужа), а также ревность. Синдром имеет тенденцию к стремительному отягощению: больная уже практически является инвалидом I группы и не может себя обслуживать. Расстройства сознания и самосознания, бреда и галлюцинаций не обнаруживаются.

Итак, мы привели пример *клинического моделирования человека*. Исходя из синдромологической модели, больной было назначено медикаментозное лечение. *На основании синдромологической модели делается и прогноз заболевания.*

В данном клиническом случае мы имели больную с двумя тяжелыми (неизлечимыми) заболеваниями (патогенетически не связанными друг с другом — раком грудной железы и болезнью Альцгеймера). Ниже приведем пример типичного (по западным критериям) *психосоматического заболевания* —

неврозоподобного состояния с функциональными половыми расстройствами и перверсными наклонностями.

2. Пациент 27-и лет, атлетического телосложения (занимается культуризмом). Не женат. В срок отслужил в армии. Был в «горячих точках». Служил в должности командира БТР. Службой в армии доволен, считает, что «каждый мужчина должен пройти службу в армии». Единственный ребенок в семье. Мать страдает вялотекущей неврозоподобной шизофренией с гиперсоциальностью. Неоднократно лечилась в отделениях неврозов психиатрических больниц. Постоянно продолжает принимать поддерживающие дозы психотропных препаратов. По специальности агент страхования имущества. Образование среднее — библиотекарь. С работой справляется успешно. Истероидная, капризная, верит в колдовство и мистику. Отец больного страдает хроническим алкоголизмом. Но после лечения «кодированием» пять лет алкоголь не употребляет. Интеллект у отца невысокий. По характеру вспыльчивый, подозрительный, но не ревнивый. Сын в контакте с матерью. С отцом «давно не понимают друг друга». Больной имеет профессионально-техническое образование. По возвращению со службы в армии пять лет нигде не работает. Пробовал заняться мелкой частной торговлей — не получилось. Вернувшись из Армии, стал испытывать сложности в общении с женщинами. При сильном половом влечении (влечение избирательное: женщина должна быть выше больного ростом — рост пациента 168 см. — с узкими бедрами и небольшой грудью) часто не наступала эрекция. Если же наступала, то быстро заканчивалась «эякуляцией прекокс» (преждевременным семяизвержением). Последнее время обострились отношения с родителями из-за того, что пациент не работал. Решил жениться. Нашел невесту 18 лет, отвечающую его стандартам. Знал, что «девочка неправильного поведения» (несколько аборт, начиная с 15-летнего возраста). Тем не менее жениться на ней решил «твердо», собираясь ее «исправить». Родители были против свадьбы. Тогда он заявил им, что «броситься под электричку, если свадьбы не будет». Сыграли свадьбу, «как положено». Через неделю жена в его квартире при нем легла в постель с его другом (все были выпивши). Пациент ушел из дома и трое суток провел в лесу. Потом вернулся и выгнал жену из дома. Подал на развод и развелся.

Обратился к врачу с жалобами на плохое настроение, бессонницу, головную боль, сильный зуд в промежности, отсутствие аппетита, общее недомогание и физическую слабость (не мог выполнять обычный комплекс физических упражнений). Одновременно высказал жалобы и на «недостаточно хорошую половую функцию». С женой, однако, «все было хорошо». Сообщил, что в «сексе изобретателен и любит изобретательных». Одинаково получает удовольствие от всех видов полового сношения (вагинального, орального и анального), но особенно от анального («тогда с эрекцией все в порядке»). Вскоре после развода с женой сошелся с 15-летней школьницей, «очень внешне похожей на бывшую

жену». Но после серьезного разговора с ее родителями (которые сразу предложили ему на выбор — или в загс, или они пишут заявление в милицию, что он совратил «малолетку» и живет с ней половой жизнью) отношения с несовершеннолетней порвал. С врачом вел доверительную беседу, выявил готовность лечиться, просил ему помочь. По совету врача, стал искать работу.

Нашел «фронтowego друга», у которого был свой бизнес. Устроился к нему на хорошую работу (продавцом в автосервис). Вскоре вступил с другом в половые отношения. Сам пришел к врачу и рассказал об этом. Спросил врача, «настоящий ли он гомосексуалист, ибо это ему доставляет больше удовольствия, чем все женщины вместе взятые». Однако порывать полностью с женщинами не хотел и вместе со своим другом-любовником вступал в половые связи и с женщинами. Несмотря на то, что «жизнь устроилась», болезненные симптомы, с которыми он первый раз обращался к врачу, не прошли. Особенно беспокоил зуд и бессонница.

Резюме. Здесь тоже непростой клинический случай. Отягощенная наследственность с обеих сторон. Акцентуированная личность с невысоким интеллектом, компенсируемым волевыми качествами. На переднем плане сексуальные отклонения: женщины ему нравились мужеподобные, и анальный секс доставлял оптимальное удовлетворение. Декомпенсация наступила сугубо социального характера — неудачный брак. Ситуация усложнилась связью с несовершеннолетней. Что, в частности, указывает на более глубокие расстройства полового чувства, возможно, имеет место и скрытая педофилия. Подробнейшее психосоматическое обследование могло бы пролить свет на механизмы невротических, функциональных половых расстройств, а также на расстройство полового чувства и либидо.

С точки зрения же клинической картины, у пациента неврозоподобный синдром на фоне преморбидной акцентуации характера, в структуру которого входят симптомы функциональных половых расстройств и расстройство полового чувства.

Для клинического лечения (медикаментозного, психотерапевтического) такая интерпретация является вполне достаточной.

3. Пациентка 35-и лет. Замужем. Но с мужем не живет с момента рождения ребенка. Предъявляет массу жалоб функционального характера: головокружение, шаткость походки, онемение щек, губ, «темнота перед глазами», стойкое повышение температуры ($37,5^{\circ}$), колебание артериального давления (больная гипотоник, нормальное АД — 100/70, может повышаться до 120/80–90, что больная сразу отмечает «плохим самочувствием»), нестерпимый зуд промежности, во влагалище, отсутствие аппетита, «судороги в правой кисти», «звон в ушах», а также астенические жалобы — утомляемость, чувство разбитости, головная боль, расстройство сна, отсутствие чувства бодрости после сна, снижение либидо, отсутствие оргазма, «задержки» в менструальном цикле.

15 лет назад было подобное состояние, когда родители категорически были

против ее брака с молодым человеком, которому она отдалась девственницей (молодой человек алкоголизировался и принимал наркотики, нигде не работал). Лечилась у психотерапевта. Принимала кратковременно седативные препараты и сеансы психоаналитической терапии.

Наследственность психопатологически отягощена — подобного же характера мать, которая все время болеет и лечится у различных специалистов. Мать на полгода «глохла», потом на месяц слепла, по причине ревности. Отец здоровый, красивый, одаренный (известный кинодраматург), постоянно почти открыто заводил любовные связи. Ссор и разговоров о разводе в семье никогда не было, но после каждой очередной измены мать заболела. Мать нигде не работала, занималась домашним хозяйством. Воспитанием дочери (единственного ребенка) занимался исключительно отец. Отношения матери с дочерью были «очень плохие» с 15 лет, после одной «стычки» мать и дочь практически не разговаривали (как-то на пляже дочь заметила матери, что та «перестала следить за собой, выглядит старше своих лет, тело дряблое», на что мать ответила: «Какое твое дело? Не тебе мое тело целовать!». Этот ответ потряс дочь до такой степени, что у нее несколько часов «была истерика». Закрывшись в своей комнате, она рыдала. С тех пор «мать презирает и ненавидит».

Дочь закончила МГУ, филологический факультет. В совершенстве овладела немецким и английским языками. Работала в иностранном отделе в «Литературной газете». Немного писала — обзоры иностранной прессы, рецензии, небольшие рассказы. С 1990 г. работает в иностранной фирме и фактически живет семьей с главой фирмы — иностранцем. 9 лет продолжается их связь, вместе проводят отпуска за границей. Собирается выйти за него замуж, «как только у него закончится контракт в России». С мужем пока не разводится.

Настоящее обострение состояния связывает с двумя причинами:

1. Сожитель особенно не настаивает на браке, хотя его контракт подходит к концу.
2. Решив ему отомстить, после очередного разговора о браке изменяет ему с двумя мужчинами подряд (причем, после второго случая испугалась, что заразилась СПИДОМ или СИФИЛИСОМ — тогда появился зуд в промежности и во влагалище). Долго не решалась провериться, потом все же сделала анализы на СПИД и СИФИЛИС. То, что они оказались отрицательными, пациентку не успокоило, стала ходить по венерологам и гинекологам, «искать микроб», которым «заразил ее» второй любовник. Кстати, в молодости, до того, как вступила в половую связь с упомянутым иностранцем, легко и постоянно вступала во множественные половые связи, проявляла явную гиперсексуальность (как и ее отец). Врачу призналась, что в детстве «несколько раз подглядывала за отцом, когда он мылся в душе, испытывала к нему половое влечение с 12 до 25 лет».

В психическом статусе: сознание ясное, интеллект высокий, культурный уровень также высок. Эгоцентрична, театральна. Мышление двойственное — и рассудительное, формально логическое (по мужскому типу), и ярко образное, с явно творческим воображением. Воля сильная («всегда добиваюсь, чего хочу!»),

независимая. Достаточно критична к своему двусмысленному положению, понимает, что «продает себя, чтобы выйти на высокий социальный уровень жизни и уехать из России». Отношения к сыну скорее формальные. Его воспитанием полностью занимается мать пациентки. Продолжают фактически не разговаривать, даже по поводу сына. Жалуется врачу, что мать «узурпировала влияние на ее сына, отобрала его у нее». Уехать из России хочет еще и потому, чтобы отобрать сына у матери и дать ему воспитание за границей. К своим болезненным переживаниям не критична, все же склонна думать, что «дело все в микробе, которым она заразилась половым путем от любовника». Решила «во что бы то ни стало найти этот микроб, даже если для этого придется лечь на обследование в заграничную клинику».

Резюме. Для социального врача — психосоматика эта пациентка представляет весьма интересный и сложный «случай» в силу своеобразия ее характера, внутрисемейных отношений, внутриличностных отношений, особенностей сексуальности и т.д., и т.п. Но синдромологически все очень просто и укладывается в один *истеро-ипохондрический синдром* (в рамках акцентуированного характера). Лечение, согласно данному синдрому, клинически тоже несложное: медикаментозное — мягкие нейролептики с энергизирующим эффектом, антидепрессанты и рационально-корректирующая психотерапия. Традиционное клиническое лечение приведет к купированию симптоматики и к коррекции (формальной) личности. Больная перестанет жаловаться на свои функциональные расстройства, но останется при своих внутренних и социальных проблемах до следующего обострения состояния. Только социальный врач мог бы решить проблему пациентки радикально, учитывая ее психосоматический тип и социальную ситуацию.

Ограниченность клинического моделирования во всех трех случаях обнаруживается, когда пациенты рассматриваются не только как больные, но как живые люди, имеющие до болезни реальные социальные проблемы, которые чрезвычайно осложняются в результате их заболевания, то есть когда больные рассматриваются с позиций социального врача. При этом нужно помнить, что помимо адекватного решения социальных проблем больных, есть всевозможные способы псевдорешения (предлагаемые околomedicalными дельцами всех мастей), приводящие, в конечном итоге, больного к нравственному или социальному тупику. Кроме того, синдромологическое (клиническое) моделирование работает также по принципу «черного ящика», при всей своей оснащенности анализами и дополнительными исследованиями, в том числе электронными методами. Ибо реальные психосоматические механизмы при составлении синдромологической структуры просто не принимаются в расчет. При этом часто бывает так, что стигма принимается за синдром, а своеобразие анатомии органа — за патологию (например, «блуждающая почка», «загиб желчного пузыря», «отклонение оси сердца», «увеличенных размеров слепая

кишка», «лишний клапан аорты», «грыжа диска позвоночника» и т.п.). Врачи при этом не задумываются, почему человек, родившийся с вышеназванными особенностями того или иного органа, прожил с ними, например, до 40 лет и не болел, а в 41 год стал жаловаться на боли и функциональные расстройства. Особенно часто делаются врачебные ошибки такого рода, когда у больного стойкий болевой синдром (боли могут быть в различных органах, мышцах, суставах, позвоночнике и т.д., но всегда, строго по зонам Захарьина, сенестопатоподобные переживания или состояние конверсии).

При клиническом моделировании нельзя ответить и на такие вопросы, скорее относящиеся к компетенции социального врача, чем клинициста: 1. Почему у разных людей одно и то же заболевание, а также и физическая травма, протекают по-разному? 2. Почему одно и то же заболевание у разных людей протекает неодинаково (острая, подострая, хроническая формы течения) и приводит к различным исходам (выздоровление, стойкая утрата трудоспособности)? 3. Почему одно и то же заболевание у разных людей приводит к различным социальным последствиям (ближайшим: уходу из семьи, смене места работы, места жительства и т.п.)? 4. Почему одно и то же заболевание одних людей приводит к переоценке ценностей, а других — нет (одни, пережив болезнь, физически и морально стареют, другие могут даже «помолодеть»)? 5. Клиническое моделирование совершенно не интересуется влиянием сексуальности на болезнь и, наоборот, влиянием соматической болезни на особенности сексуальности больного. **Главное: клинический подход к больному совершенно беспомощен перед его социальными проблемами и социально-возрастным статусом.**

4. Психофармакологическая модель человека

По данным международной научной организации «Quality of Life» (1998 г.), в развитых цивилизованных странах в настоящее время каждый второй житель принимает те или иные медикаменты (включая детей, которым лекарства дают их родители) *без назначения врача*. Реклама медикаментов на телевидении в нашей стране может создать твердое убеждение, что врач вообще не нужен, ибо рекламирующий свой товар фармацевт одновременно осуществляет и *симптоматическое* назначение этого медикаментозного препарата («от головной боли», «от боли в горле», «от кашля», «от боли в желудке», «от всех видов простуды», «от боли в сердце, суставах, мышцах» — короче, *от любой боли*). Одновременно «от бессонницы», «от плохого настроения», «для поднятия жизненного и полового тонусов» и т.д.

Симптоматический подход к человеку имеет успех у потребителя «безнадзорных» (врачом) лекарств именно потому, что препараты типа аспирина «Упса» (и другие препараты этой фирмы), как и «Бальзам Битнера», по своим действиям являются химикатами, которые могут изменить психосоматический

статус человека, ибо большинство расстройств, которые они «купируют», — психосоматические. Они создают субъективную иллюзию здоровья, убирая симптомы, а не причины болезни, которую эти симптомы означают. Симптоматическое моделирование человека невозможно, ибо симптомы (в отличие от синдромов) — явления преходящие и часто базируются на неправильно понятом самочувствии человека. Незнание психосоматических законов жизнедеятельности организма ведет к тому, что такие вполне нормальные явления, как кратковременная головная боль, боль в горле или желудке, чихание, насморк, зуд, повышение температуры до субфебрильной, недомогание и даже нестойкая бессонница (и множество других «неприятных» явлений работы, повторяем, вполне здорового организма), принимаются за «болезнь», которую можно вылечить без врача. (Одна из заповедей Гиппократ гласит: **«Ни одного лекарственного препарата без назначения врача!»**) В этом же ряду психофармакологического моделирования человека находятся и условно лекарственные препараты, предлагаемые гомеопатами, «травниками», продавцами «Лавки жизни». Они через суггестию (самовнушение) оказывают именно психосоматический эффект, создавая все ту же иллюзию здоровья.

