

An abstract painting of a vase with flowers. The vase is a dark, textured blue, and the flowers are rendered in various colors including yellow, green, red, and brown. The background is a mix of light blue and white. The overall style is expressive and textured.

**Екатерина Самойлова
Евгений Черносвитов**

РУКОВОДСТВО

**по
Социальной медицине
и психологии**

Часть III

**Частная социальная медицина
и психология**

Евгений Черносвитов

**РУКОВОДСТВО по социальной
медицине и психологии. Часть
третья. Частная социальная
медицина и психология**

«Издательские решения»

Черносвитов Е.

РУКОВОДСТВО по социальной медицине и психологии.
Часть третья. Частная социальная медицина и психология /
Е. Черносвитов — «Издательские решения»,

ISBN 978-5-44-904507-2

Издание представляет первое в России и единственное руководство, содержащее теоретические основы и практические методы социальной медицины и психологии. Понятие социальная медицина расширено за счет социально-психологического контента. Главным объектом социальной медицины является общественное здоровье всех граждан Государства. Актуальность этой дисциплины в нашей стране, пережившей и переживающей социальные, техногенные и демографические потрясения, трудно переоценить.

ISBN 978-5-44-904507-2

© Черносвитов Е.
© Издательские решения

Содержание

Раздел 1. Общественная медицина и психология	6
Глава 1. Человек как субъект (клиент) социальной медицины и психологии	6
Глава 2. «Шекспировские страсти» – социальные ситуации	8
Глава 3. Образцы профилей клиентов общественного врача и психолога	11
Глава 4. «Сексуальные меньшинства»: социальная норма?	29
Результат негативной мутации (по Ф. Гальтону). Социопаты	
Малоизвестный соперник Джоконды	29
Отто Вейнинггер – нечастная трагедия	30
Неведомая красота	32
Глава 5. Продолжение: цивилизация, культура и секс – в свете проблем социальной медицины и психологии	35
Раздел 2. Приложение. «Оккупационная терапия»	45
Глава 1. Основоположники «оккупационной терапии»	46
Глава 2. Группа «заболеваний», к которым проявляют интерес современные «оккупационные терапевты» (особенно в России)	50
Глава 3. Природолечение, трудотерапия, суггестия (гарантие) то, что нужно взять на вооружение социальным врачам и психологам	54
Конец ознакомительного фрагмента.	55

**РУКОВОДСТВО по социальной
медицине и психологии. Часть третья
Частная социальная
медицина и психология**

**Екатерина Самойлова
Евгений Черносвитов**

Редактор Тамара Амплиевна Доброхотова

Редактор Марина Альфредовна Черносвитова

Редактор Срболоб Живанович

Иллюстратор Оксана Альфредовна Яблокова

Дизайнер обложки Оксана Альфредовна Яблокова

© Екатерина Самойлова, 2018

© Евгений Черносвитов, 2018

© Оксана Альфредовна Яблокова, иллюстрации, 2018

© Оксана Альфредовна Яблокова, дизайн обложки, 2018

ISBN 978-5-4490-4507-2

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

(под редакцией Тамары Амплиевны Доброхотовой, Марины Альфредовны Черносвитовой, Виктора Николаевича Звягина, Овсея Ирмовича Шкаратана и Срболоба Живановича (Великобритания))

Василию Петровичу и Зинаиде Антоновне Черносвитовым, основателям первого Фонда милосердия и здоровья в СССР и в России, посвящаем.

Раздел 1. Общественная медицина и психология

Глава 1. Человек как субъект (клиент) социальной медицины и психологии

Взаимоотношения общественного медика (психолога) и клиента (юридического и физического лиц). Типы. Задачи. Методы.

Формально взаимоотношения общественного медика (психолога) и клиента точно такие же, как публичного медика и клиента. Ибо, общественный медик и публичный медик есть разные служебные ипостаси социального врача. Так, общественный медик может быть в штате юридического клиента. Заключать с ним договор, или контракт – подряд. Но, по существу, работа общественного медика (врача) отличается от работы публичного врача. Прежде всего, конечно, своей направленностью. Так, публичный врач решает проблемы коллектива, группы лиц, выполняющих одну и ту же работу. Предметом его интереса и деятельности является здоровье всего коллектива или группы лиц. Конфликт, возникший в коллективе, даже если в него вовлечены всего два человека, например, начальник и рядовой служащий, решается публичным врачом под углом зрения влияние этого конфликта на моральную атмосферу всего коллектива, на его работоспособность и производительность труда. Общественный врач тот же самый конфликт решал бы совсем по-другому. Его интересовало бы, прежде всего моральное (или психосоматическое) состояние конфликтующих сторон как конкретных людей. Атмосфера в коллективе его, конечно, тоже бы интересовала, но под другим углом зрения. А именно, как она влияет на состояние каждого в отдельности конфликтующего, и не является ли причиной конфликта? Таким образом, работа общественного врача в коллективе была бы такой же, как работа врача-клинициста. Работа же публичного врача в коллективе сравнима с работой врача-гигиениста. Если, к примеру, взять такую ситуацию. Если в трудовом коллективе, в штате которого работает общественный врач, возникает ситуация дезорганизации работы, появление между сотрудниками напряженности, нервозности, спонтанных вспышек агрессии, которая вначале может проявляться, как словесная перепалка между сотрудниками, в криках начальника на подчиненных, в грубых ответах подчиненных начальнику, обоюдных, со стороны начальника и подчиненных, или подчиненного и начальника, угрозах и т.д., то статус общественного врача должен измениться, на статус, публичного врача. Сразу следует отметить, что даже безупречная с профессиональной точки зрения работа общественного врача в трудовом коллективе, не может предотвратить, при появлении необходимых для этого обстоятельств, превращение этого коллектива в криминальную толпу. Имеются в виду крайние варианты трудовой дезорганизации. Отсюда, как показывает практика социальной медицины, в штате одной организации (одного юридического лица) могут одновременно работать публичный и общественный врачи. Каждый будет решать свои задачи. Публичный врач будет «оберегать» общественное здоровье трудового коллектива, следить за моральной атмосферой в коллективе, за его трудовыми показателями. Общественный врач будет «оберегать» здоровье каждого отдельного сотрудника коллектива, следить за адекватностью его реакций при выполнении функциональных обязанностей, учитывать состояние его трудоспособности. При этом, публичный врач и общественный врач могут быть одним юридическим лицом. То есть, представлять одну организацию. Но, точно также, они могут быть разными юридическими лицами. То есть, представлять разные самостоятельные организации. При этом, возможен и такой вариант взаимоотношений публичного и общественного врачей с одним юридическим лицом. Один из социальных врачей (не важно, какой!), является юридическим лицом. То

есть, представляет собой организацию социальных медиков. А другой социальный врач находится в штате организации, или работает по контракту. Следовательно, представляет самого себя. Практика социальной медицины в разных странах не обнаруживает какого-либо предпочтения отношениям организаций (юридических лиц) с ее представителями. Бывают разные варианты.

1. Юридическое лицо (трудовой коллектив) вступает в трудовые отношения по контракту с юридическим лицом (социальной медициной). При этом социальная медицина обеспечивает трудовой коллектив.

А) Публичной, и общественной медицинской помощью.

Б) Только публичной медицинской помощью, при этом, общественной медицинской помощью данный трудовой коллектив может обеспечивать общественный врач, как частное лицо, или как другое юридическое лицо.

В) Только общественной медицинской помощью; публичной медицинской помощью будет обеспечивать частное или юридическое лицо, являющееся социальным врачом.

Работа общественного и публичного врачей в одном трудовом коллективе бывает настолько самостоятельная, врачи решают настолько, порой, разные задачи, что могут никогда не встречаться.

Легко запомнить: публичный врач работает со всем трудовым коллективом сразу, обеспечивая его здоровье и трудоспособность. Он стоит на страже морального климата в коллективе, охраняя его от различного рода девиаций, превращающих трудовой коллектив в толпу. В крайних случаях – в криминальную толпу, А сотрудников – в реципиентов психических эпидемий, явных и маскированных.

Общественный врач и психолог заботятся о здоровье каждого сотрудника рабочего коллектива, и решает его социальные и личные проблемы. Общественный врач также вносит свой вклад в общественное здоровье трудового коллектива. Но, общественное здоровье с точки зрения общественного врача, есть совокупность индивидуального здоровья каждого члена трудового коллектива. Но есть случаи, когда публичный врач как бы передает свои функции общественному врачу. Это, когда речь заходит о прогнозировании общественного здоровья на какой-то будущий срок. Например, дирекцию могут интересовать следующие вопросы:

1. Каково будет здоровье сотрудников через два, например, года?

2. Какова будет производительность труда у коллектива в целом, и у определенных членов коллектива, в отдельности, также, через 2 года? 3. Целесообразно ли повышать в должности сотрудника №, как это отразится на производительности труда отдела, где он будет начальником?

4. Кто из сотрудников может заболеть через два года? Какова вероятность и тяжесть возможного заболевания?

5. Как изменится трудовой коллектив через два года, с точки зрения постарения его членов?

6. Какова вероятность, что сотрудники «А» и «Б» могут уволиться из трудового коллектива? 7. От каких сотрудников, и по каким причинам можно ожидать конфликтов?

Естественно, что прием каждого нового сотрудника должен осуществляться после его консультирования у общественного врача. Но, общественный врач, решая проблемы сотрудников трудового коллектива и имея, прежде всего в виду интересы каждого сотрудника в отдельности, как своего клиента, (как связанные с работой, так и не связанные), тем самым решает общие задачи здоровья коллектива. Если, например, у человека какая-то сугубо личная проблема (например, не отвечает взаимностью любимый человек), то это скажется и на его работе. Но, в одних случаях, это негативное влияние можно сгладить тем или иным способом (с помощью того же общественного врача), а, в других случаях – нет. Тогда, речь может идти или о внесрочном отпуске сотрудника, или, даже об его увольнении.

Глава 2. «Шекспировские страсти» – социальные ситуации

Ситуации бывают самые разные. По источникам – от обще государственных ситуаций (например, задержек с выплатой пенсий), до семейных. По содержанию – от моральных, до материальных. По форме – от объективных ситуаций, до субъективных и даже, «выдуманных». Но, какой бы ни была ситуация, с которой клиент обращается к общественному врачу, она, так или иначе, касается его здоровья. Прежде, чем разбираться в ситуации клиента, у общественного врача должен быть уже его профиль. То есть, перед рассмотрением сути просьбы клиента, врач должен поговорить с ним на общие темы, используя метод аудиовизуальной диагностики. При необходимости, протестировать его, чтобы определить тип личности и особенности характера клиента. А, исходя уже из *causa essendi et fiendi*¹ ситуации, врач может осмотреть клиента, на предмет определения его наследственных стигм. Например, если клиент, у которого один из родителей страдает тяжелым наследственным заболеванием, решил обзавестись семьей и иметь детей. Он пришел к врачу, для того, чтобы узнать, какова вероятность, что его дети (да, и он сам), унаследуют заболевание его родителя?

Во время «конструирования» профиля клиента, врач вступает с ним в контакт. Контакт общественного врача (психолога) и клиента – вещь не случайная. Со времен Зигмунда Фрейда, все контакты, в которые может вступить врач (не только социальный, но и лечащий) с клиентом, подпадают по типу под общечеловеческое клише отношений. Безусловно, это происходит неосознанно и произвольного, как со стороны врача, так и со стороны клиента. Менять, складывающийся тип отношений, как писал Фрейд, чревато потерей клиента. Нравится врачу, или нет, какой тип отношений складывается с клиентом, он должен его принять, и соответственно вести себя. Иногда, что отмечал уже Фрейд, клиент навязывает (конечно, неосознанно) врачу морально неприемлемый тип отношений. Тогда врачу (психологу) предстоит сделать выбор: поступиться своими принципами (не как врача, об этом не может быть и речи, а как человека), или потерять клиента. С медицинской точки зрения, потеря клиента – профессиональная неудача врача. По не писанным законам, еще со времен Гиппократов, от «хорошего врача пациенты не уходят, не поправив своего здоровья». Это имеет прямое отношение и к социальному врачу.

Итак, клише любых человеческих отношений (не формальных или служебных) простое, и имеет три, естественных типа: 1. Родителя – дитя (отца и сына, отца и дочери, матери и сына, матери и дочери). 2. Братьев или сестер (брата и сестры). 3. Мужа и жены (любowników). При этом возраст ни клиента, ни врача, не являлся фактором, определяющим их тип отношений. Вполне может сложиться ситуация, когда 60-летний клиент к 30-летней врачу, будет относиться, как «сын к матери». А, вот половой признак, как полагал Фрейд, и как показывает врачебная практика, являлся фактором, определяющим эти взаимоотношения. Половое влечение пациенток (клиенток) к врачам-мужчинам, и пациентов (клиентов) к женщинам-врачам – общеизвестный факт. Если врач не отвечает на это влечение взаимностью, он очень скоро вызовет к себе негативное отношение, и потеряет клиента. Если врач ответит клиенту взаимностью, он также скоро может потерять его, как клиента, даже, несмотря на то, что укрепит отношения с ним, но уже, как с половым партнером. З. Фрейд, по этому поводу писал: «Нигде, ни в одной, известной мне стране, и никогда не было закона, запрещающего врачу вступать в половые отношения со своим пациентом. Этот вопрос рассматривался и Гиппократом, и Авиценной. Оба были единого мнения: врач по отношению к пациенту, должен быть готовым к любой жертве, лишь бы это шло на пользу выздоровления пациента. Но, мой вра-

¹ Основания возникновения и существования. (лат.)

чебный опыт показывает, что вступление в половые отношения с пациентками, как правило, приводят или к разрыву с ними, или к ухудшению их состояния» («Очерки по психоанализу»).

Наше время еще усложнило ситуацию взаимоотношений «врач – пациент» («врач – клиент»). Так как, в цивилизованных странах, из категории «перверсии» (извращения), выпали так называемые, сексуальные меньшинства. Поэтому, настало время, когда клиент – представитель сексуальных меньшинств, может «строить» свои отношения с общественным врачом своего же пола, по клише – «муж – жена». О возможности такой ситуации Фрейд даже не предполагал.

Итак, любая «ситуация», находясь в которой, клиент пришел за помощью к общественному врачу, прежде всего, должна быть «уложена» в какой-то, из трех, выше названных типов клише. Следующая задача общественного врача, разглядеть в современной ситуации, ее архетип.

Архетип, собственно, имеет отношение не к ситуации как таковой, а к клиенту, находящемуся в ситуации. Конечно, голод, или война в стране – не зависящие от того или иного, конкретного человека, объективные явления. Но, в одних и тех же объективных условиях, ситуации клиентов будут различны. Определяться ситуации будут, психосоматическими особенностями человека. Только поэтому, самые различные, объективные социальные ситуации, так или иначе, имеют отношение к здоровью человека. Сначала человек в ситуации, становится клиентом общественного врача. А, если, упускает время, то – пациентом лечащего врача. Архетип – это, в конечном итоге, реакция человека, находящегося в ситуации, которая чревата болезнью, или потерей трудоспособности, инвалидностью, или даже смертью.

Существует четыре архетипа реагирования человека на ситуацию, при рассмотрении ее крайних вариантов. Это —

1. Эскапизм (то есть, бегство из ситуации).
2. Суицид (самоубийство).
3. Гомицид (убийство).

4. Членовредительство (именно здесь фрики, подростковый пауэрлифтинг, «омолаживающие» диета и пластические операции, мизогинии в форме социального протеста). В любой реакции человека, доводя ее до «логического конца», можно увидеть тот или иной, из выше названных, вариант. То есть, любая ситуация клиента, для общественного врача чревата названными крайностями – архетипами реагирования. Для того, чтобы человек отреагировал тем или иным архетипом, его психика должна регрессировать до состояния примата, и соответствовать определенному типу. То, что стоит на пути психического регресса человека, находящегося в ситуации, угрожающей его здоровью (в том числе, и моральному!), называется психологической защитой. Психологическая защита любого человека тоже работает по древним стандартам, имеет свои архетипы. Начиная с Эдипова комплекса, описанного Фрейдом, современная психология выделила множество комплексов (типов переживаний), согласно мифическим и литературным героям (смотри 1 раздел). Действительно, для того, чтобы понять логику переживаний человека, находящегося в ситуации, и иметь возможность помочь ему, необходимо в его переживаниях обнаружить некий архетип. Например, архетип бальзаковской 30-ти летней женщины (смотри одноименный роман О. де Бальзака) соответствует переживаниям 30-ти летней женщины, находящейся в ситуации. Есть ситуации, которые помогут понять архетипы «Анна Каренина» или «Отец Сергей», «Евгений Васильевич Базаров», или «Сураз» В. М. Шукшина. Ниже, мы рассмотрим эти архетипы подробнее. Ситуации «Гамлет». «Макбет», «Фауст», «Король Лир» – хрестоматийны для психологов, и уже достаточно «обыграны», чтобы потерять свое первоначальное социально-психологическое «зерно». Поэтому, здесь они рассматриваться не будут. Но, это не значит, что их нельзя ни в коем случае брать за архетип для работы общественному врачу. Нужно только иметь в виду, что литературный архетип не есть нечто раз на всегда. созданное воображением гения, отвечающее глубинным переживаниям человека всех времен и эпох. Архетип тоже меняется со временем. Вернее, его обще-

человеческое значение. Так, ситуация Фауста во времена М. А. Булгакова была одна. А, в наши времена – другая. Сейчас не нужно продавать душу дьяволу, чтобы вырастить гомункулуса. Скорее, наоборот, умея выращивать гомункулуса (при поставленном на конвейер искусственном оплодотворении), человек сам может стать «дьяволом». В наше время архетип Фауста, похоже, подменился архетипом Мефистофеля.

Здесь, на примере портретов героев, созданных тонким знатоком человеческой души, Оноре де Бальзак, приведем образцы профилей клиентов общественного врача, которые формируются им, в процессе аудиовизуальной диагностики, соответственно психосоматическим особенностям человека.

Глава 3. Образцы профилей клиентов общественного врача и психолога

Профиль 1. Знатный еврей, бывший комендор Мальтийского Ордена, высокий, длинный и тощий, неизменно носил слишком тесный воротник, который подпирал его обвисшие щеки и заставлял высоко держать голову, – манера, обычно указывающая на самодовольство, но у него оправданная вольтерьянским складом ума. Его слегка выпученные глаза, казалось, все видели – и действительно замечали все. Он закладывал себе уши ватой. Его особа являла собою совершенный образ аристократических линий, тонких и хрупких, гибких и изящных, напоминая змею, которая может то извиваться, то выпрямляться, становиться то мягкой, то упругой. (Из «Герцогиня де Ланже»).

Профиль 2. Мрачная бесстрастность самоубийцы легла на его чело матовой и болезненной бледностью, в углах рта легкими складками обрисовывалась горькая улыбка, и все лицо выражало такую покорность, что на него было больно смотреть. Некая скрытая гениальность сверкала в глубине его глаз, затуманенных, быть может, усталостью от наслаждений... Доктора, вероятно, приписали бы этот лихорадочный румянец и темные круги под глазами пороку сердца или грудной болезни, тогда как поэты пожелали бы увидеть в этих знаках приметы самозабвенного служения науке, следы бессонных ночей, проведенных при свете рабочей лампы. Но страсть, более смертоносная, чем болезнь, и болезнь, более безжалостная, чем умственный труд и гениальность, искажали черты этого молодого лица, сокращали эти подвижные мускулы, утомляли сердце, которого едва лишь коснулись оргии, труд и болезни.

Профиль 3. Представьте себе сухонького, худенького старичка... Борода с проседью, подстриженная клинышком, скрывала подбородок этого странного существа, придавая ему сходство с теми еврейскими головами, которыми как натурой пользуются художники, когда хотят изобразить Моисея. Губы были столь бесцветны, столь тонки, что лишь при особом внимании можно было различить линию рта на его белом челе. Высокий морщинистый лоб, щеки, поблекшие и впалые, неумолимая строгость маленьких зеленых глаз, лишенных бровей и ресниц, – все это могло внушить незнакомцу мысль, что вышел из рамы Взвешиватель Золота, созданный Герардом Доу. Коварство инквизитора, изобличаемое морщинами, которые бороздили его щеки и лучами расходились у глаз, свидетельствовало о глубоком знании жизни.

