

ХОЛИЗМ И ЗДОРОВЬЕ

от мировоззрения к практике

Выходит с мая 2009 г.

№ 1 (6) 2012

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

В. А. ВЛАДИМИРЦЕВ,
к.мед.наук,
д.психол.наук, проф.;
Ю. М. ГУБАЧЕВ,
д.мед.наук, проф.;
О. Е. ИВАНОВ,
д.филос.наук, проф.;
В.А. ЛИЩУК,
к.техн.наук,
д.биол.наук, проф.;
В. В. МАЙКОВ,
к.филос.наук;
В. В. МАКИЕНКО,
к.мед.наук;
А. В. ОЛЕСКИН,
д.биол.наук, проф.;
Н. Б. ПОКРОВСКИЙ,
ректор НГУР, проф.;
Н. М. СЛАНЕВСКАЯ,
к.политол.наук;
С. В. ЧЕБАНОВ,
д.филолог.наук, проф.

РЕДКОЛЛЕГИЯ:

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР:
О. В. Крель

ЗАМ.ГЛАВНОГО
РЕДАКТОРА:
И. К. Нурмеев

ЛИТЕРАТУРНЫЙ
РЕДАКТОР:
О. С. Муравьева

ПЕРЕВОД:
А. Л. Федотова

СОДЕРЖАНИЕ

- | | |
|----|---|
| 3 | АРХЕОЛОГИЯ МЕДИЦИНСКОГО ЗНАНИЯ
Аннотация к разделу - <i>Иванов-Вызго Д.А.</i> |
| 5 | <i>Ханс Кайзер (перевод Иванов-Вызго Д.А.)</i>
А.Ж. Ландре-Бове – действительный
автор первого описания ревматоидного артрита |
| 19 | <i>Сланевская Н.М.</i> Использование нейронаучного
метода в социальных науках |
| 26 | <i>Bernard Cadet, Armelle Jacquet-Andrieu</i> Émotions,
langage et prises de décision: un réseau cognitif
(Эмоции, язык и принятие решения: когнитивная
сеть) |
| 33 | <i>Чебанов С.В.</i> Предельные вопросы |
| 39 | <i>Искрин М.А.</i> Типология мистического опыта |
| 42 | <i>Акопов А.Ю., Несмеянов А.А.</i> Влияние
особенностей российского национального
характера и социальных болезней личности
на внутреннюю национальную психологическую
безопасность России |
| 52 | <i>Ясинчук А.А.</i> Профилактика наиболее
распространенных тяжелых неинфекционных
болезней с помощью гомеопатических препаратов |
| 60 | ЧЕЛОВЕК И СОЦИУМ
<i>Кремс В.Д., Лозко О.Л.</i> Дом любви или
неустанный труд |

67 НАШИ АВТОРЫ

CONTENTS

ТЕХНИЧЕСКИЙ

РЕДАКТОР:

С. А. Карпенко

ДИЗАЙН ОБЛОЖКИ:

Н. К. Доманская,

О. Г. Тагель.

3	ARCHAEOLOGY OF MEDICAL KNOWLEDGE The annotation of the section - <i>Ivanov-Wyzgo Daniel A.</i>
5	<i>H. Kaiser (translated by Ivanov-Wyzgo Daniel A.)</i> A.J. Landré-Beauvais as a true author of the rheumatoid arthritis first description
19	<i>Slanevskaya Nina M.</i> Use of neuroscientific method at social science
26	<i>Bernard Cadet, Armelle Jacquet-Andrieu</i> Émotions, langage et prises de décision: un réseau cognitif (Emotions, Language and Decision-making: Cognitive Network)
33	<i>Chebanov Sergey V.</i> Limiting questions
39	<i>Iskrin Michail A.</i> Typology of mystic experience
42	<i>Akopov Anatoly Y., Nesmeyanov Anatoly A.</i> Influence of individualities of the Russian national character and social illnesses of the person on internal national psychological security of Russia
52	<i>Yasinchuk Andrey A.</i> Prevention of the most abundant severe noninfectious diseases by homeopathic medicines
60	MAN AND SOCIUM <i>Krems Vera D., Lozko Olga L.</i> House of love or constant work
67	OUR AUTHORS

Журнал издается под эгидой Ассоциации АнтЭра –
Института клинической медицины и социальной работы имени М. П. Кончаловского
<http://celenie.ru>

Все права защищены.

Никакая часть данного издания не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме
без письменного разрешения редакции журнала.

Адрес редакции: Санкт-Петербург, Лиговский проспект 56-Е, офис 95
тел.: (812) 764-71-21; <http://journal.celenie.ru>, эл. почта: hldspb@yandex.ru

Журнал основан в 2008 году. Свидетельство о регистрации: ПИ № ФС 77-38506 от 18.12.09.

Отпечатано в АНО «КИО» на оборудовании, предоставленном фирмой RISO-PRINT.

Тираж 1 000 экз.

ОТ РЕДАКЦИИ

Публикацией статьи проф. Х. Кайзера **“А.Ж. Ландре-Бове – действительный автор первого описания ревматоидного артрита”** журнал «Холизм и Здоровье» открывает новую рубрику, название которой отчасти говорит само за себя: **«Археология медицинского знания»**.

Имеется несколько мотивов, побуждающих редакцию к этому решению.

Во-первых, это происходящий на наших глазах и потому для всех очевидный кризис существующей медицинской модели. Обычно этот кризис принято связывать с остаточным принципом финансирования здравоохранения, высоким удельным весом хронической патологии, плохой экологической обстановкой, возрастанием удельного веса наследственных отягощенностей, несвоевременной диагностикой и множеством других разнообразных и разнородных факторов. При этом одни являются причиной для других, а другие, соответственно, следствиями первых, формируя некий узел взаимосвязанных и трудноразрешимых противоречий. Не отрицая значения ряда названных факторов, мы, тем не менее, склонны полагать, что причины «кризиса медицины» надо искать в первую очередь в самой медицине, во внутренней логике этапов эволюции и периодов революционной смены терапевтических парадигм.

При таком подходе становится ясно, что происходящее на протяжении последних тридцати лет размывание традиционной модели **клинической медицины** (по ряду терминологических соображений мы предпочитаем называть ее «госпитальной медициной») и активное лоббирование набирающей силу модели **доказательной медицины**, во-первых, является вполне закономерным, а во-вторых, не уникальным.

Закономерность смены медицинских моделей и природа этой закономерности представляется нам темой, достойной самого серьезного обсуждения. Это является вторым мотивом, побуждающим нас открыть в журнале новую тематическую рубрику.

Нынешний кризис медицинской парадигмы не является чем-то уникальным – подобные кризисы систематически повторяются

через исторически определенные интервалы времени. Это становится ясным, если анализировать историю европейской медицины с позиций концепции **«археологии знания»**. Такая позиция альтернативна современной тенденции преподносить историю медицины либо как пестрое собрание отрывочных сведений из биографий известных врачей, либо как невнятную смесь из философско-исторических концепций и дат медицинских и биологических открытий. В обоих случаях во взглядах историка имплицитно присутствует уверенность в линейном характере прогресса медицинского знания и основанных на нем лечебных практик.

Последний способ представления данных страдает односторонностью и не позволяет выявить циклическую составляющую смены медицинских парадигм. Поэтому, на наш взгляд, он недостаточен для продуктивной оценки упомянутого кризисного положения. Чтобы преодолеть эту односторонность мы задались целью ввести в научный оборот тексты, дающие материал, пригодный для анализа с позиций археологии знания. Это и служит для нас *третьим мотивом* для открытия новой рубрики в журнале.

Развивая тезис о ключевой роли внутренней логики развития лечебной деятельности в смене терапевтических моделей, мы опираемся на методологию структурного анализа. Это позволяет сделать доступными для анализа очевидные, но трудно формализуемые компоненты деятельности практического врача, составляющие сердцевину лечебной деятельности. Мы имеем в виду, во-первых, две осевые процедуры – **диагностику и лечение**, а во-вторых, три центральных области лечебной деятельности – **клинику, патологию и фармакологию**, взаимодействие между которыми осуществляется посредством этих осевых процедур.

Еще одно измерение картине взаимодействия названных компонентов предоставляет включение в нее антагонистических **этиологического и синдромального принципов**, а также непосредственно связанного с этой оппозицией **нозологического принципа**. Представляется весьма перспективным реконструировать характер взаимо-

отношения всех этих категорий в наиболее авторитетных текстах соответствующих периодов развития медицины, и это служит *четвертым мотивом* для основания в нашем журнале рубрики «Археология медицинского знания».

Прилагая разработанный М. Фуко археологический дискурс [Археология знания», 1969] к проблеме смены медицинских парадигм и во многом опираясь на его же труд «Рождение клиники: Археология врачебного взгляда (1963)», мы полагаем, что на протяжении собственно европейского периода развития медицины смена доминирующей медицинской парадигмы происходит примерно раз в каждые два столетия. Поскольку медицинские парадигмы достаточно явно коррелируют как с общим интеллектуальным модусом соответствующих эпох, так и с частными его проявлениями в религиозной, политической, художественной, философской, естественнонаучной и других областях жизни, не составляет особого труда выявить их и дать им имена. Тогда вырисовывается следующая картина смены доминирующих медицинских парадигм: XV-XVI в. – **гуморальная медицина** (гуморальная патология), XVI-XVII в. – **опытная медицина**; XIX-XX в. (точнее – 1790е – 1970е гг.) – **клиническая** (госпитальная) **медицина**; с 1980-х гг. – **доказательная медицина**, модель, от которой вполне можно ожидать доминирования на протяжении всего наступившего столетия, а возможно и дольше.

Характерно, что для каждого из этих периодов можно выделить некоторые универсальные критерии, позволяющие произвести их классификацию. Одним из таких критериев нам представляется имплицитно содержащееся в каждой из соответствующих парадигм **отношение к человеку** как к объекту лечебной деятельности. Так, для гуморальной медицины человек – это **микрокосм**; события, протекающие в глубинах человеческого тела, могут быть описаны в тех же космологических терминах, в которых описывается устройство Вселенной. Человек опытной медицины – это машина, утонченный **механизм**, а законы, управляющие человеческой телесностью вполне аналогичны законам небесной механики. Для госпитальной (клинической) медицины человек – это **организм**,

сложная система органов и тканей. Для доказательной же медицины, в том виде, в котором она реализуется сегодня, человек – это «**черный ящик**», объект, о функционировании которого мы можем судить лишь по ответам, возникающим «на выходе» в ответ на прилагаемые внешней средой (в том числе и врачом) воздействия «на входе».

Последнее обстоятельство становится очевидным, если сравнить принятый в госпитальной медицине **положительный** стиль формулировки диагноза с появившимся в 80-х годах минувшего столетия институтом **вероятностных** диагностических критериев. Последний является, на наш взгляд, четким маркером «доказательного» стиля медицинского мышления. Яркими образцами здесь могут служить принятые формулировки критериев диагностики ревматоидного артрита („Диагноз «классического» РА устанавливается при наличии семи критериев, «явного» РА – пяти, «вероятного» - при наличии трех критериев“) или метаболического синдрома („1 основной + 2 дополнительных критерия подтверждают диагноз МС“).

Желание побудить аудиторию журнала «Холизм и здоровье» к обсуждению складывающейся концепции смены медицинских парадигм и к попытке совместной выработки продуктивных подходов к оценке кризиса существующей модели здравоохранения служит для нас пятым, хотя, наверное, не последним мотивом к открытию новой рубрики в нашем журнале.

Отметим также, что на наш взгляд, появление рубрики «Археология медицинского знания» вполне соответствует главной задаче нашего журнала, изложенной в программной статье его идейного вдохновителя профессора Александра Александровича Креля (А. Крель. Концепция холистической терапии // Холизм и здоровье. 2009. №1, с.4-7).

Новая рубрика находится также в русле стремления рассматривать проблему здоровья во всем многообразии взаимосвязей человека с его духовной и интеллектуальной жизнью, с природой и обществом, о чем писала главный редактор журнала «Холизм и здоровье» Ольга Викторовна Крель в самом первом его номере (О. Крель. От редактора // Холизм и здоровье. 2009. №1, с.3).

Д.А. Иванов-Вызго

Ханс Кайзер (Аугсбург, ФРГ)

А.Ж.ЛАНДРЕ-БОВЕ – ДЕЙСТВИТЕЛЬНЫЙ АВТОР ПЕРВОГО ОПИСАНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Перевод: Д. А. Иванов-Вызго. Руководитель Ганеманновского исследовательского центра Ассоциации АнтЭра – Института клинической медицины и социальной работы им. М. П. Кончаловского. Санкт-Петербург.

Аннотация

Рассматриваются обстоятельства появления термина «ревматоидный артрит» в работе А.Б. Гарро и закрепления приоритета в описании ревматоидного артрита за А.Ж. Ландре-Бове в трудах А.Э. Гарро и других авторов. Излагаются сведения о диссертации Ландре-Бове (1800), в которой он описывает девять случаев заболевания, отличного от классической подагры, выделяет его как новую нозологическую единицу под именем «первичной астенической подагры» и формулирует ее дифференциально-диагностические признаки. Приводятся фрагменты этой диссертации, содержащие описание клинических наблюдений трех случаев ревматоидного артрита. Обсуждаются этапы эволюции понятий «ревма», «подагра» и «артрит» в трудах авторов античности (Гиппократ, Аретей Каппадокийский, Гален, Диоскорид), византийского средневековья (Александр Тралесский), Возрождения (Гийом де Баллю), Реформации (Томас Сиденгам) и Нового времени (Августин Жакоб Ландре-Бове, Альфред Бэринг Гарро). Обсуждается гипотеза о привнесении ревматоидного артрита из Нового света в постколумбовский период. Приводятся сведения о «Семиотике» Ландре-Бове (1809) и его краткая биография.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, ревма, А. Ж. Ландре-Бове, семиотика, А. Б. Гарро, история ревматологии.

* *Hanns Kaiser. A.J.Landré-Beauvais (1772–1840) – der wirkliche Erstbeschreiber der rheumatoiden Arthritis // Zeitschrift für Rheumatologie. 2004. Vol.63. S.430–435.*¹

От редакции

Эта статья уже версталась к печати, когда из Германии пришло горестное известие о том,

¹ Текст публикуется с разрешения © **Springer Science+Business Media** (лицензия на перевод на русский язык и публикацию в журнале «Холизм и здоровье»). Редакция журнала благодарит директора по развитию Ганеманновского исследовательского центра Ассоциации АнтЭра **Станислава Иванова** за помощь в ведении переговоров с правообладателем.

что 9 февраля 2012 г. в Аугсбурге на девяносто первом году жизни скончался автор этой статьи, замечательный немецкий ревматолог и историк медицины, почетный член Немецкого ревматологического общества, почетный член Немецкого геронтологического общества, главный врач Аугсбургского Westkrankenhaus (1963–1984), почетный профессор Мюнхенского технического университета (с 1975 г.), доктор медицинских наук **Ханс Кайзер**.

Считая профессора **Кайзера** одним из ярчайших современных исследователей эволюции терапевтических концепций в медицине, мы глубоко скорбим об этой утрате.

Об авторе

Известный немецкий ревматолог, доктор медицинских наук, профессор **Ханс Кайзер** (г. Аугсбург, Бавария, ФРГ), является свидетелем и непосредственным участником ряда событий, связанных со становлением ревматологии как самостоятельной клинической дисциплины в Германии. Он также является автором целого ряда работ, посвященных различным аспектам истории ревматологии, в том числе имевшим место в те, кажущиеся столь далекими, времена, когда еще не существовало ни специальности под названием «ревматология», ни нозологических форм, носящих имена «ревматизма» и «ревматоидного артрита», а имела лишь категория, называвшаяся «ревмой» и, как это не покажется сегодня удивительным, составлявшая определенное ядро терапевтического дискурса гуморальной патологии от Гипократа (460-377 до н.э.) и Галена (131-201 н.э.) вплоть до Сигизмунда Альбикуса (1358-1427) и Гийома де Балло (1538-1616).

Поэтому сами темы, которые **Х.Кайзер** избирает предметом своих работ и которые требуют от него высокой эрудиции, а от читателя – достаточно пристального внимания, позволяют ему рассматривать проблемы современной клинической ревматологии через призму исторического развития свойственных этой специальности концепций и подходов. Последнее, как представляется, придает статьям профессора Кайзера особый эвристический потенциал и делает их чтение не только захватывающе интересным, но и в буквальном смысле этого слова полезным. На протяжении более десяти лет они публикуются в ведущем немецкоязычном ревматологическом журнале «Zeitschrift für Rheumatologie»; среди них, в частности, такие яркие работы, как «Кортикоиды в ревмотерапии – вчера, сегодня, завтра» (2000), «Филип III.Хенч (1896-1965) – отец кортизонотерапии» (2003), «Герман Бургав (1668-1738)» (2006), «Гийом де Балло (1538-1616) – отец ревматизма» (2006), «Жан-Батист Буйо (1796-1881) – ревматолог, кардиолог и более» (2006), «От растений – к химии: ранняя история „ревматических средств“» (2008), «История суставных пункций и инъекций» (2010). **В этот ряд, без сомнения, должна быть включена и предлагаемая здесь статья.**

Cineri gloria sera venit.

Слава приходит к тому, кто стал уже прахом.

Марциал (40–104). Эпиграммы¹.

Отцовство, признанное лишь 2 века спустя

Термин «ревматоидный артрит», используемый сейчас во всем мире для обозначения болезни, в немецко-говорящих странах называвшейся хроническим полиартритом, предложен английским автором, сэром Альфредом Б. Гарро (1819-1907)² в 1859 г.[12]. Поэтому многие врачи считали и продолжают считать Гарро «отцом» этой болезни. На европейском континенте [19] в качестве автора первого его описания долгое время рассматривался Ж. М. Шарко (1825-1893)³ с его так называемым

¹ Эта эпиграмма **Марциала**, строка из которой взята автором статьи в качестве эпиграфа, известна в переводе **Ф.Петровского**:

«Да издавай же скорей, Фавстин, ты свои сочиненья
И обнародуй труды - плод совершенный ума.
Их не осудит, поверь, и Кекропов град Пандиона,
Да и молчаньем у нас не обойдут старики.
Иль ты боишься впустить Молву, что стоит перед
дверью? Совестью разве тебе дар за работу принять?
Книги, которым тебя пережить суждено, оживиты
Сам: с опозданием всегда слава по смерти идет».

² **Альфред Бэринг Гарро** (Sir Alfred Baring Garrod), английский врач. Внес принципиальный вклад в изучение патогенеза подагры, впервые описав в 1848 г. повышенное содержание мочевой кислоты в крови при этой патологии [*Observations on the blood and urine of gout, rheumatism and Bright's disease*; *Medical Chirurgical Transactions* 1848;31:83]. В 1859 г. опубликовал «Трактат о природе и лечении подагры и ревматической подагры», в котором дифференцировал хронический подагрический артрит от «ревматической подагры» и предложил термин «ревматоидный артрит» [*Treatise on nature and treatment of gout and rheumatic gout. London, 1859*]. Эта книга выдержала еще два авторских переиздания – в 1863 г. [*Nature and treatment of gout and rheumatic gout. London, 1863*] и в 1876 гг. [*A treatise on gout and rheumatic gout (rheumatoid arthritis). London, 1876*]. (**Это и дальнейшие примечания принадлежат переводчику**).

³ **Жан Мартен Шарко** (Jean-Martin Charcot), знаменитый французский клиницист. В наше время известен в первую очередь как невропатолог, создатель школы Шарко, исследователь истерии и

хроническим суставным ревматизмом (Диссертация 1853 г.[5] и 573 страницы о подагре и ревматизме в VII томе его Собрания сочинений 1890 г.[6]).