Любой медицинский работник знает, что за симптомом могут скрываться не только преходящие психосоматические реакции (как вариант нормы), но и серьезные заболевания. Достаточно несколько примеров. Головная боль может быть симптомом опухоли мозга. Субфебрильная температура — симптомом туберкулеза или СПИДа. Бессонница — началом шизофрении и т.д. **Поэтому всякое психофармакологическое моделирование человека опасно, безответственно и преступно по своей сути.** К психофармакологическому моделированию состояний человека относятся и назначение всевозможных седативных, тонизирующих (допинговых) и анальгизирующих препаратов. Такое моделирование исходит опять же из незнания (или прямого игнорирования знания) психосоматических законов функционирования организма. Так, совершенно неверными являются конечные «модели» состояний человека: эмоциональная тупость (в любых ситуациях), приподнятое настроение с избытком энергии (в любое время, когда человек пожелает), круглосуточное отсутствие какой-либо боли или физического дискомфорта при любых обстоятельствах. Систематическое психофармакологическое моделирование человека *всегда заканчивается психологической и физиологической зависимостью от медикаментозных или допинговых препаратов, то есть токсикоманией. От токсикомании до наркомании один шаг.* Сначала человек принимает без назначения врача лекарства, чтобы ему не было плохо (например, студент перед экзаменом, к которому плохо подготовлен, принимает препарат, который «активизирует память и избавляет от страха»). Следующий шаг — человек принимает лекарства, чтобы ему было хорошо (приподнятое настроение, повышенная работоспособность, повышенная сексуальная активность, отчаянная смелость, кураж и т.д.). Это уже, как минимум, начало токсикомании.

Психофармакологическое моделирование может быть результатом и синдромологического моделирования, то есть обычного медицинского (клинического) подхода к человеку. Ведь после постановки диагноза врач назначает больному все те же лекарства (точно также и после травмы и хирургической операции). На этапе лечения врач как бы абстрагируется от всех (психосоматических) особенностей человека и воспринимает его уже *в разовых и суточных дозах лекарственных препаратов, которые составляют самостоятельную структуру — лечебную «схему»* (например, при гипертоническом кризе — 50 мг этанола утром и вечером, 0,5 мг феназепамом утром, в обед и 1 мг на ночь, 1 капсула ноотропила утром и в обед; при астено-невротических реакциях с вегето-сосудистыми кризами — 10 мг. соннапакса 3 раза в день, 25 мг. людиомила утром и в обед, по 1 капсуле ноотропила утром и в обед, по 1 драже поливитаминов 3 раза в день и т.п.). Каждый синдромокомплекс имеет свой медикаментозный эквивалент. А, как было сказано выше, за каждым синдромом «скрывается» все психосоматические особенности человека. *На современном этапе медицины любое лечение строится непременно (осознает это врач или нет) по психосоматическому принципу (то есть каждая лечебная схема непременно включает и психотропные препараты, даже если выставляется диагноз «чистой» органической патологии).*

Психофармакологическое моделирование человека имеет еще и иной смысл. В спорте и при некоторых родах деятельности человека лекарственные препараты применяются «для улучшения результатов». Такое назначение препаратов (мы имеем в виду только разрешаемое соответствующим законодательством) все же весьма спорно. Но все же это реальность сегодняшнего дня, с которой приходится считаться (так, например, для профилактики нервно-психических срывов работники Министерства чрезвычайных ситуаций могут принимать медикаментозные препараты в соответствующей ситуации).

Самыми спорными в психофармакологическом моделировании человека являются три области.

1. Применение психотропных препаратов, полностью изменяющих психосоматический статус умирающего человека на иллюзорно-благополучный, при психоделической терапии. Вплоть до применения искусственного наркотика ЛСД.

2. Попытки медикаментозного лечения преступников (корректирование девиантного поведения считается обычным делом психиатра, а деликвентного поведения — весьма спорным делом). Противники медикаментозного «исправления» преступников аргументируют свое негативное отношение к этой проблеме двумя основными доводами. А) Преступление — это сугубо социальное явление. Врожденных преступников нет. Следовательно, нельзя рассматривать преступное поведение как синдром особого склада личности. Коль нет синдрома, нет и лечения. Б) Медикаментозное воздействие на преступника — это посягательство на свободу его личности (имеется в виду — внутреннюю свободу).

Это нарушение прав человека.

3. Психофармакологическое моделирование человека в армии и спец. органах (начало ему положено всем известными 100 граммами спирта перед боем и после боя). Тема эта попадает под гриф «секретно» и поэтому нами лишь обозначается.

Итак, мы рассмотрели все современные модели человека, «подменяющие» исследование его психосоматических особенностей. Общим недостатком указанных подходов перед психосоматическим является то, что все названные способы моделирования решают конкретные и чрезвычайно узкого характера задачи. Они не могут изменить социальную основу различных видов декомпенсации человеческой жизнедеятельности, поэтому, в лучшем случае, купируют ведущий синдром и изменяют *отношение человека к патогенной ситуации*.

Только знание психосоматики человека, ее социальных основ, форм и содержания, проявления в процессе жизни и деятельности человека, с учетом возрастных периодов, позволяет адекватно решать любые проблемы, человека, касающиеся его индивидуального или общественного здоровья и благополучия. Но это входит в компетенцию и задачи социального медика.

РАЗДЕЛ 2

СОЦИАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ

Глава 1

СЛОВО КАК ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКТОР

1. История психотерапии

На одной из сохранившихся стен древнеегипетского храма Ипет-Исут (Карнак) выбитые в камне иероглифы содержат следующий текст: «Возьми чистую лампу. Наполни ее ароматным маслом и повесь на палку из лавра. Воткни палку в стену с утренней стороны. Поставь перед лампой мальчика. Погрузи его в сон движениями руки. Потом зажги лампу. Произнеси слова заклинания семь раз. Пусть мальчик откроет глаза, а ты спроси его так: «Что видел ты?» Услышишь ответ такой: «Я видел богов вокруг лампы!» Скажи мальчику, что ты будешь задавать ему вопросы, а он пусть передает твои вопросы богам и слушает их ответы»...

Это первый известный в истории психотерапии сеанс гипноза. Технически он совершенен, если иметь в виду, как много приемов из него заимствовали современные гипнологи: и *пассы рукой*, и *мерцающий свет лампы*, и *ароматический запах*, и *даже то, что для сеанса гипноза нужно подбирать наиболее внушаемых субъектов*. Дети (египтянин – гипнотизер это знал) — наиболее внушаемая часть населения. В основе любых методов психотерапии лежит гипноз. Так считали древние (многим известны рассказы, как приговоренным к смерти давали выпить чистой воды, говоря, что это яд, и, глотнув, приговоренные к смерти умирали). В странах ранних цивилизаций, таких, как Египет, Греция, Индия и др., гипнотерапия находилась на первом месте. И в странах с неразвитой цивилизацией тоже. В первых странах гипнозом широко пользовались не только врачи, леча человеческие недуги словом, но и жрецы, гипнотизируя в своих целях огромные массы людей. В нецивилизованных — шаманы и колдуны. Если пользоваться современными терминами, то уже древнегреческие жрецы широко применяли наркогипнотерапию (гипноз усиливался действием наркотизирующих веществ). Отечественные ученые-психотерапевты, в разные года посвятившие себя лечению гипнозом и изучению этого феномена, также считали, что гипноз — основа психотерапии. Мы имеем в виду В.М. Бехтерева и В.Е. Рожнова, организатора первой в СССР кафедры психотерапии при Центральном ордена Ленина институте усовершенствования врачей (ЦОЛИУВ) и долгое время ее заведующего.

Австрийский врач *Франц Антон Месмер* (1734—1815) один из первых вплотную подошел к научному пониманию явлений гипноза. Он объяснил его «животным магнетизмом» и верил, что сам обладал особой силой животного магнетизма. Свои магнетические «флюиды» Месмер «передавал» больным, прикасаясь к ним рукой или металлическим прутиком. Он сконструировал громадный бак, наполнял его водой и закрывал крышкой с металлическим шариком наверху. К этому шарiku Месмер прикасался хрустальным жезлом и «заряжал» воду. Люди могли воспринимать «целебную энергию», дотрагиваясь до бака, опуская в него руки, ополаскивая лицо и больные части тела заряженной водой, или пить из специальных ковшиков. Идеи Месмера и его бак с «заряженной водой», кстати, недавно ожили в нашей стране, когда некто А. Чумак тоже «заряжал воду» всем желающим прямо с экрана телевизора.

Однако в отличие от наших доморощенных целителей, Месмер не был шарлатаном, он был врачом и умело применял гипноз, хотя и называл иначе этот главный метод психотерапии. С именем Месмера связаны Первые техники индивидуального, группового и массового лечебного гипноза.

У Месмера были последователи, которые разнообразили технику гипнотизации. Ш. де Пюисегюр не был врачом, но он разработал методику гипнотизации пассами и впервые вводил больных в глубокую стадию гипноза — сомнамбулизм.

Аббат Фариа (прототип знаменитого героя Дюма) лечил в 1813—1823 гг. гипнозом толпы людей прямо в церкви, включая в свои проповеди приемы гипнотизации словом. Таким образом он работал с алкоголиками, проститутками (которые хотели порвать со своим ремеслом), чревоугодниками, сластолюбцами обоего пола, а также и ворами, грабителями (желавшими покончить со своей «профессией»). Аббат Фариа впервые применил психотерапию в качестве способа, влияющего на структуру личности (волю, мотивацию поведения, в том числе преступного). Он оставил толстую рукопись, в которой описывал, как он «усыплял людей, чтобы они душой воспринимали и волей своей выполняли от него услышанное». Во второй половине XIX в., в подмосковной деревне, на месте которой ныне находится город Красногорск, прославился «русский Фариа» — отец Владимир, который тоже, используя приемы гипноза, лечил с колокольной церкви (такой сильный был у него голос) пациентов, страдавших теми же болезнями, что и пациенты аббата Фариа. К отцу Владимиру стекались толпы людей из всех подмосковных сел и деревень и из самой Москвы. Церковь эта стоит и поныне.

13 ноября 1841 г. — знаменательная дата для научной психотерапии. На сеансах магнетизера Лафонтена в Париже случайно присутствует англичанин *Брэд, врач по профессии*. Сначала он принимает виденное за фокусничество, но, вернувшись в Лондон, все же решает проверить то, что происходило на сеансе. Он использует тот же прием, что и парижанин, — фиксирует взор своих пациентов на горлышке стеклянной бутылки из-под виски и убеждается, что пациенты

действительно впадают в транс. Введя пациента в транс, врач внушает ему различные целебные состояния (так, именно Брэду удалось впервые снять суставную боль, приступ астмы, кишечные колики, мигрень, недержание мочи, расстройство менструального цикла и многие другие психосоматические расстройства). Транс, вызванный путем фиксации взора, Брэд назвал *гипнозом* (от греч. слова *Нурнос* — сон). Несколько лет спустя, в 1843 г., он выпустил в свет монографию «Нейрогипнология, или трактат о нервном сне, рассматриваемом в его отношении к животному магнетизму и сопровождаемом многочисленными случаями его приложения для целей облегчения и исцеления болезней». В этой книге впервые дана теория (основанная на френологии Галля) гипноза (термин «магнетизм» Бредом был исключен как ненаучный), подробно описаны приемы гипнотизации и стадии гипнотического состояния, а также приведены клинические примеры из собственной практики Брэда.

Следующим, вполне научным даже с современных точек зрения трактатом о психотерапии в целом и гипнотерапии в частности, было произведение сельского врача из Нанси *А. Льебо* (1823—1904) «Сон и подобные ему состояния, рассматриваемые прежде всего с точки зрения влияния разума на тело» (1901). Льебо полностью солидарен с Бредом. Так была заложена первая школа гипнотерапии — Нансийская (та самая, которую посещал Фрейд).

В 1866 г. выходит в свет медицинский журнал «Обозрение гипнотизма» (первый на эту тему). В нем Льебо публикует свои статьи, объединенные общим названием «Исповедь врача-гипнотизера». Он обобщает в них свой 25-летний опыт психотерапевта, пролечившего 7500 больных с разными заболеваниями (физическими и психическими), причем, каждый получил не меньше 10 сеансов гипнотерапии. Вот выдержка из одной его статьи: *«В настоящее время, когда люди науки отдают себя изучению гипнотизма и других состояний, ему подобным, которые демонстрируют силу влияния психического на физическое, любительские сеансы, не имеют смысла, как призывы к уничтожению этой, столько раз проклятой науки. Эти призывы теперь уже никогда не вызовут эхо, поскольку настоящие ученые занялись ею. Уже противники, которые презирали ее вчера, признают ее сегодня, и это так же истинно, как опасно: завтра, вынужденные к последнему отступлению, они, быть может, опять провозгласят гипноз бесполезным до тех пор, пока пристыженные и побежденные доказательствами, они будут вынуждены восхищаться им за тот свет знания, которым он озарит психологию, медицину, право, философию, религию, историю и многое другое, в том числе и их самих».*

И все-таки психотерапия пошла скорее по пути Фрейда, чем Льебо. Психоанализ стремительно и мощно овладевал психологией и медициной в Европе и США, а в СССР психотерапия как таковая, в силу сложившегося «пикантного положения» (В.М.Бехтерев), оказалась на долгие годы в загоне. «Пикантность» эта определялась тремя факторами: 1. запретом психоанализа; 2. фактическим запретом гипнотерапии в лечебных целях; 3. невозможностью

применить господствующую теорию И.П. Павлова к решению конкретных медицинских задач. (*Павловская теория «сигнальных систем», «условных и безусловных рефлексов», «возбуждения и торможения в коре головного мозга» объясняла все, в том числе и болезни, но лечить не могла*).

Вторым «неудачным» учителем Фрейда, как говорилось выше, был известный французский невропатолог *Жан Мартен Шарко* (1825—1893). Он сразу же противопоставил свою школу гипноза, которую открыл при известной парижской клинике *Сальпетриера*, нансийской школе Льебо (которую после Льебо возглавлял профессор, врач-терапевт *Ипполит Бернгейм* (1840—1919). Шарко (всем известны, например, душ Шарко и другие физиотерапевтические методы лечения функциональных психосоматических расстройств) изначально исходил из постулата, что *«гипнотизм — болезненное состояние, характерное только для истерических личностей»*. Методы гипнотизации Шарко аналогичны его душу. Это сильные и резкие раздражители, направленные на какой-нибудь орган восприятия — зрение (сильная и резкая вспышка света), слух (громкий, в приказном тоне крик: «Спать!»), обоняние (внезапно пациенту давали нюхать, например, нашатырный спирт и при этом командовали: «Спать!»). Шарко также искал *зоны*, даже незначительное воздействие на которые погружало бы его пациентов в гипнотическое состояние. Две зоны он нашел и описал. Это *кожа на темени* (нужно слегка ее потереть, чтобы человек впал в гипнотическое состояние) и *четвертый поясничный позвонок* (его нужно слегка массировать, чтобы человек впал в гипноз). Финский писатель Мартти Ларни позже написал об этом сатирический роман, который так и назвал «Четвертый позвонок».

Шарко, объявив гипноз *болезненным состоянием истерических личностей*, невольно закрыл ему пути в практическую медицину. С другой стороны, глава конкурирующей с Шарко Нансийской школы Бернгейм тоже подорвал сами основы гипнотизма, заявив, что *«гипноза нет, есть только внушение!»*. Он невольно поддержал Фрейда, утверждая, что *«пациент впадает в гипнотическое состояние только благодаря харизме гипнотизера, которая располагает человека к внушению»*. Он даже нарисовал словесный портрет гипнотизера (который дожил до наших времен): *гипнотизер должен обладать внушительной внешностью, хорошо поставленным твердым голосом, статной фигурой, непременно черными или темно-карими глазами и т.п.*

Положительной стороной в понимании гипнотических явлений (хотя они и толковались как явления внушения) в Нансийской школе было то, что она не связывала гипноз с характером человека, утверждая, что гипнозу подвержены абсолютно все люди. Нансийская школа считала гипнотические явления вполне нормальными физиологическими (не патологическими, как утверждал Шарко) состояниями, обладающими лечебным эффектом. Нансийская школа подвела под свои взгляды хорошую физиологическую базу, изучив все стадии (кстати, хорошо описанные Шарко, такие, как *каталепсия, летаргия и сомнамбулизм*) экспериментально с соответствующими физиологическими измерениями.