Профиль 4. Смуглые лица, такие яркие при свечах, теперь были ужасны, лица лимфатические, такие белые, такие нежные, когда они не изнурены усталостью, позеленели; губы, еще недавно такие прелестные, алые, а теперь сухие и бледные, носили на себе постыдные стигматы пьянства...

(«Урсула Мируэ»)

Профиль 5. По внешности Гранде был мужчина в пять футов ростом, коренастый, плотный, с икрами ног по двенадцати дюймов в окружности, с узловатыми суставами и широкими плечами; лицо у него было круглое, топорное, рябое; подбородок прямой, губы без всякого изгиба, а зубы очень белые; выражение глаз спокойное и хищное, какое народ приписывает василиску; лоб, испещренный поперечными морщинами, не без характерных бугров, волосы – рыжеватые с проседью, – золото и серебро... На носу у него, толстом к концу, была шишка с кровяными жилками, которую народ не без основания считал признаком коварства. Это лицо выдавало опасную хитрость, холодную честность, эгоизм человека, привыкшего сосредотачивать все свои чувства на утехх скряжничества...

Профиль 6. Умея, как истинный бочар, ценить физическую силу, он понял, какую выгоду можно извлечь из существа женского пола, сложенного, как Геркулес, твердо стоявшего на ногах, как шестидесятилетний дуб на корнях своих, существа с широкими бедрами и квадратной спиной, с руками ломового извозчика и с честностью непоколебимой, как ее нетронутое

целомудрие. Ни бородавки, украшавшие это лицо воина, ни его кирпичный цвет, ни жилистые руки, ни рубище Нанеты не отпугнули бочара... К тому же чистое сердце и ограниченный ум не могли вместить более одного чувства и одной мысли.

Профиль 7. Госпожа Гранде была женщина иссохшая, желтая, как лимон, неловкая, медлительная, – одна из тех женщин, которые, кажется, созданы для того, чтобы над ними тиранствовали. Она была ширококостная, с большим носом, большим лбом, большими глазами на выкате, и при первом взгляде на нее вспоминались дряблые плоды, в которых больше нет ни вкуса, ни сока. Зубы у нее были черные и редкие, рот увядший, подбородок, как говорится, калошей. Однако это была прекрасная женщина...

Профиль 8. Госпожа де Грассен принадлежала к числу тех маленьких женщин, подвижных, пухленьких, белых и румяных, которые благодаря затворническому провинциальному быту и привычкам добродетельной жизни и в сорок лет еще моложавы... У нее была большая голова, мужской лоб, очерченный, однако, изящно, как у Фидиева Юпитера, и серые лучистые глаза, в которых отражалась вся ее жизнь... Нос был немного крупен, но гармонировал с ее алым ртом... Шея отличалась совершенством формы. Полная грудь...

Профиль 9. Мадемуазель Обрион была девица долговязая, как жук-дровосек, тощая, хилая, с презрительным ртом, над которым свисал чрезмерно длинный нос, толстый к концу, желтоватый при обычном состоянии, но совершенно красный после еды, – род растительного феномена, особенно неприятный на бледном скучающем лице.

(«Евгения Гранде»)

Профиль 10. Бедная девушка, казалось, была рождена для любви и веселья; для любви, которая провела над ее миндалевидными глазами тонкие, ровные дуги бровей и наградила ее таким обилием каштановых волос, что она могла закутаться ими, как плащом, непроницаемым для взоров возлюбленного; для веселья, от которого трепетали ее подвижные ноздри, а на розовых щеках выступали две ямочки, для веселья – этого цветка надежды, которое помогало ей быстро забыть огорчения и без содрогания смотреть на безрадостный жизненный путь.

Профиль 11. У священника было самое обыденное лицо и узкий лоб – признак ограниченности.

Профиль 12. Ведь молодые люди всегда готовы поверить обещаниям хорошенького личика и судить о душе по красоте внешнего облика. Необъяснимое чувство побуждает их верить, что нравственное совершенство всегда совпадает с совершенством физическим.

Профиль 13. Привычка опускать очи долу и принимать глубоко сокрушенный вид является личиной, которую прекрасно умеют носить обманщики. Кроме того, святоши образуют своего рода общину и все знакомы между собой; слуги, которых они рекомендуют друг другу, составляют как бы особое племя, ибо хозяева оберегают его по примеру любителей лошадей, которые не допускают в свои конюшни ни одной лошади без аттестата, составленного по всем правилам.

(«Побочная семья»)

Профиль 14. Сидя или стоя среди ящиков с красками, девушки водили кистью или протирали ее, смешивая яркие краски на палитре, рисовали, болтали, смеялись, пели и представляли зрелище, никогда не виданное мужчинами, потому что сейчас они были сами собой и давали возможность судить об их характере: одна – гордая, высокомерная, взбалмошная, черноволосая, с прекрасными руками, щедро расточала пламя своих взоров; другая – беспечная и веселая, у нее каштановые волосы, холеные белые руки, уста улыбаются; это истинно французская девушка, ветреница – что на уме, то и на языке, – живет только сегодняшним днем; третья – мечтательна, бледна, печальна и никнет как надломленный цветок; в противоположность ей, ее соседка крупна, ленива, у нее повадки восточной женщины, продолговатые черные глаза; она не разговорчива, но задумчива... Как это бывает со всеми женщинами, ей хотелось думать, что

благородный облик незнакомца и строгие пропорции его тела, пленившие ее художественный глаз, находятся в полной гармонии с его душевными качествами....

Профиль 15. У двадцатилетней женщины сердце уже не то, что у восемнадцатилетней девушки; у женщины в сорок лет оно не то, что в тридцать. Существует четыре возраста в жизни женщины. Каждый возраст создает новую женщину.

Профиль 16. Его изможденное, помятое лицо словно говорит о том, что он сражался с ангелами или с демонами; таким изображают немецкие художники лик умершего Христа: в нем все свидетельствует о постоянной борьбе между слабой человеческой природой и небесными силами. Но резкие складки на его щеках, шишковатый, неровный череп, глубоко сидящие глаза и впадины на висках отнюдь не являются признаками худосочной породы. Его твердые суставы, его выступающие кости замечательно крепки; и хотя их так обтягивает побуревшая от излишеств кожа, словно его высушило внутреннее пламя, она прикрывает чудовищно мощный скелет. Он тощий и рослый... журавлиные ноги, выпирающие коленные чашки и очень крутой изгиб спины; мускулистые руки с худыми и нервными пальцами сильны, как клешни у краба. Глаза у Рауля – наполеоновские – синие глаза, которые взглядом проникают в душу; нос, резко неправильной формы, выражает большое лукавство; красивый рот сверкает зубами такой белизны, что любая женщина может им позавидовать. В этом лице есть движение и огонь, этот лоб отмечен гением.

Профиль 17. Белый, несколько тяжелый подбородок указывал на волю и страстность. Руки от пальчиков до плеч достойны были королевы. Ступни зато были широкие и короткие – неизгладимый признак низкого происхождения.

(«Вендетта»)

Профиль 18. ...Если ты хочешь узнать, сколько лет женщине, взгляни на ее виски и на кончик носа. К каким бы косметическим средствам ни прибегала бы женщина, она ничего не может сделать с этими неумолимыми свидетелями ее тревог. Каждый прожитый год оставляет свой след. Когда у женщины кожа на висках стала слегка рыхлой, немного увяла, покрылась сетью морщинок, когда на кончике носа появились точки, вроде тех едва заметных черных пылинок – женщине перевалило за тридцать.

Профиль 19. Как врач я знаю, что хороший желудок и хорошая душа тут не совместимы... Женщина, вознесенная модой, перестает быть женщиной; это не мать, не жена, не любовница; говоря медицинским языком, пол у нее головного характера...

(«Дело об опеке»)

Профиль 20. Он был пухленький и приземистый, с бесцветным лицом, глаза у него были карие, волосы черные, нос утиный, большой рот и оттопыренные уши. Короткое, добродушное и покорное выражение мало облагораживало его дышавшее здоровьем, но энергичное лицо. Таковую натуру наверняка не терзали страсти, ни мятежные мысли, ни чувства иронии – свойства великих художников. Этот молодой человек был рожден для жизни добродетельного буржуа.

(«Пьер Грассу»)

Профиль 21. Если вы внимательно взгляните в прекрасные лица античных философов, вы всегда подметите в них отклонения от совершенного человеческого лица, сглаженные, однако, привычкой к размышлению и постоянным спокойствием, столь необходимым для умственных занятий, и это определяет их своеобразие. Лица, наиболее полные тревоги, как лицо Сократа, приобретают в конце концов безмятежность, почти божественную.

(«Тайны графини де Кадиньян»)

Профиль 22. Внешне Фердинанд был высокий и стройный молодой человек; вкрадчивые манеры позволяли ему легко приспособиться к любому обществу. Его худощавое лицо сначала нравилось, но, приглядевшись, вы подмечали в нем странное выражение, словно отпечаток душевного разлада, внутренней борьбы или тайных угрызений совести. На нежной коже нормандца играл слишком яркий румянец. Глаза его разного цвета, с металлическим блес-

ком, перебегали с предмета на предмет и загорались зловещим огнем, впиваясь в намеченную жертву. Голос звучал его глухо, как у долго говорящего человека; тонкие губы были красиво очерчены, но острый нос и выпуклый лоб выдавали простое происхождение. Иссиня – черные, словно крашенные волосы обличали в нем социального метиса, обязанного своим умом распутнику – вельможе, неизменностью натуры – соблазнительной крестьянке, знаниями – незавершенному образованию, а пороками – своей беспризорности.

Профиль 23. Цезарю в ту пору было сорок лет. Неустанные хлопоты, связанные с фабрикой, вызвали преждевременные морщины на его лице и слегка посеребрили длинные густые волосы, сохранявшие лоснящуюся полосу от шляпы. Лоб его, на который спускалось пять вьющихся прядей волос, говорили о простом укладе его жизни. Его густые брови никого не пугали, ибо открытый взгляд чистых голубых глаз гармонировал с челом честного человека. Толстый, с низкой переносицей нос придавал лицу удивленное выражение, как у парижских зевак. Губы были мясистые, а большой тяжелый подбородок круто срезан. Широкое румяное лицо и расположением морщин, и всеми своими крупными чертами выражало простодушную хитрость крестьянина. Сильное тело, крепкое сложение, широкая спина, огромные ступни ног – все выдавало в нем крестьянина, осевшего в Париже. Большие волосатые руки, утолщенные суставы огрубевших пальцев, квадратные ногти убедительно свидетельствовали о его происхождении, не говоря уже о других чертах его облика.

(«История величия и падения Цезаря Бирото»)

В этих двадцати трех профилях героев О. де Бальзак, представлены все характерологические особенности человека. При этом в профиле воплощена идея взаимосвязи строения тела и характера человека. Больше того, так как каждый герой Бальзака показан в момент его высшей активности, следовательно, в той или иной, типичной для первой половины 19-го века. Европейской социальной ситуации.

Социальные ситуации с историческим временем изменяются. Но, остаются неизменными:

1. Архетипы «создания» ситуации.
2. Архетипы «разрешения» ситуации.

К общественному врачу может прийти человек, находящийся в самой неожиданной ситуации. То есть, в такой, когда трудно выделить объективные и субъективные факторы, из которых ситуация состоит. Вот тогда, общественный врач и психолог, прежде всего должны составить, путем аудиовизуального наблюдения, профиль своего клиента. Определить его психосоматические особенности, то есть, морфологию его типа. Выше подобранные профили героев О. де Бальзак, помогут решить эту задачу. При этом, общественный врач должен помнить, что неоднократно подчеркивали великие художники и знатоки человека, Леонардо да Винчи и Альбрехт Дюрер: *во внешности человека нет ничего случайного, что бы ни имело прямого или непрямого отношения к его характеру. Нет людей «высоких» и «низких», «худых» и «полных». Есть – разные характеры. Даже «красота» и «уродство» человека, – относительны, когда за основу берется его Этнос (характер).*

Оноре де Бальзак хорошо это понимал. Но, к наблюдениям великих художников Возрождения, он добавил немаловажное собственное наблюдение, знание которого также обогащает практику современного общественного врача. *Когда речь идет о психосоматическом состоянии человека, то, даже полярно противоположные социальные ситуации, у двух, характерологический одинаковых людей, находящихся, к тому же, в одном и том же возрасте (особенно, если этот возраст – «горячая точка биографии», как 40 лет у мужчины, и 30 лет – у женщины), вызовут одинаковые по силе и глубине переживания.* Вот почему, хозяин парфюмерной лавки в Париже, первой половины XIX века, 40-летний Цезарь Бирото, есть психосоматический двойник своего одногодки, римского диктатора, Гая Юлия Цезаря.

Итак, общественный врач, решая проблемы клиента, находящегося в той или иной ситуации, создав, путем аудиовизуальной диагностики, профиль клиента, исходит из ключевого (для решения ситуации) положения: в любой ситуации человек остается самим собой, и реагирует на нее, согласно своим психосоматическим особенностям.

Схематично рассмотрим следующие ситуации: «Анна Каренина», «Отец Сергей» (Л. Н. Толстой), «Евгений Васильевич Базаров» (И.С.Тургенев), «Сураз» (В. М. Шукшин). То есть, суицид, членовредительство, эскапизм и гомицид. Естественно, для наглядности могут быть выбраны другие литературные, мифологические, библейские или исторические примеры. Анализ каждой ситуации предполагает знание произведения, откуда данная ситуация взята.

1. *«Анна Каренина». Основные контуры ситуации.*

Жена государственного деятеля, тридцатилетняя женщина, мать, аристократка, яркая представительница европейской элиты (русские аристократы того времени являлись европейской элитой, так как имели кровных родственников среди аристократов всех европейских домов). Самое сильное потрясение, которая Анна Каренина испытала смерть под колесами поезда бродяги. После разрыва с ней Вронского, связь с которым она демонстрировала всей Европе, игнорируя элементарные приличия, она оказалась в очень тяжелой ситуации – «прокаженной». Кроме того, она причинила вред, фактически испортив карьеру, своему престарелому мужу. Создала крайне негативную репутацию всей своей фамилии. Анна покончила жизнь самоубийством, выбрав смерть, которая наиболее ее потрясла – кормильца многодетной семьи, попавшего под колеса поезда. Дополнительная информация: в конце XIX века, среди Европейских аристократов, в том числе и России, применялись такие способы самоубийства, как отравление ядами, преимущественно, мышьяком, и повешение. За весь XIX век под колесами поезда не погиб ни один представитель высшего общества. Точно также, и среднее сословие для самоубийства не пользовалось этим способом². Л. Н. Толстой, заставляет другую героиню, брошенную любовником, Катюшу Маслову, бежать ночью вдоль железнодорожной насыпи и видит, как ее возлюбленный, в роскошном вагоне невозмутимо потягивает шампанское, явно забыв о ее существовании. Тем не менее, Катюша и не пытается броситься под поезд. А вот своего сожителя Маслова отравила мышьяком («Воскресенье»).

Для общественного врача, в ситуации «Анна Каренина» возникают следующие вопросы:

1. Было ли самоубийство Анны осознанным поступком, результатом осмысленного принятия решения? Или это был импульсивный поступок? 2. Почему Анна выбрала столь нетипичную для ее социального положения и воспитания, и в свое время так сильно ее потрясшую, смерть? 3. Хотела ли Анна, таким образом, отомстить: А) Алексею Вронскому? Б) Мужу? В) Обществу? Г) Был ли у Анны выход из сложившейся ситуации, помимо самоубийства, который позволил бы ей, пусть, постепенно, справиться со своим горем, и вернуться, реабилитированной, в общество? Дополнительный вопрос может быть таким: Д) Самоубийство Анны Карениной могло бы иметь место в наше время? (С соответствующими поправками на современные социальные реалии).

2. *«Отец Сергей».* Прежде, чем анализировать данную ситуацию, следует подчеркнуть, что названные выше четыре архетипа реагирования при психическом регрессе: суицид, гомицид, эскапизм и членовредительство, могут, подменять друг друга в одной и той же ситуации, и у одного и того же психосоматического типа.

Важная информация для общественного врача, у которого клиентом оказывается отец Сергей. В XIX веке в рядах русской аристократии, то есть, придворной элиты, можно было выделить четыре «слоя» (об этом пишет Л.Н.Толстой в «Отце Сергии»):

² Смотри: «Самоубийства в России». Криминологический справочник. СПб. 1901 г.

1. Богатые и придворные (аристократы).
2. Не богатые, но придворные (могли быть как аристократы, так и дворяне, воспитанные при дворе).
3. Богатые, но не придворные (не аристократы, дворяне или высшие военные чины).
4. Не богатые, и не придворные (военные чины, или деловые люди, попавшие в Свет через своих протеже).

Отец Сергей, ранее, сын военного, Сергей Дмитриевич Касатский, не был ни богатым, и не придворным. Для него попасть в Свет (стать придворным) и остаться там, было две возможности – сделать головокружительную карьеру военного, или жениться на богатой и придворной особе. Карьеру сделать у него не было шансов, Оставалось, жениться. Он выбрал себе невесту, но она, как выяснилось, была любовницей царя. Он ушел из общества, подстригся в монахи, жил уединенной жизнью больше десяти лет, – никакой ситуации при этом вокруг него не создавалось. Дополнительная информация для общественного врача: поступок Сергея Дмитриевича был, хотя и не из числа частых для людей, его социального положения, но, тем не менее, почти типичным. Ситуация для отца Сергея, монаха со стажем, сложилась молниеносно, когда его хотела совратить с пути божьего праведника, некая разведенная барышня, ради развлечения себя, и своей, подвыпившей компании. Еще дополнительная информация для общественного врача: Сергей Дмитриевич покинул Свет в возрасте, около 40 лет. Когда его соблазняла барышня, то есть, когда он попал в ситуацию, из которой не видел выхода, кроме как членовредительство, ему было 49 лет. То есть, отец Сергей еще не вышел из периода «горячей точки биографии». Прежде, чем отрубить себе указательный палец левой руки, он пробовал жечь его на свече. Но это не помогало. Половое влечение к барышне было сильнее. У отца Сергея не было выхода, кроме архетипного поведения, ибо от себя не убежишь. Убийство и самоубийство точно такой же грех для отца Сергея, как и прелюбодеяние. Вполне логично, что он выбрал членовредительство. Прежде, чем ставить вопросы, которые возникают перед общественным врачом, в связи с ситуацией отца Сергея, следует обратить внимание вот на что. Сергей Дмитриевич часто жил у себя в деревне, и хорошо знал деревенскую жизнь. По статистике, правда, нашего века (взята из Российского центра судебной медицины, из отчетов судебно-медицинских экспертов различных сельских районов), каждый бой мужчина, в результате плотничества, отрубает или отрезает себе пальцы левой руки. Весьма вероятно, что Л. Н. Толстой и его отец Сергей, также знали о такой распространенной бытовой травме среди сельских мужиков. Знали они также, что отрубить две фаланги пальца (что сделал отец Сергей) очень просто, и, совсем не больно: вдобавок, крови при этой травме много не выделяется, и ее легко остановить, слегка перетянув оставшуюся фалангу пальца. При всей искренности намерений отца Сергея обуздать свою плоть, он выбрал метод не совсем эффективный. То, что отец Сергей все же добился желаемого результата, даже больше, чем предполагал (соблазнительница, потрясенная поступком отца Сергея, его святостью, как известно, ушла в монастырь, и постриглась в монахи). Дальше судьба отца Сергея сделала из него бродягу, «странника», «святого» – для молвы и окружающих. На самом же деле, плоть обуздать, как известно из этого рассказа, «отцу Сергию» так и не удалось.