В действительности же еще в 1800 г. Ландре-Бове [20] описал в своей диссертации картину болезни, недвусмысленно отличающейся и от подагры, и от острого суставного ревматизма. Однако его работа была проигнорирована занимавшимися этой патологией английскими авторами – А. Б. Гарро, Б. К. Броди¹, Р. Адамсом² [17]. Шарко, напротив,

учитель Зигмунда Фрейда, в чьей клинике будущий основатель психоанализа проходил стажировку. Первые научные работы Шарко относятся к области суставного ревматизма и подагры (1851-1853). К этой же области принадлежат его труды: «Повреждения хряща при подагре» [Les alterations des cartilages dans la goutte. 1858], «Подагрические отложения (тофусы) в наружном ухе у подагриков» [Les concrétions tophacées de l'oreille externe chez les goutteux. 1860], «Изменения в почках при подагре» [Les altérations du rein chez les goutteux. 1864], «О подагре и свинцовых отравлениях» [Les rapports de la goutte et de l'intoxication saturnine. 1864].

¹ **Бенджамин Коллинс Броди-старший** (Sir Benjamin Collins Brodie, 1st Baronet, 1783-1862) – английский физиолог и хирург, чьи работы по костно-суставной патологии в англоязычной литературе принято считать пионерскими. Наиболее известен его труд «Патологические и хирургические наблюдения болезней суставов» [Pathological and Surgical Observations on the Diseases of the Joints. 1818]. Симптом Броди и болезнь Броди названы его именем. Следует отличать Б. К. Броди-старшего от его сына, Бенджамина Коллинса Броди-младшего (Sir Benjamin Collins Brodie, 2nd Baronet, 1817-1880), бывшего известным химиком.

² **Роберт Адамс** (Robert Adams, 1791-1875), ирландский хирург. Наибольшую известность Адамсу принес его «Трактат о ревматической подагре или хроническом ревматическом артрите всех суставов» (то есть, в современной терминологии – о ревматоидном полиартрите) [A Treatise on Rheumatic Gout, or Chronic Rheumatic Arthritis of all the Joints. London, 1857], долгое время остававшийся классическим описанием клинической картины этой болезни (которой, как отмечают некоторые авторы, страдал и сам Р. Адамс). Большой вклад он внес также в развитие карди-

специально ссылается в диссертации 1835 г.[5] на своего предшественника в знаменитой женской больнице Сальпетриер: «Ландре-Бове мы обязаны первым специальным описанием никогда до этого не фиксировавшейся болезни, встречающейся в наших палатах на каждом шагу, несмотря на то, что она поражает не одних только стариков».

В 1890 году сын А. Б. Гарро – А. Э. Гарро³ – признал Ландре-Бове автором первого описания ревматоидного артрита [13]. Но всеобщее признание этого факта было достигнуто лишь во второй половине XX века – об этом пишут в США Parish в 1963 [26] и Copeman в 1964 г.[7], Bywaters в 1988 г.[4] в Англии и Buchanan в 1994 г.[3] в Канаде. В литературе на немецком языке я нашел лишь единственную ссылку на Ландре-Бове [25].

То, что для признания приоритета Ландре-Бове в описании ревматоидного артрита потребовалось два века, связано, вероятно, в первую очередь с вводящим в заблуждение именем, которое он дал этой болезни: «**первичная астеническая подагра**». Однако здесь может играть роль и тот странный факт, что в своей дальнейшей научной работе Ландре-Бове никогда больше не занимался этой болезнью и ничего больше не публиковал на эту тему.

ологии, описав блокады сердца, сердечную недостаточность вследствие спаечного перикардита, гипертрофию миокарда, коронарный кардиосклероз при грудной жабе, аритмии при патологии сердечных клапанов в монографии «Случаи болезней сердца, сопровождаемые патологическими наблюдениями» [Cases of diseases of the heart, accompanied with pathological observations. Dublin Hospital Reports, 1827]. Его имя (вместе с именами Дж. Б. Морганьи и У. Стокса) носит синдром Морганьи-Адамса-Стокса.

³ **Арчибальд Эдвард Гарро** (Sir Archibald Edward Garrod, 1857-1936), английский врач, своими исследованиями алкаптонурии положивший начало изучению врожденных болезней метаболизма. Четвертый сын Альфреда Бэринга Гарро. Автор статьи ссылается на опубликованный А. Э. Гарро «Трактат о ревматизме и ревматоидном артрите» [A Treatise on Rheumatism and Rheumatoid Arthritis, 1890].

Диссертация Ландре-Бове

Диссертация, озаглавленная «*Следует ли допустить существование нового вида подагры под названием первичной астенической подагры?*» [20] была представлена Ландре-Бове в парижскую «Эколь де Медицин»¹ 16 термидора VIII года Французской республики (т.е. 3 августа 1800 г.) и в том же году вышла из печати² (рис.1). Краткое изложение диссертации было сделано в докладе.

Описанная Сиденгамом³ в 1683 году «истинная» подагра касалась преимущественно мужчин крепкого телосложения, посвящающих себя любви, хорошей пище и алкогольным напиткам и не занимающих свою жизнь абсолютно ничем другим. Существует однако и менее распространенная форма, поражающая ослабленных индивидов и бедняков.⁴ Ландре-Бове описывает клиничес-

кую картину и течение классической подагры, чтобы сделать более отчетливым ее отличие

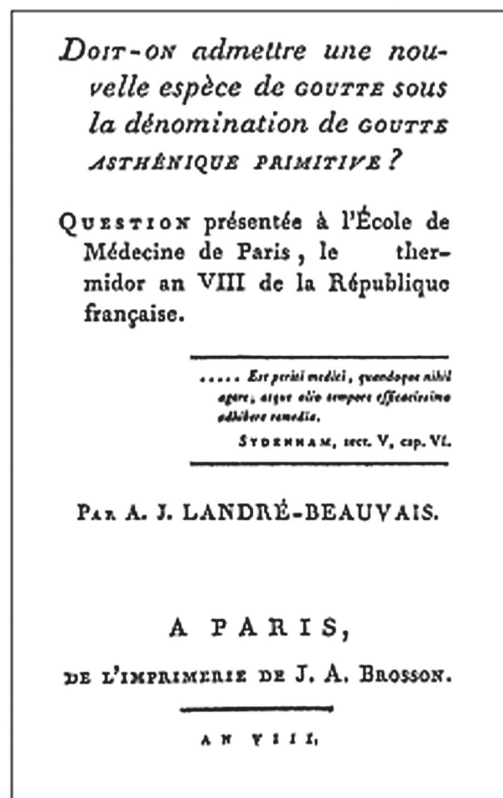


Рис.1 Титульный лист диссертации А.Ж.Ландре-Бове. от «своей» болезни. Ниже приводится описание клинической картины, имевшейся у девяти пациенток, которых он наблюдал с 1795 г. в клинике Сальпетриер под руководством профессора Филиппа Пинеля⁵. Из них мы приводим три в качестве примера.

Случай 1. М.Г.⁶

С юных лет – слабого сложения, много работала в холоде и сырости. Болезнь началась

¹ École de Médecine de Paris (букв. “Парижская Медицинская Школа”) – наименование Медицинского факультета Сорбонны после Великой французской революции.

² В 2001 г. оригинальное издание диссертации было воспроизведено в публикациях в журналах Joint Bone Spine [A.J.Landré-Beauvais. *The first description of rheumatoid arthritis. Unabridged text of the doctoral dissertstion presented in 1800 // Joint Bone Spine. 2001. V.68. P.130-143*] и Revue du Rhumatisme [Revue du Rhumatisme. 2001. Vol.68. P.230-238]. По этим публикациям можно судить, что объем издания 1800 г. близок к тому, что сейчас называют авторефератом диссертации.

³ **Томас Сиденгам** (Thomas Sydenham, 1624-1689) – выдающийся английский врач, «отец английской медицины», «английский Гиппократ». Многие авторы называют его одним из основоположников клинической медицины. Внес существенный вклад в формирование нозологического принципа. Считаются классическими выполненные Сиденгамом описания scarlatina и кори, некоторые нозологические формы носили или носят его имя (сиденгамова scarlatina, сиденгамова chorea); с трудами Сиденгама связано распространение применения хины для лечения малярии. Один из трудов Сиденгама [Tractatus de podagra et hydrope. 1683] посвящен подагре (которой он сам страдал более 30 лет).

⁴ Две предыдущие фразы практически дословно воспроизводят начало диссертации Ландре-Бове.

⁵ **Филипп Пинель** (Philippe Pinel, 1745-1826) – знаменитый французский врач, прославивший свое имя реформой психиатрии, в первую очередь гуманизацией режима содержания душевнобольных. В развитии нозологического подхода в терапии заметную роль сыграло его руководство по внутренним болезням [Nosographie philosophique ou la méthode de l'analyse appliquée a la médecine. Paris, 1797].

⁶ Анализ оригинального текста диссертации Ландре-Бове показывает, что автор статьи в предлагаемых примерах несколько сократил и отчасти переформулировал его. Поэтому мы, в свою очередь в качестве примера, приводим наш перевод случая М.Г., выполненный с оригинала, воспроизведенного в издании: A.J.Landré-Beauvais. *The first description of rheumatoid arthritis. Unabridged*

в возрасте 20 лет, причем были поражены запястья, локти, плечи, колени и стопы. Атака каждый раз начиналась со скованности, затем следовали боли, отек, покраснение и затруднение движений. После обычной для того времени терапии (см. ниже) активная фаза прекращалась. Однако деформация суставов запястий и пальцев прогрессировала. Последовали дальнейшие активные обострения, причем неоднократно в процесс вовлекалась грудь в вызывающих тревогу формах (плевра? перикард?). В продолжение небольшого

числа лет деформации развились так, что пациентка лишь с трудом покидала постель. С 33-летнего возраста она вынуждена оставаться в больнице для ухода за ней.

Заключение:¹ Клиническое течение, многолетнее развитие заболевания и конечное состояние больной не оставляют сомнений в том, что речь идет о классическом ревматоидном артрите. Подагра в данном случае может быть исключена.

Случай 3. F.C.

Семидесяти двух лет. Внезапное начало с болью, опуханием, покраснением и нарушением движений в правом колене. Затем в течение нескольких дней и недель последовало вовлечение суставов запястий и пальцев, и, наконец, также [второго] колена, голеностопных суставов и суставов пальцев стоп. Терапия доставила лишь незначительное улучшение.

Заключение: Внезапное начало, первичное поражение крупных суставов, асимметрия поражения соответствует так называемому полиартриту пожилых. Подагра может быть исключена.

Случай 8.

Пациентка, умершая в возрасте шестидесяти восьми лет от «атактической лихорадки», имела длительный анамнез суставного заболевания. Вскрытие дало следующие результаты: суставы отечны и деформированы, суставные капсулы и связки утолщены, суставные хрящи локтей и запястий полностью разрушены, имеются только набухшие и покрасневшие ткани. Головки костей неравномерно набухшие и изъедены в различных местах. Кости запястий слились в единую костную субстанцию, также и пястно-запястные сочленения окостенели и сильно утолщены. Ткани в отечных суставах более желтые и жирные, чем в норме (паннус?).

Заключение: Здесь, вероятно, идет речь о первом описании результатов вскрытия при ревматоидном артрите. Подагра может быть исключена.

После представления девяти случаев, Ландре-Бове пишет, что было бы излишним описывать большее число историй болезни,

text of the doctoral dissertstion presented in 1800 // Joint Bone Spine. 2001. V.68. P.130-143.

«**Случай 1.** Маргарита Гарнье с детства имела слабое сложение. Менструации с большим трудом установились в возрасте восемнадцати лет. Двумя годами позже у девушки, которой часто приходилось находиться в холоде и сырости, случился приступ жестоких болей: были последовательно вовлечены плечевые, локтевые, запястные, коленные суставы. В начале больная испытывала онемение, затем резкие/ пронизывающие боли, покраснение, опухание и затрудненность движений в этих членах. Через два месяца боли стали очень жестокими; в продолжение примерно шести месяцев были применены смягчающие мази, ручные и ножные кровопускания, серия ванн, хотя больной и не становилось от них лучше. Наконец все симптомы разрешились, оставив после себя лишь деформацию и припухлость запястий и кистей рук. За этой первой атакой последовало большое число рецидивов. В некоторых случаях подагра переходила/ распространялась на грудь, вызывая наиболее тревожные эпизоды. В последние несколько лет деформации суставов стали настолько явными, что пациентка с трудом покидала постель. Она могла пользоваться только двумя пальцами на каждой из рук. Изредка, на небольшое количество дней боль давала ей передышку. Когда же боль ожесточалась, это сопровождалось покраснением и опуханием. Сейчас пациентке тридцать пять лет и у нее нет менструаций, а здоровье ее расстроено. На протяжении двух последних лет она находится в больнице Сальпетриер; длительность и тяжесть болезни не оставили у профессора Пинеля никакой надежды на ее выздоровление и он ограничивается предписанием укрепляющей диеты, а при значительном усилении симптомов назначает какие-либо легкие болеутоляющие средства».

¹ Заключения, прилагаемые к этому и следующим клиническим примерам, сформулированы автором настоящей статьи – в оригинальном тексте диссертации Ландре-Бове их нет.

поскольку имеющих уже достаточно для обоснования существования новой болезни.

Причинами болезни он предполагает слабую и спазмофилическую конституцию, слишком малоподвижный, сидячий образ жизни, плохое пищеварение, недостаток хорошей пищи и преобладание трудноусвояемой пищи. Он отмечает холодное и сырое жилье, а также психические нагрузки.

Описанная Ландре-Бове *клиническая картина* отличается от истинной подагры нерегулярностью обострений, частой сменой локализации и способностью затрагивать внутренние органы (!). Типичными являются легкая лихорадка и нервные симптомы, такие как *globus histericus* или спазмы в груди. Суставные симптомы характеризуются тугоподвижностью, припухлостью, покраснением, болью и снижением функции. Жалобы имеют одинаковую интенсивность и днем, и ночью и существуют в течение продолжительного времени. Ограничение движений сохраняется, даже когда прочие симптомы идут на убыль; очень часто сохраняется припухлость суставов, приводящая к усилению скованности.

По результатам вскрытий он описывает утолщение и уплотнение тканей в области суставов, отечные, изъеденные и карнифицированные суставные поверхности, изношенность эпифизов костей, иногда также гной. Напротив, не встречаются типичные для подагры «*concrétions*» (уплотнения), соответствующие, вероятно, тофусам.

Дифференциально-диагностические признаки Ландре-Бове для **подагры** можно представить в виде **таблицы**:

Подагра	Болезнь Ландре-Бове
Преимущественно мужчины	Преимущественно женщины
Крепкие мужчины	Ослабленные люди
Отчетливый продром	Никакого продрома
Преимущественная локализация – плюснефаланговый сустав большого пальца стопы	Никакого продрома
Исход: тофус	Исход: Набухание и размягчение костей, «сращивание» костей, возможно нагноение

Также могут быть сведены в **таблицу** и дифференциальные признаки для **острого суставного ревматизма**:

«Ревматизм»	Болезнь Ландре-Бове
Острое начало	Менее острое начало
Отчетливая лихорадка	Незначительная лихорадка
Вовлечение крупных суставов и мышц	Медленно прогрессирующее заболевание суставов
Длится недолго	Продолжительное и рецидивирующее течение
В большинстве случаев излечивается	Излечения редки
Нет ни сильного опухания, ни покраснения	Отчетливое покраснение и опухание
Никакой деформации суставов	Стойкие изменения суставов: опухание и деформация
Никаких нервных расстройств	Частые нервные расстройства

Терапевтические рекомендации Ландре-Бове

Целью лечения являлось поддержание и, если возможно, повышение жизненных сил больного. Терапевтический подход по-прежнему основывался на гиппократовской медицине, но осуществлялся Ландре-Бове в менее агрессивной форме. Для него было важным по возможности избегать еще обычных в то время способов лечения, могущих привести к ухудшению, таких, например, как массивные кровопускания, ванны, местные обезболивающие, и особенно так называемые «отвлекающие процедуры».

В *острой фазе* Ландре-Бове рекомендует легкие потогонные средства растительного происхождения и мягкие обезболивающие, спазмолитики, и только при необходимости – наркотические средства. Также приносят пользу легкие ароматические и парные ванны, а также местные обертывания с камфарой. При висцеральных поражениях с нарушением функций рекомендуются горчичные обертывания, нарывные средства, а внутрь – серный эфир¹ и успокоительные средства (препарат опия).

¹ Устаревшее название диэтилового эфира,

В межприступные периоды следует пытаться предотвратить или, по меньшей мере, снизить тяжесть и частоту рецидивов. Это достигается общими гигиеническими мерами, такими как соответствующая состоянию физическая активность, мягкая и теплая одежда, сухие растирания, недопущение влажности в помещении. Диета должна быть легкой, с небольшим количеством вина или ферментированных напитков/ликера, последнее особенно касается лиц со «слабым желудком». Из медикаментозных средств следует использовать только тонизирующие и легкие потогонные.

Ревма, Подагра, Артрит – два тысячелетия путаницы в понятиях¹

Данное Ландре-Бове название, использующее термин «подагра»², может быть понятно только тому, кто знаком с историческим развитием специальной терминологии.

в настоящее время используемого только для ингаляционного наркоза (фармакопейное название: «Эфир для наркоза»).

¹ В оригинальной статье в названии этого параграфа фигурируют не три (ревма, подагра, артрит), а четыре термина (Rheuma, Podagra, Arthritis, Gicht). Абсолютно эквивалентный перевод на современный русский язык здесь невозможен, поскольку в современном немецком языке смысл слов „Podagra“ и „Gicht“ не различается и оба они используются как синонимы для обозначения подагры. В то же время словари XIX века представляют разницу между этими терминами совершенно отчетливо. Так, словарь Павловского определяет „Podagra“ как собственно подагру, а „Gicht“ как ломоту в костях и суставах (без какого либо упоминания слова „подагра“) [Pawlowsky I. Deutsch-Rußisches Wörterbuch. 3.Auf. Riga, 1888. S.613]. При этом там же „Rheumatismus“ определяется как ревматизм, простудная ломота в мышцах и сухожилиях [Ibid. S.1067], из чего можно предположить, что в неявном виде „Rheumatismus“ и „Gicht“ в немецком языке XIX в. противопоставлялись как проявления разных типов воспаления в суставе: первое – «инфекционно-зависимого», а второе – «неинфекционного», «асептического».

² Напомним, что Ландре-Бове нарекает выделенную им нозологическую форму, известную теперь под именем ревматоидного артрита, «простой астенической подагрой».

Слово *ρεῦμα* («ревма») – производное от глагола *ρεῖν* (литься, течь, струиться). Впервые оно встречается в трагедии Эсхила (525-456 до Р.Х.) «Персы» как слово, обозначающее текущую воду.³

В научной литературе, у философа Эмпедокла (490-430 до Р.Х.), среди прочих слов для описания проливного дождя встречается множественное число *ρεῦματα* («ревматата»), а также описывается *ρευματισμός* («ревматизмозменой» – «страстный ток», «болезненное течение»), [в контексте], не дающем понять сегодняшнему читателю, что именно имелось в виду [29].

Гиппократ (460-377 до Р.Х.) и его школа употребляли это выражение в том же смысле, что и «катар» (нисходящий ток) и понимали под ним стекание «флегмы» (слизи) из мозга, что в рамках дискразии (неправильного смешения соков) рассматривалось как патогенетический принцип для всех болезней. Эти патогенетические представления накладывали отпечаток на медицину в продолжение почти двух тысяч лет.

Термин *ρευματισμός* («ревматизмоз») восходит к Александру из Тралл⁴ (525-605 г.),

³ Смысл слова *ρεῦμα* хорошо поясняют устойчивые обороты, существующие в современном греческом, например: *ηλεκτρικό ρεύμα* (электрико ревма) – электрический ток, *θαλάσσιο ρεύμα* (талас-сио ревма) – морское течение.

⁴ **Александр из Тралл** (ок.525-605, известен также как Александр Тралесский, Alexander Trallianus), известный византийский врач, один из самых знаменитых медиков своего времени, в последний период своей жизни бывший, по приглашению св. Григория Двоеслова (занимавшего с 590 г. папский престол) римским архиастром. Приглашение было связано со вспыхнувшей в Риме чумой, бывшей одним из эпизодов первой пандемии чумы (Юстинианова чума). 12-томный труд Александра Тралесского о внутренних болезнях и их лечении (*θεραπευτικόν*) пользовался популярностью на протяжении всего средневековья. Он был переведен на латинский [Alexander Trallianus. *Libri duodecim de re medica*], сирийский, арабский и еврейский языки и был широко известен как на Западе, так и на Востоке. Многие авторы называют его братом Анфимия из Тралл, выдающегося математика и архитектора, построившего вместе с Исидором Милетским в 532-537 гг. Софийский собор в Константинополе.