Экспериментальные исследования природы гипноза проводили и такие выдающиеся врачи, как упоминавшиеся фон Крафт-Эбинг и А.Фореель. Они были последовательными сторонниками гипнотического лечения и опубликовали не одну научную статью в поддержку гипнотерапии.

В России страстным поклонником гипнотерапии был *А.А.Токарский*, ученик и последователь великого русского психиатра С.С.Корсакова. В 1891 г. он выступил на IV съезде русских врачей с докладом «Терапевтическое применение гипнотизма». В его докладе, в частности, были такие слова: *«Смешно было бы думать, что гипнотизм вырос где-то сбоку, за дверями храма науки, что это подкидыш, воспитанный невеждами. Можно только сказать, что невежды, его достаточно понянчили и захватили своими руками».*

Что касается *В.М.Бехтерева*, то за свою приверженность гипнозу он подвергался гонениям еще при царе. Так, архиепископ Петербургский и Ладожский Гермоген требовал, чтобы царь «заключил антихриста Бехтерева в Соловецкий монастырь». Достижением Бехтерева в изучении природы гипноза является, прежде всего то, что он *не противопоставил внушение гипнозу, а объединил эти два феномена в один*. Бехтерев полагал, что *словесное внушение может вызвать гипнотическое состояние. Но точно также словесное внушение хорошо воспринимается пациентом, когда он находится в гипнотическом состоянии*. Внешний вид и особенности личности Бехтерева точно отвечали требованиям портрета гипнотизера, который нарисовал Бернгейм. Владимир Михайлович одним своим видом вводил в гипноз целые толпы страждущих (как в свое время аббат Фариа). Интересен исторический факт «сталкивания» Бехтерева с *Григорием Распутиным*. Внешне они ни в чем (как могучие гипнотизеры-суггесторы) не уступали друг другу. При встрече оба сразу поняли, для чего их свели, и оба не захотели участвовать в ожидаемом от них спектакле. (Кто кого загипнотизирует? Распутин Бехтерева или Бехтерев Распутина?). Бехтерев признавал за Распутиным *большую способность к внушению*, позволявшую ему манипулировать людьми далеко незаурядными. Вместе с тем, он видел в Распутине точно такую же *способность к внушаемости*, которая, в свою очередь, позволяла манипулировать Распутиным даже вполне заурядным личностям.

Попытку подвести под природу гипноза теорию И.П. Павлова осуществил отечественный ученый *К.И. Платонов* (1878—1969). В монографии «Слово как физиологический и лечебный фактор» он нарисовал яркую картину разностороннего применения гипнотерапии в лечебных целях.

В основу гипнотерапии пытались положить также *доминанту А.А. Ухтомского*. Это сделал ученик Бехтерева *В.П. Протопопов*. И.П. Павлов прямо не поддерживал гипнотерапию, но и не отрицал. Так, он, в частности, говорил о гипнозе следующее: *«Вообще надо сказать, что при экспериментальных заболеваниях нервной системы почти постоянно выступают отдельные явления гипноза и это дает право принимать, что это нормальный прием физиологической борьбы против болезнетворного агента».* О крайне

негативном отношении к гипнозу главного оппонента Павлова — Фрейда — мы уже говорили. Гипнотерапия в нашей стране не запрещалась, но и не поощрялась. Врачи находились на материалистических позициях, которые понимали в духе учения Павлова. Болезнь, с этих позиций, сугубо материальное явление, и лечить ее следует материальными способами — скальпелем и лекарствами. *Так из триады Гиппократы выпал третий компонент лечения — слово.* Понадобились десятилетия кропотливого труда, доказывающего «материалистичность» гипнотерапии, чтобы появилась кафедра психотерапии ЦОЛИУВ В.Е.Рожнова, воинствующего приверженца гипнотерапии как главного психотерапевтического метода. Учение Фрейда официально пришло в СССР только в 1977 г., когда в Тбилиси прошел Международный симпозиум, посвященный проблеме «Бессознательное». Материалы симпозиума заняли четыре огромных тома. Психоанализ в СССР, хотя и негласно, был разрешен. Гипнотерапия была опять отодвинута на задний план. Все психотерапевты сразу стали психоаналитиками.

Итак, мы рассмотрели наиболее важные, на наш взгляд, *моменты из истории психотерапии.* Мы отнюдь не пытались свести ее к истории гипнотерапии. Но если так вышло, то это соответствует действительности.

2. Теория психотерапии

Единой теории психотерапии не существует. По-прежнему господствуют или психоаналитические концепции (в основу которых так или иначе положено учение Фрейда о «бессознательном» и его механизмах), или нейрофизиологические концепции, пытающиеся объяснить механизмы словесного воздействия на человека соответствующими мозговыми процессами. Несколько в стороне от психоаналитических и нейрофизиологических концепций находятся концепции, сводящие психотерапевтические эффекты к тем или иным эндокрино-гуморальным факторам (эти концепции опираются на теорию Г.Селье). *Мы предлагаем теоретическое обоснование современной практической психотерапии, которое сложилось у нас в течение многолетней психотерапевтической (клинической) практики и которое развивалось в русле отечественных психотерапевтических традиций.*

При разработке концепции психотерапии мы исходили из возможности рассматривать психосоматическую систему человека как саморегулирующуюся структуру. Такая возможность, если иметь в виду естественные саморегулирующиеся системы, является очевидной и общепризнанной. Все естественные саморегулирующиеся системы можно условно разделить на три типа. 1. *Допсихическая саморегуляция — начиная от вируса, включая растения, и кончая низшими животными.* 2. *Психическая (досознательная) саморегуляция — высшие животные (здесь уже присутствуют элементы, психосоматики).* 3. *Саморегуляция на уровне системы «сознание — самосознание — бессознательное», то есть собственно психосоматическая саморегуляция у*

человека.

В целом человек как саморегулирующаяся система включает в свои структуры саморегуляции все вышеназванные ее типы в качестве своих подсистем. Функционирование этих подсистем (начиная с клеточной) обеспечивает психосоматическую саморегуляцию.

К настоящему времени успешно исследуются непосредственные механизмы формирования психосоматической (сознательной) системы саморегуляции на всех этапах ее развития, начиная с онтогенеза. Начало данных исследований было положено Л.С.Выготским. В частности, он писал: *«Всякая высшая психическая функция была внешней потому, что она была социальной раньше, чем стала внутренней, собственно психической функцией, она стала, прежде всего, социальным отношением двух людей. Средство воздействия на себя первоначально является средством воздействия на других, или средством воздействия других на личность»*³⁸. Данные взгляды Выготского можно считать исходными для концептуальных обобщений проблемы формирования психосоматической саморегуляции и в ее контексте теории психотерапии. Социальное в процессе становления личности в онтогенезе психосоматики интериоризуется («уходит» вовнутрь психики). Психика ребенка, усваивая «социальное», дифференцируется, приобретая структуру человеческой психики, которая «вплетается» своими структурными элементами и связями в систему социального. Усвоение «социального» начинается с овладения языком. Иначе говоря, *слово изначально является психосоматической функцией*. Формирование психосоматической системы, таким образом, начинается с формирования речи: «... общение, осуществленное при ближайшем участии языка, и приводит к формированию у ребенка речи, которая вызывает коренную перестройку всей структуры его психических процессов. Овладевая речью взрослых, а затем формируя и собственную речь, ребенок с ее помощью начинает перекодировать доходящую до него информацию, называя предметы и классифицируя их на основе речевой системы... Начинает по-новому анализировать и систематизировать впечатления, получаемые от внешнего мира, и перерабатывать доходящую до него информацию»³⁹.

Так человек через слово приобретает свою психосоматическую саморегулирующуюся структуру. И становится *управляемым* для других людей в процессе общения. Психотерапия тоже есть *вид общения, и, следовательно, ее законы являются общими с законами человеческих коммуникативных отношений*. Слово выступает носителем (кодом) всех компонентов межличностных отношений — познавательных, эмотивных, волевых и собственно психосоматических.

³⁸ Выготский Л.С. Развитие высших психических функций. М., 1960. С. 187.

³⁹ Лурия А.Р. Мозг человека и психические процессы. М., 1970. С. 67.

На последующих этапах становления психики, когда ребенок включается в деятельность сначала в виде игры, а став взрослым, в производственную деятельность (обучение в школе можно считать видом производственной деятельности), появляются характерные только для человеческой психики феномены, такие, как *мотивы, указывающие на скрывающиеся в них потребности, и психосоматическая саморегуляция*. На первом этапе формирования психики речь усваивается ребенком *бессознательно*. На последующих этапах, характеризующихся появлением структуры *«сознание — самосознание»*, сначала в виде феноменов *«Я» и «не-Я»*, происходит сознательное овладение речью. На этом этапе «работают» уже все психотерапевтические механизмы (гипноз, суггестия, самовнушение и т.д.). Структура психосоматики, которая включается в психотерапевтический процесс, на этом этапе имеет следующие уровни: *предметный, чувственный, образный (фантазии и представления) и, наконец, уровень обобщения и абстрагирования*. В зависимости от уровня, на котором реализуются психотерапевтические «команды», осуществляется *форма психосоматического воздействия*. Личность обладает завершенной системой психосоматики. И, следовательно, человек душой и телом становится социальным «объектом» для психотерапии.

Здесь необходимо добавить следующее. Овладение языком возможно лишь в процессе общения, простейшей моделью которого является взаимоотношение «Я — Ты» (вместо фрейдовского «Я — Оно»). Интериоризируя общественные связи и отношения, психика ребенка в каждом конкретном случае (при каждом общении со взрослыми) получает нечто большее, чем то или иное конкретное структурное образование. Получает и *носителя* этих структурных связей и отношений, то есть *субъекта общения как другое «Я»*. *Психотерапевтическое воздействие, таким образом, всегда сугубо авторское дело* (поэтому даже внешний вид психотерапевта и внешние данные его голоса имеют большое, хотя и не главное, значение для, пациента и успеха психотерапии).

В связи с вышеизложенным, интересно рассмотреть некоторые *психопатологические феномены*, которые могут явиться хорошей иллюстрацией к развиваемому взгляду на *генезис, структуру и механизмы психосоматики, в системе которой слово изначально есть психосоматический «элемент» и поэтому главный и неперемный психотерапевтический фактор*. Психопатологические феномены мы рассматриваем как *модели («срезы» нормальной психики) тех или иных механизмов психосоматического функционирования на всех вышеназванных уровнях психики*.

Для более наглядной иллюстрации рассмотрим психопатологические феномены, входящие в структуру *синдрома аутодвойника*, встречающегося особенно часто в клинике шизофрении и инфекционных психозов. Данный синдром нашел широкое отображение также в художественной литературе, в произведениях известных писателей. Отрывки из этих произведений мы будем использовать, представляя их в определенной последовательности, отражающей

последовательность «кристаллизации» синдрома аутодвойника. Процесс «кристаллизации» данного синдрома начинается с ощущения больным присутствия *постороннего, который на него каким-то образом (путем гипноза, или «как экстрасенс», или «электронными лучами») действует. В «результате» такого воздействия (аналог воздействия психотерапевта на пациента) у больного появляются слуховые и зрительные, а также тактильные (в различных частях тела и во внутренних органах непередаваемые словами ощущения и «боли») галлюцинации. Завершается данный процесс феноменами деперсонализации, в структуре которых можно выявить все стадии гипнотического состояния: каталепсию, летаргию и сомнамбулизм.*

В «Двойнике» Ф.М.Достоевского читаем: «Вдруг... вдруг он вздрогнул всем телом и невольно отскочил шага на два в сторону. С неизъяснимым беспокойством шагал он, озираясь кругом; но ничего не было, ничего не случилось особенного, а между тем... между тем ему показалось, что кто-то сейчас, сию минуту, стоял около него, рядом с ним, тоже облокотясь на перила набережной, и чудное дело! — даже что-то сказал ему, что-то скоро сказал отрывисто не совсем понятное, но о чем-то весьма к нему близком, до него относящемся... Вдруг, сквозь завывание ветра и шум непогоды, до слуха его долетел опять шум чьих-то весьма недалеких шагов. Он вздрогнул и открыл глаза. Перед ним опять, шагах в двадцати от него, чернелся какой-то быстро приближающийся к нему человек... Господин Голядкин уже мог даже совсем разглядеть своего нового запоздалого товарища, — разглядел и вскрикнул от изумления и ужаса; ноги его подкосились». Господин Голядкин, как мы узнаем дальше, в этом незнакомце узнал самого себя.

В данном отрывке с психологической точностью описаны начальные феномены *овладения, родственные каталептической стадии гипноза*. Читаем дальше: «...Голядкин-младший разрушил все торжество и всю славу господина Голядкина-старшего, затмил собою Голядкина-старшего, втоптал в грязь Голядкина-старшего и, наконец, ясно доказал, что Голядкин-старший и вместе с тем настоящий — вовсе не настоящий, а поддельный, а что он — настоящий». В этом отрывке мы можем различить две *последующие стадии гипноза — летаргическую и сомнамбулическую*. С точки же зрения психопатологии, здесь показан процесс распада личности. Психопатология начинается с сенестопатий (ощущение присутствия постороннего), к которым очень скоро присоединяются слуховые и зрительные галлюцинации. Затем начинается бред (если бы это был бы сеанс психотерапии, то на данной стадии возможно внушение сложных словесных программ пациенту). Наконец, собственно деперсонализация (сомнамбулизм), с полным отчуждением своего «Я». Личность распадается («расщепляется»), социальные связи нарушаются (так, собственно, возможно в процессе психотерапии разрушать болезненные структуры личности, заменяя их здоровыми).

Ниже приведем пример также из психопатологии, отображенной в художественном произведении с психологической достоверностью (рассказ Эдгара По «Вильям Вильсон»). В нем показан процесс распада высших личностных структур — морально-этических («идеала», «истины», «красоты», «совести»). В процессе психотерапии, особенно современной (с применением психотропных препаратов), возможно активное влияние и на моральную сторону человека. Таким образом, практика психотерапии сегодняшнего дня (раньше — искусство) убедительно показала, что *в старом споре между психотерапевтами, суть которого сводилась к тому, можно ли человеку внушить (заставить его сделать) то, что не соответствует его моральным принципам, правы оказались те, кто утверждал, что «можно».* (Из известных отечественных психотерапевтов за безграничность внушения выступал известный судебный психиатр В.Ф.Чиж. Против был В.М.Бехтерев. Фрейд, Юнг и Адлер были на стороне Бехтерева, как и их последователи — гуманистические психологи. На стороне Чижа был известный французский психиатр Жак Лакан. Оправдывает ошибавшихся, за исключением, конечно, наших современников — гуманистических психологов, то, что они жили, когда еще не было психотропных препаратов, моделирующих личность, с почти всеми особенностями ее психосоматики и нравственности. Но обратимся к нашему примеру.

В рассказе Эдгара По «Вильям Вильсон» герой со школьных лет преследуется своим «тезкой», который, по словам героя, «задался целью передразнить меня, доведя подражание моим движениям и речи до совершенства, и роль свою выполнял великолепно. Скопировать мою одежду было легко; походку мою и осанку он усвоил без труда; несмотря на свой врожденный дефект, он не упустил даже голоса... и его единственный в своем роде шепот стал эхом моего». Из этого отрывка видно, что *раздвоение личности сформировалось раньше самой личности.* Если так можно выразиться, Вильям Вильсон (так звали героя) *находился под самогипнозом с детства.* Но поскольку болезненный процесс развивался, отягощалась и структура синдрома. Читаем дальше. «... Какая человеческая речь способна в достойной мере передать то изумление, тот испуг, что испытал я при зрелище, мне представившемся?... Большое зеркало... — стояло там, где я его раньше не замечал; и когда, исполненный крайнего ужаса, я стал подходить к нему, мой собственный образ, но с побледневшими, забрызганными кровью чертами, двинулся мне навстречу слабой, шатающейся походкой... Это был мой противник — это был Вильсон, и он стоял передо мной, терзаемый предсмертной мукой. Его маска и плащ лежали на полу, где он их бросил. Каждая нить в его одеянии, каждая линия в безошибочно узнаваемых, неповторимых чертах его лица полностью, абсолютно совпадали с моими собственными!»