Вопросы к общественному врачу и психологу: 1. Был ли у отца Сергея выход из ситуации, когда его соблазняла барышня? 2. Если был, то какой? Один или несколько выходов? 3. Сознал ли отец Сергей, что его поступок – членовредительство, половинчатый, если, не «лицемерный»? 4. Что должен был бы сделать, *литературно грамотный*, отец Сергей, если бы действительно хотел бы обуздать свою плоть? 5. Почему ситуация отца Сергея – типична для всех времен и народов?

3. «Евгений Васильевич Базаров» (И. С. Тургенев. «Отцы и дети»).

Дополнительная информация. Е. В. Базаров был назван Тургеневым «нигилистом». Таким образом, появилось новое философское понятие и философское течение, модное в Европе, в конце XIX, в начале XX века.

В связи с Е. В. Базаровым, перед общественным врачом, встает, пожалуй, один вопрос: как так могло случиться, что опытный врач и биолог, спасший от тифа сотни людей, отлично знающий, что нужно делать, в том или ином случае, чтобы не заболеть, а если и заболеть, то не умереть, сам умирает от простой царапины, так легкомысленно (для врача), к ней отнесясь? Второй вопрос, скорее, наводящий на правильный ответ, на первый вопрос: Когда Е. В. Базаров должен был бы обратиться к общественному врачу, чтобы иметь возможность спастись?

4. «Сураз» (В. М. Шукшин).

Дополнительная информация для общественного врача. (Информация из уст самого Василия Макаровича, сказанная одному из авторов данного пособия). Василий Макарович, сам не знал, убили ли его сураза – Спиридона Расторгуева, или он покончил жизнь самоубийством? Один из авторов данного пособия, в прошлом судебно-медицинский эксперт, консультировался с криминологами и судебно-медицинскими экспертами, чтобы решить, был убит Спиридон Расторгуев, или он совершил самоубийство? По, почти единогласному мнению криминалистов и судебно-медицинских экспертов, достаточно обоснованного ответа на этот вопрос нет.

В связи с ситуацией «Сураз», у общественного врача могли бы быть два клиента, находящиеся в одной и той же ситуации: Спирька Расторгуев и его антипод, приехавший в деревню учитель физкультуры, муж возлюбленной Спиридона, Ирины Ивановны, Сергей Юрьевич Зеленецкий.

Ситуация была весьма простая, на первый взгляд. Мужчины выяснили между собой отношения. Жена разобралась и остается с мужем. Больше делить нечего. Но, есть некоторые нюансы, которые делают данную ситуацию для обоих мужчин, фактически неразрешимой. 1. Сураз – человек, не знавший своего отца, и имеющий гулящую мать, в центре внимания (хочет он того, или нет) деревни. Деревня – для Спиридона Расторгуева – вся Вселенная. Ему некуда и не к кому идти. Эскапизм для него не возможен.

2. Характер и биография Спиридона также абсолютно исключают возможность членовредительства (в русской деревне это самый позорный способ, избежать чего-либо).

3. Для Сергея Юрьевича, точно также, как и для его антипода, ни членовредительство, ни бегство – абсолютно не возможны. Он не мог просто уехать из деревни. Для всех, а, в первую очередь, для него самого (в его собственных глазах, и в глазах его жены), это было бы бегство от страха перед более сильным противником; к тому же, свидетельство боязни, что жена его может, в конце концов, предпочесть более сильного «самца» – Спиридона, и уйти к нему. Получается ситуация, «два самца в одной берлоге с одной самкой». Первый, кто выскочит из «берлоги», будет разодран на куски, ожидающей развязку, стаей (здесь, вольно пересказывается мнение Василия Макаровича, полностью совпадающее с мнением и авторов данного пособия; сохраняется также, применяемая Шукшиным терминология). Таким образом, и Спиридон Расторгуев, и Сергей Юрьевич, были в одном и том же положении. Хотя, характерами они были не похожи, но, силой характера, они также не уступали друг другу. Кстати, возраст у обоих подбирался к роковому.

У обоих было два, фактически, выхода из данной ситуации: Самоубийство или убийство (своего соперника).

Вопросы для общественного врача: 1. Был ли не криминальный способ решения данной ситуации? 2. Если был, то один, или было несколько способов? 3. Какой выход (выходы) из дан-

ной ситуации? 4. Исходя «из правды характера», покончил Спиридон Расторгуев жизнь самоубийством, или его убили? 5. Если – убили, то – кто? 6. Бывают ли безвыходные ситуации?³

Итак, рассмотрены основные аспекты *социальной ситуации*, как задачи для общественного врача, с которой может к нему обратиться клиент.

Совсем другое положение вещей, если к общественному врачу приходит клиент, с просьбой, помочь решить ему проблему. Если ситуация, будучи явлением социальным, генетически не запрограммирована человеку, то проблема, какое бы оформление и содержание она ни имела бы, корни свои имеет в генетической программе человека. Не случайно, экзистенциальные философы, и их последователи – гуманистические психологи, определяют человека, как «*Homo problemus*». Жизнь человека, представляется этими учеными, как переход от одной проблемы, к другой. И так, от рождения, до смерти.

Если, следовать логике экзистенциальных философов и гуманистических психологов, «Гамлет – это не ситуация; это – проблема». Именно поэтому, «Быть или не быть?» – повторяется вновь и вновь. С самыми различными психосоматическими типами. В самых разных возрастных периодах. Ибо, это – общечеловеческая проблема.

Действительно, когда клиент обращается к общественному врачу с конкретной проблемой, первое, что должен сделать врач, выяснить, какая, на самом деле, проблема является актуальной для клиента. То, что клиент называет проблемой, как правило, оказывается предложением. (В данном случае, обратиться к общественному врачу). Вот несколько примеров из собственной практики авторов.

Пример 1.

Муж, 30 лет, и жена, 22 года, обратились к врачу-психотерапевту за советом, как решить, возникшую внезапно у них проблему. В браке три года. Живут отдельно от родственников, в 2-х комнатной квартире. Оба работают. У обоих среднее специальное образование. Она работает бухгалтером на фирме. Зарплата стабильная и хорошая. Он занимается частным извозом. Зарабатывает, с его слово, «много». С родителями с обеих сторон отношения «хорошие». В брак вступили «по любви». Сейчас «продолжают любить друг друга». Вредных привычек не имеют. Наследственность психическими заболеваниями и алкоголизмом неотягощена. Свободное время, как правило, летом, каждый год уезжают на две недели за границу по туристическим путевкам.

Проблема (первая в их совместной жизни) возникла, когда решили, что пора иметь детей. До этого, хотели пожить в свое удовольствие, повидать мир. Жена обратилась к акушеру-гинекологу, чтобы обследоваться, все ли у нее «в порядке», для рождения ребенка, и в какое время года лучше ей рожать? (По совету подруги). Акушер сделал неожиданное заключение: «Рожать она может. Когда угодно. Но, вероятнее всего, придется делать кесарево сечение, ибо у нее узкий таз». Это заключение врача потрясло женщину. Она все рассказала мужу. Вместе сходили к акушеру, который подтвердил свои слова, при этом, старался успокоить супругов, сказав, что «в наше время швы после операции легко сделать невидимыми». Реакция мужа была сильной и однозначной: «Рожать будешь только через три года. Не раньше!» Свое решение он мотивировал тем, что ему будет стыдно ходить с женщиной, у которой отвислый и со швом живот на пляж! От друзей он слышал, что женщина после кесарева сечения не может никаким путем восстановить мышцы живота. Это заявление «крайне возмутило жену», и она «категорически заявила, что рожать будет сейчас, или никогда!» Такое решение не устраивало мужа,

³ Размышления по поводу неоднозначных ситуаций, смотри: Е. В. Черносивтов. «Сураз или хорошо ловиться рыбка – бананка». «Учительская газета». 1995. №5

ибо детей он любил и хотел иметь. Советовались с родными, как мужа, так и жены. Те и другие решили в спор детей не вмешиваться, а обратиться к психологу.

На приеме у врача муж и жена вели себя сдержано. Но, каждый, с явным упрямством, настаивал на своем. Муж: «Рожать будешь через 3 года!». Жена: «Сейчас, или никогда!». О возможности развода, никто не заикался.

«Проблему», с которой обратилась данная молодая семья, удалось разрешить очень просто. Нужно было проверить, не ошибся ли врач-акушер, что женщина не сможет родить сама, по причине, якобы, узкого у нее таза. Для этого пришлось воспользоваться методом, хорошо известным акушерам прошлого века, но забытым современной наукой. Кстати, этот метод описан также Альбрехтом Дюрером в «Четвертой книге о пропорциях человека». Общественный врач должен знать стигмы наследственных заболеваний, зоны, болевые и эрогенные, и размеры пропорций тела, вычисленные и описанные Дюрером. Для самостоятельного изучения пропорций тела, рекомендуется книга: Альбрехт Дюрер. «Трактаты. Дневники. Письма». (СПб. «Азбука». 2000). Женщина может иметь, по акушерским (современным) стандартам «узкий таз», но при этом достаточно широкие костные выводящие пути. При таком положении ее тазовых костей, она может самостоятельно родить. Для того, чтобы решить, будут ли кости таза, составляющие выводящие пути, иметь достаточный диаметр для рождения ребенка, нужно измерить углы ромба Венеры. Ромб образуется (иногда, его хорошо видно), если мысленно соединить четыре точки, находящиеся: верхняя точка – пятый поясничный позвонок; нижняя точка – где копчик соединяется с крестцом, боковые точки – по наивысшим точкам подвздошных костей сзади. Даже, при узком тазе, если верхний и нижний углы ромба не меньше, чем 30 градусов боковых углов, женщина родит ребенка самостоятельно, и без задержек при выходе из таза.

У женщины эти углы были равны 32 градусам. Следовательно. Она имела примерно 2 сантиметра в запасе при рождении ребенка средних размеров. Такое было сделано заключение. Пара сразу в него поверила. «Проблема» исчезла, особенно это было видно после слов врача, что он гарантирует, что кесарева сечения не будет! Счастливые супруги ушли домой с твердым намерением рожать, и это дело не откладывать!

Ровно через девять месяцев и неделю, врача навестил муж. Он сообщил, что жена «благородно родила двойню!». И что они – счастливы!

Спустя два еще год, врача навестила жена, и сообщила, что «муж ее бросил» через полгода после родов. Детей она воспитывает одна, помогают, правда, его и ее родители. Муж женился на девятнадцатилетней девушке, с которой познакомился, когда подвозил ее домой. Алименты платит регулярно и много, ибо продолжает хорошо зарабатывать.

По опыту общественных врачей и социальных психологов, человек, как правило, ошибается, когда решает, что является его «проблемой». Очень часто, не попадая во время к специалисту, он может потратить много усилий, времени и средств, чтобы решить свою проблему. Но, решив ее, он оказывается в состоянии стресса. Ибо, возникают безрадостные мысли, как в отношении самого себя, типа «я неудачник», «ничего у меня не получается», «жизнь не сложилась», «впереди нет ничего хорошего», так и в отношении жизни вообще, типа «жизнь бессмысленна», «все усилия изменить жизнь к лучшему – тщетны», «в жизни нет ничего, что бы стоило усилий, которые требуются для его достижения». Так, например, человек может долгие годы добиваться улучшения жилья (расширения жилплощади, приближения ее к месту работы или к метро), ограничивать при этом свои потребности, чтобы накопить денег. А, когда мечта его сбывается, и он получает, что долгие годы сильно желал, оказывается, что это вовсе не главное!

Стресс, фрустрация, переоценка ценностей, – всегда оказываются на месте того, что человек принимал за проблему. Фрейд полагал, что только на 10% человек осознает свои истинные мотивы и проблемы. В 90% случаев он стремится за химерами. Общественный врач решает,

что на самом деле является проблемой его клиента? Одно, безусловно, верно: если человек обращается к общественному врачу с проблемой, то она непременно у него есть.

Пример 2.

Также из собственной практики. Несколько неожиданная оказалась проблема, для престарелой супружеской пары, обратившейся к врачу за помощью.

Муж и жена собирались дожить, как минимум, до золотой свадьбы. Позади трудная, но «счастливая» жизнь. Воспитаны дети. Подрастают внуки. Все живы – здоровы. Неожиданно жена стала беспокоиться за здоровье 72-летнего мужа. Ей – 62 года. Хотя, никаких оснований для беспокойства ни он, ни она, вроде бы не находили. Последние 5 лет, безвыездно живут на даче, около леса. Дача благоустроена. Продукты необходимые на каждый день есть в деревенском магазине. Остальные – привозят дети или внуки, которые регулярно навещают стариков. Живут «полноценной жизнью». Смотрят телевизор, знают, что делается в стране и мире. Читают газеты. Тесно общаются с соседями, своими сверстниками, ходят друг к другу, в гости. Много гуляют в любую погоду в лесу, круглый год. На даче есть приусадебный участок. Выращивают с удовольствием овощи, картофель. Сад приносит достаточно для стариков и детей, фруктов и ягод. Как переехали жить на дачу – забыли, что могут быть какие-то проблемы! Живя в Москве, часто волновались, то из-за проблем детей. Потом – внуков. Соседи по лестничной площадке одолевали также своими проблемами, которые, в основном, касались денег и здоровья. Старики и уехали на постоянное жительство на дачу в деревню, чтобы хоть оставшиеся им годы, пожить без проблем. И это им полностью удавалось. До поры, до времени.

С некоторых пор старушка стала задумываться о смерти. Без всякой к тому причине, ибо, никто из родных и близких, не болел, и умирать не собирался. Мысль пришла невольно, когда она вдруг «осознала», что ее мужу уже 72 года! Она стала наблюдать за ним. Не хватается ли старик за сердце? Нет ли у него одышки? Хорошо ли ест? Ночью стала просыпаться в тревоге, жив ли муж? Он, часто, когда смотрел телевизор, засыпал в кресле. При этом, рот его широко открывался, лицо страшно вытягивалось. Однажды даже выпала нижняя вставная челюсть. Сначала старушка, уснувшего днем в кресле мужа, не будила. Но, могла сидеть, сжавшись от непонятного страха, в комочек, и наблюдать, ровное ли у него дыхание? Потом, однажды, ей показалось, что муж, заснувший как всегда у телевизора в дневные часы, вдруг начал дышать часто и хрипло. Она разбудила его. Муж не успел прийти в себя ото сна, как она стала с тревогой спрашивать его, не болит ли у него сердце? Хватала его за запястья, чтобы измерить пульс. Так стало повторяться чуть ли не каждый раз, как только муж засыпал в кресле у телевизора. Сначала он терпел эти ее выходы, а потом, после очередного раза, когда она его разбудила, крепко ее выругал. Что, делал за всю жизнь всего несколько раз. Старушка обиделась, и долго плакала, закрывшись у себя в спальне. Старик попросил прощения, и они помирились.

Но, на этом дело не кончилась. Старушка стала все чаще, и все больше находить у старика «симптомов», что он болен, и скоро умрет. В этом ей, не мало, помогала телевизионная реклама всевозможных лекарств. Она даже стала спрашивать мужа, был ли у него стул сегодня? Не было ли в кале или моче крови? Не кружится ли у него голова? Почему он, не просит у нее «рюмочку водочки» перед обедом, и отказывается выпивать с соседями после бани? Наконец, она твердо решила, что старик болен и скрывает свою болезнь от жены, чтобы ее не волновать. Она вызвала детей и все им рассказала. Дети всерьез мать не приняли, находя в хорошем состоянии отца. Но, чтобы ее успокоить, решили госпитализировать обоих в одну палату в частную московскую клинику, и обследовать «весь организм» (как предложили им в клинике) обоих супругов. Месяц старики пролежали в клинике. Прошли все возможные виды исследования. Принимали укрепляющие лекарства и витамины. И были выписаны, с заключениями, что оба «практически здоровы».

Старушке мнения врачей хватило ровно на неделю. Через неделю, она стала доносить и старика, и, теперь уже, детей, что «отец серьезно болен». Тогда и решили показать старушку психотерапевту. На прием старики пришли вместе. С психиатрической точки зрения, оба старика были здоровы. Тревога старушки могла быть по двум причинам. Во-первых, после 60-ти лет у некоторых людей возникает, так называемая сосудистая повышенная тревожность, из-за атеросклеротического поражения сосудов головного мозга, и, вследствие этого, его хронической кислородной недостаточности. Во-вторых, старушка обладала тревожно-мнительным характером. (Это прослеживалось всю ее жизнь). Собственно, в поисках покоя, она и стала инициатором переезда на постоянное жительство на дачу. Кислородная недостаточность головного мозга, способствовала заострению тревожно-мнительных черт характера пожилой женщины. Так, у нее появилась проблема. Со стариком они круглые сутки были одни. Поэтому, проблема и приняла содержание тревоги за здоровье и жизнь старика. Все, вроде бы, было логично, и полностью объяснялось, с точки зрения клинической медицины. Старушке должны были быть назначены транквилизаторы и сосудистые препараты. Такова должна быть тактика лечащего врача. Тактика общественного врача должна быть иной. «Проблема», которая волновала старушку, маскировала истинную ее проблему. Дальше, все произошло точно по Фрейду. Не прошел и месяц, как стариков выписали из частной клиники, и старушка умерла во сне. Патологоанатомическое исследование, кроме соответствующих возрасту изменений в органах, в том числе, и в сердце, у старушки ничего не обнаружило. Смерть наступила от остановки сердца во сне. У пожилых людей это бывает не редко.

Этот случай заставляет общественно врача быть вооруженным новыми представлениями о резервах организма, стигмах старости, об умирании и смерти⁴.

С психологической точки зрения, состояние старушки, если допустить возможность предчувствия смерти, объясняется переносом, описанным Фрейдом в 1899 году. Это состояние, когда человек, содержание своей тревоги, опасений или страхов, переносит на близких людей, с которыми эмоционально связан. Не только супруги, но родители и дети могут друг на друга трансвертировать, то есть, переносить, свои переживания. В том числе и такие, как предчувствия и предвидения.

Перенос страхов, опасений тревог и фобий, также и социальных⁵, очень часто осуществляется на детей, особенно, на подростков. При этом, опасения за здоровье ребенка принимает только у одного из родителей сверхценную, или навязчивую форму. Мама или папа начинают водить своего ребенка по врачам, ни где не получая удовлетворения, если врачи не признают ребенка «серьезно больным». Родитель тогда ведет ребенка к «бабкам», «экстрасенсам», «тайским знахарям». Заставляют ребенка принимать различные лекарства и снадобья. Освобождают от физкультуры, все время держат дома, придумывая все новые и новые «щадящие режимы». У ребенка, реактивно, появляются самые различные функциональные расстройства. Эти расстройства являются выражением его неосознанного протеста, такой агрессии со стороны папы или мамы. Наличие функциональных расстройств, типа: субфебрильной или лихорадочной (до 40%!) температуры, головной боли, насморка, «лающего» кашля, поносов и запоров, колебания веса, расстройства сна, головокружения, снижение способности к обучению, капризности, нередко дезориентирует и врача, который начинает «тщательно обследовать» ребенка, выставляет ему диагноз (типичные при этом такие диагнозы: «гастродуоденит», «хронический бронхит», «фронтит», «тонзилит», «диенцифальный синдром», «вегето-сосудистая дистония» и т. д.), и назначая лечение. Ребенок начинает часто пропускать школу, и отставать в учебе.

⁴ Смотри: Е. В. Черносивтов. «Новые представления о резервах организма, старости и смерти». Журнал. «Психология зрелости и старения». М., 2001. №2

⁵ Смотри: «Социальная фобия». Под редакцией С. А. Монтгомера. М., 2000.

Другой тип реагирования подростка на подобную агрессию (неосознаваемую) со стороны одного из родителей – уход из дома на улицу, приобщение к толпе подростков с отклоняющимся и криминогенным поведением. Курение, алкоголизация, токсикомания, ранняя половая жизнь, бродяжничество.