Диоскорида¹ (I век н.э.) и другим. В латынь он был перенесен как «Rheumatismus» (Плиний Старший², 23-79 г.).

Как нозологическое понятие, обозначающее нашу сегодняшнюю острую ревматическую лихорадку³, «ревматизм» впервые был применен Балло⁴ (1538-1616)[22] и долгое время сохранялся за этой болезнью [6].

¹ **Педаний Диоскорид** (ок.40-90 н.э.), римский врач, фармаколог и натуралист греческого происхождения, один из «отцов» ботаники. Будучи врачом при войске императора Нерона и принимая участие в его походах, занимался коллекционированием и систематизацией растений. Его основной труд, «О лекарственных веществах», латинский перевод которого [*De Materia Medica*] имел на протяжении полутора тысяч лет всеевропейское распространение, а в греческом и арабском вариантах был популярен на Востоке практически до XIX века. Он содержал описание 1000 различных лекарственных средств и 600 растений; до XVII в. он имел почти неоспоримый авторитет в ботанике и фармации.

² **Старший Плиний** (23-79 н.э.), римский писатель, эрудит, автор «*Естественной истории*» – составленной в 77 г. для императора Тита 37-томной энциклопедии природных и искусственных предметов и явлений. Тома XXIII-XXXII этой книги посвящены фармакологии и медицине.

³ Т.е. нозологическую форму под рубрикой IOO в Международной классификации болезней 10-го пересмотра.

⁴ **Гийом де Балло** (Guillaume de Baillou, латинский вариант – Ballonius), французский врач, известен в первую очередь как автор первого в европейской медицине описания ревматизма, выделившего его как самостоятельную болезнь и высказавшего идею о его системном характере в своей «*Liber de rheumatismo et pleuritide dorsali*» (написана в 1591 г., впервые напечатана в 1642 г.). Высоко оценивая значение другого его труда, «*Epidemiorum et ephemeridum libri duo*» (написан в 1576 г., напечатана в 1640 г.), в которой Балло обобщает свой опыт, касающийся оспы, дифтерии и других инфекционных болезней, многие авторы называют его основателем современной эпидемиологии. Хансу Кайзеру, автору настоящей статьи, принадлежит прекрасный обзор жизни и деятельности этого знаменитого в свое время врача: «Гийом де Балло – отец ревматизма?» [H.Kaiser, W.Keitel. Guillaume de Baillou (1538-1616) – Vater des „Rheumatismus“? //

Название «*артрит*» (τὸ ἄρθρον – сустав) также встречается в гиппократовом Корпусе⁵. Несмотря на то, что термин подразумевает воспаление, он широко использовался как собирательное понятие для обозначения болезней суставов. Хотя Гиппократ дифференцировал подагру и артрит, однако Аретей Каппадокийский⁶ (120-200) снова смешал эти понятия. Работавший в Риме Гален Пергамский⁷ (131-201) сказал: «Ишиас, подагра⁸ и артрит суть болезни одного рода». Этот взгляд

Zeitschrift für Rheumatologie. 2006. Vol.65. S.743-746].

⁵ **Corpus Hippocraticum** (*Корпус Гиппократа*) – термин, популярный в европейской литературе, но не очень распространенный в русской, чрезвычайно удобный для обозначения всего свода дошедших до нашего времени текстов, принадлежащих и приписываемых Гиппократу. Аналогичный термин (*Corpus Galenicum*) принят для собрания текстов Галена.

⁶ **Аретей Каппадокийский** (I-II в.в. н.э.), выдающийся врач поздней античности, автор двух четырехтомных сочинений – «*О причинах и признаках острых и хронических болезней*» [Περὶ αἰτίων καὶ σημείων ὀξέων καὶ χρόνιων παθῶν] и «*Рациональное лечение острого и хронического*» [Ὁξέων καὶ χρόνιων νοσῶν θεραπευτικόν], принесших ему в последствие славу лучшего после Гиппократа исследователя болезней. Сделанный им ряд важнейших наблюдений и выводов (например, первые описания сахарного диабета, одно из первых подробных описаний лепры, оценка бронхиальной астмы у работающих с гипсом как «профессиональной патологии») обеспечил устойчивый интерес к трудам Аретея в европейской медицине начиная с эпохи Возрождения вплоть до настоящего времени, достаточно сказать, что его труды переводили Г. Бургав (на латынь, 1731 г.), Р. Адамс (на английский, 1856 г.) и Р. Лаэннек (на французский, издание осуществлено в 2000 г.).

⁷ **Гален Пергамский** (129 или 131 – 191, 201 или 216 г.г. н.э., называемый также Клавдием Галеном), римский врач, анатом, физиолог и фармаколог греческого происхождения, на протяжении двух тысячелетий остающийся вторым по известности и влиятельности после Гиппократа античным медицинским авторитетом.

⁸ В оригинале статьи в этом месте употреблен термин „Podagra“.

закрепился в медицине на века. Только в XVI столетии артрит стали отчасти отличать от подагры, но также отчасти и смешивали с ней. Окончательное выделение подагры было сделано Т. Сиденгамом (1624-1689).

Термин *ποδάγρα* (подагра) составлен из слов *πούς*, *πόδος* (пус, в родительном падеже – подос) = нога и *άγρα* (агра), значащим в первую очередь «охота» и «добыча», но также и «силок», «западня», «ловушка», «капкан»¹.

¹ Подобный перевод смысла второй части слова *ποδάγρα* весьма распространен и в русской медицинской литературе, и даже в академических словарях, однако он вызывает некоторые сомнения. С одной стороны, действительно, Греческо-русский словарь Вейсмана предлагает для существительного *άγρα* только два значения: 1.ловля, охота 2.улов, добыча. С другой, анализ современных Гиппократу текстов, в которых встречается однокоренное прилагательное, может придать смыслу термина *ποδάγρα* несколько иной оттенок. Так, в греческом переводе Ветхого Завета (Септуагинте, III в. до н.э.) прилагательное *άγρα* означает в первую очередь «жестокий», «лютый», «схватывающий», как это имеет место, например, при перечислении телесных болезней, препятствующих участию священника в жертвоприношении (Левит 21:20): «ανθρωπος ω αν η εν αυτο ψώρα αgrid η λιχην». Это место в славянской Библии передано словами: «человек, на нем же суть красты дивия, или лишай», где *ψώρα αgrid* (псора аgrid) – «красты дивия» – это «дикие, лютые коросты». В латинской Библии (Вульгате) эти слова передаются как «*iugem scabiem*», «тягостые струпья, тягостная парша».

Греческий перевод Библии, созданный в Александрии Египетской во III-II в.в. до н.э. не очень далеко отстоит от последних дней Гиппократа (ум. в 377 г. до н.э.) и, в особенности, от времени окончательной фиксации Гиппократовского корпуса (ок. 330 г. до н.э.), которая произошла в той же Александрии. Исходя из этой близости времени и места, вероятно, можно предполагать, что язык греческой Библии и язык Гиппократовского корпуса – это один и тот же язык, а потому *ποδάγρα* буквально означает скорее «*лютую хватку в ноге, ожесточение в ноге*», чем «*ногу в капкане*».

Именно такое прочтение корня *άγρα* в термине «подагра» имеется в уже упоминавшейся классической «*Природе и лечении подагры и ревматической подагры*» А. Б. Гарро [A. B.Garrod.

Слово стало применяться школой Гиппократа для обозначения острой подагры плюсне-фалангового сустава большого пальца стопы. Как можно догадаться, для обозначения поражения этой болезнью других областей тела, понятие варьирует: гонагра (для колена), омагра (для плеча), хирагра (для кисти). При этом, правда, получается, что не происходит никакого надежного разграничения между подагрой и другими заболеваниями суставов [7, 8]. Кроме того, нет никакого перевода этих понятий на латынь.

Возникший в IX веке термин «*Gutta*» (капля)[8] был заимствован почти во всех языках: итальянское *gota*, испанское *gota*, французское *goutte*, английское *gout*. Немецкое выражение *Gicht*, происшедшее из древневерхне-немецкого *gichte* и средневерхне-немецкого *giht*, означающих боль, восходит к народной медицине XII столетия [24].

То, что в Новое время этот термин еще не ограничивался мочекислым артритом показывает, например, английское название «*rheumatic gout*», употреблявшееся Гарро для обозначения полиартрита. С эпохи Возрождения вплоть до начала XIX века термин *gutta* (*goutte*, *gout*) использовался как обобщающее название для всех болезней суставов [18]. Его² мочекислый генез впервые установлен в 1848 году А. Б. Гарро (1809-1907).

Книга Ландре-Бове о семиотике, а также его терапевтические рекомендации показывают, что как клиницист он был «постгиппократиком» и придерживался традиционных медицинских представлений. Только это позволяет понять, почему он назвал описанную им болезнь «*goutte*». «*Астенический*» он прибавил потому, что больные – в отличие от классической подагры – были бледными и ослабленными. Прилагательное «*primitiv*»

The nature and treatment of gout and rheumatic gout. 2d edn. London, Walton&Maberly, 1863. P.5]: «*ποδάγρα* from *πούς*, the foot, and *άγρα* a seizure», где английское «*seizure*» – это захват, взятие силой, узурпация. В современном английском это слово встречается в нескольких областях: в юридическом смысле оно обозначает конфискацию, наложение ареста, в техническом – заедание, заклинивание. Собственно же медицинское значение – припадок, приступ.

² Т.е. *gout* в смысле подагры.

(во французской медицинской терминологии обычно употребляемое в смысле „первичный“) указывает на то, что заболеванию не предшествуют никакие суставные атаки.¹

Под „**ревматизмом**“ он, напротив, вслед за Баллю (1538-1616) и Bouillaud² (1796-1881), понимает острый суставной ревматизм, который мы сегодня называем ревматической лихорадкой [7, 8, 22, 24, 25, 29, 30].

Итак, ревматоидный артрит существует лишь с 1800 года?

Существуют указания на то, что уже 3-5 тысяч лет назад существовали не только дегенеративные, но и деструктивно-воспалительные заболевания суставов. Так, на скелетах индейцев [из захоронений] доколумбового периода (1100-800) вблизи Цинциннати были обнаружены изменения, соответствующие ревматоидному артриту [27]. В Европе, Египте и Азии подобного рода находок сделано не было. Отсюда было сделано предположение, что ревматоидный артрит происходит из Нового Света и проник в Европу благодаря Колумбу [2, 28]. Эта гипотеза, конечно, вызывает и возражения [23].

¹ В отечественной литературе встречаются ссылки на диссертацию Ландре-Бове, где предложенное им название неудачно переводится как «**простая астеническая подагра**». Учитывая сказанное выше, очевидно, что правильный перевод – «**первичная астеническая подагра**».

² **Жан Батист Буйо** (Jean-Baptiste Bouillaud) известен в русской литературе, в первую очередь, благодаря старому названию острой ревматической лихорадки – болезнь Сокольского-Буйо. Установив (независимо от Г. И. Сокольского) связь между ревматическим поражением суставов и сердца, он сформировал представление о ревмокардите. Известен его вклад в изучение и других заболеваний, среди которых холера, острые лихорадочные состояния, энцефалит. Среди наиболее важных его трудов – двухтомное «*Рассуждение о клинике сердечных болезней*» [Traité clinique des maladies du cœur. Paris, 1835] и «*Очерк философии медицины и общей медицинской клиники*» [Essai sur la philosophie médicale et sur les généralités de la clinique médicale (Bruxelles, 1836)].

Dequeker [9, 10, 11] нашел изменения кистей и пальцев, указывающие на ревматоидный артрит, на картинах фламандских живописцев XVI и XVII веков.³ Kahn [16] не убежден в правильности такой интерпретации, он полагает, что эти изображения соответствуют подагре, псориатическому артриту, СКВ с синдромом Жакку⁴.

Вывод: Ревматоидный артрит наверняка существовал еще до 1800 года, но не распознавался как таковой, вернее говоря, не дифференцировался от других заболеваний. Описание его как самостоятельной сущности – заслуга Ландре-Бове.

Главная работа Ландре-Бове – «Семиотика»

Термин «семиотика» (ранее называвшийся во Франции *Séméiotique*, позднее – *Sémiologie*⁵) восходит к греческому слову *τὸ σημεῖον* (*то сэмейон*) – знак, признак. Мы понимаем под семиотикой науку о знаках, заключающуюся в изучении видимых и получаемых при расспросе симптомов болезней.⁶

В XIX веке семиотика была, наряду с физиологией и патологией, одной из основ медицины. Существовал целый ряд специальных сочинений, среди которых труд Р. Лаэннека [1].⁷ Ландре-Бове особо прицельно занимался ранними и тонкими симптомами болезни,

³ Напомним, что открытие Америки Колумбом произошло на исходе XV века, в 1492 году.

⁴ Синдром Жакку (Jaccoud) – полиартрит с внутримышечным фиброзом, контрактуры и анкилозы (болезнь развивается преимущественно у подростков). По МКБ-10: M12.0 Хроническая пост-ревматическая артропатия (Жакку).

⁵ Т.е. семиологией.

⁶ В XIX веке под семиотикой понималась медицинская семиотика, как учение об интерпретации симптомов и центральная часть диагностики. Сегодня семиотикой называют междисциплинарную область знаний, касающихся свойств знаков и знаковых систем.

⁷ **Рене Теофиль Гиацинт Лаэннек** (René-Théophile-Hyacinthe Laennec, 1781-1826), французский врач, изобретатель стетоскопа (1816) и один из основоположников клинко-анатомического метода диагностики, сердцевинны современной клинической медицины. Наиболее значительным трудом считается «*Непрямая аус-*

поскольку видел, насколько это важно для прогноза. При этом он превозносил школу Гиппократов, чье описание симптомов имеет высочайшие достоинства, и сожалел, что современная ему медицина пренебрегала этим искусством.

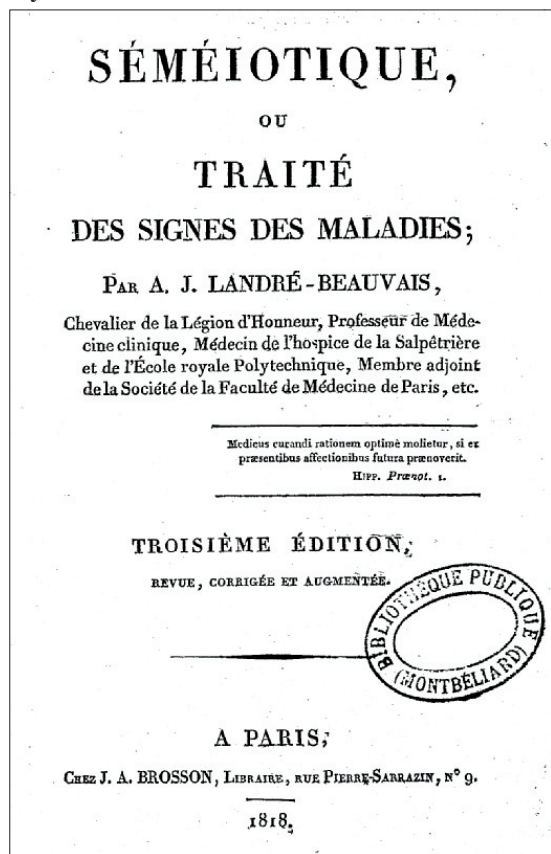


Рис.2 Титульный лист третьего издания «Семиотики» А.Ж.Ландре-Бове. Париж, 1818. Оригинал в Национальной библиотеке Франции. Оцифровано Gallica bibliothèque numérique.

Когда сегодня читаешь 557 страниц вышедшей в 1809 году книги Ландре-Бове [21], то получаешь сильное впечатление от того, с какой тонкостью истолковывались симптомы, которых сегодня, в эпоху всеобъемлющих анализов крови и визуализирующих методов¹, мы почти уже не знаем. Например,

культация, или Трактат о диагностике болезней легких и сердца» [De l'Auscultation médiate, ou Traité du diagnostic des maladies des poumons et du coeur, fondé principalement sur ce nouveau moyen d'exploration. Paris, 1819].

¹ Т.е. методов, основанных на анализе изображений – рентгенологических, магнитно-резонансных, ультразвуковых и т.п.

на тридцати восьми страницах обсуждаются диагностические интерпретации пульса, причем пульс исследуется на различных местах, в разное время суток, в покое и при движении. Распознаются также различные его качества: скорый или замедленный, усиленный или ослабленный, ритмичный или неритмичный, равномерный или неравномерный, буйный или неощутимый. Тридцать восемь страниц Ландре-Бове посвящает диагностическому и прогностическому значению [характера] дыхания. Большое значение придается анализу [характера] боли: 44 параграфа на семнадцати страницах. Напротив, конечностям отведено лишь пять страниц для указания на общие заболевания. К большому удивлению, упоминание о ревматических болезнях можно найти лишь в нескольких предложениях. Впервые описанная им болезнь – ревматоидный артрит – вообще не упоминается.

Кем был Ландре-Бове?

Августин Жакоб Ландре-Бове, чье имя не упоминается в большинстве книг по истории медицины, родился 4 апреля 1772 г. в Орлеане. Его отец был окружным казначеем. После получения медицинского образования Ландре-Бове стал сотрудником знаменитого хирурга П. Ж. Дезо² (1738-1798)³ в госпитале Биша⁴ в Париже, а затем –

² **Пьер Жозе Дезо** (Pierre-Joseph Desault) – знаменитый французский хирург. С 1766 г. читал лекции по анатомии, затем хирургии в Париже. Член коллегии хирургии, а затем королевской хирургической академии, главный хирург в Шарите и в Hôtel-Dieu (1788). В течение этого времени ввел многочисленные усовершенствования в практической хирургии, изобрел повязку при переломах ключицы (повязка Дезо).

³ Указанные автором статьи годы жизни П. Ж. Дезо не во всем согласуются со многими авторитетными источниками, в том числе с «Энциклопедическим словарем Брокгауза и Эфрона». Обычно указывается, что Дезо родился в 1744, а умер в 1795 г.

⁴ **Мари Франсуа Ксавье Биша** (Marie François Xavier Bichat, 1771-1802) – выдающийся французский анатом, физиолог и врач, ученик П. Ж. Дезо. Считается одним из основоположников танатологии, известен как отец современной гистологии и патологии, ввел понятие тканей как независимых сущностей. Важнейшие труды: «Трактат о

М. А. Пети¹, основателя хирургической клиники в Лионе. Это дало ему возможность получить место хирурга в Шалон-сюр-Сон², где он смог приобрести большой опыт ухода за ранеными в кровавых революционных столкновениях.

В 1795 году Ландре-Бове получил место во вновь учрежденной Écoles de Santé (премирие распущенного во время революции Факультета³) в Париже. Оттуда он перешел в

мембранах» (Traité des membranes. 1800), «Физиологические исследования о жизни и смерти» [Recherches physiologiques sur la vie et la mort. 1800], «Общая анатомия» (Anatomie générale appliquée à la physiologie et à la médecine. 1801), «Описательная анатомия» (Anatomie descriptive. 1801-1803). Примечательно, что труды Биша названы Пушкиным в круге чтения Евгения Онегина:

Стал вновь читать он без разбора.

Прочел он Гиббона, Руссо,

Манзони, Гердера, Шамфора,

Madame de Staël, Биша, Тиссо,

Прочел скептического Беля,

Прочел творенья Фонтенеля... (8, XXXV)

В комментарии к этому месту В. В. Набоков высказывает мнение, что героя романа привлёк шестой раздел «Физиологических исследований о жизни и смерти», где «доказывается, что все страсти оказывают воздействие на функции организма».