Из рассказа мы узнаем, что Вильям Вильсон еще в юности потерял свой «идеал» и свою совесть. Все его поведение указывало на это (он жил, как сомнамбула, лишенный высших корригирующих мотивы и поведение, инстанций). Только три раза за всю взрослую жизнь возвращался к нему его

«двойник» (его совесть), предохраняя его от преступлений. Но исход был, по существу, предрешен. «Двойник» должен был погибнуть. Он погибает, и погибает, лишившись совести, его хозяин. Эдгар По показывает моральную и социальную гибель героя через тонкое описание психопатологии.

Прекрасные психологические и психопатологические картины аутодвойников можно найти также у А.П.Чехова («Черный монах»), Т.Манна («Доктор Фаустус»), Франца Кафки («Крот»), Н.В.Гоголя («Нос»). *Многие механизмы психотерапии можно проиллюстрировать психопатологическими аналогами из этих произведений: гипноза и его различных стадий, самогипноза, суггестии, психической регрессии, «зомбирования», перестройки структуры личности до самых верхних «этажей» (психоортопедии — см. ниже) и т.д.* Данные экспериментов в условиях сенсорной депривации и невесомости, в свою очередь моделирующие психопатологические феномены, также могут быть использованы как «срезы» психотерапевтических явлений⁴⁰. Состояния, моделирующие деперсонализацию, О.И. Кузнецов и В.И. Лебедев назвали экстернизационными реакциями, к которым отнесли диалог и персонафицирование (важные составляющие психотерапевтического воздействия на личность). Они пишут: «Приведенные экстернизационные реакции с выделением из себя партнера в условиях длительной изоляции позволили нам рассматривать их как модели синдромов раздвоения личности в клинике». Дополнением к названным моделям могут служить также *синдромы снижения личности как при тех или иных психических заболеваниях, так и при изменениях психики в результате старения и старости* (еще Лев Николаевич Толстой в своей уникальной книжке «О старости» писал, что «старик — это человек, загипнотизированный своими годами»).

Итак, в основу понимания механизмов функционирования психосоматики человека как саморегулирующейся системы (где «слово» — главный структурирующий систему фактор) положен принцип *прямых и обратных связей* — принцип работы всех саморегулирующихся систем. Данный принцип детально разработан отечественным физиологом А.Ф. Самойловым. Свою концепцию саморегулирующихся психосоматических систем Самойлов изложил на Всесоюзном совещании по философским вопросам высшей нервной деятельности и психологии в 1962 г. В целом эта концепция остается «рабочей» и в настоящее время. Суть ее, по словам автора, в следующем: *«Когда кто-нибудь... смотрит на живого человека и разговаривает с ним, то оба эти человека образуют вместе как бы систему колец, по которым возбуждение бежит, передаваясь с одного кольца на другое, причем прорывы в кольце заполняются физическими процессами, обеспечивающими непрерывный ход возбуждения по возбудимым*

⁴⁰ См. Кузнецов О. И., Лебедев В.И. Психология и психопатология одиночества. М., 1972.

*частям кольца. Лектор, читающий лекцию и старающийся по виду и поведению слушателей дать себе отчет в том, как воспринимается лекция, слушатели, вникающие в слова и смысл лекции, образуют вместе одно целое, одну систему кольцевых путей возбуждения»⁴¹. Иными словами, один человек может повлиять на состояние другого человека (в том числе и вызвать лечебный эффект), не касаясь его руками, поскольку психосоматическая система людей в основе своей коммуникативна (содержит соответствующую структуру, которая в процессе онтогенеза интериоризовалась). Только таким путем мы можем, на наш взгляд, подойти к пониманию **социальных основ психотерапии (в тесной связи со психосоматической структурой человека)**.*

⁴¹ *Самойлов А.Ф.* Избранные произведения. М., 1967. С. 146.

Глава 2 МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ

1. Гипноз

Гипноз в настоящее время является общепризнанным психотерапевтическим методом психотерапии. Он широко распространен в разных странах и успешно конкурирует с психоанализом, часто явно или неявно сочетаясь с ним в конкретных методиках.

Открытыми у гипнологов остаются следующие вопросы:

1) Сколько стадий гипнотического состояния? 2) С какой стадии гипноз становится лечебным? 3) Показания и противопоказания к гипнотерапии? 4) Может ли существовать гипноанализ? (отражают ли объективно болезнь те переживания, о которых рассказывает гипнологу пациент, находясь в гипнотическом состоянии?) 5) О достоверных показателях гипнотического состояния. 6) О допустимости применения при гипнозе веществ, усиливающих его эффект — психотропных, наркотизирующих (например, гексенал или закись азота), препаратов и синтетических наркотиков (ЛСД, ДПТ и др.).

В наши задачи не входит подробный анализ всех точек зрения на гипноз. Мы отметим лишь те моменты, которые раскрывают этот вид психотерапии как *самостоятельный метод*. Начнем по порядку выделенных выше вопросов.

Нансийская школа различала сначала три стадии гипнотического состояния (каталепсию, нарколепсию, сомнамбулизм). Затем присоединила к ним еще три стадии, вплоть до *гипнолетаргии*, когда *раппорт* (то есть лечебный контакт между врачом и пациентом) *теряется*. О. Форель выделял всего три стадии гипноза: *сонливость, гипотаксия и сомнамбулизм*. Большинство гипнологов придерживается взглядов Фореля, хотя есть и такие, которые насчитывают до 16 стадий гипнотического состояния (включая в гипноз состояния *измененного сознания, при этом используют эзотерическую терминологию*). В любом случае, стадии, описанные Форелем, признаются всеми как лечебные.

Назовем основные приемы гипнотизации.

А) Метод фасцинации (применявшийся еще аббатом Фариа в 1813 г.): гипнотическое состояние вызывается пристальным взглядом врача в глаза пациенту. **Б) Словесный метод** (разработанный Льебо): рука врача кладется на лоб пациента и производится внушение общей сонливости (типа: ваши веки тяжелеют и закрываются, руки и ноги наливаются свинцовой тяжестью, все тело цепенеет, приятные волны тепла охватывают ваше тело, вас неудержимо клонит в сон, нет желания и сил сопротивляться приятной сонливости, вы ясно слышите мой голос, мои слова усиливают ваше состояние сонливости, вы погружаетесь в сон, вы спите). Таким образом, гипнотическое состояние является словесно

внушением и поэтому с хорошим раппортом. **В) Метод пассов:** пациенту (который лежит на кушетке или полулежит в специальном кресле) предлагают закрыть глаза и расслабить мышцы. Сообщают, что сейчас его погрузят в сон. Потом молча врач начинает водить ладонями, чуть касаясь пациента, вокруг его лица, затылка, вдоль тела. Когда больной погружается в гипнотическое состояние, врач начинает устанавливать с ним словесный раппорт, если предполагается производить лечебное внушение. Если не предполагается что-либо внушать, врач оставляет пациента в гипнотическом состоянии, добиваясь пассами той или иной стадии гипноза. **Г) Метод Месмера:** фиксация взгляда пациента на металлическом (зеркальном) шарике или яркой лампочке, или на ярких сходящихся и расходящихся спиралевидных кругах и т.п., глаза утомляются, веки тяжелеют, пациент погружается в гипнотическое состояние. Потом устанавливается словесный раппорт. **Д) Метод Шарко:** громким, повелительным голосом произносится «Спать!». Или резким звуком, вспышкой яркого света, ослепляющего глаза пациента, резким запахом (например, валерианого корня или ландыша), сильным хлопком ладоней, сопровождаемым выкриком «Спать!», и т.п., вызывается внезапное «вхождение» в гипнотическое состояние, а потом устанавливается словесный раппорт. Но этот метод подходит не для всех пациентов, а только для специально подготовленных. Шарко, используя свой метод на истерических субъектах, одним громко произнесенным словом и как бы надвигаясь на них всем своим телом, погружал пациентов сразу в глубокие стадии гипноза, вплоть до сомнамбулизма. Близок к методу Шарко прием так называемого «кошачьего домика». Пациенту говорится, что сейчас его введут в специальную комнату, где он сразу уснет. И вводят в небольшую, звукоизолированную, с полной темнотой, комнату, в которой стоит сильный запах валерианового корня или восточных благовоний. Сажают в специальное кресло или кладут на кровать. Когда у пациента возникает гипнотическое состояние, с ним также устанавливается словесный раппорт. Отметим, что раппорт должен быть всегда. В противном случае могут возникнуть побочные эффекты. Раппорт может быть не словесным, а через пассы. Или путем удержания руки пациента. **Е) Метод введения в гипнотическое состояние путем использования просоночных состояний.** Пациент засыпает обычным сном (сон может быть вызван электрическим воздействием и снотворными препаратами). Потом врач различными способами (например, комбинируя пассы и словесное внушение) устанавливает с ним раппорт и переводит в гипнотическое состояние нужного уровня. **Ж) Метод фракционного гипноза** (немецкого гипнолога Отто Фогта или ступенчатого гипноза Кречмера): пациента вводят различными путями в первую стадию гипноза, потом выводят из нее, спрашивают о его ощущениях, используя самоотчет пациента, вводят в следующую стадию, потом вновь выводят из гипноза и опять спрашивают самоотчет, используя его, вводят в следующую стадию. **З) Метод гипнотизации в темной, звукоизолированной комнате, с применением метронома, с увеличением амплитуды колебания метронома в**

процессе гипнотизации. **И) Метод обертонов.** В данном случае гипнотизация осуществляется путем высокочастотных или низкочастотных (или тех и других в чередовании) звуковых колебаний, типа «метроном», не различаемых на слух (Е.В.Черносвитов, 1975 г.). **К) Гипнотизация путем воздействия на эрогенные зоны** (не всеми психотерапевтами считается приемлемой), которая восходит к истокам «кама сутры». Эффективна при сексуальных расстройствах, для коррекции половой ориентации, а также для лечения многих психосоматических заболеваний.

Итак, мы рассмотрели основные методы гипнотизации. В настоящее время появилось множество различных модификаций этих методов. Очень широко, например, используются электронные средства (например, гипнотизация путем введения в виртуальную реальность или через цветовые и звуковые компьютерные эффекты), а также с использованием культовых принадлежностей (гипнотизация иконой, распятым и даже Библией, гипнотизация через монотонно повторяемую молитву и т.п.). Переходим к рассмотрению *основных стадий гипноза*.

В первой стадии — сонливости — пациент ощущает легкую дремоту, приятное мышечное расслабление и потепление различных частей тела. Он может открыть глаза, самостоятельно прервать сеанс. Не чувствует, что находится под действием гипноза, и не реализует «классические» приемы внушения (внушенные запахи — вместо воды чувствовать, например, запах бензина или духов, не теряет координации в движениях и при вращении тела у него не возникает эффект сцепленных рук, нет потери тактильной и болевой чувствительности и т.п.).

Вторая стадия — гипотаксия (или стадия мышечной релаксации, каталепсии, по Льебо). В удобном положении наступает состояние мышечного и внутреннего расслабления. Пациент ясно ощущает слабость в руках, ногах и во всем туловище, не может удержать голову из-за тяжести в затылке, открыть глаза из-за тяжести в веках. Ему не хочется шевелиться и менять позу. Приятное дремотное состояние, без наплыва зрительных и слуховых образов. Голос врача слышит ясно и полностью выполняет его инструкции. Легко можно внушить *восковую гибкость* (отсюда стадия названа Льебо каталептической). Эстрадные гипнотизеры в этой стадии демонстрируют известный *мостик* (кладут загипнотизированного на спинки двух удерживаемых стульев затылком и пятками, тело загипнотизированного вытянуто и «окаменевшее» может выдержать до 100 кг веса, сам загипнотизированный не прилагает для этого никаких усилий).

Третья стадия гипноза — сомнамбулизм (снохождение). Пациент полностью «во власти» врача. Не реагирует ни на какие, даже очень сильные, в том числе болевые, раздражители (можно кричать в ухо — пациент ничего не слышит, прокалывать или прижигать кисти рук, щеки, губы — пациент также не реагирует; эти «приемы» широко используют эстрадные гипнотизеры, в лечебных целях они не показаны, но могут служить в качестве «тестов» глубины гипноза). Реагирует только на команды врача, произнесенные даже шепотом. В этой стадии легко

внушаются слуховые и зрительные галлюцинации, целые сцены ярких переживаний (типа: «на лесной солнечной поляне вы собираете цветы», пациент начинает исполнять движения, характерные для собирания цветом, лицо его выражает приятные эмоции, соответствующие внушенным галлюцинациям), не только положительные, но и отрицательные («вы в тонущей лодке в открытом океане», или «на вас бросается тигр» и т.п.); точно также пациенту можно внушить состояние *возрастного регресса* («вам 15, 10, 5 лет!» Пациент ведет себя соответствующим образом). В этой стадии возможно осуществить *гипноанализ*, чтобы выявить «заблокированные» психотравмирующие переживания, лежащие в основе болезненного процесса, а затем произвести либо их *седативную коррекцию*, либо *катарсис* (мгновенное освобождение от психотравмы через бурную эмоциональную и двигательную, защитную реакцию). Классики гипнотерапии — Льебо, Бернгейм, Шарко, Бехтерев, Платонов, Рожнов — производили после сомнамбулической стадии *постгипнотические внушения* в течение года, настаивали на их целебном эффекте. Тем не менее, есть взгляды других психотерапевтов, предостерегающих от «увлечения» сомнамбулизмом. Именно в этой стадии врач легко может потерять раппорт с пациентом. В таких случаях состояние пациента, являющееся на грани патологического, может: а) *перейти в психотическое*, б) *углубиться до летаргического сна* (описаны случаи вызванного гипнозом летаргического сна, продолжающегося несколько месяцев), в) *пациент непроизвольно в этой стадии может инсценировать подчинение врачу: как бы раздвоиться; выполнять все его внушенные инструкции в качестве своего «гипнотического дублера», сам же оставаться в прежнем болезненном состоянии: врач, таким образом, может быть введен в заблуждение; обычно, когда наступает подобное раздвоение личности пациента, гипнотическое лечение оказывается неэффективным*, г) *через сомнамбулическую стадию некоторые пациенты «освобождаются» от «воли» врача и могут в дальнейшем использовать гипноз как своеобразное «наркотизирующее» средство; такое состояние называется гипноманией*, д) *у некоторых пациентов после сомнамбулической стадии могут развиваться спонтанные сомнамбулические состояния где угодно, и когда угодно; эти осложнения сами по себе будут нуждаться в лечении.*

Эти четыре пункта сомнамбулической стадии являются аргументами для многих психотерапевтов, выступающих против ее использования в лечебных целях. С другой стороны, не меньше, вероятно, психотерапевтов, которые высоко оценивают гипнотический сомнамбулизм. Так, отечественный психолог и физиолог, академик Г.В. Гершуни писал: «Гипноз — ценнейший метод, позволяющий по желанию экспериментатора изменять функциональное состояние высших отделов центральной нервной системы, не нанося при этом никаких повреждений. Сомнамбулическая стадия гипноза способна воздвигнуть в мозгу человека ту «башню молчания», без которой немисливо представить себе направленную изоляцию и разложение психических функций на более

элементарные и самостоятельные единицы, могущие сделаться объектом поэтапного и последовательного освоения. В настоящее время трудно представить себе что-нибудь иное, кроме сомнамбулической стадии гипноза, что могло бы позволить, упростив человеческую мысль, разложить ее на составные элементы в форме управляемого и подчиняемого лечебным и научно-исследовательским задачам сложнейшего явления природы».

Сомнамбулическую стадию гипноза можно перевести в так называемый *гипноз-отдых* (техника разработана К.И.Платоновым), на 18—20 часов в сутки.

Итак, мы рассмотрели основные лечебные стадии гипноза. Необходимо еще сделать важные замечания по поводу более глубоких стадий гипноза, которые являются по сути своей вызванными гипнозом измененными состояниями сознания.