Правильная тактика подросткового врача в таких случаях будет одна: направить родителей к общественному врачу. При первом же знакомстве со своими клиентами, общественный врач выявляет, кто из родителей является трансвертом своих опасений на ребенка. По международным данным, если речь идет о ребенке, который родился у здоровых родителей, в срок, роды не были отягощены, то в 90% (!) случаях имеет место трансверт, причиной которого является изменение отношений между супругами, которые через 10—12 лет превратились в формальные. В 55% случаев супруг, не проявляющий опасения на счет здоровья своего ребенка, а пассивно соглашающийся со своей «половиной», имеет постоянные половые контакты «на стороне», или – вторую семью. При этом, супруг – трансверт, может и не догадываться о неверности супруга, принимая эмоциональное охлаждение с его стороны, за «естественное явление», после 10—12 лет совместной жизни.

Пример 3.

Из собственной практики. К врачу обратилась немолодая пара, муж и жена, по поводу «частых болезней и неправильного поведения» их сына, которому исполнилось 13 лет. Муж занимает высокий государственный пост. Жена возглавляет частную фирму. Кроме сына, имеют взрослую дочь, которая вышла замуж за иностранца и «счастливо» живет за границей, имеет 3-х летнюю, здоровую дочь. С родителями поддерживает теплые отношения, постоянно пишет письма, два раза в год навещает родителей. Отношения между родителями «хорошие», «теплые». Вместе время проводят очень мало, так как работа одного и другого связана с частыми командировками. Оба считают, что «брак удался».

Мать считает сына «очень больным», показывала его различным специалистам, в том числе и зарубежным. Выставлялись различные функциональные диагнозы, назначалось общеукрепляющее лечение, витаминотерапия, от уроков физкультуры мальчик был освобожден. Учится в специальной школе, имеет частных учителей, но, едва успевает на «3». Со слов родителей, последние два года, к частым «простудным» и «желудочно-кишечным» заболеваниям, присоединялось «крайне неправильное поведение», заставляющее думать, что мальчик еще болен и «психически». Так, будучи физически слабым, однажды, цепью от велосипеда, жестоко избил подвыпившего мужчину, который что-то сказал в его адрес. «Дело замяли». Мальчик начал пропускать уроки, стал курить и «пробовать» алкоголь из бутылок в баре. Пришлось закрывать бар на ключ. Друзей не имел. Стал воровать деньги у родителей, а, когда деньги стали прятать, начал уносить из дома вещи, и продавать за бесценок прохожим. Подростка показали психиатру и психологу. Оба поставили один и тот же диагноз: «Пубертатный период, у ребенка, физически ослабленного. Отклоняющееся поведение». Были назначены транквилизаторы, ноотропы и психотерапия. Но, от лечения у психиатра и психологических сеансов мальчик категорически отказался, пригрозив родителям, что, «если они будут делать из него „психа“, то он повесится». Правда, после посещения психиатра и психолога, мальчик какое-то время вел себя правильно, но в школу не ходил, по причине субфебрильной температуры и сильного кашля. Лечился «народными средствами» дома.

Повторно обратиться к психиатру (другому), родителей заставили два, «выходящие за все рамки» (оценка родителей) случая. Мальчик поджег собственный гараж, который сгорел, вместе с иномаркой отца. Был «жестоко избит отцом ремнем» – первый раз в жизни! Через месяц после этого случая, приехала сестра с дочкой, которой исполнилось четыре года, в гости. Когда дети остались одни в квартире, мальчик изнасиловал племянницу, применяя при этом

извращенные формы полового сношения. Девочку напугал ножом, что «перережет ей горло, если будет сопротивляться», и она не сопротивлялась.

На приеме у психиатра вел себя спокойно. В контакт вступал легко, но в формальный. На вопросы отвечал по – существу. Начитан. Хорошо знает русских и зарубежных классиков. Свободно владеет компьютером, любит «лазить по Сети» (интернету). Хочет стать хакером, и «вступить в международное братство хакеров». Легко переходит с русского, на английский и французский языки. Когда врач заговорил с ним на иностранных языках, мальчик сразу же отреагировал удивлением. Сменил позу: сидел до этого развязно в кресле, после этого – подтянулся, выпрямился, руки положил на колени, опустил глаза. Указание на три поступка, за которые он может попасть в детскую колонию (избиение мужчины цепью, поджег гаража, изнасилование племянницы), ответил, что «все понимает», и что «на это и рассчитывает», «сам хочет в зону, чтобы укрепить здоровье и научиться искусству чун хе, выживанию». Психопатологических явлений при беседе обнаружено не было. Формально мальчик был корригирован. Обращали на себя внимание признаки физической и психической акселерации.

Отец вновь «замял дело» с поджогом и изнасилованием, взяв слово с сына, что он будет периодически наблюдаться у психиатра. Через неделю мальчик сбежал из Москвы, уехав в Иркутскую область к деду (отцу матери). От деда пришло письмо, в котором он просил «оставить внука у него до службы в Армии». Мальчик пошел в сельскую школу. Сведения за последние 3 года – живет безвыездно в деревне у деда (дед жил один), хорошо учится в местной школе, для этого, ежедневно ходит 5 километров пешком через тайгу, в любую погоду. Судя по фотографии, превратился в крепкого и сильного юношу. Имеет много друзей. Ведет все хозяйство деда. Не курит, алкоголь не употребляет, хотя, дед, частенько ему предлагает рюмку водки.

Из доверительного разговора с отцом, который пришел благодарить психиатра, «наставившего сына на правильный путь» (отец считал, что уехать к деду сыну предложил психиатр), вдруг выяснилось, что «все неприятности с сыном начались, когда у отца появилась женщина, фактически, вторая семья». Правда, ни жена, ни тем более, сын, и не догадывались об этом. С женой «Очень теплые отношения», он «ее, по своему, любит, и в мыслях не держит, что может с ней разойтись!» Половой жизнью не живут два года. Но, и с этой стороны все в порядке. Ибо, два года назад, он перенес тяжелую операцию на позвоночнике, по поводу грыжи диска, и жена считает, что он после операции, стал импотентом. Он «уже давно не испытывает полового влечения к жене, и последние 2—3 года жил с ней половой жизнью, принуждая себя к этому. Другая женщина, связь с которой превратилась в семейную, вызывает у него сильное половое влечение, и полностью его удовлетворяет, на столько, что он перестал смотреть на других женщин. До нее (она младше его на 25 лет), он часто вступал в кратковременные половые отношения, но только с хорошо знакомыми женщинами. Считал, что «у здорового мужчины в расцвете лет должно быть много женщин». Никогда раньше не испытывал чувства вины за «измены» перед женой. Допускал, что и у нее «бывают половые контакты с другими мужчинами, и, что это тоже, в порядке вещей». Только когда появилась эта, последняя женщина (кстати, подруга его дочери: дочь сама их познакомилась, и, фактически, сосватала), у него сразу же возникло «острое чувство вины перед женой и сыном». Жене он стал делать дорогие подарки, отправлять на дорогие курорты. В отношении сына, он ничего не мог поделать, и чуть «не сошел с ума, когда сын заболел». Кстати, с дочерью у него «очень близкие отношения». Настолько близкие, что он стал думать, что он извращенец. Потому что, однажды, когда они были вдвоем с дочерью в сауне, накрытые полотенцами, и она предложила сделать ему массаж, во время массажа он сильно возбудился, и едва сдержал себя, чтобы не наброситься на дочь. Но, «самое страшное, что он видел, что дочь тоже его хотела, и во время массажа, как бы невзначай, касалась руками его ягодиц и промежности». Именно поэтому, он «нашел ей в мужа иностранца, и отправил ее подальше от себя».

Данный случай весьма типичный, для общественного врача, работающего в Западной Европе. Имеются в виду не однозначные, по советским, да и российским стандартам, внутри-семейные отношения. Эдипов комплекс, который так гениально разглядел Фрейд в клубке взаимоотношений родителей и детей разного пола, в настоящее время не скрывает больше себя в «подсознании». ⁶ Инцест, в настоящее время, очень распространен в двух категориях населения. Среди западноевропейской элиты. И среди приамурских малых народов – нанайцев, ульчей, эвенков, чукчей. ⁷

Весьма характерно, что после полового влечения к дочери, отец не испытывал чувства вины ни перед ее матерью, своей женой, ни перед сыном. Как он не испытывал вины, вступая в многочисленные, беспорядочные половые связи с разными женщинами. Чувство вины у мужчины перед женой возникает только тогда, когда он, фактически, разрывает интимные отношения с ней, не собираясь при этом разрушить семью. Это чувство вины было, однако, перенесено на сына. Дети очень чувствительны, особенно, в пубертатном периоде, к психологической «ткани» взаимоотношений родителей. Болезни и делинквентное поведение мальчика были реакцией на перенос на него чувства вины отца перед матерью. Расплатой за измену отца. Таким образом, трансвертом здесь был отец. Роль матери во всех психологических сплетениях в этой семье было формально. Но, если как следует приглядеться, то и мать не осталась интактной. Во-первых, полный уход из семейной ситуации – эскапизм. Во-вторых, создание своего «внутреннего мирка, с круговоротом мужчин и других увлечений, которые устраивал ей винюватый муж», есть реакция интровертированности. И, наконец, в-третьих (что имеет отношение к отцу и детям, возможно, и к матери, просто нет информации на этот счет), отец, дочь, испытывающие друг к другу половое влечение, типичные перверты. Пока, инцест считается сексуальным извращением, даже в западноевропейских учебниках по сексологии. А, основоположники научной сексологии и сексопатологии, Огюст Форель ⁸ и Рихард Краффт—Эбинг ⁹ половое влечение родителей к детям, и детей к родителям, считали проявлением вырождения, психической дегенерацией.

Итак, данный пример иллюстрирует чрезвычайно важную часть работы общественного врача, это работа с семьей. Здесь у общественного врача является совокупный клиент – семья.

Кроме этого, данный пример прекрасно иллюстрирует иные ипостаси проблемы. *К таким ее формам, как маскированная проблема и трансвертированная проблема, прибавляются – конвертированная, интровертированная и первертированная формы проблемы.* На механизме конверсии проблемы остановимся несколько подольше, проиллюстрировав его 4 примером.

Сначала дополнительная информация. По данным годового отчета Управления здравоохранения Москвы за 2000 год, 75% систематически обращающихся в поликлиники города, а это, в основном, пенсионеры, в лечении не нуждаются. 5% из работающих пациентов, в основном, женщины в возрасте 26—31 год, и мужчины, в возрасте 37—50 лет, обращаются с жалобами функционального характера. Такая же статистика и по крупным городам Европы, согласно Newsweek Letter MAPI Research Institute (December, 2000).

С точки зрения общественного врача, самая многочисленная категория пациентов наших и зарубежных поликлиник, являются люди, конвертирующие свою проблему. То есть, здесь имеет место уход в болезнь. То есть, одновременно, и эскапизм, и конверсия. Приведем пример из собственных наблюдений.

⁶ Фрейд, как известно, считал инцест нормальным, естественным и здоровым явлением, распространенным во все времена среди элиты разных этносов. См.: «Моисей – египтянин». М. «Правда». 1990

⁷ См.: Е. В. Черносвитов. «Дети Приамурья. Обычаи. Нравы. Характеры. Судьбы». «Дальний Восток». 1989

⁸ См.: «Половой вопрос». СПб. 1900

⁹ См.: «Половая психопатия». СПб. 1903

Пример 4.

Престарелые муж и жена, проживали в отдельной квартире, на пятом этаже, без лифта. Жили дружно. Дети и внуки практически стариков не навещали. Ибо, единственный их сын, который имел семью, алкоголизировался, и семья бедствовала. Стариков навещали только в день, когда они получали пенсии. Муж был инвалид 1 группы ВОВ (лишился в результате ранения на фронте обеих ног, выше коленных суставов). Всю свою пенсию инвалида войны, муж отдавал жене сына. Старикам было за 80 лет. Муж был крепкого телосложения, не курил «никогда», алкоголь принимал, только «фронтовые 100 гр.), когда воевал. Ходил на костылях, помогая себе одной палкой. Ежедневно, спускался с пятого этажа и гулял в парке, что два километра от дома. Поднимался в квартиру тоже самостоятельно. Сам ходил и в магазин. Жена постоянно болела. Была полной, рыхлой. У нее отмечались частые гипертонические кризы, через ночь, вызывала «скорую помощь» из-за повышения артериального давления до 200/120, и приступов стенокардии. Беспокоил также желудок, частые запоры, одышка, головокружение, приступы тахикардии, повышения сахара в крови. Принимала множество различных препаратов. (Гипотензивных, противостенокардических, желудочных, сосудистых, успокоительных, снотворных, и т.д., и т.п.). Муж никакие лекарства не принимал, и за десять лет наблюдения ни разу не болел, даже гриппом. Жена почти сутками лежала в постели. Еду также готовил муж. Он же мыл полы, выносил мусор. От социального работника муж категорически отказался.

У жены была вторая группа инвалидности «по совокупности заболеваний». «Когда чувствовала себя «получше», ходила на прием к разным специалистам в поликлинику, могла часами сидеть и ждать приема врача. Раз в год проводила месяц в терапевтическом отделении районной больницы.

Однажды, когда муж возвращался из магазина с сумкой продуктов, поднимаясь к себе на пятый этаж, он оступился и упал, покатился вниз по ступенькам, ударился затылком о мраморную ступеньку и умер от перелома костей черепа и повреждения мозга. Старушка осталась одна. Постепенно, она возвращалась к активной жизни, ибо сразу же не поладила с социальным работником и от их помощи отказалась. Через 2—3 месяца она все делала сама: ходила в магазин за продуктами, готовила себе пищу, сама стирала белье (раньше белье также стирал муж). Прекратила вызывать «скорую помощь», и ходить в поликлинику. Через полгода после смерти мужа, пошла торговать сигаретами к метро, чтобы помогать детям и внукам. Сильно похудела. Стала подтянутой, исчезла одышка. Изменила походку. Если раньше «едва ползала», то теперь ходит очень быстро. Сейчас ей 84 года. Выглядит на 65 лет, не больше. Лекарства «почти не принимает». В любую погоду, дождь, снег, холод, ее можно видеть у выхода из метро с лотком импортных сигарет. Она оказалась общительной, контактной. Ее не трогают ни старики-конкуренты, торгующие сигаретами, ни милиционеры. Ее «бизнес» недавно расширился. Стала покупать у приезжих из СНГ овощи и фрукты и торговать ими. Купила импортный телевизор. Так как глуховата, включает телевизор на всю громкость, чем вызывает недовольство соседей, ибо может смотреть его до полуночи. Регулярно навещает могилу мужа, всегда покупая ему красные розы. В майские, праздничные дни, надевает свои медали, полученные на трудовом фронте. Ордена и медали мужа, кладет на бархатную подушку, и приглашает соседей-мужчин выпить за его светлую память рюмку водки. В эти дни печет много вкусных пирогов.

Этот пример иллюстративен не только к пониманию психологических механизмов, которые включаются, когда человек осознает, что у него есть проблема. Он иллюстрирует также сложность и неоднозначность, казалось бы, самых простых и понятных взаимоотношений в семье. Инвалидом 1 группы, был муж-фронтовик, для которого каждый день, по сути, был испытанием. 30 лет человек прожил на костылях, ежедневное преодоление боли и неудобств, закалили его. Он игнорировал боль, а значит, всякую болезнь. Вел здоровый и активный образ

жизни. Но, в семье подобного рода, возникает ситуация, требующая психологического равновесия. Так как, объективно, в семье был инвалид, не признающий себя таковым, то «инвалидность», как внутрисемейный психологический феномен, закрепилась на супруге. Она взяла на себя бремя инвалидности мужа! Как ни странно это прозвучит, но если бы жена не болела, а вела бы активный образ жизни, который соответствовал ее психосоматическим особенностям, то страдал бы муж. И, вряд ли бы эта семья так долго бы просуществовала! Таким образом, жена дважды показала гибкость и хорошую организованность своей психологической защиты. Первый раз, она сохранила себя, как личность, в состоянии хронической болезни и лекарственной токсикомании. Второй раз, в состоянии активной трудоспособности и завидной коммуникабельности.

Кстати, понятие статус (состояние компенсированности или декомпенсированности), в семье является достоянием не одного человека, а всей семьи. Так, если бы эта семья состояла из трех, или четырех человек (двоих детей), то могли «болеть» за отца все по – очереди.

Итак, рассмотрены такие «предметы» компетенции общественного врача, как *ситуация* и *проблема*, с которыми к нему чаще всего обращаются клиенты. Остается еще один «предмет» – личность клиента. Типологическим особенностям личности будет посвящен следующий параграф. Здесь же, будут рассмотрены возрастные характеристики личности, в связи с практикой общественного врача.

К общественному врачу, как правило, обращаются четыре возрастных категории клиентов. Здесь мы абстрагируемся от «причины» обращения, чтобы рассмотреть вплотную возраст, как личностный фактор.

Вы был процитирован Бальзак, который точно подметил, что у женщины за всю ее жизнь, бывает четыре возраста, и, соответственно, четырежды она меняет свою личность. Что же касается характера, то, как нельзя заменить себе тело, так нельзя заменить себе характер. По аналогии с телесной организацией, человек может какую-то «часть» характера по тем или иным причинам потерять. Какая-то «часть» характера может в процессе жизнедеятельности, или деформироваться, или «акцентуироваться», или «заостриться». Деформации характеры обязаны профессиональной деятельности. Так, врачи, учителя, судьи, да и все другие профессии, деформируют разные характеры таким образом, что люди одной профессии становятся «похожими» друг на друга. Гинеколог-мужчина, уходя на пенсию, имеет все внешние атрибуты женского поведения: походку, жестикуляцию, голосовые особенности и др.

«Акцентуация» характера (то есть, когда на «поверхности» профиля личности находятся преимущественно одни и те же черты характера: тревожность, мнительность, колебание настроения, аффективная и эмоциональная неустойчивости, паранойальность и т.д.) – результат социального воздействия на человека. От его воспитания (кто и как воспитывал), до положения, которое он занимал в социальной иерархии. «Новые русские» – это, безусловно, социальная категория. Но, с точки зрения общественного врача, это лица, которые вместе с богатством и высоким социальным положением, приобрели акцентуацию характера.

Только заострение черт характера – возрастное явление. Даже хорошо воспитанный человек, понимающий, что нет ничего неприятнее, чем характер, и что характер, как полагали еще древние, то, в человеке, что никогда нельзя показывать.

(Гиппократ считал характер болезнью исключительно женщин, и сводил все характеры к одному – Hysteria, истерия, то есть, «бешенство матки»). Основоположник характерологии Теофраст, каждый характер считал тем или иным моральным дефектом человека. Это мнение закрепил в 1688 году французский писатель Жан де Лабрюйер, в книге «Характеры, или Нравы нашего века». Петр Владимирович Долгоруков, русский князь, вынужден был в 1859 году эмигрировать навсегда из России, ибо написал характерологию русской аристократии. А. П. Чехов всю жизнь боролся со своим ненавистным ему характером, часто начиная очередную запись

в своем дневнике: «Сегодня опять выдавливал из себя гада!» И, наконец, характеры обозначаются точно такими же словами, как пограничные психические состояния – психопатии.

Заострение черт характера – это, когда характер уже нельзя спрятать. Это – одно, из самых неприятных особенностей старости. Пожилому человеку, сохранившему ум и память, очень не просто, не терять лицо. Но, если, в старости, характер оказывается на поверхности личности уже на всю оставшуюся жизнь, то в разные возрастные периоды, в так называемых «горячих точках биографии», характер «выплывает» наружу, и предстает в виде «заостренных черт», а то и краевых психопатий, только на этот самый «трудный период».