¹ Марк Антоний Пети (Marc-Antoine Petit, 1766-1811), французский хирург. Наиболее значительные работы – «Очерк о лечении сердца» [Essai sur la médecine du coeur. Lyon, 1806] и «Трактат о кишечно-брыжеечной лихорадке» [Traité de la fièvre entéro-mésentérique. Paris, 1813] внесли вклад в полемику о том, в какой степени морфологические изменения в патологическом очаге составляют сущность болезни, и о том, все ли болезни должны иметь морфологический субстрат – т. е. участвовали в формировании той интеллектуальной атмосферы, в условиях которой происходило становление современной клинической медицины (подробнее об этом см., например, яркое исследование Мишеля Фуко [М. Фуко. Рождение клиники. М., 1998]).

² Шалон-сюр-Сон (Chalon-sur-Saône) – город на реке Сона, во французском департаменте Сона и Луара, в южной части Бургундии, к югу от Дижона.

³ В настоящее время – Университет Париж Декарт (L'université Paris Descartes), один из тринадцати

Сальпетриер ассистентом к Ф. Пинелю (1745-1826). Этот врач и философ стал известен во всем мире в связи с предпринятой им решительной реформой психиатрии. Следуя девизу «Сумасшедшие – это больные», он снял с них цепи и избавил их от мучительных водных процедур [14]. Пинель предоставил Ландре-Бове попечение о неимущих пациентах Сальпетриера и сделал его своим ассистентом на лекциях. В 1800 году Ландре-Бове представил упомянутую диссертацию и приобрел статус помощника врача⁴. Он читал лекции по семиотике и внутренним болезням, популярность которых была весьма высока. В 1807 году у него случаются повторные кровохарканья, и ему приходится оставить преподавание. Все это время он трудился над записями своих лекций, которые в 1809 году превратились в первое издание его книги. Она имела большой успех и выдержала еще два переиздания. Обложка третьего издания помещена на рис. 2.

До 1821 г. Ландре-Бове имел почасовую занятость в Сальпетриере и, кроме того, занимался частной практикой. В 1815 году он стал личным врачом короля Людовика XVIII.⁵ Так как Факультет⁶ был оплотом бонапартистов и либералов, Людовик XVIII распустил его. При этом Пинель – учитель Ландре-Бове и личный врач Наполеона – был смещен. Ландре-Бове как консерватор-роялист и добрый католик в 1823 году стал профессором и деканом факультета. Однако в 1830 году его пос-

университетов, составляющих Сорбонну. Современная история университета начинается в 1769 году, когда по заказу Людовика XV была построена школа хирургии. В XIX веке школа присоединяется к факультету медицины Университета Парижа.

⁴ Médecin adjoint. Таким образом, речь идет, говоря современным языком, об окончании адъюнктуры и представлении магистерской диссертации.

⁵ Людовик XVIII (1755-1824) получил реальную власть («Реставрация Бурбонов») с 3 мая 1814 г., после взятия Парижа 30 марта 1814 г. русскими, австрийскими, прусскими и немецкими корпусами союзных войск. 20 марта – 22 июня 1815 года, во время «ста дней Наполеона» Людовик XVIII бежал из Парижа. Его возвращение к власти состоялось после Ватерлоо.

⁶ Т.е. Парижский медицинский факультет.

тигла та же участь, что и его учителя – он был снят с должности декана и, в конце концов, исключен из числа профессоров.

Все это время состояние его здоровья было неустойчивым. В 1840 году оно ухудшилось, и 24 декабря 1840 года Ландре-Бове скончался [2, 17].

ЛИТЕРАТУРА

1. Barras V. (1990) Sémiologie et médecine. DIA-GM. 18:1869.
2. Beaugrand E. (1876) Landré-Beauvais. In: Dechambre A. (éd.). Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Asselin-Masson, Paris, p 317.
3. Buchanan W.W. (1994) Rheumatoid arthritis: Another new world disease? Sem.Arthr.Rheum. 23:289.
4. Bywaters E.G. (1988) Historical aspects of the etiology of rheumatoid arthritis. Br.J.Rheumatol. 27(Suppl II):110.
5. Charcot J.M. (1853) Etudes pour servir l'histoire de l'affection décrite sous le nom de goutte asthénique primitive, nodosités de jointures, rhumatisme articulaire chronique (forme primitive) etc. Rignoux Imprimeur de la Faculté de Médecine, Paris.
6. Charcot J.M. (1890) Oeuvres complètes TOME VII Maladies des vieillards goutte et rhumatisme. Lecrosnier et Babé, Paris.
7. Copeman W.S. (1964) A short history of the gout and the rheumatic diseases. University of California Press, Berkeley.
8. Delpeuch A. (1900) La goutte et le rhumatisme. Carré et Naud, Paris.
9. Dequeker J. (1987) Rheumatic disease in visual arts. In: Appelboom T. (ed.). Art, history and antiquity of rheumatic diseases. Elsevier, Brussels.
10. Dequeker J. (1992) Siebrandus Sixtius: evidence of rheumatoid arthritis of the robust reaction type in a seventeenth century Dutch priest. Ann.Rheum.Dis 51:561.
11. Dequeker J., Rico H. (1992) Rheumatoid arthritis-like deformities in an early 16th-century painting of the flemish-dutch school. JAMA 268:249.
12. Garrod A.B. (1859) The nature and treatment of gout and rheumatic gout. London: Walton&Maberly.
13. Garrod A.E. (1890) A treatise on rheumatism and rheumatoid arthritis. Blakiston, Philadelphia.
14. Hartmann F. (1991) Philippe Pinel (1745–1826). In: Von Engelhardt D., Hartmann F. (ed.). Klassiker der Medizin, 2. Band. Beck, München.
15. Kahn M.F. (1993) Épidémiologie de la polyarthrite rhumatoïde. Rev.Rhum. 60:56.
16. Kahn M.F. (1993) The antiquity of rheumatoid arthritis. Ann.Rheum.Dis. 52:316.
17. Kahn M.F. (2001) Biographie d'A.J.Landré-Beauvais. Rev. Rhum. 68:237.
18. Kahn M.F. Le paradoxe de la goutte. Rev. Rhum. 2003. 70:203.
19. Kaiser H. (1985) Der alte Mensch und das Rheuma – einst und jetzt. Fortschr.Med. 103:40–41.
20. Landré-Beauvais A.J. Doit-on admettre une nouvelle espèce de goutte sous la dénomination de goutte asthénique primitive? Paris: Imprimerie Brosson, 1800 (воспроизведено в Revue du Rhumatisme. 2001. Vol.68. P.230-238)¹.
21. Landré-Beauvais A.J. S m iotique ou traité des signes des maladies. J.A.Brosson. Paris.
22. Leca A.P. Histoire illustrée de la rhumatologie. Paris: Dacosta, 1984.
23. Leden I., Arcini C. Doubts about rheumatoid arthritis as a new world disease // Sem.Arthr.Rheum. 1994. 23:354.
24. Mertz D.P. Geschichte der Gicht. Stuttgart: Thieme, 1990.
25. Miehle W. (2000) Nomenklatur und Geschichte. In: Miehle W., Fehr K., Schattenkirchner M., Tillmann K. (ред.). Rheumatologie in Praxis und Klinik. 2. Auflage. Thieme Stuttgart.
26. Parish L.C. (1963) An historical approach to the nomenclature of rheumatoid arthritis. Arthr.Rheum. 6:138.
27. Rothschild B.M., Turner K.R., de Luca M.A. Symmetrical erosive peripheral polyarthritis in the late archaic period of Alabama // Science. 1988. 241:1498.
28. Rothschild B.M., Woods R.J. La polyarthrite rhumato ide vient-elle du nouveau monde? // Rev. Rhum. 1990. 57:271.
29. Schadewaldt H. Der Rheumatismus und seine Behandlung im Wandel der Zeiten // Z.Rheumatol. 1983. 42:139.
30. Weissenbach R.-J., Françon F. La goutte et les rhumatismes dans l'histoire de la médecine // Rev. Rhum. 1940. VII:299.

¹ А также в публикации в Joint Bone Spine. 2001. V.68. P.130-143.

H. Kaiser (translated by Daniel A. Ivanov-Wyzgo). A. J. Landré-Beauvais as a true author of the rheumatoid arthritis first description

Summary

Circumstances of term «rheumatoid arthritis» creation in the tractate of A.B.Garrod and of priority confirmation of A.J.Landr -Beauvais at rheumatoid arthritis description are the subjects of scientific works of A.E.Garrod and other authors. There are recorded facts about Landr -Beauvais's dissertation, at which he describes nine cases of disease other than classical gout, points it as new nosologic unit under the name of «primary asthenic gout» (goutte asth nique primitive) and enunciates its differentially diagnostic characters. Fragments of this dissertation with description of clinical observation of three cases of rheumatoid arthritis are listed. Evolution stages of such concepts of «rheuma», «podagra», «gout» and «arthritis» in treatises of the authors of ancient world (Hippocrates, Aretaeus of Cappadocia, Galen, Dioskorides) Byzantine Middle Ages (Alexander of Tralles), the Renaissance (Guillaume de Baillou), the Reformation (Thomas Sydenham) and Modern Age (Augustin-Jacob Landr -Beauvais, Alfred Baring Garrod) are discussed. It is up for debate a hypothesis for introduction of rheumatoid arthritis from the New World during the post-Columbian period. The information about «Semiotics» of Landr -Beauvais (1809) and his short biography are given.

Keywords: rheumatoid arthritis, rheuma, A. J. Landr -Beauvais, semiotics, A. B. Garrod, history of rheumatology.

СЛАНЕВСКАЯ Нина Михайловна

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕЙРОНАУЧНОГО МЕТОДА В СОЦИАЛЬНЫХ НАУКАХ



Аннотация

Технологический прогресс способствовал созданию новых возможностей для нейронауки. Нейронаучные исследования стали проводиться не только на больных, но и на здоровых людях. Благодаря нейронаучным исследованиям связь между здоровьем и мышлением стала все более очевидной, так же как и влияние социальной среды на здоровье и мышление человека. Нейронаучный метод стал использоваться в социальных дисциплинах и появились новые науки, такие как нейросоциология, нейроэкономика, нейрополитология и т. д. Несмотря на многие проблемы, возникающие перед нейрочеловеком в связи с несовершенством техники, отсутствием ясного понимания взаимодействия нейронов мозга и мышления, влиянием господствующих теорий в социальных дисциплинах, новые социальные нейронауки за последние 20 лет осуществили значительный прогресс и поставили под сомнение некоторые традиционные социальные теории.

Ключевые слова: мозг, мышление, когнитивная социальная нейронаука, нейроэкономика, нейросоциология, нейрополитология, нейроюридическая наука.

Человек – социальное существо, и он всегда стремится к социальному общению; поэтому важно знать, как организовано такое общение и каковы его механизмы.

Когнитивная социальная нейронаука связана с взаимодействием трех уровней: социального, когнитивного и нейронного. Социальный уровень занят изучением мотивационных и социальных факторов, которые влияют на поведение и опыт. Когнитивный уровень изучает механизмы обработки информации, которые способствуют возникновению явлений на социальном уровне. Нейронный уровень изучает механизмы мозга,

которые способствуют когнитивным процессам (Ochsner, Lieberman, 2001). Когнитивный уровень – это тот уровень, где нейронаука и социальные науки взаимодействуют больше всего. Когнитивный социальный процесс присущ разным областям деятельности человека: экономической, политической, юридической, социальной, религиозной и т. д. Мэтью Либман (Matthew Lieberman), известный нейрочеловек, исследующий социальное поведение и работу мозга, пишет: «Биологические и медицинские науки теперь признают, что невозможно дать полное объяснение человеческой биологии, не включив социальные и эмоциональные факторы, которые изменяют функционирование и здоровье

© Н. М. Сланевская, 2012.

биологических систем и, возможно, сыграли ключевую роль в эволюционном развитии этих систем. Одновременно и социальные науки пришли к выводу, что социальное мышление нельзя отделить от социального мозга и тела. В конечном итоге, полное понимание социального мышления зависит от полного понимания того, как мозг и тело реагируют на социо-эмоциональное давление и порождают социальное поведение»¹ (Lieberman, 2006: 1). Социальные нейронауки, такие как нейрополитология, нейроэкономика, нейроэтика, нейроморальность,² нейроюридическая наука, нейросоциология, нейротелеология, возникшие в самом конце прошлого века, уже внесли большой вклад в критическое осмысление существующих теорий и практик. Перспектива у этих наук многообещающая.

(1) Например, работающие в области *нейросоциологии* американские нейрочеловеки обнаружили, что при измерении эмоционального оценочного отношения с помощью функциональной магнитно-резонансной томографии (фМРТ) большинство белых американцев демонстрируют внутреннее предубеждение против афроамериканцев, находясь под влиянием культурных стереотипов и ограниченного опыта общения, в то время как при открытом выражении мнения они отрицают предвзятое отношение к афроамериканцам (Phelps, Thomas, 2003). Фелпс и

Томас использовали прямые и непрямые измерения отношения к расе и взяли амигдалу (структуру мозга) за основную структуру измерения, которая, как считается, активируется, в основном, при негативном восприятии. Они использовали данные предыдущих экспериментов. Например, электрический шок, сопровождаемый показом квадрата, за несколько раз создавал устойчивую физиологическую реакцию страха: наблюдалось потоотделение при виде квадрата, показываемого в дальнейшем уже без сопровождающего электрошока. При этом амигдала активировалась. Амигдала вовлечена в непрямую (внутреннюю) оценку при виде эмоционального стимула. Помимо сканирования мозга (фМРТ) исследователи использовали стандартные тесты, которые проводили после сканирования для оценки открытого отношения к расе – «Современная шкала расизма» (Modern Racism Scale – MRS), а также и два косвенно-оценочных теста (Implicit Association Test – IAT) по расовому вопросу. В результате белые американцы не показали предубеждения к афроамериканцам при явном открытом тесте MRS, а при косвенном IAT показали против них внутреннее предубеждение.

Связь между поведением и репрезентацией в мозге нельзя отрицать, так как часто повреждение мозга изменяет поведение. Любое поведение имеет нейрональную основу. Но обнаружение такой связи не умаляет значение влияния социальной среды или обучения в генерировании, поддержке и изменении поведения. Нейробиологические сигналы в мозге сами по себе не определяют поведение. Человек способен сознательно регулировать свое поведение, несмотря на нейробиологический сигнал. В настоящее время существует

¹ "The biological and medical sciences are recognizing that a full accounting of human biology cannot proceed without incorporating the social and emotional factors that modulate the functioning and health of biological systems, and may have played a key role in the evolution of those systems. The social sciences are simultaneously embracing the idea that the social mind cannot be severed from the social brain and body. Ultimately, a full understanding of the social mind depends upon a full understanding of how the brain and body are receptive to socioemotional pressures and produce social behavior" (Matthew D. Lieberman, "Social Cognitive and Affective Neuroscience: When opposites attract. Editorial" in SCAN, 2006, 1: 1). Перевод Н.М. Сланевской.

² Нейроморальность – это область изучения нейрореакции человека на моральные проблемы. Следует отличать нейроморальность от нейроэтики, которая обычно подразумевает этическое

поведение нейрочеловеков и этическое использование достижений нейронауки в обществе. Сначала нейроморальность изучалась в рамках нейроэкономики, нейрополитологии, нейросоциологии, нейроэтики и других смежных нейросоциальных дисциплин, но вскоре нейроморальность, как область изучения, выделилась в отдельное направление, объединяя накопленные знания в этих социальных нейронауках. Именно по нейроморальности написано больше всего нейронаучной литературы, поэтому Нейроморальность можно считать отдельной ветвью социальных нейронаук.

тенденция приравнивать поведение к нейробиологическим реакциям в мозгу. Даже если это и так, нельзя забывать, что каждый опыт ведет к изменению в мозге в силу нейропластичности мозга, и некоторые из изменений в мозге могут стать длительными в результате учебы, запоминания и повторяемого опыта. С другой стороны, большинство поведенческих актов используют нейросеть, вовлекающую разные области мозга, и одна и та же область мозга может использоваться в разных поведенческих актах (Phelps, Thomas, 2003).

(2) С такой дилеммой (можно ли приравнивать поведение и мышление к нейробиологической реакции мозга) столкнулась и *нейро-юридическая наука*. Некоторые нейрочеловековеды хотят установить новый способ определения виновности для вынесения приговора, при котором нейробиологические данные будут служить определяющим фактором. Грин (Greene) и Коэн (Cohen) предполагают, что благодаря нейронауке произойдет смещение в судебном производстве от ретрибутивного наказания к консеквенциалистскому (Greene, Cohen, 2004). Если мозг человека плохо функционирует, то неэтично наказывать человека за преступление. Сама легитимность законов основывается на адекватной передаче моральной интуиции и общественных устремлений. Если нейронаука сможет изменить эту интуицию, она сможет изменить юриспруденцию (Greene, Cohen, 2004). В деле «Народ против Джонса» в США (People v. Jones, 1994; 620 NYS2d 656) апелляционный суд пересмотрел дело по обвинению в убийстве на том основании, что обвиняемому не разрешили представить нейросвидетельство – сканирование мозга, которое было частью защиты, так как после травмы мозга обвиняемый утратил способность быстро думать и осознавать риск. Также в 1988 году сообщалось, что судья оплатил сканирование мозга с помощью рентгеновской компьютерной томографии (СТ) и магнитно-резонансной томографии (MRI) для Джерими Стромейера (Jeremy Strohmeier) (Las Vegas Review-Journal 8/30/98; National Law Journal 9/21/98), обвиняемого в убийстве семилетнего ребенка в Лас-Вегасе, штат Невада. Все чаще и чаще суды в США разрешают предоставлять нейросканирование в качестве научного свидетельства для отрицания Mens Rea («виновная воля»). Глимчер (Glimcher)

критически относится к попыткам создать категориальную зависимость вынесения приговора от нейробиологического соответствия (Glimcher, 2008). В качестве примера для прояснения данного вопроса, он рассматривает измерение уровня нейротрансмиттеров (химических веществ в мозге). Если наказуемое преступление имеет единственную связь, например, с низким уровнем определенного нейротрансмиттера в мозге (и никакие другие состояния не связаны с этим уровнем), тогда нейронаучный метод измерения для определения виновности будет работать. Но если существует одинаковый уровень этого нейротрансмиттера при состояниях, которые как подлежат, так и не подлежат наказанию (или наблюдаются без преступления), то этот метод непригоден. Нужно доказать, что существует какая-нибудь анатомическая черта или физиологическая характеристика человеческого мозга, уникальная для судебной категории, скажем, виновной воли, которая могла бы поддержать разделение поведения на используемые категории в судебной практике. Если ни одна черта естественного строения мозга не может поддержать такую категоризацию на две группы – виновная воля и невиновная воля, то такие нейронаучные данные не релевантны для судебной практики.

(3) *Нейроэкономика* изучает то, как мозг взаимодействует со своим внешним окружением в экономическом поведении человека. Сканирование мозга показывает реакцию человека без опоры на поведение, ведь наше поведение не всегда выражает то, что мы чувствуем и думаем, но именно поведение и имеет важность для общества. Превалирующая теория «Рационального выбора» в экономике (люди ведут себя рационально и логично; то есть, они выберут обязательно А, которое им принесет большую экономическую выгоду, чем Б) теперь подвергается все большей критике: люди не ведут себя строго последовательно, рациональность мышления не существует без эмоциональной составляющей, они не поступают исключительно сообразно экономической выгоде, моральный фактор всегда присутствует в большей или меньшей степени. Камерер (Camerer) и коллеги различают два вида возможного вклада в экономику со стороны нейронауки: постепенный и радикальный (Camerer, Loewenstein, Prelec,

2005). При постепенном вкладе нейронаука добавляет что-то новое к общепринятому в экономике (например, к объяснению принятия решений) и предлагает эмпирическую основу для теоретического предположения «как если бы». Например, исследование по дурному пристрастию предполагает, что потребление наркотиков ограничивает удовольствие, которое можно получить от потребления других товаров, а также информирует, что намек на предмет пристрастия в окружении человека вызывают неприятное болезненное стремление и увеличение потребности. Такого рода информация, полученная в результате нейронаучных экспериментов, может войти в стандартную экономическую теорию, использующую обычные инструменты. Представители радикального направления задают вопрос, как развивалась бы экономическая наука, если бы имела с самого начала нейронаучные факты о нейробиологической реакции человека на экономическую среду? Не стала ли бы она развиваться совсем в другом направлении? (Camerer, Loewenstein, Prelec, 2005). Нейронаучные исследования указывают на три общие ошибки современного экономического подхода – игнорирование автоматической и эмоциональной обработки информации и отрицание участия морально-го фактора в принятии решения.