В некоторых случаях, таких, например, как *использование гипноза в психоделической терапии или при обеспечении состояния «качественной жизни» при болезни Альцгеймера*, глубокие стадии гипноза могут оказаться *единственно эффективной психотерапией*. Избирательно глубокие стадии гипноза нужно применять при так называемой *психоортопедии*. Глубокие стадии гипноза (в том числе и сомнамбулическая) противопоказаны пациентам, страдающим алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией и выраженным истерическим личностям (здесь скажем, что гипноз как психотерапевтический метод *абсолютно противопоказан при лечении психозов*).

Ответим по порядку на поставленные вопросы о гипнозе как психотерапевтическом методе, несмотря на то, что на некоторые вопросы мы уже косвенно ответили.

1. Лечебный гипноз ограничивается 3 стадиями: сонливости, гипотаксии и сомнамбулизма.
2. Лечебный эффект от гипноза начинается с первой стадии.
3. Показаниями к гипнотическому лечению являются следующие психосоматические расстройства: а) невротические и неврозоподобные состояния; б) расстройство поведения у акцентуированных и психопатических личностей; в) неврозоподобные и личностные расстройства при хронических и тяжелых острых соматических заболеваниях; г) сексуальные расстройства и не устоявшаяся половая ориентация; д) собственно психосоматические болезни, е) облегчение состояния умирающим больным как психоделическое средство; ж) различные болезненные состояния в старости; з) личностные проблемы, связанные с «качеством жизни»; и) болезнь Альцгеймера; к) стрессовые состояния; л) профилактика и лечение экстремальных состояний.
4. Противопоказания к гипнотерапии: психозы, наркомании, токсикомании, предделириозные стадии алкоголизма, выраженная истерия, дебилность.
5. Гипноанализ — эффективное средство для сбора анамнестических

(заблокированных в подсознательном) данных. Но при гипноанализе необходимо учитывать возможность инсценировки «показаний» при гипноидном «раздвоении» личности.

6. В наборе тестов, определяющих наличие у пациента гипнотического состояния (тест с пробиркой воды, тест на тактильную и болевую чувствительность, на наличие галлюцинаций и т.д.), неизбежно присутствует проблема **различения собственно гипнотического состояния и способности к внушению** (ниже, при рассмотрении суггестии, мы покажем, что внушение всех, выше перечисленных явлений, якобы тестирующих гипнотическое состояние, возможно наяву). **Отсюда единственно достоверным тестом, определяющим собственно гипнотическое состояние, а не внушение, является электро-энцефалография — картина электрической активности головного мозга, соответствующая гипнотическому состоянию.**
7. Премедикация пациента (назначение ему некоторых седативных и релаксирующих препаратов) широко и бесспорно применяется в лечебной практике. Применение наркотизирующих препаратов (гексенал, закись азота) осуществляется при наркогипнозе. Применение ЛСД и других синтетических наркотиков возможно при психоделической психотерапии (признается не всеми) и болезни Альцгеймера. В других случаях наркотики противопоказаны.

Особо нужно сказать об *аутогенной тренировке* — широко распространенном методе *комбинированного гипноза*: обычного гипноза, проводимого врачом, и самогипноза. Этот метод ввел в практику в 1932 г. немецкий психотерапевт *Шульц* (J.H.Schultz), автор книги «Аутотренинг» (1964). В основу его положены упражнения по *медитации йоги* и наблюдения из практики гипноза. В настоящее время по аутогенной тренировке разработано множество методик и написано пособий. Суть аутогенной тренировки сводится к тому, что пациенты не только лечатся гипнозом, но и учатся его технике в применении к себе. Врач, погружая пациентов в гипнотическое состояние, достигнув с ними хорошего раппорта, получает от них самоотчет об ощущениях, которые они при этом испытывают (обычно используются 1—2 стадии гипноза). Затем выводит пациентов из гипноза и, используя метод постгипнотического внушения, «обучает» их приемам самовоздействия. Аутогенной тренировке можно научиться и по многочисленным руководствам, и по видеозаписям сеансов. Для лечебных целей достаточно 1—2 стадии самогипноза (в «программу» самовоздействия вводятся индивидуальные «формулы», включающие в себя коррекцию психотравмирующих переживаний, вызванных конкретными событиями: например, страха езды в общественном транспорте или закрытых пространств, при клаустрофобии). Шульц предлагал и «высшую ступень» аутогенной тренировки, которая полностью заимствована им из йоги по

медитации. Показания и противопоказания к аутогенной тренировке те же самые, что и к собственно гипнозу.

Мы рассмотрели основной и «сквозной» (для всех видов психотерапии) психотерапевтический метод — гипноз. В следующем разделе переходим к рассмотрению «конкурирующего» с ним психотерапевтического метода (эта конкуренция распространяется и на сферы, далекие от медицины) — внушения, или *суггестии*.

2. Суггестия

Это слово от латинского *suggestio* — внушение, намек. *Владимир Даль* так объясняет внушение: «Внушать, внушить что кому (*во-ушать?*), вселять, вперять, вкоренять, внедрять; передавать, убеждать, поселять в мыслях, помыслах; заставить думать, хотеть; побудить к принятию передаваемого словами или другим способом». *Во-ушать значит вложить в уши*. То, что говорится на ухо, воспринимается без внутреннего сопротивления и контроля, доверчиво. Все, выделенные Далем, значения слова «внушение» важны для понимания этого самостоятельного психотерапевтического метода. Любое внушение всегда преследует цель — преодолеть все личностные препоны на своем пути и стать *руководством к исполнению* для того, кому оно направлено. Психотерапевтическое внушение должно тоже иметь конкретный адрес. *Это или какие-то личностные, или характерологические особенности, которые работают невольно на болезнь, и усугубляют тем самым болезненное состояние. Или переживания больного, связанные а) с психотравмирующей ситуацией, вызвавшей или осложняющей болезнь, б) с самой болезнью, в) с ожидающимися негативными последствиями болезни (инвалидизацией, смертью и др.). Или, наконец, симптомы и синдромы болезни.*

Внушение никак нельзя путать с гипнозом. Внушение в гипнотическом состоянии только один, и не главный, вид внушения. Рядом с ним по значимости находится внушение в процессе так называемой *рационально-корректирующей (разъясняющей) психотерапии*. В настоящее время, в связи с электронными средствами, широко применяемыми психотерапевтами, внушение можно производить различными способами, помимо гипноза и рационально-корректирующей психотерапии, включив формулу внушения в компьютерную программу, отвлекающую внимание пациента, или вмонтировать эту формулу между «кадрами» видеофильма, между аккордами музыкальной программы, используемой для *музыкотерапии*.

Перечислим *основные формы психотерапевтического внушения*.

А) Внушение в гипнозе. Б) Внушение при рационально-корректирующей психотерапии. В) Внушение при музыкотерапии (разновидность внушения в гипнозе). Г) Внушение во время групповой или коллективной психотерапии (игровая, семейная и др.). Д) Внушение при массовой психотерапии (через

средства массовой информации).

Таким образом, *внушение бывает* 1) во сне, 2) наяву, 3) прямое, непосредственное, 4) непрямое, опосредованное, 5) словесное (вербальное), 6) несловесное (образное, например, «вмонтированный кадр»), 7) через логическую систему (разъясняющая психотерапия), 8) через эмоционально-волевою систему (эмоционально-стрессовая терапия), 9) через знаковую систему (через содержательно-смысловую, символическую систему переживаний), 10) ассоциативное (через систему свободных ассоциаций при ассоциативном анализе), 11) открытое (формула или образ вербализуем), 12) закодированное (рассчитанное на расшифровку в процессе переживаний), 13) через поведенческие стереотипы (путем коррекции поведенческих реакций).

Мы перечислили *основные виды* психотерапевтического внушения. Для того, чтобы понять *механизм* психотерапевтического внушения, действующий одинаково при любых его *формах* и *видах*, нужно помнить определение, которое дал этому слову Даль, а также второе значение латинского слова суггестия — намек. Покажем на примере рационально-корректирующей психотерапии действие этого механизма. Для этого разберемся, что она из себя представляет.

Рационально-корректирующая, или разъяснительная, психотерапия в настоящее время включает в себя несколько целей: 1) санитарное просвещение больного в отношении его заболевания; 2) создание правильной внутренней картины болезни (чтобы больной имел верные представления о болезни и адекватно на нее реагировал)⁴², 3) профилактика ятрогенных (идуших от медицинского работника) заболеваний, 4) этиопатогенетическая психотерапия⁴³, 5) изменение характера отношений больного к психотравмирующей ситуации (когда нельзя изменить эту ситуацию). Но все эти цели разъяснительной психотерапии не являются главными. Ибо главной задачей является все-таки и здесь лечение больного.

Рациональную психотерапию как метод лечения, прежде всего, неврозов ввел П.Дюбуа в 1912г. Его книга «О психотерапии» появилась на русском языке в 1913 г. Метод быстро нашел применение у психотерапевтов разных стран, в том числе и в России. У Дюбуа была четкая концепция рациональной психотерапии, которые опиралась на его представления о причинах неврозов. Он считал, что в основе невроза находится логическая ошибка больного как в отношении причины заболевания, так и в отношении самого заболевания. Поэтому задача врача во время рациональной психотерапии состоит в том, чтобы найти эту логическую ошибку и путем правильных логических суждений исправить ее. Рациональная психотерапия опиралась на логику врача и на логику и интеллект больного. При этом Дюбуа ничего не говорит о роли суггестии в процессе рациональной

⁴² См. Консторум С.И. Опыт практической психотерапии. Изд.2. М.,1962.

⁴³ См. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. Л., 1960.

психотерапии.

Его соотечественники и современники (Дюбуа был парижским врачом) *Ж.Дежерин* и *Е.Гоклер* принципиально не соглашались с концепцией невротозов Дюбуа, считая, что в основе невроза лежит не логическая ошибка, а *эмоциональная травма*. Тем не менее, высоко оценивали метод рациональной психотерапии (ибо, как они полагали, *через убеждения возможна эмоциональная коррекция, значит, и лечение*)⁴⁴. В наше время спор между Дюбуа и Дежерин и Гоклером не окончился, но стал академическим. А в практике рациональная психотерапия постепенно трансформировалась в *беседу врача с больным*. Как конкретный психотерапевтический метод она успешно используется, чтобы во время беседы *явно или косвенно провести больному лечебное внушение*. Методом рациональной психотерапии *должен владеть каждый врач, независимо от своей специальности*.

Одновременно с Дюбуа, немецкий психиатр *Е.Кречмер* предлагает свой вид рациональной психотерапии, который называет *«сократовским диалогом»*. При сократовском диалоге преследуются те же самые цели, что и при классической рациональной психотерапии, но делается это уже не по законам *формальной логики, а по канонам диалектической логики*. На практике метод Кречмера очень похож на ассоциативный эксперимент Блейлера и *«ленту Мебиуса» Ж.Лакана*. В том и другом варианте «сократовский диалог» в настоящее время не обходится без главного своего механизма — *суггестии*.

Итак, мы рассмотрели один из основных психотерапевтических методов — внушение (суггестию). Этот метод успешно применяется при лечении невротозов, невротозоподобных состояний, собственно психосоматических заболеваний. Показание к его применению гораздо шире, чем у гипнотерапии, ибо пытаться проводить лечебное внушение можно даже бредовому и галлюцинирующему больному. Суггестией можно прервать начало эпилептического припадка и скорректировать поведение психопатов. Рассмотрение запредельных для медицины и социальной медицины применений суггестии не входит в наши задачи. Нужно еще сказать, что при развитии социальной медицины, когда возможно будет по предписанию социального медика ***изменять психотравмирующие ситуации в пользу больного***, отпадет необходимость в одной функции рационально-корректирующей (суггестивной) психотерапии. А именно: ***изменять отношение больного к психотравмирующим обстоятельствам***.

3. Эмоционально — стрессовая психотерапия

Этот вид психотерапии разработан профессором *В.Е.Рожновым*⁴⁵, прежде

⁴⁴ См. *Дежерин Ж., Гоклер Е.* Функциональные проявления психоневротозов и их лечение психотерапией. М., 1912.

⁴⁵ *Рожнов В.Е. Лекции по психотерапии. М., 1971.*

всего, для лечения больных, страдающих хроническим алкоголизмом. Но в дальнейшем стал широко применяться для лечения некоторых *видов невротозов* (например, включающих в себя *фобии*), *психопатий* (с девиантным поведением), *токсикоманий* и *наркоманий*, а также *сексуальных расстройств* (импотенции, фригидности, нарушения половой ориентации и т.д.).

Эмоционально-стрессовая психотерапия состоит из *суггестии наяву* и из элементов *групповой психотерапии* (так как чаще проводится в группе больных с одинаковыми заболеваниями и ведущими синдромами, используя механизм взаимного индуцирования больными друг друга под воздействием суггестии, проводимой врачом). Внушение осуществляется врачом тем же способом, каким *Шарко* погружал своих пациентов в гипноз. То есть громким, императивным голосом, с постепенным нагнетанием *эмоционального прессинга*. Осуществляется двумя способами. 1) *Сначала внушение проводится первому больному, потом второму, потом третьему и т.д.* Группа обычно состоит из 10—20 человек. *Оптимальное количество пациентов — 15 человек. Пациенты, подвергшиеся суггестии, своим эмоциональным состоянием индуцируют рядом сидящих пациентов, ожидающих своей очереди, и тем самым подготавливают (настраивают) их к принятию формулы внушения.* 2) *Внушение проводится сразу всем пациентам. Но перед императивной суггестией с больными проводится предварительная разъясняющая суть лечения беседа (то есть осуществляется предварительное не прямое внушение).*

Успех сеанса эмоционально-стрессовой терапии немало зависит от внешних и артистических данных врача, проводящего лечение. Голос должен быть хорошо поставленным, громким, властным, императивным и эмоционально насыщенным. Кроме хорошо поставленного голоса врач должен владеть соответствующей мимикой, пантомимикой и жестикуляцией.

Эмоционально-стрессовая терапия преследует несколько лечебных целей. А) *Путем воздействия на эмоциональную сферу* (как рекомендовали Дежерин и Гоклер) производится коррекция переживаний пациента. При этом «нагнетаются» и внушаются не только *положительные эмоции* (типа: «я сильный, энергичный, здоровый, ничего и никого не боюсь»), но и *негативные эмоции, и прежде всего — страх* (для больных алкоголизмом, токсикоманией, наркоманией — страх к *наркотическому агенту*, вместе со страхом и на его фоне отвращение к наркотику, вплоть до психосоматической реакции тошноты и рвоты; для больных с нарушенной половой ориентацией — страх перед коитусом с гомосексуальным субъектом). Негативные эмоции могут возникать при *зондировании* во время предварительной беседы или эмоционально-стрессового сеанса *значащих переживаний* больного для выявления таким путем *заблокированных в сознании пациента психотравмирующих факторов* (чаще всего, эти факторы бывают связаны с сексуальной сферой, но бывают и такие, которые не имеют отношения к сексу; например, *первый приступ вегето-сосудистой дистонии возник в самолете; в дальнейшем любые ассоциации, вызывающие представление о*

самолете, могут вызвать и приступ страха, и даже паническую атаку). Воздействие на эмоциональную сферу в случаях *разблокирования* (кстати, психогенные импотенция и фригидность чаще всего имеют под собой заблокированный страх перед половым актом и убежденность в своей половой несостоятельности, ибо когда-то в начале половой жизни имел место *тот или иной половой срыв*) носит характер *катарсиса*. А сам сеанс эмоционально-стрессовой психотерапии напоминает сеанс *психодрамы*, по Ж.Л.Морено.

Б) *Путем воздействия на личность пациента*, прежде всего, на его *психологическую защиту*. Эмоциональный прессинг, даже если он проводится врачом, вызывает *внутреннее сопротивление* пациента. Врач использует этот фактор, чтобы косвенно внушить пациенту *протест против «своей слабости»*, которая довела его до того, что на него «кричат» в присутствии посторонних людей.