Общественные врачи для определения типа личности и особенностей характера все чаще прибегают к нетрадиционным методам исследования. Есть методы, которые не успели стать традиционными, но имеют под собой достаточную научную базу. Как например, соотношение черт характера с левым или правым функциональными полями, в которых осуществляется жестикация, двигательные реакции, мимика, и смена поз человека. Эта методика базируется на теории функциональной асимметрии, и в настоящее время имеет свыше восьмидесяти тестов, в том числе, включая электро-энцефалографию и электрокардиографию, с определением в них асимметрии повторяющихся волн. Полностью данная методика применяется лишь в Москве, в Институте нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко, в лаборатории, возглавляемой Т. А. Доброхотовой. Основные положения названной методики изложены в книге Т. А. Доброхотова, Н. Н. Брагина «Левши» (М., 1995)

Согласно функциональной асимметрии человека, основные характерологические типы рассматриваются в двух главных проекциях: по отношению к левому оперативному пространству, и по отношению к правому оперативному пространству. Какая мимика преобладает у человека – левосторонняя или правосторонняя, какой глаз является опорным и «сканирующим», какое ухо «собирает» информацию, какая рука жестикулирует, какая нога является опорной (так, если человек сидит, закинув ногу за ногу, то опорной является та нога, которая опирается на пол).

Общепринятые характеры, согласно функциональным тестам, соответственно делятся на «левых» (мужские, активные, с аналитическим мышлением, доминирующим на чувствами, агрессивные, жесткие, склонные к жестокости, злости, больше к разрушению, чем к созиданию, инициативные, «ремесленники», доноры, лидеры и т.д.). И на «правых» (женские, пассивные, с синкретическим мышлением, которое идет вслед за чувствами и ощущениями, созерцательные, склонные к сопереживанию, состраданию, натуры творческие, созидательные, «генераторы идей», реципиенты, ведомые, пассивные, фантазеры и прожектеры, мечтатели и т.д.).

К «левым» относятся такие характеры, как: истерические (игроки, мошенники, путешественники, артисты цирка, балета, финансисты, особенно, «архитекторы финансовых пирамид», политические деятели, общественные деятели, создатели религиозных сект, террористы, футбольные фанаты), педантичные, эпилептоидные, циклотимические (гипертимные), паранойяльные, психастенические и диспластические характеры.

К «правым» относятся такие характеры, как: истерические (артисты кино и театра, художники, конферансье, жулики, ораторы, художники слова, религиозные деятели, фанаты кинозвезд и артистов эстрады), тревожно-мнительные, циклотимические (гипотимные), шизоидные, аффективно-неустойчивые, астенические. Конечно, деление это весьма условно, но, в некоторых случаях, может быть подспорьем для общественного врача в его работе с клиентом. Тем более, что все тесты (такие, как тест с карандашом, описанный выше, или тесты «нога за ногу», «рука за руку», – обращается внимание, какая нога или рука «опорная», а какая «сверху») легко определяются. Более глубокое тестирование, применяемое, например, как детектор лжи, требует поочередного отключения, путем анестезии, правого и левого полуша-

рий головного мозга и изучения поведенческих и речевых реакций человека. С этой же целью, применяется «тест-ЛСД».

На базе теории функциональной асимметрии одним из авторов разработан тест с фотографиями разных лет. Он описан в многих статьях, опубликованных за последние 5 лет в ведущих журналах и газетах страны, и за рубежом, под общим названием «Формула смерти». Создана компьютерная программа. Она будет выпущена в свет сразу, после публикации монографии «Формула смерти. Психологические этюды».

Глава 4. «Сексуальные меньшинства»: социальная норма? Результат негативной мутации (по Ф. Гальтону). Социопаты

Попытаемся найти ответ на этот вопрос в заметках доктора исторических наук Марины Альфредовны Черносвитовой на книге автора «Социальная медицина». Ниже приводим текст заметок, опубликованных в журнале «Современное право» (М., 2003 г., №3)

Заметки на полях учебника для ВУЗов Е. В. Черносвитова «Социальная медицина» (М., «Академический проект». 2003) Марины Альфредовны Черносвитовой, доктора исторических наук.

Малоизвестный соперник Джоконды

«Нет людей больших. Нет людей маленьких. Нет людей полных. Нет людей худых. Есть люди пропорциональные и непропорциональные. В этом все дело!»

(Альбрехт Дюрер. «Четыре книги о пропорциях»)

В 1503 году Леонардо да Винчи написал портрет самой загадочной женщины. Вернее – женщины загадки. А, может быть, в портрете Моны Лизы он изобразил свое Alter Ego¹⁰, которое, если верить современной науке, всегда противоположного пола. Загадок вокруг Джоконды не счесть. Не будем и пытаться. Тем более, что основные хорошо известны просвещенному человеку. Также хорошо известно, что Леонардо да Винчи был всесторонне развитым гением. Врачи должны быть ему благодарны, что он тщательно изучил анатомию и физиологию человека, с рождения до глубокой старости и при всех, распространенных в то время болезнях. Будучи итальянцем, он не ценил порядок. Поэтому многое, что создал, случайно обнаруживается, и по сей день. Что же касается человека, то не известно, когда, наконец, врачи обретут бесценные записные книжки да Винчи, чтобы их можно было читать (а их свыше девяти тысяч!) и изучать открытия и гениальные прозрения в отношении человеческой природы, сделанные Леонардо и так небрежно ими распорядившегося.

Альбрехт Дюрер родился на 19 лет позже и умер на 9 лет позже Леонардо да Винчи. И, несмотря на то, что Дюрер был в Италии дважды, с Леонардо да Винчи он не встречался. А, пообщавшись в Венеции с Джованни Беллини и двумя его молодыми учениками – Джорджоне и Тицианом, Дюрер, несмотря на то, что власти Венецианской Республики предлагали ему остаться работать и обещали создать все необходимые для этого условия, он, видимо не желая соперничать с выше названными венецианскими живописцами, уехал на родину.

Непосильный труд сравнивать все, что сделал Леонардо да Винчи с тем, что сделал Альбрехт Дюрер. Но одно поражает – их отношение к человеку, вернее, к его телу. Дюрер, также как и да Винчи, тщательно изучал анатомию и физиологию человека с рождения до смерти и при всех заболеваниях, известных в Германии в его время. У обоих художников множество, почти идентичных эскизов и набросков. Оба художника изучали тело человека с точки зрения самой точной науки того времени – математики. И самыми верными методами – геометрии. В отличие от да Винчи, Дюрер, как и полагает быть немцу, был педантичным и аккуратно складывал каждый листочек. В конце концов, написал «Четыре книги о пропорциях». Это – одна книга о всех пропорциях человека с точки зрения математики.

¹⁰ Двойник. (лат.)

Есть и еще поражающее воображение сходство двух титанов Ренессанса. Так, если да Винчи действительно нарисовал свое Alter Ego в Джоконде, то Дюрер, отнюдь, не будучи трансвеститом, изображал себя в женском одеянии. И до тех пор, пока, наконец, не обрел свое Alter Ego в реальной женщине, которую нашел в Венеции (история умалчивает об их земных отношениях). Если сравнить автопортрет Дюрера, написанный им в 1493 году, где он нарисовал себя, одетым в женское платье и с женской укладкой волос, с портретом молодой венецианки, написанном в 1505 году, то сходство двух разнополых людей поразительно! Проведенные компьютерные исследования этих произведений, убедительно показывают, что все параметры изображенных частей тела Дюрера и венецианки *равны*. Платоновский миф о *серафимах*, двухполых существах, которым позавидовали боги и разрубили их на две разнополые половинки, смешав половинки при этом, обрекая людей вечно искать свою вторую половинку и вечно ошибаться, что нашли, Леонардо да Винчи и Альбрехт Дюрер невольно (а, может быть, вольно?!) наглядно этот миф продемонстрировали – на века.

Так вот, у Джоконды есть соперник, не менее, чем она, при этом, не улыбаясь, приковывает к себе внимание зрителей. Правда, в основном, женского пола. В венском музее около «Портрета молодого человека» (1521 г.) всегда многолюдно, как и у Джоконды в Лувре. Женщины, толпящиеся у «Портрета молодого человека» всех возрастов и национальностей. То же самое и у портрета Моны Лизы. Если Джоконда очаровывает улыбкой, то молодой человек Дюрера – взглядом. Он, отнюдь, не идеал мужской красоты, как не идеал женской красоты Мона Лиза.

Современному знатоку живого человеческого тела, его анатомии, физиологии и души, хорошо известно, что красота человеческих тел *всегда асимметрична*. Остается удивляться, как этого не заметили ни Леонардо да Винчи, ни Альбрехт Дюрер? Симметричный живой человек безобразен, неловок и неуклюж, оживи, например, Аполлон Бельведерский, он вмиг превратится бы в такового, пытаясь пройти по улицам Парижа (Стендаль). Не менее удивительно, что и Леонардо да Винчи, и Альбрехт Дюрер *идеалом телесной конструкции*, считали... *зайца*.

Женщины, собирающиеся стать матерью должны знать, что и о них позаботился Дюрер. Он обозначил внизу спины женщины названный им *ромб Венеры* (конец грудных позвонков – верхняя точка, самые высокие точки подвздошных костей и конец копчика). Так вот, если верхний угол ромба острый, или вместо ромба квадрат, то женщине даже с широким тазом грозит кесарево сечение, ибо сама она родить не сможет. Если же верхний угол ромба Венеры хоть на один градус больше прямого угла, то женщина даже с узким тазом родит сама. Женщины, у которых ромб Венеры выражен за счет жировой прослойки, по наблюдениям Дюрера чрезвычайно сексуальны.

Отто Вейнингер – нечастная трагедия

«Не говорите мне, что этот человек – мужчина, а этот человек – женщина. Лучшие скажите мне, сколько в этом человеке мужского, а в этом – сколько женского».

(Отто Вейнингер)

Это произошло в течение одной пятилетки, конца XIX – го, начала XX-го веков. Фрейд еще не оставил мысли пройти по центральной улице Вены голым в хрустальной шляпе, чтобы привлечь к своему учению о бессознательном и «эдиповом комплексе» общество. Он «с тяжелым сердцем» начал писать свой последний и, несомненно, гениальный труд – «Моисей – египтянин» («Моисей – египтянин, воспитанник великого реформатора фараона Эхнатона, левиты – египтяне, давшие миру письменность: евреи – до Моисея – дикие и жестокие племена, поклоняющиеся хромоногому и безобразному вулкану Яхве, и им нужно, наконец, признать,

что они действительно виноваты в казни Христа и убийстве своего просветителя Моисея»¹¹. Кстати, то, что этот труд будет напечатан при его жизни, Фрейд даже англичан, у которых он скрывался в конце от Гитлера, боялся больше самого Гитлера и покончил жизнь самоубийством, но от своих открытий и взглядов на соплеменников не отказался. В Австрии еще правил последний великий император великой империи Австро-Венгрии – Франц Йозеф I. Его жена, несравненная Елизабет (Sisi) Баварская, императрица Австрии и королева Венгрии, в начале этой «пяtilетки» была заколота стилетом в прекрасный день 10 сентября на прекрасном Женевском озере, евреем-фанатиком, выходцем из Италии, Луиджи Луччени. Несмотря на то, что в Австрии, и особенно в Германии все антисемитские газеты писали, что «конец Австро-Венгрии предрешен убийством кронпринца Австрии Рудольфа, которое было результатом „еврейского заговора“ против всех европейских монархий», Сиси носилась с идеей поставить памятник в Дюссельдорфе ее самому любимому поэту Генриху Гейне. В Германии и Австро-Венгрии уже всюду шли еврейские погромы. Сиси называли «агентом евреев-заговорщиков, собирающихся захватить мировое господство, истребив ариев» (в это верила даже дочь Елизабет Валерия, которая одна из первых вступила в фашистскую партию и жестоко преследовала евреев).

Это было время, когда придворный врач-психиатр Франца Йозефа I, аристократ Рихард фон Краффт-Эбинг потряс мир своей монографией о половых извращениях («Половая психопатия»), когда ссора Фрейда с его единственным учеником (не считая Карла Юнга) Альфредом Адлером, способствовала тому, что слава этих учеников Фрейда на некоторое время затмила самого Фрейда (благодаря этой ссоры Адлер пришел к идее «комплекса неполноценности», как основного мотива, заставляющего человека жить и действовать и предопределяющего его образ жизни, а Карл Юнг поделил все человечества на *линии Платона и Аристотеля*, назвав их интроверсией и экстраверсией. В эти же годы швейцарский исследователь Огюст Форель громко и ясно объявил, что «*социальное есть сексуальное*», и опубликовал подряд две монографии: «Социальная (сексуальная) жизнь муравьев» и «Половой вопрос». Секс, еврейские «заговоры» и погромы, «террористы – романтики» (Ленин) – вот что будоражило умы лучших представителей Европейского сообщества, когда вдруг вспыхнула на мгновение звезда студента венского университета филологического факультета Отто Вейнингера, на короткое время остановила гул европейской высочородной и простонародной толпы, приковав к себе магическими чарами невиданных доселе откровений о человеческой природе, сделанных двадцатилетним дипломником венского университета.

Секс=мужское=добро. Еврейство=женское=зло. В каждом человеке строго определенное «количество» того и другого. Между идеальным мужчиной-арийцем и идеальной женщиной-еврейкой, по Вейнингеру, длинная шкала переходных состояний.

Отто Вейнингер родился в 1880 году в Вене, которую не покидал до самой смерти. Будучи чистокровным евреем-плебеем, он, тем не менее, в 20 лет блестяще окончил университет и защитил диплом, который сразу же выдвинули на защиту как докторскую диссертацию. Степень доктора он получил в этом же году, в котором окончил университет. В конце 1902 года в венском издательстве Вильгельма Браумюллера Отто опубликовал диссертацию как монографию, под названием «Пол и характер». Книга, повторяем, буквально ослепила, а потом потрясла всю читающую Европу. О ней восторженно, в частности, писали такие мэтры науки, как Эрнст Мах и Анри Бергсон. Перед Отто раскрылись кафедры многих европейских университетов, которые предлагали ему возглавить. В этом же году Вейнингер принимает христианство. Через несколько месяцев он стреляет себе в сердце в знаменитом номере старой венской гостиницы, в котором в 1827 году скончался Бетховен. Судебно-медицинское вскрытие трупа Вейнингера склонялось к версии, что выстрел «вряд ли был нанесен рукой покойного».

¹¹ См.: З. Фрейд. «Моисей – египтянин».

В нескольких европейских антисемитских газетах появились статьи, что Вейнингера «застрелили евреи». Кстати, Отто Вейнингер, есть все основания так полагать, умер девственником.

«Пол и характер» на русский язык перевели сразу, то есть, в 1902 году. Не считая многочисленных (в большем случае – недобросовестных), переводов конца XX-го века в постсоветской России, книга переводилась 26 раз! Приведем несколько цитат из этой книги, которые можно вполне прировнять к классическим блестящим афоризмам. В конце назовем лучший, на наш взгляд, перевод этого бестселлера на русский язык, опубликованный относительно недавно.

Итак. «Самый низкий мужчина выше самой достойной женщины». «Женственность – это хаос, женское начало – это бездушная материя, это ничто: небытие, абсурд. Мужество – Суть. Мужское начало это символ всего». «Мужчина хочет секса иногда. Женщина – всегда». «Мужчина имеет эрогенные зоны. У женщины все тело сплошная эрогенная зона». «Все сексуальные изощрения и извращения – порождены женщинами». «У женщины две ипостаси: проститутки и матери. Все женщины по натуре своей – проститутки. Матери они же по приращению инстинкта».

Здесь нужно повторить, по мнению Отто в «арийце может быть достаточно семита; в семите – арийца». «Антисемит чувствует в себе еврейскую психологию и поэтому преследует евреев» (как скрытый гомосексуалист преследует гомосексуалов). «Еврей как женщина не имеет души, не чувствует потребности в бессмертии, очень легко становится неверующим». «Еврей – это бесформенная материя, существо без души, без индивидуальности. Ничто, нуль. Нравственный хаос. Еврей не верит ни в самого себя, ни в закон, ни в порядок. У него отсутствует нравственное чувство». «Все великие евреи, даже Спиноза, плагиаторы. Подхватывают чужие идеи, бессовестно присваивают их себе».

«Пол и характер» была настольной книгой Геббельса. Это единственная книга, написанная евреем, которую фашисты не подвергли сжиганию.

Лучший современный перевод бестселлера Отто Вейнингера, на наш взгляд, в книге «Тайны характера» (Харьков. «Фолио». 1996 год). Имя переводчика не указано.

Неведомая красота

В Мадриде, в «Прадо» есть копия античной скульптуры «Гермафродит», выполненная в бронзе. Трудно вообразить более невинно-эротичную позу, в которой изображен молодой гермафродит. Еще сложнее определить, что выражают лица разно полых и разноплеменных наших современников, всегда подолгу толпящихся вокруг этой скульптуры. Ближайший ряд, также всегда на почтительном расстоянии от нее. Наш современник, вероятно, если бы стал рассказывать об этой скульптуре, описывал бы изображенное на ней тело по «частям»: *прекрасная женская головка с мужской укладкой волос, длинная тонкая шея, узкие женские плечи, изящная талия, великолепные женские бедра, голени, стопы. Божественной красоты высокая девственная грудь... Идеальных размеров и формы, красивый мужской половой член и яички Поза гермафродита почти скрывает такой же несравненной красоты наружные женские половые органы...* При созерцании этой фигуры, если судить по воспаленно-растерянному выражению лиц, созерцающих этот шедевр *Искусства и... Природы (?)* может возникнуть *только одно чувство – сильное половое возбуждение.*

...Только один человек, не будучи ни врачом, ни биологом, связал гомосексуальность с гермафродитизмом и онанизмом. Это – Отто Вейнингер, трагический гений-провидец.

Столько, сколько существует человечество, столько существует проблема гомосексуализма и крайние, в обоих случаях ничем не обоснованные к ней отношения: 1) *признание гомосексуализма вырождением (извращением) и жестокое наказание гомосексуалистов, как опасных для общества (?) людей. Сократа заставили выпить чашу с цикутой за гомосексу-*

альное развращение молодежи. И он выпил, категорически отказавшись и от помилования, и от бегства, ибо был согласен со справедливостью обвинения и наказания. 2) Признание гомосексуализма особой (высшей) формой человеческих отношений, не только не опасных для общества, но, наоборот, укрепляющих его общенародные (демократические) основы. Опытные врачи и тонкие знатоки человеческой природы также придерживались разных позиций в отношении к гомосексуализму. Так, классик немецкой психиатрии конца XIX-го века начала XX-го века *Эмиль Крепелин* призывал правительство «кастрировать всех гомосексуалистов». Личный врач-психиатр его Величества императора Франца-Иосифа I Австро-венгерской Империи, барон *Ричард фон Краффт-Эбинг*, потрясший «нравственные чувства» и воображение европейцев своей «*Половой психопатией*», в которой ярко изобразил все человеческие половые извращения, диагностировав их как глубокую наследственную дегенерацию (книга была сразу же переведена на все европейские языки и за короткий срок выдержала 29 изданий), гомосексуализм в 28 изданиях считал проявлением выраженных дегенеративных наследственных изменений личности, сравнимых лишь с идиотизмом, в последнем издании, ничем не аргументируя, выводит гомосексуализм из признаков вырождения, и классифицирует как «индивидуальный вариант нормы полового чувства».

Представители французской психиатрии в это же время, единодушно придерживаясь взглядов на гомосексуализм как «половое извращение», почти всегда отождествляют его с педерастией (хотя великий ум их соседа, англичанина *Ричарда Бартона* уже перевел на европейские языки «*Кама сутру*». (*Ричард Бартон* – легендарный путешественник, нашел истоки Нила, перевел на европейские языки также «Тысяча и одна ночь»). Европейцы знали, что кроме вагинального секса есть оральный и ректальный. И что ректальный секс бесконечно превосходит по наслаждению и силе оргазма и вагинальный, и оральный. Но, одно дело знать, а другое дело уметь. Европейцы (как женщины, так и мужчины, за исключением гомосексуалистов) испытывали генетический (витальный) страх перед ректальным сексом. Даже великий *Фрейд*, обосновывая три этапа становления сексуальности как ее формы, везде пишет об анальном, а не ректальном сексе. Педерастия, или ректальный секс есть древнейшая форма сексуальных отношений не только мужчин – гомосексуалистов, но и «обычных» мужчин и женщин. Многие сексологи, начиная с *Огюста Фореля*, не без основания полагали, что если бы европейские женщины были бы искусны в ректальном сексе, то полки гомосексуалистов сильно бы поредели».