Одной из наиболее популярных игр, используемой в нейроэкономике, является «игра в ультиматум», имеющая разнообразные версии. Игра заключается в следующем: один игрок предлагает другому часть суммы денег (обычно общая сумма 10 долларов), разделив ее по своему усмотрению. Второй либо принимает эту часть от 10 долларов, либо отвергает. Если отвергает, то игра заканчивается. Согласно экономической теории тот, кто дает, будет стремиться дать как можно меньше, а тот, кто берет, будет брать любую сумму, чтобы хоть немного заработать. Однако результат никогда не бывает таким. Первые дают, как правило, 40-50% от суммы, а вторые, если получают меньше 20%, то отвергают деньги вообще. Камерер приводит пример реакции одного из участников, который играл, как раз, согласно экономической теории и был раздражен своими партнерами, которые, в пылу гнева из-за несправедливо поделенной суммы, отвергали деньги и тем

самым прерывали игру. Однако тот, кто пытался играть по правилам, предполагаемым в экономической теории, вел себя как больной аутизмом, а другие же – как большинство нормальных людей (Camerer, Loewenstein, Prelec, 2005).

Еще один пример из нейроэкономики. Согласно экономической модели, полезность денег опосредована, деньги являются только средством для получения того, что хочет человек, то есть полезного товара или услуги. Таким образом, удовольствие от приема кокаина и удовольствие от обладания деньгами – разные вещи. Однако нейронные данные показывают, что в обоих случаях активируются те же самые допаминергические нейропути вознаграждения. Наркотики в этом смысле доставляют то же удовольствие, что и деньги, то есть деньги для человека – это прямой полезный товар (Camerer, Loewenstein, Prelec, 2005; Aharon et al, 2001; Breiter et al, 2001).

(4) Нейрополитология – это междисциплинарная область нейронауки и политологии, которая исследует социально-политические конфликты, реакцию избирателей, выборы и политическую рекламу с использованием данных нейронауки.

Сканирование мозга новичков в политике и людей, умудренных политическим опытом, показывает разные системы, которые активируются в мозге при принятии решений: заученную и привычную (Х-систему у умудренных и С-систему у новичков), а также различие используемых видов памяти (у новичков больше эпизодическая, так как они полагаются больше на личный опыт) (Lieberman, Schreiber, Ochsner, 2003). Теория о Рефлексивной системе (С-система) и Рефлексивной системе (Х-система) Либермана (Lieberman) заключается в следующем. Х-система, состоящая из латеральной височной коры, амигдалы и базальных ганглиев, часто спонтанно и бессознательно интегрирует текущие задачи, контекст, восприятие и активированные когнитивные возможности в связанное целое, регулируя и направляя поток сознания и текущее поведение. С-система, состоящая из префронтальной коры (орбитофронтальную кору трудно отнести к той или другой системе, как считают авторы), передней части поясной извилины и медиальных височных долей, призывается к работе, если Х-система

не смогла на выходе создать связную информацию из входящей информации, идущей из разных источников. Передняя часть поясной извилины – это как бы ворота в С-систему, она используется в качестве предупреждающей системы сигнализации, которая курирует связность процессов Х-системы. Если передняя часть поясной извилины обнаруживает дефект, несоответствие, ошибку, она посылает сигнал в С-систему, чтобы та взяла события под свой сознательный контроль, привлекая рабочую память, направленное внимания и т. д. При увеличении политической осведомленности и грамотности человека репрезентации в Х-системе все больше интегрируются, образуя защиту от потенциально конфликтных репрезентаций и направляя выбор в сторону только тех вариантов, которые согласовываются с уже существующими в Х-системе (Lieberman, Schreiber, Ochsner, 2003).

(5) Согласно социологии науки, каждый исследователь, отбирая факты или выбирая поле исследования, руководствуется какими-то теоретическими предпосылками и своим собственным взглядом на проблему (Mulkey, 1983). Абсолютной беспристрастности в подборе фактов не существует. Ошибочная позиция нейрочеловека ведет к ложным выводам политолога или экономиста, использующего его данные, и наоборот: предвзятость политолога может определить спектр рассмотрения нейробиологических вопросов нейрочеловеком. Тингли (Tingley) приводит пример с голосованием (Tingley, 2006). Например, современная политология описывает голосование за политического лидера как рациональный выбор, обусловленный надеждой, что кандидат принесет материальную выгоду и выразит ценности голосующего (когнитивно контролируемый процесс). При таком процессе предполагается, что будет активироваться, главным образом, кора полушарий мозга, принимающая решение, то есть префронтальная латеральная. Однако голосующий, возможно, предпочтет просто внешне привлекательно-го кандидата (аффективный автоматический процесс), что предполагает работу лимбической части мозга, отвечающей за эмоции. Таким образом, поведение голосующего может потребовать исследования разных нейробиологических процессов и разных зон мозга. Итак, если политолог думает, что голосующий

мало задумывается над рациональной калькуляцией преимуществ, которые он получит при голосовании за того или иного кандидата, а просто голосует согласно своим чувствам, то он будет нацеливать нейрочеловека на исследование лимбической зоны. И наоборот, тот политолог, который уверен в рациональном выборе голосующего, наведет нейрочеловека на мысль об исследовании префронтальной дорсолатеральной области коры, или сам будет ориентирован на такие данные нейронауки. В этом отражается априорная установка исследователя еще до проведения исследования. Следовательно, возможно искажение реальной картины в зависимости от неправильных идей того или другого (нейрочеловека или политолога) (Tingley, 2006).

Помимо проблемы соотношения поведения и нейробиологической реакции мозга, есть еще проблема технического измерения при сканировании и нейронаучной трактовке работы мозга. Существуют два наиболее распространенных подхода к работе мозга: (1) модулярный или структурный, где определенная структура выполняет определенную функцию и (2) распределенный, где разные участки мозга объединены в сеть, выполняющую определенную функцию, причем некоторые из этих структур могут входить и в другую сеть, выполняющую другую функцию. Если мы возьмем амигдалу, как структуру мозга, показывающую негативную реакцию на события, это будет модулярный подход. Но амигдала входит в нейросети, предназначенные для других функций, и это уже будет распределенный подход. В основном, нейрополитологи, нейроэкономисты, нейроюристы, нейросоциологи полагаются на модулярное описание, так как это проще для понимания и изучения. Одна зона коры или структура активируется при определенной ситуации. Хотя это и упрощенное понимание, но оно подтверждается потерей определенной функции при повреждении данной области мозга, что служит наилучшим доказательством функциональной значимости этого участка головного мозга. Однако следует учитывать всю нейросеть, участвующую в этой функции, т. е. не только одну область мозга, но также и разнообразие функций, в которых участвует эта область мозга. Амигдале прежде приписывалась исключительно отрицательная роль

– активация при страхе и гнев, сегодня в нейролитературе можно найти описание разнообразной роли амигдалы (в том числе даже положительной, связанной с вознаграждением), в зависимости от полушария мозга, от пола человека, а также от нейрофункции, которую она обслуживает (Carr, 2008).

Современные технологии сканирования мозга дают возможность видеть работу мозга при решении социальных проблем или реакцию человека в ходе тестирования, но они имеют определенные технические ограничения. Кроме того, нейрочеловек еще не определился с теоретическим пониманием функционирования мозга в целом, что ведет к разной трактовке данных, полученных в результате сканирования. Мозг настолько сложно устроен, что упрощенное понимание соответствия психического и нейрофизиологического может привести к ошибочным выводам. Здесь надо упомянуть и нейропластичность, и индивидуальные особенности, обусловленные генетическим материалом и социальной средой, в которой этот конкретный человек развивался. Политологи, социологи, экономисты ориентируются на поведение человека, пытаясь подкрепить свои идеи фактическим материалом сканированного мозга при лабораторном эксперименте. Но контролируемый лабораторный эксперимент – это искусственная среда с определенными ограничениями, которая во многом зависит от точности воссоздания реальной ситуации, что не всегда возможно. Реальная ситуация может включать в себя много параметров предшествующих событий. К тому же, поведение человека может быть объяснено разными причинами, оно не всегда отражает нейробиологическую реакцию на сознательное решение. Но самое главное, еще не решен вопрос о приоритете: материальный нейрон определяет мысль или же нематериальная мысль – нейрон. То ли сознание, независимое от нейронов, управляет паттернами нейронов, то ли паттерны образуют сознание. Не выявлен также механизм перехода активации нейрона в мысль и наоборот. Если нейронаука даст ответ на эти вопросы, то она совершит научную революцию, и многие теории социальных наук, очевидно, будут пересмотрены.

1. Aharon, I., Etcoff, N., Ariely, D., Chabris, C. F., O'Connor, E., Breiter, H. C. (2001) "Beautiful Faces Have Variable Reward Value: fMRI and Behavioral Evidence" in *Neuron*, 32(3): 537-51.
2. Breiter, H. C., Aharon, I., Kahneman, D., Dale, A., Shizgal, P. (2001) "Functional Imaging of Neural Responses to Expectancy and Experience of Monetary Gains and Losses" in *Neuron*, 30(2): 619-39.
3. Camerer, C.F., Loewenstein, G., Prelec, D. (2005) "Neuroeconomics: How Neuroscience Can Inform Economics" in *Journal of Economic Literature* XLIII: 9-64.
4. Carr, R. (2008) "Sensory Processes and Responses" in Noah Hass-Cohen and Richard Carr (eds) *Art Therapy and Clinical Neuroscience*, London and Philadelphia, Jessica Kingsley Publishers: 43-61.
5. Glimcher, P.W. (2008) "The Neurobiology of Individual Decision Making, Dualism, and Legal Accountability" in Engel, C., and Singer, W. (eds.) *Better Than Conscious? Implications for Performance and Institutional Analysis*. Strüngmann Forum Report 1. Cambridge, MA: MIT Press.
6. Greene, J., Cohen, J. (2004) "For the Law, Neuroscience Changes Nothing and Everything" in *Philosophical Transactions of the Royal Society, Biological Sciences*, 359: 1775-1785.
7. Lieberman, M.D. (2006) "Social Cognitive and Affective Neuroscience: When Opposites Attract. Editorial" in *SCAN*, 2006, 1: 1.
8. Lieberman, M.D., Schreiber, D. and Ochsner, K. (2003) "Is Political Cognition Like Riding a Bicycle? How Cognitive Neuroscience Can Inform Research on Political Thinking" in *Political Psychology*, Vol. 24, No 4: 681-704.
9. Mulkay, M. (1983) *Science and the Sociology of Knowledge*, London, George Allen & Unwin.
10. Ochsner, K., Lieberman, M. (2001) "The Emergence of Social Cognitive Neuroscience" in *American Psychologist*, 2001, Vol. 56, No 9: 717-734.
11. Phelps, E., Thomas, L. (2003) "Race, Behaviour, and the Brain: The Role of Neuroimaging in Understanding Complex Social Behaviours", in *Political Psychology* 24(4): 747-758.
12. Tingley, D. (2006) "Neurological Imaging as Evidence in Political Science: a Review, Critique, and Guiding Assessment" in *Social Science Information*, 2006, Vol. 45, No 1: 5-33.

Nina M. Slanevskaya. Use of neuroscientific method at social science

Summary

The technological development gives new possibilities for neuroscience. Researchers began to study not only their patients but healthy people. It has become more and more evident that there is an interrelation between health and mind as well as the influence of social environment on mind and health. The neuroscientific method has begun to be used in social disciplines and new sciences have appeared such as neurosociology, neuroeconomics, neuropolitical science and etc. In spite of many problems experienced by neuroscientists due to imperfect technologies, the lack of knowledge about the exact mechanism of the interaction between the neurons of a brain and the mind and the influence of dominant theories in social disciplines social neurosciences have made a great progress for the last 20 years and questioned some existing theories in social sciences.

Keywords: brain, mind, cognitive social neuroscience, neuroeconomics, neurosociology, neuropolitical science, neurojurisprudence, neurolaw.

Bernard Cadet

Université de Caen Basse Normandie (France)

Armelle Jacquet-Andrieu

Université Paris Ouest – La Défense Nanterre (France)

ÉMOTIONS, LANGAGE ET PRISES DE DÉCISION : UN RÉSEAU COGNITIF

Бернар Кадэ, Армелли Жаке-Андриу. Эмоции, язык и принятие решения: когнитивная сеть

Аннотация

«Когнитивная революция» сильно изменила связи между научными дисциплинами и их теориями и предлагаемыми моделями для объяснения поведения. Данная статья демонстрирует такую революцию, принимая во внимание взаимоотношения между эмоциями, языком и принятием решения. Действительно, кроме очевидного внутреннего интереса к лучшему пониманию этих психологических состояний и их влияния на поведение, само их изучение, как взаимозависимых единиц, во многих отношениях иллюстрирует необходимость принятия новых стратегий анализа, которые учитывают холистическую природу поведения человека. После краткого напоминания некоторых основных концептуальных моментов, авторы делают попытку представить традиционные точки зрения, существующие в философии, психологии и в нейропсихологии языка по этому вопросу. Затем, они продолжают показывать, как когнитивная нейронаука сразу начала рассматривать эти вопросы как тесно связанные в когнитивной сети. С позиции холистического объяснения нам необходимо заново обдумать методологии, чтобы достичь лучшего объяснения холистических, динамических и прогрессивных аспектов поведения, используя сеть и «конструкты».

Ключевые слова: нейронаука, когнитивная сеть, холистический, принятие решения, эмоции.

Résumé

La « révolution cognitive » a largement bouleversé le découpage des disciplines et les théories et modèles afférents, invoquées pour expliciter les conduites et comportements. Les relations entre émotion, langage et prises de décision, étudiées dans la présente contribution, en sont une illustration. En effet, outre l'évident intérêt intrinsèque d'une meilleure connaissance de ces états psychologiques et de leurs incidences sur le comportement du sujet, leur étude en tant qu'entités interdépendantes illustre, à bien des égards, la nécessité de recourir à de nouvelles stratégies d'analyse, respectueuses du caractère holistique du comportement humain. Après un bref rappel de la littérature, cet article s'attache à présenter les points de vue traditionnels de la philosophie, de la psychologie et les prémisses de la neuropsychologie du langage sur cette problématique, pour montrer ensuite comment les neurosciences cognitives ont d'emblée considéré ces trois références comme intimement liées dans un réseau cognitif. Respecter cette globalité amène à repenser les méthodologies pour mieux cerner et prendre en compte le caractère holistique, dynamique et évolutif des comportements à l'aide des notions de réseau et de « construit ».

Introduction

Depuis l'Antiquité, les relations entre émotion et prise de décision sont un sujet d'étude fréquemment développé. Assurément, cet intérêt jamais démenti tient au fait qu'il s'agit d'états psychologiques profondément humains et

quotidiens. Aujourd'hui, l'éventail des disciplines concernées s'est largement ouvert, allant de la philosophie aux neurosciences.

Quels liens émotions et décisions entretiennent-ils et sous quelles formes se présentent-ils ? La « révolution cognitive » a grandement modifié les conceptions théoriques sur ces questions tout autant que les méthodes

© Bernard Cadet, Armelle Jacquet-Andrieu, 2012.

utilisées pour leur étude. Le présent travail, inscrit dans le paradigme de la cognition, traite de quatre points fondamentaux : 1) mieux définir les notions concernées et souligner le rôle du langage, 2) explorer les relations liant émotions et décision, 3) rappeler les apports récents des neurosciences, 4) souligner la nécessité devenue impérieuse d'éviter tout réductionnisme méthodologique en préconisant de nouvelles approches.

1 Relations entre émotion, langage et décision : repères conceptuels

Les émotions longtemps réputées perturbatrices et changeantes peuvent-elles, après avoir été médiatisées par le langage, devenir opérantes et participer à l'élaboration de prises de décision rationnelles ?

1.1 Éléments de définition

L'expression « prise de décision » est entendue ici dans son acception la plus large, c'est-à-dire comme un choix délibéré d'actions, librement élaboré en vue d'atteindre un objectif, qui résulte de l'exercice des processus de traitement d'un ensemble d'informations.

Le terme émotion, quant à lui, désigne une « constellation de réponses de forte intensité qui comportent des manifestations expressives physiologiques et subjectives typiques » (Rimé, 1997). L'émotion est temporaire et nous y rattacherons des états émotionnels plus durables et plus stables : les affects.

Dans l'optique fonctionnaliste, traditionnelle, les émotions sont réputées introduire « une rupture de continuité par rapport aux processus qui étaient en cours [...] au moment de leur apparition » (Rimé, 1997) et c'est en référence à cette propriété que les données émotionnelles ont longtemps été considérées comme « perturbatrices », position théorique fréquemment tenue pour dogme mais qui mérite aujourd'hui un réexamen à la lumière de travaux plus actuels.

1.2 Relations entre émotion et langage

De récentes recherches ont montré l'existence de relations complexes entre émotion et langage, beaucoup plus complexes que ne le considéraient les théories dominantes en psychologie (théorie de James-Lange, par exemple) qui concevaient l'émotion seulement comme une « réponse d'accompagnement », comme un mode d'expression psychique spécifique dont les contenus mentaux se limitaient à *accompagner* des modifications physiologiques. *A contrario*,

les travaux publiés après 1990 (Stein et Tabasco, 1992 ; Wierzbicka, 1992, 1995 ; Bamberg ; 1996) conçoivent les émotions comme relevant aussi du registre de la cognition, en tant qu'éléments porteurs d'informations spécifiques. Elles sont considérées comme des entités structurées et complexes comportant plusieurs dimensions (Scherer, 2002) ou plusieurs niveaux (Luminet, 2002), en rapport avec la conscience (James, 1890) ; notons aussi que le linguiste Ferdinand de Saussure (1891) pose clairement ce dernier problème à propos du langage (Arrivé, 2008 ; Amacker, 2011). Les émotions sont d'emblée liées au(x) langage(s) (verbal, gestuels, sociaux, etc..) et comportent du matériau signifiant, « des informations » qui permettent leur reconnaissance, leur identification et leur catégorisation sans lesquelles aucune approche scientifique du domaine ne serait possible.

Les relations entre émotion et langage sont donc à la fois fondamentales et immédiates. Elles sont identifiées, répertoriées, classées et évaluées en utilisant des références sémantiques. Selon Wierzbicka (1995), les processus unissant émotion et langage comportent deux volets : les émotions relèvent d'abord de perceptions référées à une « sémantique universelle », de l'ordre d'un métalangage émotionnel commun à tous les humains, essentiellement gestuel et très méconnu encore (Turchet, 2009). En revanche, elles s'expriment, en tant que ressentis et sentiments, à l'aide d'outils culturellement spécifiques : les registres langagiers et les modes de traduction comportementaux propres à chaque culture. Pour Wierzbicka (1995, p. 235) : « chaque langue impose sa propre classification sur les expériences émotionnelles humaines ». Ceci amène à considérer qu'il existe un substrat universel, transcrit diversement dans des systèmes de représentation différents. Or, les langues naturelles, éminemment culturelles et insérées dans les situations multiformes de la communication, auront pour substrat structurel une base d'invariants universels qui assurent l'identification et la transmission du ressenti et/ou sentiment. Autrement dit, le langage évoque l'émotion pure, dans la prosodie et une part du stylistique, mais il structure aussi le ressenti et/ou le sentiment, donne aux émotions une signification au point qu'elles deviennent porteuses d'informations utilisables pour la construction des conduites. Au sens le plus

littéral, les données émotionnelles (sens élargi) relèvent bien du registre de la cognition.