В) *Путем воздействия на стереотипы поведения больного, в которых закреплен психотравмирующий фактор*. (Очень наглядным в этом отношении является сеанс эмоционально-стрессовой психотерапии больных, страдающих алкоголизмом; перед сеансом каждый больной покупает бутылку водки и приносит свой стакан; ему рекомендуется выпить стакан водки во время сеанса; больные *привычными движениями* открывают бутылки с водкой и разливают ее в стаканы; в момент, когда они дружно подносят стаканы с водкой к губам, начинается стремительный эмоциональный прессинг, вызывающий не только отвращение к водке — ее запаху, вкусу, но и непреодолимое желание *уничтожить источник болезни, который символизирует собой бутылка водки и стакан; пациенты дружно бросают бутылки и стаканы в урну, или даже разбивают бутылку и стакан друг о дружку*). При фобиях врач имитирует психотравмирующую ситуацию. («Вы в лифте! Тесно, замкнутое со всех сторон пространство, душно, вам не хватает воздуха, хочется любой ценой, побыстрее выскочить из лифта.., лифт застревает между этажами!.. Ужас!? Нет! Вы совершенно спокойны, расслаблены. У вас возникает сильный протест против вашей слабости — ложного страха езды на лифте! Вы преодолели страх! Вы свободны!).

При лечении эмоционально-стрессовой психотерапией часто в качестве «экзамена» используется так называемая функциональная психотерапия, когда пациенту после нескольких сеансов предлагается проверить себя в реальной ситуации, к которой он испытывал страх (это касается и влечения к алкоголю и наркотику — больные испытывают себя в пьющей компании или среди прежних приятелей, которые принимали наркотик; касается это и фобий: больные начинают ездить в лифте, в метро, летать на самолете по заданию врача и рассказывать ему одному или всей группе о своих переживаниях и о своем психологическом сопротивлении психотравмирующим обстоятельствам).

Таким образом, *эмоции, личность и поведение* — три «мишени», по которым направляются стрессовые разряды при данном виде психотерапии. В

настоящее время для усиления эмоционального прессинга используются различные электронные средства, создающие фон для сеанса путем воздействия на зрительные и слуховые анализаторы. Широко применяются и раздражители, действующие на обоняние. Эмоционально-стрессовая терапия внешне напоминает сеанс группового гипноза. Но только внешне. Ибо принципиально важно, чтобы императивная суггестия при этом виде психотерапии осуществлялась *при полном и ясном сознании пациентов.*

4. Психоортопедия

Термин «психоортопедия» в широкую психотерапевтическую практику ввели В.Е. Рожнов и А.Е. Личко⁴⁶. Психоортопедия — это воздействие на личность пациента всеми доступными психотерапевтическими методами с целью коррекции структуры личности, определенных ее элементов, которые способствуют развитию патологического психосоматического состояния. Все рассмотренные выше психотерапевтические методы и виды психотерапии могут быть использованы для психоортопедии.

Этот метод эффективен, прежде всего, при коррекции поведения у *акцентуированных личностей* (людей, у которых доминируют какие-то отдельные черты характера, вызывая состояние болезни или дезадаптации; например, подозрительность, тревожность, мнительность, паранойяльность, аутизм, но точно также и склонность к девиантным формам поведения). Но не менее эффективен этот метод и при психотерапевтической работе с пациентами, перенесшими психозы, в результате которых пострадала личность и сформировался так называемый *постморбидный характер*. Личность — это первое, что страдает после каждого психотического приступа. Тяжелые психозы оставляют в личности лишь «*островки сохранности*». В таких случаях психоортопедия целенаправленно заново моделирует личность.

Различаются «чистая» психоортопедия (без применения психотропных препаратов); психоортопедия на фоне лечения психотропными препаратами и психоортопедия как «модель» для медикаментозного формирования личности. (Напоминаем, что в настоящее время путем применения психотропных препаратов возможно смоделировать не только состояние человека, но и его характер, задать «программу» интеллекту, смоделировать волю с побудительными мотивами и стереотипами поведения; все это относится к психоортопедии). Адекватно (согласно ведущему синдрому и общей социально-клинической картине) подобранная схема психотропных препаратов представляет собой программу для данного вида психоортопедии. Психотерапевт в данном случае

⁴⁶ См.: Рожнов В.Е. Лекции по психотерапии; Личко А.Е. Акцентуированные личности. Л., 1978.

контролирует и корригирует процесс медикаментозного моделирования путем *тестирования пациента во время того или иного психотерапевтического сеанса.*

5. Психоанализ

Современные методы психоанализа так или иначе исходят из соответствующих концепций. Необходимо выделить *две основных тенденции* в современном практическом психоанализе.

1) Психоаналитическая психотерапия строится на принципе пансексуализма. Каждый синдром, будь то невротический, неврозоподобный, психосоматический или даже психотический, рассматривается как сексуальная травма (вытесненное в каком-то возрастном периоде, необязательно, как утверждал Фрейд, в детстве, сексуальное переживание; адлеровский комплекс неполноценности). Следовательно, психоаналитик работает не с интеллектом или эмоциональными сферами пациента, а с его сексуальностью. При этом применяются все основные понятия психоанализа, разработанные Фрейдом, Юнгом и Адлером (вытеснение, сублимация, перенесение, конверсия, блокирование и т.д.), а также психосоматиками более позднего времени.

2) Психоаналитическая терапия строится на принципе социального конфликта (различные варианты теоретических и практических взглядов немецко-американского психоаналитика, неопрейдиста Эриха Фромма, согласно которому, в основе психосоматической патологии лежит социальный конфликт, следовательно, больные страдают различными формами социопатий, а значит, эффективным может быть психоанализ, социально ориентированный на поиски вытесненного социального конфликта).

Эти два основных направления в современном практическом психоанализе находятся в несколько парадоксальном отношении к технике, на которую они опираются. Дело в том, что, рассматривая любой «срыв» личности как результат сексуального конфликта и корригируя психосоматические расстройства через сексуальную сферу, психотерапевты так или иначе выходят (через межличностные или внутриличностные отношения) *на реальные социальные отношения пациента* и решают его социальные проблемы. Больше того, психология и психопатология экстремальных и творческих состояний человека убедительно показывает, что они хорошо и *полностью* раскрываются через такие психоаналитические понятия, как *сублимация и фрустрация*, которые, в свою очередь, всегда имеют социальные основы и содержание. Можно, конечно, встать на позиции первых оппонентов Фрейда, утверждавших, что, все, что психоаналитик «находит» у своего пациента во время психоанализа, есть не более, чем *фантазии* самого психоаналитика, внушенные им пациенту, и заставившего таким образом в них поверить своего пациента. Здесь налицо метод и система «*Now Now*». И они, как показала последующая практика психоанализа вплоть до наших дней, *хорошо работают*. «Что работает?» — остается академическим

вопросом *черного ящика*.

Последователи Фромма, наоборот, вначале занимаясь вроде бы объективными социальными конфликтами человека и оперируя социологическими понятиями психотерапии (социальный стресс, социопатия, социальная коррекция и т.д.), в дальнейшем вынуждены были все объективно социальное содержание своей работы выносить за скобки сознания пациента и оперировать, таким образом, фундаментальными психологическими понятиями, такими, как «тревога», «страх», «боль», «тошнота», и т.п., то есть следовать *по путям экзистенциалистов*. (Еще Фромм писал, что «социальный конфликт формирует страх» и что «страх подавляет и вытесняет в бессознательное черты личности, несовместимые с господствующими в обществе нормами поведения и ценностей»). Или же последователи Фромма вынуждены, наоборот, объективную реальность (то есть все социальное содержание конфликта) вносить в скобки сознания, избегая высказывать о нем какое-либо суждение (совершить над собой «акт эпохе»), и затем редуцировать это содержание до простых феноменов, в которых «внутреннее» (переживания) и «внешнее» (социальное содержание переживаний) сознания «сняты». Иначе говоря, следовать путем Эдмунда Гуссерля и позднего Карла Ясперса, упростивших как проблему сознания, так и проблему бессознательного в понятии «феномен». Кстати, *метод феноменологического анализа* и психотерапии, построенной на нем, в настоящее время начинает серьезно теснить классический психоанализ⁴⁷. Мы не разбираем этот метод психотерапии отдельно, ибо по сути своей он является *вариантом гуманистического моделирования человека*.

Итак, как ни парадоксально это выглядит, но к отечественным традиционным психотерапевтическим методам ближе оказывается не *фроммовская интерпретация психоанализа*, а именно *фрейдовская, классическая*, в которой можно видеть один из видов суггестивной психотерапии, направленной на коррекцию личности через ее сексуальную сферу (выше, напомним, мы рассмотрели такие виды суггестивного воздействия, как рациональное, эмоционально-волевое, поведенческое и патохарактерологическое корригирование).

Рассмотрим *узловые моменты* практического психоанализа на современном этапе, а именно, *сублимацию и фрустрацию*. Это тоже механизмы *функционирования личности, через которые она доступна для психотерапевтического вмешательства*.

Сублимация, по Фрейду, как известно, это перевод сексуальной энергии в творческую. Творчество понимается при этом в широком смысле слова, то есть как деятельность не только в области искусства и культуры, но и в самых

⁴⁷ См. выпуски журналов «Независимой психиатрической ассоциации в России» за 1995—1998 гг. о состоянии теоретической и практической феноменологии у нас, в России, и за рубежом.

различных областях (хотя при такой трактовке и Наполеон, и Гитлер, и Ленин предстают «творцами», с хорошей способностью к сублимации). Сублимация происходит от латинского слова — *sublimo* (высоко поднимаю, возношу). Фрейд ввел это понятие на заре своего психоанализа — в 1900 г. Сублимация в психоанализе — механизм личности, противоположный вытеснению. Он обеспечивает человеку способность к социализации. Фрейд понимал сублимацию как положительный момент в извечном конфликте сознания и бессознательного в человеке. Момент компромисса личности с собой и обществом (в отличие от вытеснения, когда этот конфликт не разрешается, а, наоборот, вытесняясь в бессознательное, заряжает личность крайне негативными эмоциями — агрессивностью, суицидными и гомоцидными намерениями).

И в данном вопросе Фрейд серьезно ошибался. Во-первых, с точки зрения психологии творчества (как показывают многочисленные исследования патографии творчества и патиобиографии творческих личностей), *сублимация, а не вытеснение прямо ведет к фрустрации — тягостному, мучительному, порой, непереносимому состоянию гнетущего напряжения, безысходности и отчаяния, с психальгией — душевной болью, разрушающему личность, приводящему ее к регрессивным формам поведения (вплоть до психоза) и суициду.* (Фрустрация от латинского слова *frustratio* — обман, тщетное ожидание, разрушение планов, замыслов). Вспомним *Марину Цветаеву*, которая очень точно определила состояние, возникающее после сублимации в творчестве (даже если результатом творчества являются шедевры!): «На сердце такая пустота, как от снятого урожая...». Вспомним *Отто Вейнингера*, который после своего научного шедевра «Пол и характер» повесился. И много других творческих личностей, у которых сублимационный подъем энергии заканчивался тяжелой депрессией (приводившей к алкоголизму, наркомании, самоубийству). *Сексопатологи* из своей практики хорошо знают, что если творческий порыв прервать половыми эксцессами, то фрустрация не наступает. В настоящее время в развитых обществах творческий человек, политик, бизнесмен непременно имеют *своего психоаналитика* (социального медика), который помогает им решать их задачи. ***Сублимация в современном мире обязательно должна быть под контролем социальных медиков. В каком бы аспекте ее ни рассматривать (с позиций ли творческой личности, или с позиций общества, на котором непременно отражаются любые шедевры человеческой деятельности).***

Фрейд во второй половине своего творчества начал отходить от пансексуализма, вводя в свою систему взглядов понятие *танатоса*. Начиная с 30-х годов, Фрейд уже говорит о *двух силах, которые управляют всеми помыслами и поступками человека, — эресе и танатосе*. Современная психоаналитическая психотерапия только в одном своем направлении опирается на идеи Фрейда о танатосе. Это *психоделическая психотерапия*, о которой мы будем говорить особо. Здесь же добавим, что любая психотерапевтическая работа с пожилыми людьми должна включать в себя тот очевидный факт, что танатос

(мысли о смерти) является фундаментальным переживанием старости. Мысли о неминуемой и недалекой смерти, как показывают психологические исследования пожилых людей, являются постоянным элементом в содержании сознания пожилого человека. Ни вытеснение, ни сублимация, при столкновении с танатосом не работают. Есть и положительная сторона в отношении к смерти старого человека. *Если эрос — частая причина фрустрации, то танатос никогда не вызывает этого мучительного состояния.*

Психоанализ как современный метод психотерапии успешно применяется при лечении многих психосоматических расстройств, вплоть до психопатий и психозов. Это факт, который отрицать невозможно.

Психоанализ как один из основных современных психотерапевтических методов по-прежнему остается на вооружении у психотерапевтов и согласно запросам времени успешно развивается и совершенствуется.

6. Экзистенциальный анализ

Здесь мы рассмотрим лишь основные аспекты практического экзистенциального анализа как современного психотерапевтического метода. Методологической и концептуальной основой экзистенциального анализа является экзистенциальная философия *Ясперса, Сартра, Хайдеггера*, а также феноменология *Гуссерля*. Психосоматической моделью человека для экзистенциального анализа служит гуманистическая модель человека.

В современном практическом экзистенциальном анализе четко различаются два его вида: 1) *содержательно-ценностный* и 2) *феноменологический*. Первый вид оперирует наличным содержанием сознания пациентов, понимая сознание как сложную саморегулирующуюся систему. Здесь главными понятиями являются следующие: «Я», «не-Я», «Ты», «другое или другие Я», бидоминантность, бимодальность, амбитендентность, амбивалентность, аутоидентификация, аутоидентичность.

Из экзистенциальной философии взяты такие понятия, как экзистенция (сущность), экзистенциальность (существование), аутентичность (подлинность), трансцендентность (то, что находится за «скобками сознания» во внешнем мире), трансцендентальность (все внешнее сознанию), имманентность (все, что «родное» сознанию) и т.д. Очень широко в практике экзистенциального анализа используются понятия измененных состояний сознания, которые нередко вызываются искусственно. Наличное (то, что находит аналитик «здесь и сейчас» при контакте с пациентом) содержание сознания обязательно интерпретируется аналитиком.

Для содержательно-смыслового анализа важно подобрать для внутреннего состояния пациента, который находится в психосоматическом дисбалансе, какую-нибудь мифическую или литературную «ситуацию». Подобранная «ситуация» для экзистенциального аналитика одновременно служит «материалом» и

«инструментом», которым работают с этим «материалом». Иногда экзистенциальные аналитики в своей практике прибегают к эзотерическим представлениям и понятиям, взятым из дзен-буддизма или йоги. Чаще всего используется представление о *карме* (в настоящее время к понятию метемпсихоза — переселения душ — прибегают редко; заметим, что в 70-х годах метемпсихоз был излюбленным понятием экзистенциальных аналитиков).

Второй вид экзистенциального анализа — феноменологический (опирается на феноменологию Гуссерля, который вынес все содержание сознания за его «скобки», и феноменологию Ясперса). Он в свою очередь (соответственно своим методологическим предпосылкам — Гуссерля или Ясперса) образует два подвида. Гуссерль был математиком и логиком. Его последователи в психотерапевтической феноменологии решают две задачи: 1) предельно упростить все содержание сознания — переживания пациента — до математически четких феноменов, 2) проанализировать эти феномены с позиций формальной логики. Этот подвид феноменологического анализа очень напоминает в практике метод рациональной терапии Дюбуа.