Пассия одного русского гения-гомосексуалиста, который в панике покинул любовное ложе, испугавшись, что перевернет свою возлюбленную в страсти на живот и совершит с ней ректальный секс, в своем дневнике, после его самоубийства, написала: «И почему он не признался мне в своем желании? Разве моя любовь была не готова принести ему любые жертвы? Глядишь – он остался бы жить!»

Педерастия и онанизм присущи многим животным, как и гомосексуализм. Но только гомосексуализм животных вызывает в народе чувство омерзения и суеверное чувство знака беды. Животные-гермафродиты науке неизвестны. *Платон*, *Бальзак* и несчастный гений *Отто Вейнингер* видимо предчувствовали какую-то великую тайну Природы, касаясь темы двуполого человека. Первые двое считали гермафродитов образцами неземной красоты. Как и автор античной скульптуры, и тот, кто создал из бронзы ее копию, выставленную в Прадо...

Отто Вейнингер, как и многие апологеты гомосексуализма, как следствия гермафродитизма, грубо ошибаются, когда пытаются оправдать пассивных гомосексуалистов мужчин «психологическим гермафродитизмом». В мужском теле может быть душа только мужчины. Женская душа может быть только в женщине.

И еще. Можно вступить в гомосексуальную связь под физическим и психологическим принуждением. По внушению гомосексуалистами становятся только идиоты или выродки. Женоподобные мужчины (широкий таз, узкие плечи, неразвитая мускулатура, отложения

жира на грудных мышцах и бедрах, слабая растительность на лице, высокие тембры голоса), отнюдь не «типичные гомосексуалисты». Как правило, они находят себе мужеподобных женщин (широкие плечи, узкий таз, развитая мускулатура, неразвитые грудные железы, растительность на лице, низкие тембры голоса). Между женоподобными мужьями и мужеподобными женщинами прочные и многодетные семьи. Для того, чтобы родиться гомосексуалистом-мужчиной, необходимо не повышенное выделение женских половых гормонов, а близость к гермафродитизму (частичный гермафродитизм: наличие в той или иной степени развития женских половых органов, как внутренних, таки и наружных: яичников, матки, влагалища, внутренних и наружных половых губ). Только в таком случае можно также говорить и о *бисексуальности*. Половые гормоны не являются «главными» гормонами, формирующими конституцию, характер, психику и, следовательно, определяющими в половом предпочтении. Жизнедеятельность человека «управляется» не одним каким-то гормоном, а всеми. Врожденные гомосексуалисты имеют и врожденный гормональный портрет – *гормональный профиль, складывающийся из совокупного взаимодействия всех гормонов организма*.

Отто Вейнинггер не знал ничего о гормонах. Его понимание бисексуальности – ненаучно. «Мужское» и «женское» в человеке это не *ян* и *инь*! Это в той или иной степени развитые или не развитые внутренние и наружные половые органы, одновременно мужские и женские. Миф Платона, пересказанный в «Пире», остается мифом: *археологи еще не нашли никаких свидетельств о существовании когда-либо андрогинов на Земле*.

В «Кама сутре» нет и упоминания, ни о гермафродитах, ни и о гомосексуалистах.

М. А. Черносвитова, доктор исторических наук.

Глава 5. Продолжение: цивилизация, культура и секс – в свете проблем социальной медицины и психологии

Эротизация населения: медико-социальные последствия

Предание гласит, что Хеопс построил свою пирамиду на деньги, которые заработала его дочь проститутка. Эротизация населения современной России достигла размеров пирамиды Хеопса.

Для того чтобы разобраться в очень сложном, но также важном вопросе для социальной медицины – в последствиях эротизации населения, как они отразятся (или не отразятся) на состоянии общественного здоровья, начнем путем «отрицательной исповеди» и психостасии рассматривать это знамение нашего времени. Читателю советуем заглянуть в 125 главу «Книги мертвых», написанную 8 тысяч лет назад, в древнем Египте (русский перевод имеется). Самое первое, что нужно иметь в виду (и что Фрейд прекрасно показал на примерах нервно-психических болезней): эрос не отделим от танатоса, как две стороны одной медали. Это понимали древние Египтяне, считая, что бог мертвых Осирис есть никто иной, как жизнеутверждающий бог любви Ра. 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). Кстати, вершина половой любви – оргазм есть «маленькая смерть» (а смерть есть «большой оргазм» – «The Kama Sutra of Vatsyayana» A Panther book, p.36.). Р. фон Крафт-Ебинг, классик и основоположник научной сексологии и сексопатологии (совместно с Огюстом Форелем, написавшим в 1905 году книгу «Половой вопрос»), в своей непревзойденной энциклопедии половых извращений пишет в предисловии: «Лишь очень немногие люди вполне сознают могучее влияние, оказываемое половую жизнью на чувства, мышления и поступки, как каждого отдельного человека, так и всего общества» (СПб., 1909. стр.3. Выделено нами – Е.С., Е. Ч.).

Итак, есть ли нечто, в тотальной эротизации населения, что не вызывало бы негативных последствий для здоровья общества в настоящем и будущем? Есть ли что позитивного в такой ситуации, или мы должны рассматривать ее как разновидность еще одного социального катаклизма? Коммерческая подоплека и безнадзорность со стороны органов здравоохранения, как главные причины такого положения вещей с эротизацией в нашей стране, думаем, понимают все. Если попытаться рассмотреть эротизацию как своего рода сексуальное просвещение, преследующее цель повысить культуру половых отношений у населения. Возможно, в какой-то степени это осуществляется. Теперь каждый, от мала до велика знает, почему люди мастурбируют (онанируют) и что это вреда для здоровья не приносит. Возможно, эротизация способствовала дифференциации половых влечений на некие социальные группы (не только, как было в нашей стране раньше, мужчин и женщин, но «сексуальные меньшинства», «нимфеток», сексуальных извращенцев и, наконец, сексуальных маньяков).

Появление газет, журналов, видеофильмов, CD-дисков эротического характера, специальных программ в интернете, телефонных услуг, наконец, клубов, – все это и просвещает и облегчает половую жизнь на любой вкус. В так называемых цивилизованных странах все это имеет место, включая публичные дома (которых у нас пока еще нет, но 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. Да и 30-тысячелетняя история цивилизованного человечества вроде бы ничего страшного от увлечения населения эросом нам не показывает. Не надо при этом ссылаться на библейские Содом и Гоморру, которые погрязли в разврате и Бог их, якобы, за это испепелил. Никто не знает истинных мотивов Бога, уничтожившего эти города, ибо он вывел Лота, не помешал превращению его жены в соляной столб, а потом

допустил инцест и сохранил от кровосмешения потомство. Скорее всего, Бог наказал жителей Содомы и Гоморры за безделье и хаос; разврат начался потом, на фоне царившего беспорядка (возможно, как результат предчувствия беды).

Эротизация сама по себе безвредна, ибо она не противостоит естественна и не измеряется в количественных категориях. С нравственной точки зрения – дело другое. Но тут, можно перебрать всех великих моралистов и общего мнения даже у двух не найти.

Сексшопы – тоже проявление эротизации. Но кто их клиенты? По социологическим исследованиям, проведенным институтом социальной медицины Амстердама, 0,5% – 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 наших городах, где есть сексшопы, подобные исследования не проводились и продавцам «безразлично» (мы самостоятельно провели опросы продавцов в сексшопах Москвы, Санкт-Петербурга и Каунаса), кто их покупатели (они не в накладе, ибо каждый платит за вход, да еще за просмотр «рекламных» роликов).

Мы здесь не затрагиваем собственно порнографии, которая является криминалом в каждой цивилизованной стране (даже в Голландии). О ней разговор особый. Но вот что касается «извращений», то массовая эротизация и ее пропаганда (также как секс бизнес) отвоевали от патологии некоторые их виды. Например, в Москве и Санкт-Петербурге есть клубы для *мазохистов* (следовательно, и для их партнеров, садистов). И все же, именно здесь проходит очень зыбкая стезя, отделяющая изощрение от болезненного извращения (если изощрения сексуального характера суть проявления особой сексуальной культуры и индивидуального вкуса – эротического, эстетического, то извращение суть болезнь, следовательно, то, что нуждается в лечении). При положении вещей, когда Государство дает на откуп эротизацию своего населения частным лицам (далеким от понимания социологии, этики и медицины), непременно будут негативные последствия. Но эротизация сама по себе здесь не при чем. Ниже мы будем говорить о «Бельгийском феномене»... А, ведь его тоже можно рассматривать, как результат чрезмерной эротизации всех слоев общества, ибо представители каждого из слоев замешаны в чудовищных преступлениях, совершенных тоже на почве секса.

Поголовная эротизация населения отнюдь не приводит к двум абберрациям на сексуальной ниве: проституции и сексуальному насилию. В первом случае, чем эротичнее ведут себя сограждане обоего пола (чем они сексуальнее), тем меньше потребности в услугах профессионалов и тем удовлетвореннее комплексы, которые могут реализовать себя через половое насилие. Проституция и половое насилие совершенно из других корней (не из общих, конечно), чем эротизация. В отношении проституции сейчас столько много спора лишь потому, что она предельно упростилась (до «quick»); и связалась с перверзными клиентами). Проституция в современном обществе потеряла шарм культа и ауру интеллектуальности (не случайно же в состоянии чрезвычайной ностальгии по «настоящей проститутке» Эрих Мария Ремарк поставил ей «Черный обелиск»). Насильников же никто не понимает («загадка сексологов» – Огюст Форель; «головная боль пенитенциарных социологов и психологов» – Ю.А.Алферов). Их никто не принимает (ни в одной стране нет, например, клубов насильников; они не объединяются в союзы и братства; как делают любые другие извращенцы, от фетишистов, до скотоложцев). Во всех тюрьмах мира к насильникам относятся (словно сговорившись!) одинаково – их презирают и, по возможности, физически уничтожают (посадить насильника в одну камеру с другими преступниками, пусть даже убийцами и грабителями, значить сильно оскорбить последних)¹².

¹² Прочитай об этом в документальном романе Martina Cole «The Jump». London, 1996.

Эротизация не превращается в психическую эпидемию. Мы не видим толпы эротоманов. Как ни нагнетай эротические настроения в общества, в нем не станет больше ни нимфоманок, ни мужчин, страдающих сатириазисом. Скорее наоборот, некая часть их отойдет к нормальным покупателям порнографических изданий или на телефонное обслуживание.

Эротизация, если она превращается в тотальное воздействие на психику населения (или отдельно взятого человека), как всякое тотальное психотропное воздействие, непременно приведет к негативным последствиям. Еще Краффт-Эбинг и Форель предупреждали, что «чрезмерное увлечение сексом невротизирует человека» (Дон Жуан – типичный психопат). 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. Вот они то невротизируются и психопатизируются в первую очередь (появляются черты отклоняющегося поведения). Эротизация плодит своеобразных социопатов...

Корифеи сексологии надеялись, что эротизация будет способствовать «смягчению нравов», «создаст реальную почву для морали», «облагородит человека» и т.д., и т.п. Этих социальных последствий от эротизации не дождалась (в древние времена было много храмов Эросу, но нравы определяли другие боги).

Любые манипуляции половым чувством чреватые самыми неожиданными последствиями. Секс не может быть простым развлечением (даже «механическое» сексуальное удовлетворение захватывает в человеке более глубокие слои психики: то, что имеет отношение к жизни и смерти). Самое ближайшее последствие манипулирование сексуальностью – болезнь (или физическая, то есть, конверсионная, или психическая). Отдаленные последствия – прогрессивное снижение качества жизни, вплоть до псевдодементного поведения.

Единственной инстанцией, которая может взять под контроль эротическую сторону жизнедеятельности общества является социальная медицина. Тогда на фоне массовой эротизации выцветут такие страшные для общественного здоровья явления, как перверзии (педофилии, некрофилии, скотоложество, сексуальные психопатии). Клиническая медицина и пенитенциарная социология (чьими невольными «объектами» пока что перверзии являются) ничего с ними поделать не могут. Перверзного субъекта понять нормальному человеку не возможно. Проиллюстрируем это, в заключении, примером признания такой личности, которое приводит Чезаре 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» (Ч. Ломброзо. Избранные. М., 1998, стр. 574).

Педофилия как социально-медицинская проблема. От феномена Лолиты до фотосессий Джока Стерджеса.

Вот уже больше года всю Европу потрясают «открытия», оказалось, почти узаконенной детской проституции, а также педофилии, торговли детьми для половых отправлений, половые зверства, совершаемые с детьми и их убийства. Особенно в Бельгии этот бизнес поставлен на широкую ногу по всей стране – от провинции, до Брюсселя. Замешаны в этом представители почти всех слоев общества (так, в почтенных семействах, в подвалах загородных вилл, могли на цепях содержаться дети или их искалеченные трупы). Дела то закрывались, объявляли, что преступники найдены и наказаны, то вновь открывались и мы узнавали, что в этом «бизнесе» замешены все новые и новые лица (члены полиции, мэрии, прокуратуры, банков, чуть ли не парламента: лучше заинтересовавшийся пусть сам получить информацию из первоисточников или по интернету). Когда пишется эта книга, конца «бельгийскому феномену» не видно. Психиатры из соседних стран (Англии, Дании, Франции, Германии и др.) уже торопятся объявить «бельгийский феномен» «психической эпидемией конца XX века» и «допус-

кают, что каждый третий мужчина из этой страны в душе педофил»¹³. Мы бы не фиксировали внимание нашего читателя на «бельгийском феномене», если бы не наша, Российская действительность. Из выше цитированного интервью И.С.Глазунова «На Калининском проспекте в Москве в вечернее время у женщин кавказской национальности можно купить за пятьдесят долларов на час мальчика или девочку от 5 лет» (интервью прошло по Центральному телевидению). Глазунов указал конкретный адрес и цену. О педофилии в Москве и России и о половой эксплуатации детей сейчас можно прочитать и в других разных, официальных и не официальных источниках. Мы оставляем в стороне криминальный и моральный аспекты проблемы. Нас интересуют, прежде всего социально-медицинские вопросы. Педофилия (оставим в стороне и коммерческие интересы), реальный факт нашей жизни. Предмет – дети, имеющие спрос на рынке сексуальных услуг... Что это такое с точки зрения социального врача? Болезнь общества – несомненно! Но как ее назвать? Много общего в торговле детьми для сексуальной эксплуатации с торговлей наркотиками (компетентные органы указывают, что подчас этим занимаются одни и те же криминальные структуры). Отношение к наркотикам хорошо изучено и кто такой наркоман (как им становятся) специалистам хорошо известно. Но кто такой педофил? Болезнь ли это или преступление (или то и другое вместе)? Не уместно при этом указывать на историю и приводить примеры половой эксплуатации детей в разных странах и в разные времена (это очень тонко высмеял Набоков в цитированном нами отрывке о нимфетках), Это прежде всего неверно. Ибо, педофилия, сопровождаемая издевательствами над детьми, пытками и их убийствами, – всегда и везде каралась жестоко. Педофилия, поражающая чуть ли не поголовно мужчин – не наблюдалась тоже никогда и нигде! К тому же, мы живем в конце XX века и второго тысячелетия в цивилизованное и культурное время.

Педофилия с точки зрения клинического психиатра – *перверзия*, симптом какого-то психического заболевания (чаще всего, психопатии, шизофрении или деменции). В конце прошлого века педофилов (а они тогда не составляли проблему) считали бы просто вырожденками, дегенератами. В наше время есть более адекватное слово – мутант. Но, 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).

Выпусти в 1955 году в свет на английском языке «Лолиту» Набоков и не предполагал, что он выпускает «Джина из бутылки». Тогда педофилия в развитых цивилизованных европейских странах была явлением исключительным. До сих пор есть литераторы, литературные критики и ученые (социологи, социальные психологи, педагоги и психиатры), серьезно полагающие, что, хотел того или не хотел Набоков, но он спровоцировал «Лолитой» эпидемию педофилии в этих культурных странах (подробнее о педофилии в современном цивилизованном мире – ниже). И, действительно, «Лолиту» здоровому и активному в половой деятельности мужчине (и чем выше его интеллектуальный и культурный уровень, тем это характернее и фатальнее), воспринимать чисто эстетически (литературно) не возможно В конце 70-х годов, когда решался вопрос – быть или не быть «Лолите» «разрешенной» в СССР, сектор личности Института социологических исследований АН СССР во главе с профессором А.А.Зворыкиным и одним из авторов этой книги провели массовые социологические опросы населения в Москве, Ленинграде, Киеве, Вильносе, Риге, Каунасе, Хабаровске, Чите, Барнауле, Магадане, Анадыре и Владивостоке для выяснения отношения к «Лолите» среди публики, уже читавшей это произведение (ученые, литераторы, журналисты, партийные и комсомоль-

¹³ См.: обзор источников по «бельгийскому феномену», сделанный O Rurke K.O.P.,1998

ские работники, врачи, педагоги, студенты, актеры). 75% опрошенных мужчин признались, что Лолита вызывает у них эротические чувства и фантазии, и что они хотели бы встретиться с такой девушкой и вступить с ней в половую связь (опрос, конечно, был анонимный). Вместе с тем почти все из числа признавшихся в этом, считали Лолиту «вполне реалистичным образом»; не надуманном и не придуманном автором.

Интересно, что не прошло и 10 лет с появления «Лолиты», как во Франции разразилась «великая сексуальная революция», одним из идеологов которой был философ Жан Поль Сартр (он, развеивая седыми прядями редких своих волос, в кроссовках и джинсах бегал вместе с парижскими студентами, выкрикивая лозунги сексуальной свободы и сокрушая все, что попадало под руку). Ни одним словом, ни в одном лозунге этих «революционеров» Лолита упомянута (как и Набоков) не была.

По-видимому (если не верить в мистические силы, управляющие всеми земными делами, от глобальных, до частных), между желанием вновь снять фильм «Лолита» и европейской эпидемией педофилии никакой мыслимой связи нет. Здесь нам (не оставляя позиции социальной медицины) придется разобраться в самом феномене «Лолиты».

Набоков по непонятным причинам написал «Лолиту» на английском языке и только потом перевел ее на русский язык. Возможно, что если бы он сразу написал бы «Лолиту» на русском языке («самом эротичном языке в мире» Р. М. Рильке), то она и породила бы не нужные социальные последствия на его Родине (перед смертью Владимир Владимирович признавался, что «для него очень важно, как воспримут „Лолиту“ в СССР»). В русской литературе, так уж повелось со времен «Слова о полку Игореве», невозможно написать мало-мальски значительное литературное произведение, чтобы не продолжить традицию. «Лолита» – не исключение. Неточка Незванова Достоевского – прямая предшественница Лолиты. Нимфетка, чрезвычайно эротична, из всех, когда либо созданных в мировой классической литературы образов подростков. Только вот история Неточки Незвановой, отнюдь, не эротична, а чрезвычайно прозаична. И история ее не вызывает сексуальных эмоций.