1.3 Émergence et gestion d'un réseau : émotions, langage, rationalité et décisions

Les contenus cognitifs langagiers liés aux émotions vont être utilisés pour que l'individu concerné parvienne à se représenter la situation et à décider quelle pourrait être la meilleure modalité d'action (conduite), permettant d'atteindre un objectif déterminé. L'émotion active d'emblée les processus cognitifs de reconnaissance et de représentation des connaissances ; elle sous-tend des rappels d'information qui permettent une planification et une évaluation de l'action avant sa réalisation effective (« Penser plus qu'agir » selon la formule de Bamberg). La représentation joue le rôle d'une épure, d'un substitut de la « réalité », à partir de laquelle la nature de la situation concernée va se trouver identifiée par un processus de « *chunkage* » (Sakai, Kitaguchi & Hikosaka, 2003). Les différentes actions potentielles sont alors comparées en référence à un critère, afin de déterminer la plus appropriée, compte tenu des caractéristiques du contexte, celle qui sera la plus « rationnelle ».

1.4 Première réflexion apportée par les neurosciences...

Dans le domaine des neurosciences – que nous évoquons plus précisément au point 3 –, le problème est parfois posé autrement. En effet, la rapidité du traitement des données perçues, suivi d'une action laisse à entendre l'incidence pertinente du monde émotionnel du sujet dont la réponse immédiate, semble court-circuiter une opération cognitive de reconnaissance, au profit d'un rappel et d'une disponibilité du connu lié à une réponse possible, même si celle-ci demeure unique (Berthoz, 2010 ; Damasio, 2010).

2 Décision et émotion : opposition et/ou complémentarité ?

Ces divers repères conceptuels montrent que trois caractéristiques principales peuvent être retenues : les émotions se présentent comme des entités à la fois de l'ordre de l'affect, de la disponibilité mnésique et de la *cognition*, elles *s'imbriquent étroitement au(x) langage(s)*, et ce sont des grandeurs *complexes* relevant de facteurs universels, individuels et culturels.

2.1 Rappel des apports de la philosophie

Les rapports entre émotion et raison

(rationalité) sont depuis longtemps l'objet de débats en philosophie, rappelés dans le titre et les thèmes développés dans quatre ouvrages fort connus de Damasio. Le premier (Damasio, 1994) fait référence à « l'erreur de Descartes », trouvant un point d'ancrage important dans le soi et « le sentiment même de soi » (Damasio, 1999), puis il évoque la primauté de l'émotion dans le choix de l'action, précisant ainsi que « Spinoza avait raison » (Damasio, 2003) et, enfin, le quatrième ouvrage concerne le sujet regardant son autre soi, « l'autre moi-même » (Damasio, 2010). Plus précisément, « l'erreur de Descartes » concerne le clivage établi entre raison et émotion, clivage qui ne permettait pas aux données biologiques et émotionnelles de participer à l'exercice de la raison. Pour Spinoza, au contraire, il existe des possibilités de fonder des actions rationnelles en se référant à l'émotion ou si l'on préfère, il existe une rationalité des émotions. Cette perspective est aussi celle de Hume qui, en 1748, publie un ouvrage intitulé : *Enquête sur l'entendement humain*, où il développe la primauté de l'émotion (de la « passion » dans la terminologie de l'époque), sur la raison. Remontons d'un siècle encore et référons-nous à Pascal (1670), à propos de « l'esprit de finesse » (lié à l'intuition), *a contrario* de « l'esprit de géométrie » (analytique)... Serions-nous dans la « finesse » pure, lors de cette saisie immédiate de la situation qui nous fait agir avec justesse, face à un danger par exemple ? Comme le dit Pascal : « *Il faut tout d'un coup voir la chose d'un seul regard, et non par progrès de raisonnement, au moins jusqu'à un certain degré* » [307]¹ (en référence ici à « l'esprit de géométrie »). Dans le même ordre d'idée, Damasio (2010) se centre plus encore sur le sujet agissant que dans ses ouvrages précédents, rendant compte de la primauté de l'émotion et de l'impact majeur du tronc cérébral, système nerveux autonome (SNA), dans le circuit des émotions, les réponses émotionnelles et les actions cognitives subséquentes, immédiates.

2.2 Émotions et décisions : données de la psychologie

Sur le plan de la caractérologie, l'intérêt des psychologues pour l'incidence des émotions sur la décision s'est rapidement orienté vers la mise en lumière du rôle des sentiments sur la prise de risque. Isen & Patrick (1983) ont montré qu'une

¹ Blaise Pascal (1671). Pensées, Édition de Port-Royal.

décision particulière, la prise de risque, variait en fonction des sentiments positifs ou négatifs du décideur face à l'objectif visé. Les personnes éprouvant des affects positifs (qualifiées de « joyeuses ») ne souhaitent pas prendre trop de risques, alors que celles qui éprouvent des affects négatifs (qualifiées de « mal-heureuses ») s'engagent volontiers dans des activités à haut risque et à potentiel de gain élevé. Dans le domaine de la conduite automobile, Nallet-Buisson (2009) montre, chiffres à l'appui, que l'exposition au risque n'est pas seulement une question de kilomètres parcourus mais bien aussi une question de comportement et elle valide le lien avec la personnalité. Parmi ceux qui éprouvent des affects négatifs, les « tristes » ou les « anxieux » se comportent différemment. Les premiers cherchent une récompense tandis que les seconds cherchent avant tout la réduction d'incertitude (Raghunathan & Tuan Pham, 1999). Les objectifs recherchés, manifestement de nature émotionnelle et affective, orientent donc de façon significative les décisions mises en œuvre et les risques encourus. Ces résultats expérimentaux viennent appuyer l'hypothèse selon laquelle le substrat émotionnel détermine nombre de prises de décision. Les premières contributions significatives qui spécifient la place de l'émotion se trouvent chez Lazarus (1991, a et b) : il met en évidence le rôle incitateur de la motivation, d'une part, et de l'émotion, d'autre part, sur l'adaptation, c'est-à-dire, *in fine*, sur la rationalité. La prise de décision est différente selon l'état émotionnel qui prévaut lors des processus de traitement, et ces états affectifs représentent des « éléments d'optimisation de la décision » (Naceur, 2010, p. 269), au sens où ils permettent d'élargir l'éventail des options disponibles et proposent différentes formes d'action pour les atteindre. On peut considérer que les facteurs émotionnels stimulent la créativité et permettent d'étendre la gamme des options possibles par activation d'aires corticales nouvelles (Vuilleumier, 2005), opération qui étend la gamme des choix d'action bien au-delà des opportunités fournies par la traditionnelle rationalité axiomatique, largement utilisée en économie, par exemple. Les états émotionnels sont donc des incitateurs ou des inhibiteurs de choix d'action, selon qu'ils sont positifs ou négatifs (Isen & Shalcker, 1982 ; Isen & Patrick, 1983). Il devient désormais possible de considérer que les

émotions sont des sources d'information, et l'on peut se référer à une « logique du ressenti » (Pham, 2004) ou, plus clairement encore, à la notion de « décision émotionnelle » (Barnes & Thagard, 1996), ce qui s'avère en concordance avec ce que nous évoquions plus haut, à propos du langage et des propositions de Damasio. On sait également que la prise de risque varie avec l'importance de l'enjeu (contrairement à ce que postulent certains modèles normatifs) ; la motivation sous-jacente joue un rôle déterminant dans l'intensité de l'activité cognitive (Raghunathan & Tuan Pham, 1999). Si, dans une même situation, nous sommes tristes ou joyeux, les décisions vont varier en conséquence. On a par ailleurs montré expérimentalement (Silvestrini & Gendolla, 2010) que « l'affect implicite » (c'est-à-dire des états affectifs non perçus mais opérants) oriente de façon significative la mobilisation des ressources cognitives et donc la pertinence des choix d'action.

3 Apports des neurosciences à la problématique des émotions

Les neurosciences cognitives permettent aujourd'hui d'appréhender le problème de la décision dans sa globalité et d'y enrainer le rôle déterminant des émotions et leurs niveaux de conscience ; leurs conclusions vont aussi inciter le chercheur à envisager de nouvelles méthodes d'investigation.

3.1 Substrats neurologiques de la liaison émotion/décision

Trois formations importantes à la base des relations entre émotion et décision : l'amygdale, le cortex préfrontal (Salzman & Fusi, 2010) et l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS)/ *Hypothalamus-Pituitary-Adrenal* (HPA), d'après Dickerson & Kemeny (2004).

3.2 Des processus spécialisés et coordonnés

Ces structures sont coordonnées sous la forme d'un réseau dont chacune des composantes porte une fonction spécifique. L'amygdale, d'abord, structure sous corticale activée par les messages sensoriels, se présente comme un centre de traitement de la plupart des informations émotionnelles : certaines de ses pathologies (Bechara, 2004) provoquent des déficits sur le plan émotionnel, associés à des impossibilités de décider. Le cortex préfrontal (fonctions exécutives) est un centre de traitement, en charge des opérations cognitives d'identification, de

catégorisation, d'intégration des informations et de planification de l'action (Fuster, 2008; Salzman & Fusi, 2010). Enfin, l'axe HHS traite d'émotions négatives et de réactions de défense : c'est l'une des composantes déterminantes du stress et il est à l'origine de phénomènes psychophysiologiques, composantes de l'émotion.

4 Des choix méthodologiques plus ouverts et mieux appropriés

4.1 Fonctionnement en réseau

Les résultats précédents indiquent que les données émotionnelles sont porteuses d'information au sens où, conjointement à des données provenant d'autres sources, elles contribuent au fonctionnement de réseaux cognitifs spécifiques, « entités émergentes [...] qui] se construisent, se modifient, s'adaptent et évoluent en fonction de leurs dispositions fonctionnelles » (Cadet, à paraître). Ce sont donc les récurrences reliées au milieu extérieur, les apprentissages et la culture qui vont favoriser la mise en place de ces réseaux sous forme de groupements fonctionnels de neurones (Anderson, 1995).

4.2 Des choix méthodologiques différenciés

Étudier ces réseaux au niveau de leurs résultats, c'est-à-dire des conduites efférentes, amène à procéder à des modifications méthodologiques fondamentales destinées à donner la primauté des choix épistémologiques à la réalité et à la complexité de chaque conduite. Le constat prime sur la représentation théorique, et la notion de situation (globalité) sur celle de variable (analytique). Ce sont donc les relations interactives à l'intérieur de la totalité du réseau qu'il devient important de connaître et reconnaître. Elles sont à l'évidence non linéaires alors que la grande majorité des techniques d'analyse multivariées mises en œuvre reposent sur le modèle linéaire général (GLM). L'une des pistes méthodologiques les plus prometteuses consiste à utiliser des construits (constructs) comme structures intermédiaires régissant le flux des processus cognitifs qui transitent entre la personne et la situation. Ces construits ne sont pas des événements mais des représentations cognitives (Smith, 2007).

Conclusion

Les données scientifiques obtenues au cours des deux dernières décennies montrent l'importance de l'émotion dans les prises de

décision. Toute décision s'accompagne ou repose sur un contenu émotionnel mais aussi, sur un état émotionnel du sujet. Il convient cependant de souligner deux points importants, absents de la plupart des travaux : 1) pour être opérantes (soit positivement, soit négativement), les émotions doivent être médiatisées par une forme de langage (linguistique et/ou gestuel), à divers niveaux de conscience, pour le sujet, 2) des études plus précises, rendant compte de l'impact de l'émotion sur la décision, montrent l'importance de la notion de réseau et requièrent qu'elle soit explicitement retenue, de préférence à celle de variable, car elle permet de traiter directement les conduites observées. Ce choix, qui devient inévitable, suppose d'importantes modifications de la visée épistémologique et des méthodologies expérimentales, en particulier, la référence à la notion de construit intermédiaire doit être introduite dans les protocoles.

Si l'on se réfère à l'imagerie, ses résultats semblent confirmer une forme de préséance de l'émotion sur la cognition, dans de nombreuses prises de décisions, en relation avec les acquis du sujet et les traces mnésiques, émotionnelles laissées par son expérience, même si l'action elle-même se déroule sur une base de temps beaucoup plus rapide : l'émotion est un élément déclencheur de l'action, et son flux perdure plus longtemps que l'activation de l'action elle-même. Enfin, les études de psychologie, plus centrées sur la caractérologie, le tempérament et les types de profils cognitifs concordent assez largement avec ce point de vue pluridisciplinaire et devraient permettre de préciser les faits à partir de situations concrètes, spécifiquement décryptées et étudiées. Enfin, un autre paramètre, rarement abordé, à relier à la conscience, est celui de l'intuition, intimement liée à l'émotion, plus, peut-être, qu'à la cognition elle-même : cette dernière assertion – qui nous renvoie aussi à Pascal – nous permet ici de proposer d'élargir le débat en regardant sa problématique sous un nouvel angle.

RÉFÉRENCES

- Anderson, J.A. (1995). *An introduction to neural networks*. Cambridge: MIT Press.
- Arrivé, M. (2008). *Le linguiste et l'inconscient*. Paris : PUF.
- Bamberg, M. (1996). Emotion talk(s): The role of perspective in the construction of emotions. In S. Niemeier & R.

- Dirven (Eds.), *The language of emotions* (pp. 209-225). Amsterdam, The Netherlands: John Benjamins.
- Barnes, A. & P. Thagard (1996). Emotional decisions. Proceedings of the Eighteenth Annual Conference of the Cognitive Science Society (pp. 426-429).
- Bechara, A. (2004). The role of emotion in decision making: evidence from neurological patients with Orbito frontal damage. *Brain and Cognition*, 55, 30-40.
- Berthoz, A. (2010). *Le corps en acte. Centenaire Maurice Merleau-Ponty (1908-2008)*, Collège de France, UHP Nancy Université, LPPA-UMR 7152... [et al.], sous la direction d'Alain Berthoz et Bernard Andrieu. Nancy : Presses universitaires de Nancy.
- Cadet, B. (sous presse). Stress, risque et décision : Une réductible trilogie cognitive ? Apports des réseaux dans la conceptualisation des systèmes complexes. In G. Chasseigne & B. Cadet Stress, risque et décision. Paris : Publibook.
- Dickerson, S.S. & Kemeny, M.E. (2004). Acute stressors and cortisol responses: a theoretical integration and synthesis on laboratory research. *Psychological Bulletin*, 130, 355-391.
- Damasio, A.R. (1994). *L'erreur de Descartes : la raison des émotions*. Paris : Odile Jacob.
- Damasio, A.R. (1999). *La conscience même de soi : corps, émotion, conscience*. Paris : O. Jacob.
- Damasio, A.R. (2003). *Spinoza avait raison : joie et tristesse, le cerveau des émotions*, trad. de *Looking for Spinoza: joy, sorrow, and the feeling brain*, par Jean-Luc Fidel. Paris : O. Jacob.
- Damasio, A.R. (2010). *L'autre moi-même. Les nouvelles cartes du cerveau, de la conscience et des émotions*. Traduit par J.-L. Fidel. Paris : O. Jacob.
- Fuster, J (2008). *The prefrontal cortex*. San Diego: Academic Press.
- Isen, A. M. & Patrick, R., (1983). The effect of positive feelings on risk taking: When the chips are down. *Organizational Behavior and Human Performance*, 31, 2, 194-202.
- Mac Corquodale & Meehl PE (1948). On a distinction between hypothetical constructs and intervening variables. *Psychological Review*, 55, 95-107.
- Mikolajczak, M., Quoidbach, J., Kotsou, I. & Nélis, D. (2009). *Les compétences émotionnelles*. Paris: Dunod.
- Nallet-Buisson, N. (2009). *Profils de personnalité en lien avec les infractions et/ou les accidents de la route. Qui sont les stagiaires permis à points ?* Thèse de doctorat en psychologie cognitive, sous la dir. de M. Chiron & R. Martin. Université Lumière Lyon 2. Lyon (France).
- Pascal, B. (1671). *Pensées*. Édition de Port-Royal.
- Pham, M.T. (2004). The Logic of Feeling, *Journal of Consumer Psychology*, 14, 4, 360-369.
- Raghunathan, R. & Pham M.T. (1999) All negative moods are not equal: Motivational influences of anxiety and sadness on decision making," *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 79 (1), 56-77.
- Raghunathan, R., Pham, M.T. & Corfman, K.P. (2006). Informational Properties of Anxiety and Sadness, and Displaced coping. *Journal of Consumer Research*, 32, 596-601.
- Rimé, B. (1997). article : Émotion. In : *Grand Dictionnaire de la Psychologie*. Paris : Larousse.
- Sakai, K., Kitaguchi, K., & Hikosaka, O. (2003). Chunking during human visuomotor sequence learning. *Experimental Brain Research*, 152:229-242
- Salzman, C.D. & Fusi, S. (2010). Emotion, cognition, and mental state representation in amygdala and prefrontal cortex. *Annual Review of Neurosciences*, 33, 173-202.
- Saussure, F. de (1891/2011). *Science du langage. De la double essence du langage et autres documents du ms. BGE Arch. Saussure 372*. Écrits de linguistique générale, texte établi par René Amacker. Genève : Droz.
- Scherer, K.R. & Sangsue, J. (2004). Le système mental en tant que composant de l'émotion. In : G. Kirouak (Ed), *Cognition et émotions* (pp. 11-36). Québec : Presses de l'Université Laval.
- Smith, N.W. (2007). Events and constructs. *The Psychological Record*, 57, 169-186.
- Stein, N.L. & Trabasso, T. (1992). The organization of emotional experience: Creating links among emotion, thinking and intentional action. In N. Stein & K. Oatley (Eds.), *Cognition and Emotion* (S.I.), 6, 225-244.
- Turchet, Ph. (2009). *Le langage universel du corps : comprendre l'être humain à travers la gestuelle*. Montréal (Québec) : Les éditions de l'homme.
- Wierzbicka, A. (1992). Defining emotion concepts. *Cognitive Science*, 16, 539-581.
- Wierzbicka, A. (1994). Emotion, language, and cultural scripts. In S. Kitayama & H. R. Markus (Eds.), *Emotion and Culture*. Washington, DC: American Psychological Association, pp. 133-196.
- Wierzbicka, A. (1995). Emotion and facial expression: A semantic perspective. *Culture and Psychology*, 1:227-258.

Bernard Cadet, Armelle Jacquet-Andrieu. Emotions, Language and Decision-making: Cognitive Network

Summary

The “cognitive revolution” has modified greatly links between scientific disciplines and the related theories and models proposed to explain behaviors. This article shows such revolution taking into account relation between emotion, language and decision-making. Indeed, beside the obvious intrinsic interest of a better understanding of these psychological states and their impact on behaviour, their study as interdependent entities illustrates, in many ways, the need of new strategies of analysis that consider the holistic nature of the human behaviour. After briefly reminding some fundamental conceptual benchmarks, this paper attempts to present the traditional views of philosophy, psychology and the premises of the neuropsychology of language on this issue. Then, it continues showing how cognitive neuroscience has considered immediately these references as closely linked in a cognitive network. With respect to this global view, we need to review methodologies, in order to reach a better account of the holistic, dynamic and progressive aspects of these behaviours by using the concepts of network and «constructs».

Keywords: neuroscience, cognitive network, holistic, taking a decision, emotions.

Bernard Cadet est actuellement professeur émérite de Psychologie Cognitive et de Méthodes Quantitatives à l'Université de Caen Basse Normandie (France). Ses activités de recherche, inscrites dans le paradigme cognitif, traitent du jugement et de la prise de décision en présence d'incertitude, de l'évaluation des risques dans les systèmes dynamiques complexes. Il est coauteur et éditeur scientifique de Psychologie du risque (2006), de « Cognition, incertitude et prévisibilité » (2008) et de « Psychologie du jugement » (2009).

Bernard Cadet is currently Emeritus Professor of Cognitive Psychology and Quantitative Methods at the University of Caen, Lower Normandy (France). His research activities deal with the cognitive paradigm, with the focus mainly on judgment and decision-making involving incertitude, and on risk evaluation in complex and dynamic systems. He is a co-author and scientific editor of Psychologie du risque (The Psychology of Risk) (2006), of Cognition, incertitude et prévisibilité (Cognition, Uncertainty and Predictability) (2008) and of Psychologie du jugement et de la décision (The Psychology of Judgment and Decision-Making) (2009).