Ясперс, будучи философом и врачом, объединил в своей феноменологии экзистенциальный и клинический подходы к человеку. Прежде всего, его не устраивало, что при клиническом (синдромологическом) подходе человек рассматривается всего лишь как «часть» ведущего синдрома, как некий безликий преморбид. Феномен, по Ясперсу, в символической форме сохраняет всю уникальность личности и, вместе с тем, содержит в себе всю содержательность клинического синдрома. Например, феномен страха, как только его фиксирует психотерапевт у своего пациента, тут же «разворачивает» перед собой сразу две картины: *переживания конкретной личности в конкретной (неповторимой) ситуации* и *«тревожный ряд», «деталью» и звеном которого является страх*. Главным при построении феноменологии для Ясперса было желание не *потерять больного за синдромом, оставаясь при этом на клинических* (а не на философских) *позициях*. У Ясперса и его последователей главным является не синдром, а симптом (*«симптом больше синдрома»*, — говорил Ясперс). Потому что синдром есть нечто произвольное, «сочиняемое» врачом, а симптом — то, что наполняет собой все сознание больного. Например, *паническая атака* (которая, кстати сказать, может быть симптомом *очень разных заболеваний*).

Для экзистенциального анализа (всех видов) большое значение имеет *контакт с пациентом*. Для того, чтобы понять феномен, *в котором находится пациент*, психотерапевту нужно самому войти в этот феномен *имманентно*, проще говоря, сопереживанием при экзистенциальном анализе не обойдешься: переживание пациента надо сделать своим. По выражению отечественного психиатра и суицидолога *А.Г.Амбрумовой*, *«экзистенциальный анализ есть онейроид вдвоем с пациентом»* (онейроид — сновидное изменение сознания, которое бывает при разных психических заболеваниях).

7. Методика «свободных ассоциаций» Э.Блейлера. «Лента Мебиуса» Жака Лакана

Мы объединили вместе эти два психотерапевтических метода, потому что по технике выполнения они схожи; разница состоит в интерпретации их механизмов.

Э.Блейлер, известный немецкий психиатр, описал свой метод в 1919 г. в «Строении психики». Он придавал большое значение ассоциациям. Так, он писал: *«В основе интеллекта лежат ассоциативные процессы, задачей которых является заново комбинировать приобретенные прежде представления по аналогии с пережитыми их сочетаниями. Если, однако, присмотреться ближе, придется признать, что этот вид мышления принципиально не отличается от простого воспроизведения прежних переживаний»*. Из такой установки следовало, что путем свободных ассоциаций можно извлечь из памяти все психотравмирующие переживания и таким образом исправить работу интеллекта (которая страдает при психических расстройствах, прежде всего). Ибо деятельность всех функций интеллекта, по Блейлеру, *«зависит, прежде всего, от количества возможных ассоциаций»*.

Эксперимент свободных ассоциаций проводится просто. Пациента укладывают на удобную кушетку в затемненном помещении и предлагают вслух произносить любые слова, которые придут ему на ум. Из сказанных слов Блейлер (и его последователи) пытается составить *логически связный рассказ* (о психотравмирующих забытых переживаниях). При этом слова принимаются в том смысле, в котором их произносит пациент (например, после слова «спать» пациент произносит через несколько других слов «кровать»; и «спать», и «кровать» принимаются в их конкретном смысле). *Карл Юнг* применял метод свободных ассоциаций точно также, как и Блейлер, но придавал словам особый смысл, полагая, что *«слова несут в скрытой символической форме архетипы переживаний»*. Психотерапия, по Блейлеру — это влияние на пациента гипнотическим и суггестивным способами, используя опосредованное внушение, через анализ потока ассоциативных слов. То же самое, по сути, и по Юнгу.

Жак Лакан (1901—1981 гг.), основатель парижской школы фрейдизма, всегда и везде называл себя ортодоксальным фрейдистом, провозгласив: *«Назад, к Фрейду!»*. Однако его психоанализ мало напоминает классический психоанализ. Единственное, что осталось у Лакана от Фрейда, это разделение психики на сознание и бессознательное, а в психотерапевтической методике — *диагностирование и лечение психических расстройств через речевые нарушения*. Структурируя бессознательное как язык, Лакан при этом *освобождает форму языка от содержания, иначе говоря, знак от значения*. Такая формализация языка очень напоминает феноменологизацию содержания сознания экзистенциальными психоаналитиками, последователями Гуссерля.

Фрейдовскую схему «Я — Оно — Сверх-Я» Лакан заменяет языковой

структурой — «реальное — воображаемое — символическое». Взаимоотношение воображаемого (переживаний и психосоматических состояний человека) и символического (его языка и невербальных культурных ценностей) составляет суть концепции Лакана, на которую опирается и его психотерапевтическая практика. Она всецело направлена на коррекцию речи, причем с формальной стороны (в оговорках, обмолвках, описках, грамматических ошибках — здесь важно лишь правописание, а не то, что «положено» в слово). Эксперимент свободных ассоциативных высказываний Лакан методологически подкрепил представлениями о взаимоотношении сознания и бессознательного, входящих в одну структуру языка, по математическому принципу односторонней поверхности — «ленты Мёбиуса». Таким образом, при свободных ассоциациях получается, что то, что находилось в *бессознательном*, «выплывает» в сознание; бессознательное же, в свою очередь, имеет содержанием то, что раньше находилось в *сознании*, и без всякой при этом необходимости *вытеснения*. Лакан также мистифицирует ассоциативный эксперимент, как в свое время Юнг. Только делает это на свой манер.

На самом деле, как показывает *теория функциональной асимметрии*, только Блейлер действительно имел дело с мышлением пациента и мог корректировать его через суждения. Корректировать мышление через речь невозможно, ибо язык есть функция поведенческая (*результат деятельности левого полушария мозга*), а его содержание, которое и составляет основу мышления независимо от структуры языка — например, невербальное мышление — есть функция переживания (*результат деятельности правого полушария мозга*).

8. Индивидуальная, групповая, коллективная и массовая психотерапия

Психотерапевт, используя любой из методов лечебного воздействия на больного, может работать как с одним больным, так и с группой (будь то гипноз или психоанализ, экзистенциальный анализ или наркогипноз). Просто некоторые методы психотерапии, применяемые в группе пациентов, требуют особой подготовки группы или отбора по одинаковой феноменологии (синдромологии) расстройств. Надо сказать, что даже психоделическая психотерапия, на первый взгляд сугубо индивидуальная процедура, также может проводиться с группой тяжелых больных, конечно, на начальных этапах. Коллективная психотерапия — это уже несколько иное дело. Для того, чтобы психотерапевт мог *«лечить» коллектив, последний должен быть создан и функционировать как коллектив*. Например, коллектив бывших алкоголиков или наркоманов (со своими законами поведения и отношениями вступивших в него людей, со своим уставом, правилами и т.д.). Врач, используя *коллективное сознание и бессознательное*, проводит свои лечебные процедуры. Массовая психотерапия может проводиться с

использованием различных средств, тиражирующих, чаще всего, безадресные психотерапевтические «установки» («лечение» по радио, по телевидению, с эстрадных подмостков и т.п.). Групповая и коллективная психотерапии (как самостоятельные *виды*) широко используют психологические механизмы *индукции, имитации и интуиции* (А.А.Ухтомский). Однако в массовой терапии эти механизмы играют *качественно иную, негативную роль, будучи не способом лечения, а средством манипулирования массовым сознанием. Использование этих механизмов может привести к явлениям массового психоза.*

При любых формах и видах психотерапии большое значение имеет *игра как способ, реализующий психотерапевтические интенции.* В 1922 г. венский психотерапевт *Ж.Д. Морено* открыл психотерапевтический *театр экспромта*, под который подвел концептуальную базу. Психоанализу свободных высказываний Фрейда Морено противопоставил *спонтанное поведение больных в игровой ситуации.* Труппа театра состоял из профессиональных актеров, которые разыгрывали сцены на «больные темы» (по сценариям Морено). Причем игра эта была построена по *эталонам древнегреческой трагедии* (непрерменно с хором). «Больной темой» мог быть любой из симптомов (страх, импотенция, суицидальная установка, кожный зуд и т.п.). Самое же главное было в том, что вместе с профессиональными актерами роли исполняли и больные, страдающие недугами, которые в спектакле обыгрывались. Излечение могло наступить, как и полагалось в древнем театре, в конце спектакля, под звуки хора, через *катарсис.*

В 1925 г. Морено, переехав в США, широко пропагандирует там свой метод психотерапии. Ему удается заинтересовать театром экспромта президента США Рузвельта. Для него открываются двери Гарвардского Университета и госпиталя святой Елизаветы в Вашингтоне, где он организует *театр психодрамы.* В 1942 г. он основывает театр Морено в Нью-Йорке, увеличивая актерскую труппу, за счет родственников и детей больных, для которых соответственно тоже пишутся роли⁴⁸. *Анна Фрейд*, дочь Зигмунда Фрейда, одно время увлекалась театром психодрамы при лечении детей, страдающих неврозами.

Театр психодрамы Морено жив и сейчас, функционируя и как форма психотерапевтической работы с больными детьми и подростками. Однако *живая сцена и настоящие актеры все больше вытесняются сценой и актерами виртуального мира. Лечебные программы тиражируются и свободно продаются на все случаи жизни на дискетах и дисках.*

9. Психоделическая психотерапия

Смерть — одно из тех немногочисленных переживаний, через которые рано или поздно проходит каждый живущий. Ее наступление неотвратимо. Однако

⁴⁸ См.: *Moreno J.L. Psychodrama.* N-Y, 1972.

сущность смерти окутана глубокой тайной. Неясная природа смерти открывает широкий простор, для индивидуального и коллективного воображения. Различные концепции смерти и связанные с ними религиозные верования оказывают глубокое воздействие не только на душевное состояние умирающих и на те особые условия, при которых они покидают этот мир, но и на поведение остающихся. Процесс умирания и сама смерть могут быть по-разному поняты и пережиты.

В большинстве не западных культур существуют религиозные и философские системы, ритуальные обычаи, а также определенные принципы социальной организации, помогающие своим членам принять и испытать смерть, которая обычно рассматривается как переход или преображение, а не как окончательное уничтожение личности. Напротив, существует убеждение, что сознание в той или иной форме продолжает существовать и после физической кончины. Нетрудно понять, что твердая уверенность в существовании сознания или даже допущение подобной возможности способны изменить отношение к старости и взгляд на смерть, и само переживание смерти может подвергнуться полному пересмотру и измениться на противоположный, по отношению к доминирующим европейским концепциям. Тогда процесс умирания станет восприниматься как событие более важное, нежели жизнь. Поэтому многие из культур, в которых существует вера в загробный мир, выработали сложные и изощренные обряды, знакомившие человека, с опытом смерти. Ритуалы такого рода выполняли две важные задачи. С одной стороны, провоцировали глубинный процесс психологической трансформации в посвященном, который в итоге открывал новый способ постижения мира; а с другой — служили подготовкой к предстоящей каждому физической смерти.

Европейское сознание склонно рассматривать веру в посмертное существование как выражение примитивных страхов людей, лишенных преимущества научного знания. Однако более пристальное внимание к собственной культуре выявит имеющийся сдвиг к другой крайности: полному отрицанию и пренебрежению всем, что относится к смерти. Не так уж много в жизни человека событий, имеющих такое огромное значение, как процесс умирания и смерть. Каждому приходится переживать кончину близких родственников и, наконец, столкнуться с фактом собственной бренности и биологической смертности. Учитывая естественность смерти, просто поразительно стремление человека избежать проблем и уклониться от вопросов, связанных с нею. Старение, смертельные болезни и умирание воспринимаются не как составные части процесса жизни, а как полное поражение. В нашей культуре люди только начинают осознавать, что есть нечто, постигаемое через контакты с престарелыми и умирающими.

Отношение современной медицины к этим проблемам смерти определяется неуклонным стремлением всеми возможными средствами побороть смерть и отсрочить ее наступление. В борьбе за механическое продление жизни любой

ценой очень мало внимания обращается на то, каковы последние дни умирающего. Многих из них окружают капельницы, кислородные подушки, различные стимулирующие приборы. Часто, пытаясь скрыть истинное положение дел, медицинский персонал и члены семьи разыгрывают сложные спектакли, отвлекающие от проблем, обольщая несбыточными надеждами.

Религия, способная быть особой поддержкой, в значительной степени утратила смысл для среднего европейца. За небольшим исключением, западная религиозность низведена до уровня участия в формализованных обрядах и утративших внутренний смысл церемоний и уже не играет существенной роли в жизни. Взгляд на мир, выработанный наукой, базирующейся на материалистической философии, усиливает тяжесть положения умирающих. Ведь, согласно такому подходу, за пределами материального мира ничего не существует, физическое уничтожение тела и мозга есть необратимый конец человеческой жизни.

Таким образом, наша социальная структура, равно как и философия, религия и медицина, почти ничего не могут предложить для облегчения душевных мук умирающего. Поэтому многие, находясь в подобном положении, переживают глубокий кризис, охватывающий все стороны жизни. Однако психиатры, психологи и лица смежных профессий до недавнего времени не считали эту область остро нуждающейся в квалифицированной помощи.

Одна из наиболее очевидных тому причин — это в целом прагматический взгляд на жизнь. С этой точки зрения, более разумно помогать тому, у кого есть шансы вернуться к продуктивной жизни, нежели тому, кто более не в состоянии вносить вклад в развитие общества и в ближайшем будущем физически перестанет существовать. Работа с умирающими и их семьями крайне трудна. Врач, работающий в условиях западной культуры, практически ничего не может предложить в качестве позитивной альтернативы ни умирающему, ни остающимся жить. Эта область, по традиции, принадлежит церкви; однако и она часто мало что может дать, кроме слов утешения, указаний на веру и обычных церемоний.

Важнейшая причина нежелания психотерапевтов и других лиц входить в отношения с умирающими — их собственный, подсознательный страх перед физическими страданиями, биологической брэнностью и смертностью. Наблюдения, сделанные в ходе психоделических исследований, (см. список рекомендуемой литературы), наряду со сведениями из истории, религиоведения и антропологии, указывают на то, что мы храним в подсознании функциональные матрицы, содержащие память о подлинном соприкосновении со смертью. Такое осознание смерти организмом находится практически на клеточном уровне и, возможно, является главной причиной неестественного уклонения от связанных с нею проблем.

Сегодня происходит резкое изменение отношения медиков и специалистов смежных профессий, прежде всего, социальных работников всех специальностей,

к проблеме умирания и смерти. Важными вехами на этом пути стали книга Г. Фейфеля «Значение смерти» (1957) и создание в 1968 г. в Нью-Йорке организации «Фонда танатологии». Волна профессионального интереса к аспектам процесса умирания привела к появлению научного труда Элизабет Кюблер-Росс «О смерти и умирании». В этом труде содержатся многочисленные доказательства того, что люди, находящиеся на смертном одре, остро нуждаются в искренних человеческих контактах и психотерапевтической помощи. Э. Кюблер-Росс подчеркнула важность открытого и честного общения с умирающими, их готовность обсуждать любые, психологически близкие им темы. Они могут научить остающихся в живых важным вещам, относящимся не только к заключительным фазам жизни, но и к проблемам работы человеческого сознания, а также к некоторым редким аспектам нашего существования вообще. Кроме того, данный процесс обогатит его участников и, возможно, снизит уровень их тревоги относительно собственной смерти.

Другим важным нововведением в уходе за смертельно больными стал лечебный эксперимент, проводившийся с 1967 года в приюте Святого Христофора в Лондоне. Ведущее направление в деятельности персонала этого приюта — стремление сделать все, чтобы дать возможность пациентам полноценно и комфортабельно жить до самого последнего дня. Общий режим и вся атмосфера гораздо более свободны, чем в обычной больнице, а порядок посещений и выхода больных намного проще обычного в палатах для тяжелобольных. Такой подход соединяет хорошо организованный уход и медицинское мастерство с состраданием, теплом и дружелюбием.

Проводимые в течение последней четверти века исследования ЛСД и других галлюциногенов открыли новые возможности для облегчения эмоционального и физического страдания умирающих от рака и других хронических болезней. Предположение о возможном применении галлюциногенов для терапии неизлечимо больных впервые было высказано педиатром В.П. Уоссон, которая в результате многолетних этномикологических исследований заинтересовалась употреблением грибов, содержащих галлюциногены, в разных древних культурах Америки. В июне 1955 г. она с мужем стали первыми европейцами, допущенными к священному ритуалу. Мощное воздействие грибов, съеденных во время церемонии, произвело на них глубокое впечатление. Г-жа Уоссон дала интервью, в котором рассказала историю открытия, описала свои ощущения, а также высказала мнение, что, если удастся выделить активный ингредиент и обеспечить его достаточный запас, то этот ингредиент может стать инструментарием в изучении психических процессов.