Это – первое, что нужно иметь в виду, анализируя феномен «Лолиты». Второе, что Лолита никакого отношения к педофилии иметь не может только по одному своему статусу – она не ребенок и даже не подросток. Лолита (и в этом научная точность этого образа) – половозрелая женщина! Набоков играет (и насмехается над невежеством читателя, который посмеет его обвинять в педофилии). Так, он пишет: «Вот Вергилий, который... нимфетку в тоне пел одном... Вот две из еще не созревших дочери короля Ахнатана (Эхнатона – Е.С., Е.Ч.) и его королевы Нифертити... Вот ряд десятилетних невест, которых принуждают сесть на фасции – кол из слоновой кости в храмах классического образования. Брак и сожителство с детьми встречаются еще довольно часто в некоторых областях Индии... Данте безумно влюбился в свою Биатриче, когда минуло только девять лет ей, такой искрящейся, крашенной, прелестной, в пунцовом платье с дорогими камнями... Когда же Петрарка безумно влюбился в свою Лаурину, она была белокурой нимфеткой двенадцати лет...» И еще: «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», по Набокову, это не ребенок, не девочка, а половозрелая «молодая особа», кстати, судебно-медицинские эксперты во всем мире, когда речь идет о половых действиях с детьми, определяют пострадавших на половую зрелость, ибо известно, что половая зрелость весьма 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 своих пациентов с преждевременным половым развитием, которое наступает у девочек до 8 лет, у мальчиков до 10 лет. Вот краткая справка об этом явле-

нии: «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: 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.

Преждевременное половое созревание (что и было у Лолиты) редко соответствует такому же интеллектуальному созреванию. Поэтому и получает разлад в интересах такой «молодой особы» (что, кстати, великолепно показал Набоков в своем романе). «Нимфетки» (если пользоваться вергилиевым термином) 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 уже не согласно своему половому инстинкту, а согласно своему умственному развитию (то есть, относиться к новорожденному как к кукле). С другой стороны, будучи половозрелой и 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 «глас народа» (мораль обывателя), и, основные религиозные конфессии).

Вот и возникает шекспировского уровня вопрос: что делать «нимфеткам»? Искать для секса половозрелых «молодых особ» мужского пола? Но как показывает сексологическая практика, таковые чаще всего ограничиваются онанизмом и крайне редко (и то не по своей воле) вступают в половую связь с взрослыми женщинами. Поэтому, судьба нимфеток изначально трагична в обществе, где нет соответствующего их статусу понимания. Половозрелые молодые особы (прежде всего женского пола) нуждаются в адекватной социальной помощи и, не исключено, защите. И то, и другое им могут оказать только социальные медики (путем консультативной и корректирующей поведением работы с ними). И не только с ними, но и с их половыми партнерами (у тех тоже ведь достаточно с ними проблем, в том числе и перед законом; и они тоже нуждаются, как это не странно прозвучит, в социальной защите). Мы не преувеличиваем общественное значение проблемы «нимфеток». Проблема реальна и актуальна. Акселераты сейчас представляют 48% в своей возрастной популяции. И это во всех «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). Уверены, что с улучшением социально-экономического положения в нашей стране и Польше акселераты вновь будут актуальной проблемой.

Итак, мы рассмотрели один из аспектов феномена «Лолиты», не имеющий, с точки зрения автора, никакого отношения к педофилии, но который должен находиться в компетенции социальных медиков.

Сексуальные меньшинства как «объект» социальной медицины

Сейчас о «сексуальных меньшинствах» нужно писать и говорить осторожно, ибо они создали для себя прочную правовую базу (право на гомосексуализм). Кроме того, любой гомосексуалист может подать на Вас в суд, и доказать, что Вы, назвав его «гомосексуалистом» (педерастом, мужеложцем, уранистом или лесбиянкой) «ущемили его права личности», «оскорбили его личностное достоинство». Такое положение вещей в цивилизованных по западному

образцу странах, в том числе, «теперь и в России». Гомосексуалисты обоего пола отвоевали себе права и свободы и теперь в своих странах 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». Представители сексуальных меньшинств (многие из них) – 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 (вспомним знаменитые письма Андре Жида Сталину). Сейчас их социальные запросы и положение в обществе качественно изменились. На фоне общего упадка нравов в ведущих странах мира, гомосексуалисты а, в основном они составляют «сексуальные меньшинства» стали вести себя демонстративно, агрессивно и напористо в отношении «сексуального большинства». Они объединяются уже не просто в клубы, а некие тайные (подобные масонским) союзы и не потому, что их «притесняют», а потому, чтобы «быть и властвовать», навязывая свой образ жизни и образ мышления. 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 считает 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 (не вдаваясь в их подробное объяснение; всех желающих подробнее ознакомиться с перверсией, отсылаем к учебникам сексологии и сексопатологии; прежде всего – Р. фон. Краффт-Эбинга. «Половая психопатия с обращением особого внимания на извращение полового чувства». (СПб., 1909. О. Форель. «Половой вопрос». СПб. 1908 и др.): *садизм, мазохизм, нарциссизм* (половое влечение к самому себе), *зоофилия или скотоложство* (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), *эксгибиционизм* (обнажение перед незнакомыми лицами, без тенденций 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 лечение. 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.

«Казус» 1.

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, аккуратен и элегантно одевался. Часто был приглашаем в гости, особенно в семьи, где были девушки на выданье: в городе считалось, что мог бы многим составить отличную партию в браке. Никогда женат не был.

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 лет (происходило это в 1973—1978 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 в тайне, 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. Увлек его преподаватель кафедры психиатрии (который потом постоянно помогал ему 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 (персонаж сообщил, что «гомосексуалисты» хуже бандитов, у них могущественная организация, чуть ли не на весь СССР, и имеют связи и в МВД, и в КГБ, и даже в ЦК КПСС! У них свои «явки», свои «пароли», свои «связные», свой «язык», совершеннее, чем у глухонемых). С тех пор, как его находили и принуждали к гомосексуальным контактам, он непременно пытался из «отвращения», покончить жизнь самоубийством. Стрелялся, вешался, травился. Но, всегда спасали. Всего было около 10 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 не было еще в стране науки *сексологии* (она считалась -псевдонаукой, и предлагаемые читателю Краффт-Эбинг и О. Форель были запрещены). Едва открылись (три на весь СССР!) отделения «неврозоз с сексуальными расстройствами» в них госпитализировались лишь больные, страдающие импотенцией и фригидностью (один из авторов был некоторое время заведующим одного из этих отделений). Наш персонаж жил под постоянным страхом быть посаженным в тюрьму. Он был, безусловно, врожденным (генетическим) гомосексуалистом. Попытки самоубийства после «принуждаемых» гомосексуальных контактов были скорее истерическими реакциями на страх, что он совершает противозаконные действия, что он – преступник. Именно поэтому, демонстративные (для самого себя, чтобы доказать, что он порядочный гражданин, что он протестует) суициды и были не завершенными. По-настоящему он убивал себя лишь после половой связи с женщиной. Это (половая связь с женщиной), действительно, было насилием над его «природой», значит – и над личностью (наш персонаж, во многом повторил трагедию П.И. Чайковского).

Современное отношение к гомосексуалам в «духе демократии», конечно, гуманно. Наш персонаж сейчас бы процветал: во-первых, он был личностью незаурядной и если бы укрепостился от страхов быть посаженным за решетку, он мог бы сделать много добрых дел (и прожил бы жизнь не в постоянных тревоге и страхе, и сделках с совестью, ибо чем, как не этим, была его трагическая попытка жениться и жить с женщиной?); во-вторых, у него были обширные и могущественные связи (что тоже способствовало бы его добрым делам и активной жизнедеятельности). Но, гуманность (как показывает история) это еще не здоровье. По-прежнему основными источниками заражения СПИДом являются гомосексуалисты (они же – основные носители инфекции). В среде гомосексуалов (а, если к ним присоединить все остальные перверсии и все это объединить общим словом «сексуальные меньшинства») наибольший процент наркоманов. В наше время, безусловно, гомосексуализм облагородился: гомосексуалисты пошли в политику, искусство, журналистику, в коммерцию. Раньше у них был один общий удел – рано или поздно связать свою судьбу с преступным миром. Но эта закономерность в наше время не нарушилась. Как бы не рвались на верх перверсные субъекты, они никогда не смогут стать выразителями интересов широких слоев населения (даже манипулируя его сознанием и зомбируя его в отношении наклонностей и влечений). У «сексуального большинства» против «сексуального меньшинства» есть мощная врожденная психологическая защита (так было во все времена и у всех народов, как бы ни свободны были бы нравы; например – при королевских дворах Франции – Франциска I, Генриха III, Германии – Вильгельма I, Гогенцоллерна и др.) на народ эта «зараза» не перекидывалась. 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. Что касается чрезмерной (если учесть, что и медицина не вправе «трогать» представителей сексуальных меньшинств даже с профилактической и превентивной целями – засудят!) демократизации гомосексуалистов и других перверсных субъектов, то между этим фактом и многими болезнями общества, несомненно есть прямые связи. И не только, что касается СПИДА. Нравственный иммунитет – это реальная и не малая часть психологической защиты населения. А он у гомосексуалистов как и у всех, вступающих с ними в тесный контакт, точно также, как при СПИДЕ, понижается. Цивилизованное и культурное общество не может возвращаться к репрессивным мерам в отношении «сексуальных меньшинств». Это теперь аксиома. Но оно не должно отдавать на откуп проблемы «сексуальных меньшинств» ни случаю, ни знахарям, ни шарлатанам. Этими проблемами должна заниматься социальная медицина -поле деятельности здесь чрезвычайно широкое и плодородное.

Раздел 2. Приложение. «Оккупациональная терапия»

«Бог врачевания Асклепий (Эскулап), сын Аполлона (Феба) и нимфы, дерзко воскресил из мертвых некоторых смертных, за что разгневанный Зевс (Юпитер) поразил его молнией».

«Почитай врача частью по надобности в нем»

(«Книга премудрости Иисуса, сына Сирахова», 38, 1.)

«Здоровье – это драгоценность, и притом единственная, ради которой действительно стоит не только не жалеть времени, сил, трудов и всяких благ, но и пожертвовать ради него частицей самой жизни, поскольку жизнь без него становится нестерпимой и унижительной. Без здоровья меркнут и гибнут радость, мудрость, знания и добродетели...»

(Монтень. «Опыты». «О сходстве детей с родителями»)

«Здоровье – благо, нами утраченное. Куда бы мы ни посмотрели вокруг нас, в ближайшем ли соседстве или вдали, кого бы ни спросили из наших близких, друзей или знакомых, куда бы ни проник наш взгляд, везде он встречается с болезнями, хилостью и слабостью, везде так и бьют в глаза нужда и горе, поражающие разнообразием своих проявлений. Однако же, мы так пригляделись к этой картине всеобщего несчастья, что склонны считать такое печальное положение неотвратимым последствием современной культурной жизни, и, хотя и не без борьбы, покоряемся тому, чего уже нельзя изменить».

(М. Платен. «Руководство для жизни согласно законам природы»)

Глава 1. Основоположники «оккупациональной терапии»

«Оккупациональная терапия» – от латинского слова *occupatio* – захват. В книге «Медико-социальная реабилитация инвалидов. Основы законодательства» (М., 1996 г.) термина «оккупациональная терапия» нет.

В 1974 году канадский патолог Ганс Селье (Selye), (1907 – 1982 гг.), выступил на Международном Конгрессе по философским и теоретическим вопросам медицины, который проходил на его бывшей Родине, в Австрии (в Вене и Зальсбурге) и явно эпатировал коллег. Он бескомпромиссно отверг «теории» Ивана Павлова и Зигмунда Фрейда в объяснении не только работы организма человека, но и его психосоматики. Ни «центральная нервная система» с условными и безусловными рефлексамии, ни «бессознательное» человека с его либидинозными и прочими «комплексами», по Селье «ничуть не объясняют истинных механизмов жизнедеятельности человека и его организма». Поэтому, павловские и фрейдовские взгляды должны быть отброшены, а на их место Селье предлагал свои представления о роли «баланса и его нарушений электролитов и стероидных гормонов». При этом, свои теоретические взгляды Селье подтверждал гистологическими исследованиями, в частности, развития инфаркта миокарда.

Г. Селье не случайно родился на родине великого мистификатора З. Фрейда и в одной части Европы с другим великим мистификатором И. Павловым, чтобы не понимать, что нужно, для свержения с пьедесталов этих кумиров (З. Фрейд в письме к Иоганну Баруху Галанту, учителю одного из авторов этой книги, в частности писал незадолго до смерти: «Я, признаюсь, больше истины любил всегда славу. И добился бы ее любой ценой, даже, если бы мне пришлось пройти по Вене голым в хрустальной шляпе!» (из частного архива автора)). Что касается нашего гения, то он всю свою научную жизнь мистифицировал коллег и родных, что он – левша, зная, что это почти равно гениальности. Умирая, устроив из своей агонии научный эксперимент, он попрощался с коллегами словами: «Как хорошо, что мне так и не удалось научиться бросать камень правой рукой!» Таким образом, он страховал свою гениальность и после смерти; другое дело, что патологоанатомическое вскрытие академика и детальное изучение его мозга показало, что «левшества» у него было только на то, чтобы бросать камень левой рукой). Ганс Селье в своем, в прямом смысле, потрясающем докладе, впервые произнес три магических слова, понятные на всех языках, наполнив их медицинским содержанием. Это: **стресс, адаптация и оккупациональная терапия.**¹⁴

С двумя первыми словами действительно произошло, как и задумывал Селье. Они были подхвачены всеми врачами и патологами мира. Даже в СССР появились последователи Селье, которые сразу же объявили, что «между теориями Селье и Павлова нет никаких противоречий. Теория Селье, фактически, есть дальнейшее развитие и конкретизация теории Павлова» (Н. П. Бехтерева. «О теории Г. Селье». «Павловские среды». Т. XLIII. 1980 г., стр. 132. Наталью Петровну поддержали: в Москве Эзрас Асратович Асратян, известный всему миру физиолог, последователь Павлова, член-корреспондент АН СССР, в Мехико – также известный всему миру мексиканский физиолог, тоже последователь Павлова, Хосе Мануэль Родригес Дельгадо (Delgado)). В СССР физиологи и патологи стали усиленно изучать «особую часть» центральной нервной системы – ретикулярную формацию, которая, по их мнению, объединяет павловское «возбуждение-торможение» с электролитами и стероидами Селье. Стресс стал легальным термином в лексиконе советских врачей. А, затем и адаптация. Только с этим термином произошел конфуз. Вероятно, мало, кто, произнося «адаптация», читал в подлиннике Селье или его зарубежных последователей. Потому что в СССР в «адаптацию» вкладывали

¹⁴ H. Selye. «Le stress et L, adaptation». Toronto. 1975.

иной смысл, которым наделил ее Селье. Канадско-венский патолог понимал под адаптацией *болезненный процесс ломки стереотипа функционирования стероидов и нарушение электролитного баланса*. Поэтому, он часто уточнял, добавляя к адаптации «синдром». Правильнее, по Селье, говорить об *адаптационном синдроме*. В СССР же под адаптацией понималось *любое приспособление к изменившимся, в основном, социальным, условиям*. Отсюда, появилась «*нормальная адаптация*» и *болезненная дезадаптация*. Остается только удивляться, как это советских врачей понимали на Западе, когда ни в одном европейском языке нет приставки «*дез*» с таким смыслом, который она приняла (не известно, откуда?) в русском языке (на языках второй родины Селье, «*des*» = «*de*» и «*des*» («*from*»), во втором языке этой приставки нет.

А вот с третьим *ключевым* словом Селье не повезло. В Европе еще хорошо помнили, что значит *la ossuration!* При этом, Селье применял данный термин сугубо в конкретно-медицинском смысле. А именно, как *метод профилактики инфаркта миокарда*. Если бы Селье применил *окупациональную терапию ко всем адаптационным синдромам*, то возможно со временем к ее *эмоционально негативному звучанию* европейцы бы привыкли. А так, кардиологи окупациональную терапию Селье не посчитали нужным усвоить, а врачам других профилей она была ни к чему.

Все три термина, введенные Селье, ранее в медицине не применялись (возможны, конечно, применения случайные и «образные»), хотя все они – древнего происхождения. Так, *stress есть по латыни, «потрясение»*. Селье придал ему совершенно иной, *подкрепленный патолого-физиологическими и патолого-анатомическими изменениями в организме, смысл: напряжение*. На всех современных языках, кроме русского, *стресс понимается по Селье – la nerveuse, etre sous tension, the tension, the strains*. Во франкоязычных странах, стресс иногда интерпретируется как *les agressions de la vie moderne*. Стресс (напряжение) возникает, по Селье в двух случаях: 1) *из-за внутренних изменений* в гормональной деятельности организма, например, в «кризисных» состояниях (пубертате, климаксе, инволюции и т.д.); 2) *из-за внешних изменений*, природных или социальных катаклизмов, агрессивно воздействующих на человеческий организм, вызывающих в нем опять же нарушение гормональной деятельности. (Селье предпочитал понятие «*организм*» понятию «*человек*», ибо был патологом, а не философом, социологом, или психологом, он это подчеркивал). В первом случае стресс *предшествует* адаптационному синдрому – гормональной перестройке организма. Во втором случае, стресс *следует* за адаптацией, или возникает как *симптом* общего *адаптационного синдрома*. *Окупациональная терапия (до Селье, ни одному врачу всех времен и народов не пришло в голову применить «окупацию» в медицинском смысле; она испокон веков всеми понималась однозначно: захват территории чужеземцами в результате военной агрессии) во всех случаях должна предшествовать стрессу, если возможность такого прогнозируется*. Точно также, если прогнозируется адаптация (синдром), то окупационная терапия должна ей *предшествовать*. В этих случаях, окупациональная терапия играет роль *психосоматической (психологической и иммунной) защиты*.

В СССР, а, сейчас и в России, под стрессом понимается совсем не то, что описал Селье. А именно: *эмоциональное потрясение или психическая травма*. То и другое может иметь также *внутреннюю подоплеку* или быть результатом *социальных катаклизмов*. Поэтому, стресс, по-русски, очень близок к *шоку*. Но, медицине шок известен еще со времен *Гиппократ* и *Галена*.

(Справка. Шок по патофизиологическим механизмам ничего общего не имеет со стрессом. Так, если шок есть усиление гормональной деятельности при сохранении гормонального профиля, то стресс это, чаще всего угнетение гормональной деятельности и всегда нарушение структуры гормонального профиля. Субъективно шок и стресс также резко отличаются. Шок это всегда то или иное расстройство сознания: от обморока до ступора или комы. Стресс никогда не вызывает расстройства сознания. Наоборот, психическое напряжение, характерное для стресса осознается ярко и ясно.

Если оно протекает как психалгия, то чрезвычайно «яркое» переживание боли при абсолютно ясном сознании.

Шок с древних времен (вспомним, как излечили Одиссея, потерявшего память) применяется как метод терапии. В настоящее время в разных странах, в том числе и в России, применяются следующие виды шоковой терапии: 1) электрический шок, 2) атропинный шок, 3) инсулиновый шок, 4) термический шок, когда тем или иным пирогенным препаратом (например, масляным раствором серы) вызывается повышение температуры до 41—42 градусов, на высоте которой наступает шок.

Шоковая терапия эффективна при лечении некоторых психических заболеваний (прежде всего шизофрении), расстройств поведения у психопата, алкогольной и наркотической зависимости, депрессии, эмоциональной тупости, истерического ступора и расстройств памяти, панических атак, фобий, навязчивых состояний, сверхценных фиксаций, импотенции, *l. anesthesie douloureux*, и др. Стресс ни в каких случаях не может быть лечебным).

Поэтому, теория стресса Селье отечественную медицину фактически не обогатила. Вместе с тем два ее понятия – стресс и адаптация – были усвоены у нас на уровне обыденной речи для обозначения обыденных переживаний. В нашей стране часто произносится «стресс» или «адаптация», когда, на самом деле, человек, переживающий стресс, никогда об этом не скажет, ибо сказать будет не в состоянии. Точно также, больной с адаптационным синдромом, никогда не скажет, что он «адаптируется», ибо его будут беспокоить вполне конкретные переживания. Такие, например, как *чувство разбитости, слабость, недомогание, разного характера боли, расстройство менструального цикла, резкое снижение потенции и либидо, отсутствие аппетита, расстройство пищеварения, колебание артериального давления – гипертензия или гипотензия, кашель, насморк, чихание, головокружение, расстройство внимания, памяти, способности быстро и ясно мыслить и т.д., и т. п.* В слово «дезадаптация», каждый, опять же в обыденных случаях, вкладывает свой смысл. И этот смысл не имеет никакого отношения к медицине.