Armelle Jacquet-Andrieu est chercheur à l'Université Paris Ouest, UMR 7114 du CNRS, Modèles Dynamiques Corpus (MoDyCo). Après un cursus de langues et de linguistique, elle a soutenu un doctorat de Neurosciences/ Neuropsychologie ; elle est également psychologue clinicienne et cognitive. Outre ses recherches et publications dans le domaine des sciences du langage normal et pathologique, elle travaille dans celui, corollaire, des sciences de la cognition – aspects théoriques et de médiation/ réadaptation. Ses travaux débouchent enfin sur le domaine de l'éthique de la santé, en collaboration avec le Laboratoire d'éthique médicale & médecine légale de l'Université Paris Descartes (EA 4569).

Armelle Jacquet-Andrieu is researcher at the Paris Ouest University, UMR CNRS 7114, Models Dynamics & Corpus (MoDyCo). After studying languages and linguistics, she submitted a PhD in Neuroscience / Neuropsychology and she is also a clinical and cognitive psychologist. In addition to her different researches and publications in the field of normal language and pathologic speech, she works in the correlative field of the cognitive science – theory and mediation / rehabilitation. Her works are finally lead to the field of health ethics, in collaboration with the Laboratory of Medical Ethics & Forensic Medicine (EA 4569), at the Paris Descartes University.

ПРЕДЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ



Аннотация

Под предельными вопросами понимаются вопросы, ответы на которые не могут опираться на эмпирические данные. Ответы на такие вопросы квалифицируются как запредельные. Можно различить два типа предельных вопросов – 1) вопросы, ответы на которые содержатся в априорном знании и 2) вопросы, ответы на которые опираются на духовный опыт. В работе обсуждаются: а) особенности областей, с которыми связаны эти вопросы, б) границы этих областей, в) взаимоотношения этих областей друг с другом, г) отношения этих областей с другими предметными областями.

Ключевые слова: предельные вопросы, дихотомия, трихотомия, запредельные ответы, духовный опыт.

Одно из направлений европейского познания, которое доминирует и ныне, исходит из того, что в основе любого знания лежат эмпирические данные. Поэтому, начиная с античности, европейское познание развивается в тех или иных отношениях с тем, что относится к сфере эмпирического знания. Последнее дополняется знанием, которое выводится с помощью логики и математики из эмпирических данных. В некоторых случаях (удобство вычислений, унификация представления данных, большая наглядность и т. д.) дополнительно вводятся некоторые технически

важные условные допущения, не претендующие на онтологическую интерпретируемость.

Помимо этих трех компонентов – эмпирических данных, выводного знания и условных допущений – знание содержит сферу, не сводимую ни к одной из ранее перечисленных. Её можно обозначить как сферу предельных вопросов и запредельных ответов. Её общей отличительной чертой является то, что она никаким образом (ни непосредственно как эмпирическое знание, ни опосредовано как выводное или техническое) не может быть соотнесено с эмпирическими данными как с тем, что при определенном сочетании обстоятельств может быть предъявлено *ad oculus* тому или иному наблюдателю.

Примерами такого знания являются представления (например, о едином) Парменида (ср. «Не вращай бесцельно глазами, не слушай ушами, в которых раздается (только) шум, и не болтай (праздно) языком, но разумом исследуй высказанное мною доказательство» – Досократики, 1999, с. 408), апории Зенона, антиномии Канта или представление о Боге как Творце мира.

Рассматриваемая сфера знания нередко обозначается в истории мысли как философия – дисциплина, лишенная собственного эмпирического базиса. Однако ныне под философией нередко понимается некое метазнание определенной эмпирической области (ср. характеристику нынешнего философствования как постмодернистского любомудрия – Чебанов, 1998), притом, что традиционная эмпирически нефундированная философская проблематика остается за пределами современного философствования. Видимо поэтому обсуждение предельных вопросов и вызывает такой интерес¹.

Как представляется, обсуждаемая сфера знания включает в себя две области, различающихся по источникам ответов на поставленные вопросы, т. е. различающихся характером запредельности этих ответов. Это области априорного знания и духовного опыта. При их, казалось бы, контрастном различии, общим является то, что рассуждение, достигшее их, исключает продолжение рационального вопрошания и может быть продолжено либо через априорное суждение, либо через духовный опыт. Самый статус такого суждения и такого опыта исключает возможность оперирования с эмпирическим или выводным знанием.

Обнаруживается и сходство работы с полученными запредельными ответами. Организация такой работы заключается в следующем. Имеет место некий путь осознания предельного вопроса и получения ответа на него. Этот путь содержит некоторые нормативные, методические компоненты, которые

могут быть хотя бы отчасти выявлены, и некоторые уникальные, невоспроизводимые компоненты, воспринимаемые как озарение или откровение. Передаче их от одной личности к другой способствует включенность этих личностей в одну и ту же традицию. Восприятие запредельного ответа сообществом единомышленников в такой ситуации включает две ступени – установление правильности реализации нормативного компонента (что устанавливается относительно легко небольшим числом компетентных лиц) и экспертное заключение о соответствии ответа традиции, которое принимается ученым советом или советом (ср. Петров, 1978).

Итак, первой областью, с которой связаны предельные вопросы, является область априорного знания. В силу своей природы, априорное знание является аподиктическим и поэтому рассматривается как универсальное. Различные аспекты природы априорного знания рассматривались Г. Галилеем, Р. Декартом, И. Кантом, Ф. Brentano, Э. Гуссерлем, Н. Гартманом и др.

Крайне важно, что осознание в XX веке наличия альтернативных, нетрадиционных для мейнстрима европейской культуры типов рациональности, позволило говорить о множественности форм априорности. Так, аналитическая философия продемонстрировала связь традиционного европейского априорного знания с особенностями языка, на котором идет философствование. В результате стало возможным говорить об априорных рамках всякого знания. Специальное многолетнее исследование этого вопроса на материале биологии (в ходе деятельности Семинара по теоретической биологии и его преемника Семинара по биогерменевтике – Оскольский, 1998, Чебанов, 1998) позволило выявить довольно большой репертуар таких априорных рамок – культура и идеология (включая профессиональные), социальная структура, парадигмы, менталитет, естественный язык, национальная принадлежность, соматическая, психологическая и биологическая организация исследователя и т. д. (Chebanov, 1993, 1998).

Таким образом, обращение к истории представлений об априорности и выявление разных форм априорности в неклассической и постнеклассической познавательной тради-

¹ Так в работе теоретического семинара «Предельные вопросы», проходившего 19 ноября в рамках Дней философии в Санкт-Петербурге – 2011 приняло участие около 30 человек (из которых 21 зарегистрировался) из 6 городов, представивших 19 докладов. Программу и материалы семинара см. <http://iskri.ru/q/dpf2011/>

ции указывают как на богатство самой проблематики априорности, так и на нетривиальное ее отношение к предельным вопросам и запредельным ответам. При этом самый интересный в обсуждаемом аспекте материал относится, пожалуй, в первую очередь к зоне контакта конкретных дисциплин (математики, естествознания, лингвистики, культурологии, психологии) и философии и методологии науки, в особенности при рассмотрении этой зоны на фоне ненаучных форм постижения (см. доклад Т. Р. Сойдлы – Сойдла, 2011).

Второй областью сосредоточения предельных вопросов является сфера духовного опыта. Ее принципиальной особенностью является сам статус этого опыта. С одной стороны, такой опыт наличествует и обладает абсолютной достоверностью, с другой – он невоспроизводим, с третьей – его бывает нелегко отличить от его имитаций.

В отношении сферы духовного опыта возникает несколько групп вопросов.

Первая из них связана с определением границ духовного. Ключевым здесь является вопрос о границах духовного и душевного. В христианской антропологии этот вопрос предстает как противопоставление дихотомии (дух и тело) и трихотомии (дух, душа, тело) природы человека. Тот или иной ответ на этот вопрос порождает множество вариантов отношения к самым разнообразным темам.

Так, принятие дихотомии означает, по сути дела, принципиальную невозможность существования секуляризованных секторов мира, включая культуру и частную жизнь отдельно взятого человека. В этом случае любое проявление психической жизни человека рассматривается как сакральная сфера, не подлежащая сциентистским способам познания. Тогда проявления человеческой природы имеют мистическую природу, и очень актуальным оказывается вопрос типологии мистического опыта. Именно этот вопрос был предметом специального рассмотрения в докладе М. А. Искрина «Типология мистического опыта» (Искрин, 2011). Однако в рамках предлагаемой типологии возникает различение неопредельного и предельного мистического опыта, который можно соотнести с проявлениями душевной и духовной жизни.

Принятие трихотомии определяет возможность постановки вопроса о различении

душевного и духовного. В таком контексте предельные вопросы, относимые ко второй сфере, связаны с областью духовного. Область же душевного, по отношению к которой, как представляется, релевантны неопредельные вопросы, может осваиваться с помощью пусть и нетривиальной (опирающейся на развитые типологический и индивидуальный подходы), но все же (квази)сциентистской методологии. В частности, возникает вопрос, в какой мере постижение души и душевной жизни может быть соотнесено (актуально или в потенции) с какими-либо направлениями психологии.

В связи с такой постановкой проблемы можно выделить *две ключевые проблемы*.

1. Определение того, что составляет не сводимую к телесной индивидуальность человека, того, что (кто) обозначается (причем, даже в контрастно различных культурах) именем собственным. (Наличие его в языке является абсолютной универсалией – Хоккет, 1970; при этом обладателем имени собственного может быть не только человек, но и ангел). В первую очередь, на это претендуют два термина (индивидуальное) сознание и (индивидуальная) психика. Не ввязываясь в очень запутанную дискуссию об их соотношении, можно далее обозначать обсуждаемый предмет как сознание-психика (СП) и обсуждать, прежде всего, вопрос о состояниях СП. В логике различения душевного и духовного СП соотносимо с душевным и является предметом психологии – личностной и трансперсональной, т. е. лежит в сфере неопредельного знания (Джеймс, 1993). Важно прояснить соотношение такой интерпретации с разными традициями организации духовной жизни.

2. Природа духовной (аскетической, мистической) практики разных традиций. Такие практики претендуют на соприкосновение с духовной сферой, на обращение к предельным вопросам и получение запредельных ответов (ср. предельный мистический опыт по М. А. Искрину). Между тем, совершенно очевидно, что значимой составляющей этого опыта является неопредельный опыт душевной жизни. Более того, поскольку духовная жизнь индивидуального человека связана с индивидуальными СП, можно утверждать, что всякий предельный опыт (предельный мистический опыт, духовная жизнь) опосредован через неопредельный опыт (неопредельный мисти-

ческий опыт, душевную жизнь, включая сюда и всю практику передачи этого опыта с помощью тех или иных семиотических средств – устных проповедей, письменных текстов, иконописных изображений и т. д.).

Отмеченное обстоятельство имеет несколько групп важных следствий.

2.1. Необходимо понимать, какой компонент традиционной практики к какой сфере относится. Иначе различие в организации душевной жизни (в том числе, коллективной – в культуре, административном устройстве, социальной организации) может быть преподнесено как различие духовной ориентации, так что обрядоверие начнёт преподноситься как духовная практика. Ближайшим примером этого является история старообрядчества и постановление Поместного Собора Русской Православной церкви от 1971 года об упразднении клятв Московского Собора 1656 года и Большого Московского Собора 1667 года, иллюстрирующие отождествление и разделение духовной и душевной (связанной с обрядом) составляющих веры. Аналогичными по сути являются и возникающие время от времени в быту дискуссии о том, как различать (и готовить) пасху и кулич, какой рецепт кутьи является правильным или как класть покойника в могилу. Аналогичные проблемы, связанные с местными традициями, возникают и внутри других религиозных традиций.

2.2. Поскольку духовная жизнь всегда выражается в душевной жизни, то динамика последней (точнее, динамика СП) является составной частью духовной жизни. С этой точки зрения, закономерности душевной жизни, умение работать с разными состояниями СП, динамика СП – являются средствами, обеспечивающими возможность самого наличия духовной жизни, иногда, и ее активизации. Разнообразные же средства и закономерности организации душевной жизни повторяются как в разных конфессиях и вероисповеданиях, так и в принципиально секулярных и даже атеистических практиках (например, борьба с жадностью, жестокостью, гневливостью). Представляется, что священные тексты разных вероисповеданий (скажем, «Добротолюбие» и «Абхидхарма») содержат наставления по работе с разными состояниями СП, эффективные и приемлемые для представителей других вероисповеданий, и поэтому до-

пускающие заимствования.

2.3. Динамика СП имеет общие черты в разных духовных традициях. Обыденное сознание СП характеризуется статичностью, малым репертуаром состояний психики и признанием малого числа (вплоть до единственного) модусов реальности. Развитие начинается с увеличения числа состояний психики (с появлением того, что квалифицируется как измененные состояния сознания), формирования сложного рисунка динамики этих состояний, становления навыка управления такими состояниями и их сменой, увеличением числа модусов реальности и нарастанием многомерности мира (Любищев, 1982, Шрейдер, 1984). Обнаруживаются так же закономерности изменения указанных характеристик. Оказывается, что закономерности таких изменений сходны в разных традициях. Так, возможен вариант некоторого псевдосовершенствования, при котором увеличивается число альтернативных социальных статусов без расширения репертуара состояний СП, т. е. происходит изменение без совершенствования, сохраняющее пребывания индивидуального СП в пределах единственного модуса реальности с сохранением характерных для него социальных нормативов. Тем не менее, такой вариант динамики СП практически неизбежен как её начальная стадия. Возможен и вариант развития радикальной аномии (Фрумкина, 1996) с утратой не только социальных нормативов, но и максим динамики СП, этот вариант может быть квалифицирован как выпадение в тьму кромешную.

Говоря о динамике СП, важно различать, какие ее элементы относятся к душевной, а какие – к духовной сфере (соответственно, с какими из них связаны неопредельные и предельные вопросы).

2.4. Следует иметь в виду, что душевное и духовное могут перемежаться самым затейливым образом. Так, возможна не только сакрализация обряда (см. 2.1), но и обмирщение сакрального. Например, заповеди Моисея, глубоко сакральные по своему происхождению, могут восприниматься (скажем, пятая, десятая и, отчасти, четвертая) как чисто рациональные, практические, эмпирически фундированные регулятивы, причем многие люди могут даже не подозревать об их сакральном происхождении.

2.5. В этой логике рассуждений максимы духовной сферы фиксируются на том, что аналогично христианским догматам и наиболее авторитетным теологуменам, в то время как множество обычных частных мнений и локальных традиций фиксирует нормативы душевной сферы.

2.6. Рассмотрение динамики СП приводит к заключению, что разные состояния СП характеризуются наличием разных предельных вопросов (что было предметом рассмотрения в докладе А. А. Терентьева – Терентьев, 2011). Это относится как к видам априорности (в связи с чем и возможно их многообразие), так и к разным формам духовного опыта.

Обрисовав ядерные области двух сфер предельных вопросов можно поставить вопросы, касающиеся их периферий.

Во-первых, уже было отмечено, что крайне интересной оказывается история духовных и интеллектуальных поисков, возникающих на границе предельных и неопредельных вопросов. При этом в истории происходит смещение этих границ; в предельных вопросах выявляются неопредельные аспекты (например, попытки освоить загробный опыт по отчетам лиц, пережившим состояние клинической смерти – тема, получившая академический статус после выхода в 1976 г. книги Р. Муди – Муди, 1991; см. доклад Н.М.Сланевской – Сланевская, 2011), а в неопредельных ситуациях обнаруживаются предельные аспекты (крайне маловероятные судьбоносные события, которые интерпретируются как совпадения). На рассматриваемой границе возникает множество исследовательских, методических, методологических и философских вопросов, приводящих к пересмотру базовых представлений в самых разных областях.

Во-вторых, возникает вопрос о наличии и характере связей двух рассматриваемых областей. В этом контексте допустимо рассматривать множество разнообразных вопросов, таких как: - априорность как проявление духовного опыта; - наличие и характер зависимости типов априорности от особенностей духовного опыта; - влияние разных типов априорности на проявление духовного опыта; - возможность автономного проявления априорного знания и духовного опыта; - характер и варианты взаимодействия априорного знания и духовного опыта.

Кроме того, существует обширная сфера соприкосновения предельных вопросов и за-предельных ответов с неопредельными вопросами и ответами на них. Проблема выделения из этой сферы предельных вопросов была основным предметом упоминавшегося выше обсуждения.

Литература

- Джеймс У. Многообразие религиозного опыта. М., Наука 1993. Досократики. Минск, Харвест, 1999.
- Искрин М. А. Типология мистического опыта – Доклад на теоретическом семинаре «Предельные вопросы» 19.11.2011 – <http://iskri.ru/q/dpf2011/iskrin.doc>
- Любищев А. А. О критериях реальности в таксономии // А. А.Любищев. Проблемы формы, систематики и эволюции организмов. М., Наука, 1982. С.113-132.
- Муди Р. Жизнь после смерти: Исследование феномена выживания после физической смерти. Л., Лениздат, 1991.
- Оскольский А. А. Научный поиск как частное дело // Пчела № 12, 1998. С. 39-43.
- Петров М. К. Перед «Книгой природы». Духовные леса и предпосылки научной революции XVIII в. // Природа. 1978. № 8. С.110-119.
- Сланевская Н. М. Духовный опыт при клинической смерти – Доклад на теоретическом семинаре «Предельные вопросы» 19.11.2011 – <http://iskri.ru/q/dpf2011/slanevsk.doc>
- Сойдла Т. Р. План строительства дорог науки в море мистического опыта. Об одном интересном предложении Ч. Тарта – Доклад на теоретическом семинаре «Предельные вопросы» 19.11.2011 – <http://iskri.ru/q/dpf2011/soidla.doc>
- Терентьев А. А. Буддийский «предельный подход» к «предельным вопросам» – <http://iskri.ru/q/dpf2011/terentev.doc>
- Фрумкина Р. Аномия // Знание – сила, 1996, №9. С. 69-79.
- Хоккет Ч. Ф. Проблема языковых универсалий // Новое в лингвистике. Вып. 5. М., Прогресс, 1970. С. 64-76.
- Чебанов С. В. Постмодернистское любомудрие как российский вызов концу философии «Метафилософия или философская рефлексия в пространстве традиций и новаций» // Международный философско-культурологический симпозиум. Июнь 1997. Международные чтения по теории, истории и философии культуры. Вып. 4. СПб, Эйдос, 1998. С.

377-383. Чебанов С.В. История одного семинара // Пчела, 1998, №.12. С. 33-38.

Шрейдер Ю.А. Многоуровневость и системность реальности, изучаемой наукой // Системность и эволюция. М., Наука. 1984. С. 69-82.

Chebanov S.V. Biology and Humanitarian Culture: the Problem of Interpretation in Biohermeneutics and

Hermeneutics of Biology // Lectures of Theoretical Biology: 2nd Stage. Tallinn, Estonian Academy of Sciences, 1993. P. 219-248.

Chebanov S.V. The Role of Hermeneutics in Biology // Sociobiology and Bioeconomics. The Theory of Evolution in Biological and Economic Theory, Berlin, Heidelberg, New York. Springer, 1998. P. 141-172.

Sergey V. Chebanov. Limiting questions

Summary

Limiting questions are understood as questions answers on which can't be guided by empirical data. Answers to such questions are qualified as out-of-limits. It is possible to distinguish two types of limiting questions – 1) questions, answers on which to contain in aprioristic knowledge and 2) questions, answers on which is based on spiritual experience. In paper are discussed a) characteristics of areas which these questions are connected with; b) borders of these areas; c) relationship of these areas with each other d) the relations of these areas with other subject domains.

Keywords: limiting questions, dichotomy, trichotomy, other-wordly answers, spiritual experience.

Типология мистического опыта

Аннотация

В статье даны авторские формулировки определений для терминов “мистика” и “мистицизм”, проведено сопоставление мистики и мистицизма. На основе работ таких выдающихся исследователей мистицизма, как У. Джемс, Ч. Тарт и других, выделены базовые характеристики мистического опыта. Проведено разделение мистического опыта на предельный (высший) и неопредельный (низший). Выделены три типа предельного мистического опыта: 1. Переживание Предельной реальности как первичной основы собственного сознания. 2. Переживание Предельной реальности как того, что пронизывает все мироздание либо тождественно ему. 3. Предстояние личности мистика перед Богом как сверхличностью. Приведена также классификация трансперсональных переживаний С.Грофа (с незначительными изменениями) в качестве основы для типологии неопредельного мистического опыта.