Новый импульс пришел из неожиданного источника. В начале 60-х годов Э. Каст из Чикагской медицинской школы изучал воздействие различных препаратов на болевые ощущения в поисках хорошего и надежного обезболивающего средства. Он оценил ЛСД как перспективное вещество из-за необычного характера действия: искажающего воздействия на восприятия тела и

способности влиять на отношение организма к сигналам из внешнего мира. Кроме снятия боли, в процессе исследований Каст обнаружил, что некоторые из пациентов (страдающих от неизлечимых заболеваний) демонстрируют поразительное пренебрежение тяжестью ситуации, в которой они находятся.

В проводимых позднее исследованиях Каст детально проанализировал некоторые предыдущие открытия. Результаты были удивительны. У многих больных через несколько часов после принятия 100 микро граммов препарата резко снижалась боль, в течение нескольких дней наблюдалось улучшение сна и понижение тревожности по поводу болезни. Кроме того, Каст описал происшедшие у пациентов изменения, улучшавшие их положение: улучшение контактности, появление «счастливого океанического чувств» длившегося до 12 дней. Философские и религиозные взгляды больных на смерть претерпели неопределенное изменение. Благодаря трансцендентальному переживанию, возникающему под воздействием психоделика или в результате различных видов духовных практик, человек перестает беспокоиться о своей физической кончине и начинает воспринимать ее как естественный феномен круговорота сил жизни.

С 1963 г. подобные исследования проводились в больнице Спринг-Гроув штата Мериленд (США). К 1974 г. уже более 100 больных, умирающих от рака, участвовали в программе ЛСД-психотерапии. Кандидаты отбирались по ряду критериев, с ними проводили специальную беседу и после письменного согласия подключали к программе. Курс психоделической терапии состоял из трех фаз: подготовительной, во время которой выяснялось прошлое пациента, его нынешнее состояние, и происходило становление доверительных отношений с умирающим и его семьей; собственно сеанса психоделической терапии; нескольких бесед после сеанса, проводимых с целью помочь осмыслению психоделических переживаний.

Большое значение имеет подготовка больного к сеансу. В особой беседе больной получал конкретную информацию о природе психоделического переживания, диапазоне необычных состояний психики, возникающих после приема ЛСД; обсуждались также способы связи с медперсоналом в период действия препарата. За день до сеанса больной переводился в отдельную палату. Родственникам рекомендовалось принести живые цветы, фрукты, фотографии или произведения искусств, имеющих особое значение для умирающего. В палате устанавливалось стереофоническое оборудование. (Выбор музыки проводился после консультации с врачом-специалистом по музыкальной терапии). Делалось все, чтобы создать максимально комфортабельную и теплую обстановку, насколько это вообще возможно в больничных условиях.

Смерть и жизнь, обычно рассматриваемые как несовместимые противоположности, представляются на деле взаимозависимыми. Полноценное существование, наполненное сознанием каждого мига жизни, ведет к принятию смерти и примирению с ней. Раввин Гершель Лимон, участвовавший в обучающей психоделической программе на основе ЛСД, так выразил свое исключительное проникновение в сущность (как ему казалось) взаимоотношения жизни и смерти:

«Я думал, что умираю, но только готовился жить».

Вопрос о необходимости проведения сеансов психоделической терапии остается открытым. Так ли она необходима? Для каких категорий людей ее проведение может быть рекомендовано? Безусловно, этот вид терапии не является столь же необходимым, как лечение и обезболивание медикаментами или хирургические операции. Никогда психоделическая терапия не представлялась в качестве альтернативы известным способам лечения тяжелых заболеваний. Но безнадежно больные люди, наряду с физическими, испытывают очень сильные эмоциональные страдания, полностью осознавая безнадежность своего положения, умирающие последовательно проходят несколько стадий: отторжения и изоляции, гнева, депрессии и, наконец, признания неизбежного. Даже в общении с родственниками и близкими друзьями возникают порой непреодолимые барьеры. Сеансы психоделической терапии могли бы помочь многим людям (не только умирающим) облегчить страдания и улучшить психическое состояние. Кроме того, результатом ЛСД-сеансов иногда бывают спонтанные улучшения физического состояния.

Впервые исследования, сведенные впоследствии в концепцию психоделической терапии, проводились в группах пациентов, страдающих разнообразными психическими расстройствами. Целью таких исследований было изучение личности душевнобольных, а также поиск новых возможностей лечения расстройств. Выяснилось, что у пациентов, переживших во время сеансов ЛСД-терапии феномен смерти — возрождения, происходили заметные улучшения психического состояния. Симптомами, лучше всего поддающимися воздействию психоделической терапии, были депрессия и тревожность. Отмечалось также снижение страха смерти, возник естественный вопрос: нельзя ли добиться того же результата у тех, для кого проблема смерти является насущной — например, у раковых больных?

К 1974 г. уже более 1000 больных, умирающих от рака, участвовали в программе по изучению психоделической терапии, разработанной учеными клиники «Спринг-Гроув». Основными критериями отбора для участия в исследовании были:

- наличие определенного уровня физической боли,
- депрессия,
- напряженность,
- тревожность,
- чувство изолированности от других людей, связанное с болезнью.

Больные с проблемами сердечно-сосудистой системы, имеющие новообразования в мозгу либо серьезные органические заболевания мозга, а также страдающие эпилепсией, отсеивались.

Программа «Спринг-Гроув» предусматривала проведение сеансов с умирающими от рака, но это лишь одно из возможных направлений применения терапии такого рода. Такие симптомы, как тревожность, чувство изолированности,

депрессия, наблюдаются не только у умирающих. Можно выделить некоторые категории людей, для которых проведения сеансов психоделической терапии в качестве дополнения к обычным методам лечения и реабилитации принесло бы положительный результат.

I. Собственно больные и умирающие.

- 1) Больные неизлечимой смертельной болезнью.
- 2) Умирающие от тяжелых травм.
- 3) Страдающие от хронических, но необязательно смертельных заболеваний.

II. Инвалиды.

- 1) Некоторые инвалиды детства, страдающие от собственной неполноценности или испытывающие чувство изоляции.
- 2) Люди, ставшие инвалидами в зрелом возрасте либо получившие уродства в результате болезни или несчастного случая.

III. «Потенциальные самоубийцы».

- 1) Родственники и близкие, пережившие потерю членов семьи или друзей.
- 2) Люди, попавшие в сложную жизненную ситуацию, приведшую к сильной депрессии.
- 3) Лица, страдающие от навязчивого желания совершить самоубийство или попытавшиеся его совершить. Возможно, в этих случаях переживание феномена смерти — возрождения заменит «острые ощущения» и тяга к самоуничтожению исчезнет.

IV. Окружение умирающих.

Это люди, находящиеся в контакте с умирающими и тяжело больными и на себе испытывающие проявления эмоционального состояния умирающих, по-своему переживающие проблемы отчуждения. Участие в сеансах психоделической терапии помогло снять большую долю отчаяния у остающихся, помочь преодолеть психологический барьер в общении и способствовать пониманию и сопереживанию страданий. Кроме того такие сеансы открывают возможность справиться с другими психологическими проблемами, такими, как чувство вины, покинутость, различного рода фобии. К этой группе можно отнести :

- 1) Родственников и близких умирающего, тяжело больного и инвалидов.
- 2) Людей, переживших потерю членов семьи или друзей.

Причем, совсем необязательно вызывать у этих групп людей психоделические переживания; исследования программы «Спринг-Гроув» показали, что улучшения наблюдались при участии родственников умирающих в сеансах ЛСД-терапии в качестве наблюдателей.

Хотя исследования по психоделической терапии впервые стали проводить с людьми, страдающими психическими расстройствами и больными алкоголизмом, к проведению таких сеансов следует относиться с осторожностью, так как не всегда можно предугадать эффект от ЛСД-переживания, и результат может быть не тем.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Итак, мы рассмотрели основные социальные аспекты психосоматики и психотерапии — двух клинических дисциплин, которые по требованию времени должны быть усвоены и адаптированы в системы знаний и практики социальной медицины. Социальные аспекты психосоматики и психотерапии выделены как раз те, со стороны которых и произойдет это усвоение и адаптация. Социальный работник, который готовит себя для службы на поприще психологии, психиатрии, геронтологии, гериатрии, наркологии, медикаментозной токсикологии, медицины катастроф, да и общей и инфекционной медицины, непременно должен знать в определенных аспектах психосоматику и психотерапию. Обеспечить доступ к этому знанию и дать пропедевтическую информацию о нем — в этом состояла основная цель настоящего учебного пособия.

В пособии нет ни одного положения или термина, которые не могут быть поняты и усвоены студентами не медицинских вузов.

Надеемся, что новейшие знания по психосоматики и психотерапии, которые мы старались здесь представить, современные спорные и узловые моменты этих знаний обеспечат данной книге и статус руководства по социальной психосоматике и психотерапии. Следуя духу времени, мы стремились основательно ознакомить нашего читателя с опытом социальной психосоматики и психотерапии зарубежных стран, в которых социальная медицина давно и хорошо развита. Это, прежде всего, страны Западной Европы, США и Японии.

Так получилось, что «Социальная медицина» в целом проникнута пафосом противостояния всевозможным спекуляциям, профанациям и мистификациям вокруг проблем, которые до сих пор в России не решаются адекватно.

БИБЛИОГРАФИЯ

- Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А.* Функциональные асимметрии человека. М., 1981.
- Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А.* Левши. М., 1995.
- Белов Н.А.* Физиология типов. Орел, 1924.
- Жирнов В.Д.* Философские и социальные проблемы медицины: основная советская литература (1961— 1980гг.). М., 1982.
- Кречмер Э.* Медицинская психология. М., 1926.
- Кречмер Э.* Строение тела и характер. М., 1930.
- Кук Ф.* Заговор против пациента / Пер с англ. М., 1972.
- Леонгард К.* Акцентуированные личности. М., 1981.
- Лолор П.* Клиническая иммунология. М., 1997.
- Льянц Р.* Медико-биологическая статистика. М., 1997.
- Матрос Л.Г.* Социальные аспекты проблемы здоровья. Новосибирск, 1992.
- Медико-социальная реабилитация инвалидов. Основы законодательства. М., 1996
- Медицина и средства массовой информации / Ред. *Покровский В.И., Саркисов Д.С.* М., 1991.
- Мерта Л.* Справочник врача общей практики. М., 1997.
- Методологические и социальные проблемы медицины: / Ред. *Е.Л. Михайлова.* М., 1993.
- Ольков С.Г.* Общественные болезни. Тюмень, 1996.
- Первая медицинская ассамблея «Здоровье человека». Н.Новгород, 15–18 мая 1991. Стенограмма. М., 1992.
- Смертная казнь. Труды ВНИИ ВД СССР. М., 1987.
- Снежневский А.В.* Избранные труды. М., 1986.
- Социальная гигиена. М., 1989.
- Поляков И.В.* Социальные проблемы в медицине. Л., 1969.
- 4-ый Соловецкий общественно-политический форум «Человек и общество, психическое здоровье и экология культуры». Тезисы докладов научн. конф. Архангельск, 1992.
- Социальные проблемы здоровья и продолжительности жизни. / Отв. ред. *И.В. Журавлева.* АН ССР Ин-т социологии. М., 1989.
- Социальные проблемы здравоохранения. / Ред. *Кофман Ф.Я.* М., 1967.
- Философские и социальные проблемы медико-биологических наук: сб. науч. тр. / Отв. ред. *Пехов А.П.* М., 1989.
- Черносвитов Е.В.* Неврозоподобные состояния в общесоматической

практике. Тбилиси, 1990.

Черносвитов Е.В. Изучение особенностей личности ученого./ Сб. Трудов ИСИ АН СССР. Т 1. М., 1985.

Черносвитов Е.В. Некоторые стороны взаимосвязи творчества, психопатологии и личности. / Сб. Трудов ИСИ АН СССР. Т. 2. М., 1986.

Черносвитов Е.В. Характер. / БМЭ. Т. 26. 1986.

Швейцер А. Культура и этика. М., 1998.

Фрейд З. Избранные произведения. М., 1997.

Юнг К. Психологические типы. М., 1997.

Ясперс К. Общая психопатология. М., 1997.

Яцемирская Р. Психическое старение долгожителей. Докт. дисс. София, 1990.

Царегородцев Г.И., Полис А.Ф. Социальные проблемы медицины. М., 1968.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ЧАСТЬ 1. ОБЩАЯ СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА.....	6
Глава 1 К ИСТОКАМ СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ: СТАНОВЛЕНИЕ ОСНОВНЫХ ПОНЯТИЙ.....	8
Глава 2 МЕДИЦИНА И ОБЩЕСТВО В КОНТЕКСТЕ СОЦИАЛЬНЫХ ПОТЯСЕНИЙ XX СТОЛЕТИЯ.....	12
Глава 3 КЛИНИЧЕСКАЯ, ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА: ОБЩЕЕ В РАЗЛИЧНОМ.....	22
Глава 4 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ В СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ.....	44
Глава 5 СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И МИГРАЦИОННЫЕ ПРОЦЕССЫ.....	66
Глава 6 СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И ЧРЕЗВЫЧАЙНЫЕ СИТУАЦИИ.....	80
Глава 7 ДОЛГОЛЕТИЕ, ДОЛГОЖИТЕЛИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ.....	94
Глава 8 ЦИВИЛИЗАЦИЯ, КУЛЬТУРА И СЕКС В СВЕТЕ ПРОБЛЕМ СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ.....	114
Глава 9 НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКИЙ ПРОГРЕСС И СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА.....	124

Глава 10	
СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА	
И ПЕНИТЕНЦИАРНАЯ СОЦИОЛОГИЯ.....	135
ЧАСТЬ 2	
ПРИКЛАДНАЯ СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА.....	145
РАЗДЕЛ 1	
СОЦИАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ПСИХОСОМАТИКИ.....	145
Глава 1	
СТРОЕНИЕ ТЕЛА И ХАРАКТЕР.....	145
Глава 2	
СОЦИОЛОГИЯ, ФИЗИОЛОГИЯ И КЛИНИКА	
ТИПОВ ЧЕЛОВЕКА.....	156
Глава 3	
БИОТИПОЛОГИЯ ПОЛОВОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ.....	185
Глава 4	
ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА	
В СОВРЕМЕННЫХ ИНТЕРПРЕТАЦИЯХ.....	212
РАЗДЕЛ 2	
СОЦИАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ.....	229
Глава 1	
СЛОВО КАК ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКТОР.....	229
Глава 2	
МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ.....	241
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	267
БИБЛИОГРАФИЯ.....	268

Учебное издание

Черносвитов Евгений Васильевич

СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Учебное пособие для студентов высших учебных заведений

Зав. редакцией *А.И. Уткин*

Редактор *В.П. Пазилова*

Зав. художественной редакцией *И.А. Пшеничников*

Художник обложки *О.Я. Яковлева*

Компьютерная верстка *Г.К. Смирнова*

Корректор *Т.С. Кудинова*

Лицензия ЛР № 064380 от 04.01.96

Гигиенический сертификат

№ 77.ЦС.01.952.П.01652.С.98 от 28.08.98

Сдано в набор 10.11.99. Подписано в печать 23.02.2000

Формат 60×90/16. Печать офсетная. Усл. печ. л. 19

Тираж 10000 экз. Заказ № 953

«Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС»

117571, Москва, просп. Вернадского, 88

Московский педагогический государственный университет

Тел.: 437-11-11, 437-25-52, 437-99-98; тел/факс 932-56-19

E-mail: vlados@dol.ru

<http://www.vlados.ru>

Государственное унитарное предприятие
Издательско-полиграфический комплекс «Ульяновский Дом печати»
432601, г. Ульяновск, ул. Гончарова, 14