(Гален – Galenus, 130—200 гг. Древнеримский врач. Впервые описал жизнедеятельность человеческого организма с позиций анатомии и физиологии. Точно также требовал от врачей, как в постановке диагноза больному, так и в назначении ему лечения, опираться на изменения в анатомии и физиологии. Впервые ввел метод вивисекцию в экспериментах над животными для изучения болезней и способов их лечения. Взгляды Галена на организм человека, его болезни и разработанные им методы лечения многих заболеваний оставались незыблемыми вплоть до 16-го века).

Наряду с выше рассмотренными основными понятиями теории Ганса Селье, нужно назвать еще несколько понятий, не имеющих никакого отношения к открытию Селье, но тесно связанные с ключевыми терминами его теории. Эти понятия были уже объяснены в «терминологическом словаре» «Социальной медицины». Как и их генезис. Поэтому, здесь они будут обозначены кратко. Это: *инвалид (1-ой, 2-ой, 3-ей группы) и реабилитация* (кстати, сейчас в России различные «реабилитационные» заведения стремительно размножаются, и представляют собой все, что угодно, но непременно далекое от медицины и охраны или восстановления здоровья – на что они все претендуют).

Итак, новый, сузубо советский смысл «инвалиду» и «реабилитации» придал первый красный министр здравоохранения РСФСР, профессор Н. А. Семашко, который всегда подчеркивал, что он «прежде всего профессиональный революционер, а, потом врач». Почему Н. А. Семашко искажил смысл «инвалида» – остается загадкой. До него, не только русские врачи, но и широкая публика под «инвалидом» понимала то, что и В. И. Даль. А,

именно, «отслуживший, заслуженный воин, неспособный к службе за увечьем, ранами, дряхлостью. **Инвалидка** жена инвалида, или шуточно увечная, дряхлая служивая... Инвалидный дом, богадельня, дом призренья инвалидов» (В. И. Даль. «Толковый словарь». М., «Русский язык». 1989 г.). Синоним «инвалиду» – «ветеран». Слово сочетание, появившееся в СССР в 1974 году – «инвалид детства» = «ветеран детства»...

(Справка. Ветеран от латинского – *veteranus, vetus* – старый: в древнем Риме солдат, отслуживший срок в армии, как правило, старый человек, имеющий ранения или увечья; пользовался рядом привилегий, в том числе и правом получения римского гражданства: также освобождался от повинностей).

«Реабилитация», до Н. А. Семашко имела в России один смысл: восстановление в гражданских правах *исправившегося преступника*. То есть, как в Древнем мире. Со времени «тронной речи» красного министра здравоохранения, в советской России, появилось сразу два смысла: 1) оправдание невиновных осужденных (чаще всего – после их смерти в лагерях или казни); 2) самореабилитация больных, ибо всякую болезнь проф. Н. А. Семашко объявил *пережитком капитализма*. Конечно, в СССР врачи, вероятнее всего никогда не смотрели на больных глазами Семашко. Тем не менее его понимание реабилитации не только «прижилось», но вошло в плоть и кровь советского человека. Именно поэтому (а, еще потому, что и сейчас жива и здравствует целая армия «ученых медиков», защитивших диссертации на различные темы по «реабилитации») «реабилитация больных и инвалидов», в том числе и «инвалидов детства» и в третьем тысячелетии в России неистребима. Только относительно недавно, одна категория больных и после Семашко считалась, в прямом смысле, преступниками, ибо их судили и приговаривали к лишению свободы. А, если пребывания в местах заключения их не исправляло, то они подвергались ссылке на пожизненное пребывание в специально отведенных, изолированных от «материка», или океаном, или – непроходимой тайгой и болотными топями. Речь идет о больных алкоголизмом («хроническом», как будто есть еще какой-то другой алкоголизм) и *лечебно-трудовых профилакториях* (ЛТП), входящих в пенитенциарную систему МВД СССР.

В современных странах *the rehabilitate = 1) the readaptation, 2) ex-prisoner*. В первом случае реабилитация является синонимом адаптации: в этом смысле термин «реабилитация» также впервые применил Селье, когда говорил на английском языке. Поэтому, реабилитация = адаптации (только в теории Селье). Второй смысл прямо вытекает из древне-спартанского и македонского, когда преступника, которого не только приговаривали к наказанию за преступление, но и к *гражданской смерти*. Реабилитация и сейчас в ряде стран есть восстановление в гражданских правах после выхода на свободу (на это отводится год или два).

Глава 2. Группа «заболеваний», к которым проявляют интерес современные «оккупациональные терапевты» (особенно в России)

«Главный акушер административного Округа выразил благодарность Президенту России, который из своего фонда выделил деньги для оказания медицинской помощи новорожденным. Он, в частности, сказал: «Теперь в каждом нашем роддоме будет собственная реанимация! Мы сможем мертворожденных детей возвращать к жизни...»

(Из СМИ России. Январь, 2003 год).

Но, вернемся к оккупациональной терапии. Только в конце XX-го века неожиданно в Великобритании и Германии про нее «вспомнили», но не в смысле Селье, а в экстраполированном значении на все случаи, когда человек находится в состоянии адаптации. То есть, когда человек временно или постоянно, частично или полностью, с рождения или в каком-то возрасте в результате болезни или травмы «теряет» ту или иную функцию (функции) жизнедеятельности. Естественно, что в этих странах оккупациональными терапевтами могли быть лишь социальные врачи. А сама оккупациональная терапия – частью практической социальной медицины.

В пост. Советской России оккупациональная терапия неожиданно нашла поддержку со стороны: 1) среднего медицинского персонала, 2) психологов, которые хотели работать в клинике, но встречали со стороны врачей дружный отпор, 3) «окультурных» целителей разной масти. Каждая из указанных групп в оккупациональной терапии легко обретала легальность для своего врачевания. В таком составе, оккупациональные терапевты в нашей стране противопоставляют себя традиционной клинической медицине и взамен предлагают то, что они предлагали, не будучи «оккупациональными терапевтами» – целительство. Они по сути своей деятельности не являются не только терапевтами, но и – социальными врачами. Самое опасное в их действиях то, что они, объявляя себя «нетрадиционными терапевтами» (теперь, «терапевтами»: *therapeia* – по-гречески – врачевание), берутся за лечение (как и в прежних своих «статусах») заведомо неизлечимых заболеваний, (подкрепляя веру в себя у пациентов и их отчаявшихся родственников, верой в Бога: оккупациональных «центров» и «школ» очень много при культовых организациях). Таких, как онкологические заболевания в терминальных стадиях, множественные наследственные дегенеративные «заболевания», проявление которых происходит в разные возрастные периоды. Это, прежде всего, «болезни» нервной системы, возникающие в результате прогрессирующей демиелинизации корешков спинного мозга или крупных нервных стволов. Миелиновая оболочка, покрывающая нервы, является своеобразной изоляцией. При ее исчезновении происходит как бы «короткое замыкание» обнаженных нервов, и соответствующие грубые нарушения в органах и тканях, которые данные нервы «обслуживали» (чувствительные и двигательные). Демиелинизация охватывает различные отделы центральной и периферической нервной системы, обнаруживается в различные возрастные периоды и протекает с различной скоростью. Отсюда основания: 1) для выделения разных «болезней» нервной системы («восходящий паралич Ландри», «острая полирадикулоневропатия Гийена-Барре», «рассеянный склероз», «хорея», «хорея Гентингтона» и др.); 2) для создания иллюзии «выздоровления» в периоды ремиссии (от латинского – *remissio* – ослабление).

Есть целый ряд других дегенеративных нервных наследственных «заболеваний» (правильнее говорить «уродств» или *мутаций*, ибо, так называемые наследственные болезни возникают на *стадии оплодотворения*, не имеют никакой внешней причины и протекают не по законам истинных заболеваний, имеющих *этиологию, патогенез, нозологию, синдромологию, синдромокинез и синдромогенез*). К таким «мутационным заболеваниям» относятся: *боковой амиотрофический склероз – неуклонно-прогрессирующие спастико-атрофические парезы конечностей и различные расстройства из-за поражения продолговатого мозга (сердечно-сосудистые, дыхательные, зрительные), гепатоцеребральная дистрофия или – гепатоленцикулярная дегенерация, возникающая в период от 10 до 35 лет, характеризующаяся нарушением синтеза белка и обмена меди, внутренняя и внешняя гидроцефалия – увеличение объема церебральной жидкости в полости черепа, дизцефальный синдром – комплекс расстройств, возникающих при поражении гипоталамической области промежуточного мозга, миастении – нервно-мышечные поражения, основным проявлением которых мышечная слабость различных групп мышц или всей мускулатуры, миастении возникают в различные возрастные периоды и в зависимости от того, какие мышцы поражены, человек погибает сразу, по возникновению «заболевания», или через какой-то период. Миастенический процесс имеет ремиссии, во время которых создается иллюзия «выздоровления».*

Особый интерес оккупационально-окультурные «терапевты» проявляют к наследственной нервной дегенерации, носящей название *детский церебральный паралич (ДЦП)*. Спекулируя вокруг этого «заболевания» чрезвычайно много, ибо, во-первых, все нарушения генетического характера обнаруживаются сразу, после рождения; 2) они носят не прогрессирующий характер; 3) путем многолетних тренировок, ребенок, страдающий ДЦП, обучается некоторым навыкам, что расширяет его функциональные возможности и, опять же, создает иллюзию возможности «выздоровления».

Все нервные дегенеративные «заболевания» имеют те или иные *психические* дефекты. Прежде всего – *ретардацию* (от латинского – *retardatio – замедление*) развития тех или иных *психических функций*: мышления, памяти, эмоций, аффектов, самоконтроля, саморегуляции, этических функций, воли, сексуальности и др.. А также – *перверсию* (от латинского – *perversus – перевернутый, извращенный*). Подавляющее большинство так называемых «трудных подростков», особенно детей разного возраста, не достигших пубертата, у которых обнаруживается девиантное и делинквентное поведение (бродяжничество, ранняя половая жизнь, алкоголизм, токсикомания, наркомания, проституция, преступные действия – воровство, мошенничество, разбой, грабеж, всякого рода насилие; здесь же немотивированная агрессивность с разрушительными действиями или членовредительством, самоубийства, пассивная подчиняемость, тяготение к мистическим, сектантским асоциальным и анти- социальным группам и т.п.), это дети с врожденными психическими дефектами и аномалиями. Противопоставляя себя психиатрам, «оккупациональные терапевты», не видя психических дефектов, легко вмешиваются в «коррекцию поведения» этих детей, берутся за «семейную терапию», или прямо начинают их «лечить» – «*молитвой, заговором, святой водой*» и т. п.

Здесь нужно еще раз сказать о «*чудесах излечения*» *иконой, «обетом», походами к святым местам, приложением к святым мощам и т. п.* В XIX веке лучше всех механизм подобного целительства описал *Эмиль Золя* в «*Лурде*». Советский фильм 30-х годов, «*Праздник святого Иоргена*», где главную роль сыграл *Игорь Ильинский*, хорошо демонстрирует, к каким мошенничествам прибегают целители от имени Бога. То, что *вера* (в Бога, врача, целителя, особое лекарство или «чудо») – необходимый и эффективный компонент *психотерапии*, известно испокон веков. Другое дело, что никакая вера не может вернуть оторванную руку, зрение, потерянное из-за демиелинизации и атрофии нервов. Это и не обещают, спекулирующие на вере «оккупациональные терапевты». Но вот, что касается «невидимых» психических дефектов, то здесь поле для всевозможных спекуляций чрезвычайно широкое. + надежда, которая умирает

последней – несчастных родителей этих детей. При правильно построенном подходе к детям с врожденными дефектами психики, при совместной работе психиатров и оккупациональных терапевтов возможен реальный, пусть, ограниченный, но эффект.

Помимо заболеваний в терминальной стадии, когда врачи оказываются не нужными (в цивилизованных странах их сейчас заменяют *психоделические психотерапевты*), дегенеративных наследственных заболеваний нервной системы, прежде всего ЦНС, а также мутационных дефектов психики – во всех данных случаях клиническая (научная) медицина бессильна и лечение возможно лишь *паллиативное и симптоматическое*, уменьшающее субъективное страдание, есть большая группа нарушений, связанная с особыми чертами характера человека. Эти «клинические случаи» были хорошо описаны еще *Гиппократом*, а потом *Авиценной*. *Эмиль Золя* в «Лурде» ярко описал этих пациентов. А до него – его великий соплеменник – *Жан Батист Поклен*, всем известный, как *Мольер* (Roquelin – Moliere, 1622—1673), вывел «клинический случай» на сцену. Последней ролью другого великого француза, нашего современника, *Луи де Фюнеса* (Funes) и был *мнимый больной* Мольера.

Гиппократ почему то полагал, что подобным характером, причиняющим человеку и его близким (древние это называли – *status stervozus*; отсюда, «стерва») невероятные страдания без всяких к тому болезненных оснований, *обладают лишь женщины*. Причем далеко не все, а лишь те, кто. Говоря современным повседневным языком, *сексуально озабочены*. По Гиппократу, «сексуальная озабоченность» есть «*бешенство матки*», или, по-гречески, *hysteria*. Истерические личности, однако, не только женщины, но и мужчины. При чем, истерические черты могут проявиться раньше, чем наступит половая зрелость. Поэтому, или плохо переводили Гиппократа, или плохо его поняли, или отец медицины с истерией ошибся.

Лицам, имеющим истерический характер присущи такие черты, как *чрезмерная внушаемость, легкая гипнотизация, склонность к болезненной мнительности, особенно, что касается их здоровья, до ипохондричности* (от греческого – *hypochondria* – мнимая болезнь), *склонность к психическому регрессу* (внезапному оглуплению, снижению памяти, эмоциональной холодности, расстройству настроения, плаксивости, пассивной подчиняемости чужой воле, детскости в поведении, мотивациях и т.д.). Но, самое главное, что их делает легкой «наживой» для мошенников-целителей, у истерических личностей легко возникают различные *функциональные расстройства, и нет такого органа или системы организма, такого заболевания, которое не могли бы «симулировать» истерики*. Поэтому, еще, в древности, истерию называли – *grande simulacre*. Наиболее яркие истерические функциональные расстройства: *астазия-абазия* (человек не может ни ходить, ни стоять), *мутизм* (не может говорить), *авёгле* (слепота; от латинского – *aveugle ou cecite*), *сурдо-мутизм* (глухота с немотой; от латинского – *sourd-muet*), *истерический ступор* (полное обездвижение, отсутствие реакции на какой-либо раздражитель, даже на болевой, полная невозможность контакта; от латинского – *stupidite* – слабоумие), и, наконец, *фогроссесце* (ложная беременность; от латинского – *faux grossesse*).

Все, выше перечисленные особенности истерической личности превращает ее в «благодарного» клиента «оккупациональных терапевтов» разной масти.

Итак, если первые клиенты (не истерики), попадают к «оккупациональным терапевтам», не являющимися ни врачами, ни – социальными врачами, потому, что научная (традиционная) медицина весьма ограничена в возможной помощи им, то вторые клиенты (истерические личности) чаще сами предпочитают кого угодно лечащим врачам, ибо им, по их «статусу», нужно не лечение, а «*чудо*», «*спектакль*», «*сладкая ложь*» и т. п. Социальные врачи – оккупациональные терапевты – хорошо «справляются» с истерическими личностями, ибо в их методах есть все, необходимое и для данных клиентов.¹⁵

¹⁵ См.: Е. В. Черносвитов. «Прикладные методы социальной медицины».. М., «Владос», 2001.

Рекомендуемая литература: *«Психотерапия» (под ред. проф. В. Е. Рожнова). Ташкент. 1973 г.. «Психотерапия» (под ред. проф. В. Е. Рожнова). М., 1974 г. «Бессознательное» (под ред. А. С. Прангашвили и др.) «Мицниереба». Тбилиси, 1978 г. ТТ. 1—4. Проф. Л. О. Даркшевич. «Нервные болезни». Казань. 1912 г., «Шизофрения» (под ред. проф. А. В. Снежневского). М., «Медицина». 1972 г. В. В. Ковалев. «Дезонтогенез». М., «Труды Института психиатрии МЗ РСФСР. М., 1986 г. «Актуальные проблемы суицидологии» (под ред. проф. А. Г. Амбрумовой). М., Труды Московского научно-исследовательского института психиатрии. М., 1978 г. Макс Мюллер. «Шри Рамакришна Парамагамза». М., 1913 г., «Полное руководство к индускому гипнотизму. Издание Президента Кружка Менталистов Н. Б. Бутовт. М., 1908 г.*

Оккупациональные терапевты как *социальные врачи* руководствуются принципом помочь человеку вернуть не просто абстрактное «здоровье» или ложное чувство «полноценности», а – *качество жизни*. Для этого у них есть возможности, *подкрепленные многовековой врачебной традицией и современной теорией*. Но, сначала о *традиции*.

Глава 3. Природолечение, трудотерапия, суггестия (тарантение) то, что нужно взять на вооружение социальным врачам и психологам

«Учи и убеждай всех, что есть один путь, ведущий к здоровью и охраняющий его: это — возвращение к природе, к естественной жизни, к естественному врачеванию! Да поможет нам Бог!»

(М. Платен. «Новый способ лечения»)

«Труд создал человека»

«Credo, quia absurdum»¹⁶

«Askeza et martyrus»¹⁷

(Квинт Септимий Флоренс Тертуллиан)

До военной реформы 1860-1870-х гг., инвалиды, то есть, старые солдаты, неспособные к строевой военной службе из-за увечья и ран использовались для гарнизонной и караульной службы. Рафаил Александрович Черносвитов, получивший тяжелое ранение в голову и лишившийся левой ноги в *Польской компании* 1830—31 гг., однако не был полностью комиссован из Армии. В 1834 г., а потом в 1840—1844 гг., он, командуя небольшим отрядом таких же, как он сам, инвалидов, подавлял многотысячные (свыше 500 тысяч человек!) *картофельные бунты*, вспыхнувшие в Приуралье и Поволжье. Традиции *оставаться в Армии инвалиду и полноценно служить Родине по мере сил и возможностей* – не одна сотня лет...

Здесь же пойдет речь о других традициях, в основу которых положен метод «захвата» (оккупации).

Санаторно-курортное «лечение» – один из таких древних и традиционных методов «захвата». Ибо, лечения в подлинном смысле слова в санаториях-профилакториях и курортах никогда не занимались.

С 1886 года, по 1896 год вся Европа «лечилась» по методам доктора *Мориса Платена*, француза, который много лет до этого проработал в различных санаториях Франции, Германии, Италии, Австрии и России. Опытный санаторный врач выпустил четырехтомный (каждый том по 800 страниц) труд, снабженный множеством фотографий, в котором он описал различные методы «*возвращения всех и каждого, не важно, каким образом утративших здоровье и те или иные способности, к полноценной, счастливой и радостной жизни*». Все методы Платена были «*силами Природы*». Открыв собственные санатории в Баден-Бадане, Лейпциге, Лионе, Ницце, Петербурге, Лозанне, он успевал везде, обучая своим методам последователей-врачей. Его четырехтомный труд, выпущенный первым 20-тысячным тиражом, разошелся в течение нескольких дней. И был переведен на все европейские языки, в том числе и на русский. А, затем, в течение 5 лет, он переиздавался, всякий раз тиражом 30 тысяч, *38 раз*, также на всех европейских языках. Вот некоторые методы Мориса Платена.

¹⁶ Верую, ибо абсурдно. (лат.)

¹⁷ Аскеза и мученичество. (фр.)

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.