Ключевые слова: Абсолют, Бог, мистика, мистицизм, мистический опыт, Предельная реальность, реальность, сознание, трансперсональные переживания.

I. ОПРЕДЕЛЕНИЕ МИСТИКИ

Приступая к разработке такой темы, как типология мистического опыта, мы сталкиваемся с целым рядом трудностей. Первая из этих трудностей – отсутствие приемлемого определения мистики, что связано с многозначностью, которую со временем приобрел этот термин, особенно в последние века. В связи с крайне ограниченным объемом этой статьи, носящей тезисный характер, я не буду сейчас останавливаться на анализе существующих определений. Скажу лишь, что ни одно из них, будь то словарные определения или

определения, даваемые философами мистического направления, меня никоим образом не удовлетворило. Определения философов носят частный характер, не охватывают все содержание понятия мистического, словарные же определения в большинстве случаев крайне поверхностны. Вследствие этого, мне пришлось разрабатывать собственные определения мистики и мистицизма, которые я и предлагаю вашему вниманию.

1. Мистика.

Мистика – это восприятие сверхъестественной реальности через непосредственное переживание.

Следует различать мистику предельную (высшую) и неопредельную (низшую).

Предельная мистика всегда имеет дело с познанием Предельной Реальности (Бога, Абсолюта, Дао, Шуньяты и пр.).

Непредельная мистика включает в себя все прочие виды взаимодействия с невидимым миром (например, опыт общения с любыми сверхъестественными существами, от ангелов до духов предков).

2. Мистицизм.

Мистика является совокупностью мистического опыта как такового.

Мистицизм представляет собой религиозные и философские доктрины, имеющие целью описание, интерпретацию и культивирование мистического опыта.

II. ХАРАКТЕРИСТИКИ МИСТИЧЕСКОГО ОПЫТА

Переходя от определения мистики к описанию ее феноменов, нужно отметить, что разные авторы приводят различные характеристики мистического опыта, отличающие его от опыта любого иного рода. Их обзору я надеюсь когда-нибудь посвятить отдельную статью. Пока же я размещаю здесь перечень тех характеристик, которые представляются мне наиболее существенными (при составлении списка я опирался на работы таких выдающихся исследователей, как У. Джемс, Ч. Тарт и другие).

1. Познавательная ценность.
2. Невыразимость.
3. Радикальность.
4. Необычность.
5. Трансформация субъекта.
6. Подлинность.

Сразу отмечу, что в наибольшей мере эти характеристики присущи предельному (высшему) мистическому опыту. В случае непредельного мистического опыта они отходят на второй план.

Подробное описание каждой из перечисленных характеристик я здесь не привожу по причине ограниченности объема статьи.

III. ПРЕДЕЛЬНЫЙ МИСТИЧЕСКИЙ ОПЫТ

Если мистика может быть предельной и непредельной, то и мистический опыт делится соответственно на предельный (высший) и непредельный (низший).

Задача типологизации мистического опыта крайне сложна и неоднозначна, особенно в отношении предельного мистического опыта. Нужно учитывать, что та типология, которую я предлагаю, очень условна.

Итак, я выделяю три типа высшего мистического опыта:

1. Переживание Предельной реальности как первичной основы собственного сознания.
2. Переживание Предельной реальности как того, что пронизывает все мироздание либо тождественно ему.
3. Предстояние личности мистика перед Богом как сверхличностью.

Предельная реальность здесь может соответствовать и христианскому Богу, и Брахману индуизма, и буддийской Пустоте, и Дао, и иным категориям, в зависимости от контекста той духовной традиции, в которой осмысливается мистический опыт.

В разных духовных традициях всегда присутствует мистический опыт всех типов, но одни типы получают доктринальную поддержку, а другие оказываются частично или полностью вытеснены на периферию духовной традиции, ибо плохо вписываются в ее метафизическую систему.

Очевидно, что опыт первого типа выходит вперед в таких религиях, как буддизм или адвайта-веданта; опыт второго типа, соответствующий в метафизике пантеизму, преобладает в даосизме; а опыт третьего типа доминирует во всех авраамических религиях.

IV. НЕПРЕДЕЛЬНЫЙ МИСТИЧЕСКИЙ ОПЫТ

Переходя от типологии предельного (высшего) мистического опыта к типологии непредельного мистического опыта, я предлагаю опираться на классификацию трансперсональных переживаний С. Грофа, которую и привожу здесь с незначительными изменениями.

РАСШИРЕНИЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ В РАМКАХ «ОБЪЕКТИВНОЙ РЕАЛЬНОСТИ»:

Временное расширение сознания:

Переживания предков

Коллективные и расовые переживания

Филогенетические (эволюционные) пере-

живания

Переживания прошлых воплощений

Предвидение, ясновидение, ясновыслушивание и «путешествия во времени».

Пространственное расширение сознания:

Выход за пределы «Я» в межличностных отношениях и переживание единой диады

Отождествление с другим лицом

Отождествление с группой и групповое сознание

Отождествление с животными

Отождествление с растениями

Сознание неорганической материи

Планетарное сознание

Экстрапланетарное сознание

Внетелесные переживания, дальновидение, дальновыслушивание, «путешествия в пространстве» и телепатия.

Пространственное сужение сознания:

Сознание органа, ткани и клетки.

РАСШИРЕНИЕ ПЕРЕЖИВАНИЙ ЗА ПРЕДЕЛЫ «ОБЪЕКТИВНОЙ РЕАЛЬНОСТИ»:

Спиритические и медиумические переживания

Общение со сверхчеловеческими духовными сущностями

Переживания в других мирах и общение с их обитателями

Архетипические переживания и сложные мифологические эпизоды

Общение с различными божествами

Интуитивное понимание универсальных символов

Активизация энергетических центров.

V. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Очень кратко и в первом приближении мы рассмотрели типологию мистического опыта. Следующая важнейшая задача – наметить подходы к интерпретации мистического опыта.

Michail A. Iskrin. Typology of mystic experience

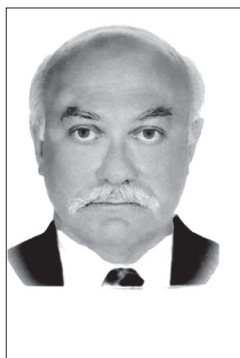
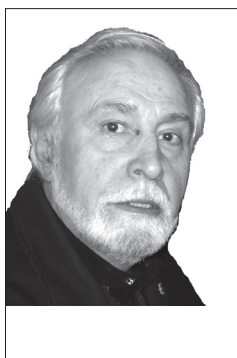
Summary

In the article, there are description of proprietary formulations for such terms as «mystic» and «mysticism» and their comparison. Base characteristics of mystic experience are detailed on the basis of tractates of such leading researchers of mysticism as William James, Charles T. Tart and others. Partition of mystic experience to limiting (highest) and non-limiting (lower) is conducted. Three types of limiting mystic experience are specified: 1. Experience of Limiting reality as primary foundation of proper state of awareness. 2. Experience of the Limiting reality as such reality that penetrates all macrocosm or is identical to it. 3. Pose of prayerful Intercession of mystic's person before the God as a super-person. Classification of transpersonal experiences of S. Grof (with marginal alterations) as a basis for typology of non-limiting mystical experience is described also.

Keywords: Absolute, the God, mystic, mysticism, mystic experience, Limiting reality, state of awareness, transpersonal experiences.

АКОПОВ Анатолий Юрьевич,
НЕСМЕЯНОВ Анатолий Александрович

ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ РОССИЙСКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ХАРАКТЕРА И СОЦИАЛЬНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЛИЧНОСТИ НА ВНУТРЕНнюю НАЦИОНАЛЬную ПСИХОЛОГИЧЕСКУЮ БЕЗОПАСНОСТЬ России



Аннотация

В статье излагаются основные результаты и суть научного открытия в области общественных наук, сделанного группой авторов во главе с проф. А.Ю. Акоповым и проф. А.А. Несмеяновым. Главным итогом проведённого научного исследования является введение и раскрытие понятия «внутренняя национальная психологическая безопасность Государства» (дано его определение), установление особенностей российского национального характера, введение понятия «психические заболевания Государства и общества» («социальные болезни Личности»), описание 12 этих социальных заболеваний общества и Личности, а также установление закономерной связи между социальными факторами Государства и Личности и валеологическим аспектом национальной психологической безопасности Государства (России).

Ключевые слова: внутренняя национальная психологическая безопасность Государства (России), особенности российского национального (российского) характера, психические заболевания общества и Государства, социальные болезни Личности.

Всё большее число людей во всём мире воспринимает современную ситуацию как опасную для их жизни или чреватую неведомыми опасностями для них в ближайшем будущем. Разными людьми эта опасность связывается с различными причинами и представляется в разных формах. Реальная опасность для каждого субъекта условно подразделяется на внешнюю и внутреннюю. В масштабах страны наибольшую опасность для каждого государства представляют политика его властей и господствующая в нём религия. (О внешних факторах мы здесь говорить не будем: на наш взгляд, почти всегда главная опасность как

для индивида, так и для отдельной страны [шире – любой системы] находится внутри них, а не вовне). Основная идея данной работы очень проста и очевидна: здоровье нации имеет важное значение для безопасности страны. Имеется в виду здоровье в его различных аспектах: прежде всего, нравственное или культурно-духовное здоровье, а также психическое и медико-психологическое.

Начавшийся с 70-х гг. XX века, с периода застоя, системный распад страны (не важно, как она тогда называлась) – морально-нравственный, политический, экономический, национально-территориальный – и связанная с ним деградация российской нации продолжают и будут продолжаться. Необходима

© А. Ю. Акопов, А.А. Несмеянов, 2012.

смена поколений и – главное – смена ПАРАДИГМЫ КУЛЬТУРЫ, НРАВСТВЕННОСТИ, СОЗНАНИЯ, МЫШЛЕНИЯ И ПОВЕДЕНИЯ НАЦИИ В ЦЕЛОМ. Иначе – маразм (т.е. полное одряхление нации и государства), вымирание и гибель. Земля останется (она никогда никуда не девается) – просто здесь будут (могут) жить другие народы. Так в истории нашей планеты уже тысячи раз было с другими народами и странами. Где шумеры, аккадцы, хетты, финикийцы, мидяне, парфяне, майя, ацтеки? Где айны Дальнего Востока? Где Атлантида (она-то, очевидно, на дне океана, но для нас её нет), Гондвана, Лемурия, Гиперборея?

Факторов, влияющих на здоровье нации, много, и они весьма разнообразны (мы здесь будем говорить только о том, что знаем сами, чем занимается кто-то из нашего большого коллектива соавторов): это социальные аспекты детских инфекций (Ю. В. Лобзин), низкая культура питания россиян и плохое качество воды, всей экологии в нашей стране (Н. А. Несмеянов), адинамия из-за гипокинезии школьников (начиная с младших классов), приводящая к высокому проценту не годных для службы в армии допризывников, недостаточная физическая культура российской нации в целом. (Физическая культура должна, с одной стороны, противостоять негативным сторонам большого спорта, часто разрушающего здоровье первоклассных спортсменов, с другой стороны, являться питательной средой для выдвижения талантов для спорта высоких достижений. Иначе – будет не из кого выбирать. Примером может послужить выступление нашей сборной на зимней олимпиаде в Ванкувере). (А. А. Несмеянов).

В данной статье мы решили сосредоточиться в основном на негативных социально-психологических факторах внутренней безопасности России, то есть на проблемах её внутренней национальной психологической безопасности (А. Ю. Акопов), которая входит составной частью в общую концепцию космической и международной безопасности.

Понятие внутренней национальной психологической безопасности страны мы трактуем максимально широко и, надеемся, по-современному, рассматривая её как составную часть общей концепции международной и космической безопасности. Под внутренней

национальной психологической безопасностью любого государства мы понимаем совокупность факторов, оздоравливающих психологический климат в стране, укрепляющих социально-психологическую составляющую жизни каждого члена общества (и мирового сообщества в целом) и гармонизирующих социально-психологические аспекты всех процессов, происходящих в данной стране. Противоположные факторы только ослабляют нравственное, психическое и медико-психологическое здоровье нации.

Все эти многочисленные социально-психологические факторы (способные как укреплять, повышать психологическую безопасность любой страны, так и ослаблять, снижать её) мы объединили в две большие группы: особенности российского национального характера и психические заболевания общества, именно общества, а не индивидов. (В настоящее время уже можно говорить о российской нации по аналогии с американской нацией, поскольку США, как и Россия, – котёл народов и культур. Хотя, конечно, в нашей стране влияние титульной нации – русских остается определяющим). Эти заболевания можно назвать также социальными болезнями Личности. Их исследованием мы занимаемся с конца 90-х гг. (см. список литературы к статье).

Из всей большой группы социальных болезней Личности (с заглавной буквы – из уважения к ней) мы особо выделяем в силу их колоссального влияния на психологический климат любой страны, разнообразные социально-психологические зависимости, и прежде всего – игровые и информационные экранные зависимости. Зависимостями (компьютерной, игровой, интернет-зависимостью) мы начали заниматься с 1977 г., изучая особенности принятия человеком решения в ситуации, когда необходимо дать прогноз и сделать выбор (1 – 6).

ОСОБЕННОСТИ НАЦИОНАЛЬНОГО ХАРАКТЕРА РОССИЯН

Обозначенная тема раскрыта в нашей статье «Будущее России и строительство человека». Суммируем основные выводы из проведённого нами анализа основных психологических черт россиян с использованием данных их литературных источников. Напомним, что под характером в психологии пони-

мается врождённый устойчивый тип реагирования в типичных для данного индивида внешних ситуациях и внутренних состояниях. Наряду с темпераментом характер является одним из самых устойчивых психологических параметров человека. Эти параметры очень плохо поддаются изменению в лучшую сторону. Напротив, с возрастом и под влиянием различных заболеваний и ситуаций характер человека часто портится, ухудшается: заостряются, становятся постепенно всё более выраженными, присущие ему в молодом и зрелом возрасте отрицательные черты. Однако у части людей с возрастом характер, напротив, улучшается. Они становятся более спокойными, терпимыми и мудрыми. Может быть, всей нашей стране следует брать пример с таких людей?

Итак, российский национальный характер как важнейший генетический психологический фактор. Выводы:

1. Российский национальный характер (РНХ) представляет собой гремучую смесь положительных и отрицательных черт, часто вопиюще противоречащих друг другу (см. «Будущее России ...»).

2. Это является основной причиной неустойчивости, нестабильности РНХ, его крайней подвижности, лабильности, динамизма и непредсказуемости (что часто раздражает иностранцев и твёрдо укрепляет их во мнении, что с россиянами лучше дел не иметь ни в бизнесе, ни в семейной жизни, т. е. из-за характера мы часто оказываемся плохими партнёрами).

3. Для РНХ чрезвычайно характерно недостаточное развитие чувства меры, ограничителей, сдержек, системы противовесов, тормозов в эмоциях, пристрастиях, планах («Я планов наших люблю громадьё» – писал Маяковский. Мы тоже любим, если только они выполняются и выполнимы в принципе). Отсюда безудержность, склонность к гипертрофированию.

4. Неуправляемость психизмов и результирующего поведения россиян.

5. Детскость, инфантильность РНХ (относительная молодость основного этноса России – русских, примерно 1100-1200 лет), доверчивость, излишняя, доходящая до неприличия открытость, желание всем поделиться, всё рассказать, наивность, тотальная незрелость.

Характерная для клинического и социального инфантилизма незрелость, неразвитость морально-нравственного ядра, как отдельной Личности, так и всего Государства как единого живого социального организма).

6. Отсюда сходство РНХ с психологией и поведением ребёнка и женщины, объятай эмоциональным порывом.

7. Сходство РНХ и поведения как россиян в целом, так и российского Государства в разные эпохи его существования с особенностями характера, психологии и поведения азартного игрока с его выраженной зависимостью от азартных игр на деньги.

Всё это, по нашему убеждению, крайне затрудняет взаимодействие между российской властью, Государством и российским народом, делает и народ, и Государство плохо, трудно управляемыми, что в свою очередь резко ослабляет психологическую устойчивость, стабильность общества в целом, нанося удар по внутренней национальной психологической безопасности России.

Изменить это невозможно, другого народа не будет, с ним надо жить и работать. Однако можно, зная свои слабости, постоянно вносить поправки и в свой характер, и в поведение. Уточним нашу позицию: для пользы дела мы сосредоточились здесь только на отрицательных чертах РНХ. Конечно, наши слабости вытекают из наших достоинств. Но наши слабости должны знать, прежде всего, мы сами, а нашу силу (положительные качества россиян как нации) знали, знают и пусть знают в будущем наши враги.

СОЦИАЛЬНЫЕ БОЛЕЗНИ ЛИЧНОСТИ (ПСИХИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОБЩЕСТВА И ГОСУДАРСТВА)

Попытка выделить социальные болезни Личности из всего яркого многообразия социальной жизни людей, аналогичная задаче выделения фигуры из фона в психологии, – наш вклад в создание классификации явлений общественной жизни,

Тема эта необъятна, поэтому поясним только, что мы понимаем под социальными болезнями Личности, и дадим короткие характеристики каждой из описываемых нами этих психических болезней общества. (Более подробно с нашей позицией по этому вопросу можно познакомиться в книге «Свобода от за-

висимости. Социальные болезни Личности», СПб.: Речь. – 2008г. и в ряде других публикаций авторов).

Социальные болезни Личности (психические болезни общества и Государства) – это новый класс психолого-психических болезней, формирующихся на уровне целых стран, народов, государств, и реализуемых затем в виде социально-психологических болезней каждого из членов данного общества.

Социальные болезни Личности являются динамическим показателем нравственного, психологического и политико-экономического состояния общества на данный момент. Они были выделены по нашему методу «кальки»: основные психопатологические симптомы наиболее распространенных психических заболеваний наслаивались на современную картину общества. Оказалось, что общество болеет теми же заболеваниями, что и отдельный человек. Например, социальная шизофрения как болезнь всего общества является социальным аналогом клинической шизофрении как психического заболевания отдельного человека.

Наиболее характерной чертой всех социальных болезней Личности является то, что их причина лежит не в отдельном человеке, индивиде (его генетике, конституции, психологии, психике, в приобретённых им за время его жизни качествах), а вовне его – в обществе. Поэтому мы и говорим, что это болезнь социальная. Если больно всё общество, Государство в целом, то страдает (испытывает некий дефицит, недодачу, боль, страдания, унижения) и каждый отдельный человек. Социумная патология реализуется в отдельном человеке через его социальную сущность (этого засланного в сознание через совесть – и не только – казачка). Разумеется, в каждой стране – своя специфика проявлений (как в медицине патопластика) социальных болезней Личности. Вместе с тем, можно утверждать, что есть их общие закономерности, актуальные для всего мирового сообщества, всей современной цивилизации. Раз причина лежит вовне, вне индивида, то лечить людей от социальных болезней можно не каждого по отдельности, а только всех вместе путём государственных, социальных и умных, разумеется, мер. Именно поэтому нельзя вылечить алкоголизм, наркоманию или игровую зави-

симость у отдельного человека: врач лечит и выписывает пациента, а он, покидая лечебное учреждение, опять возвращается в свою среду.

Приступаем к описанию клинической картины болезней мирового социума на примере проблем России. Почему бы не представить всё общество пациентом на приёме у социального психолога? С позиции системного подхода это и корректно, и нетрудно. Итак, краткие характеристики социальных болезней Личности.

СОЦИАЛЬНЫЙ ИНФАНТИЛИЗМ

В клинике под инфантилизмом (от лат. *infantis* – детский) понимается отставание человека от своей возрастной группы в психофизическом (в том числе сексуальном, половом) развитии. Ведущим звеном в этом отставании выступает задержка развития ядра личности – её морально-нравственного стержня. Оказывается, что это наиболее хрупкое, ранимое звено в структуре личности. Аналогичным образом, на уровне всего общества наиболее ранимой выступает его морально-нравственная основа. Именно её недоразвитие мешает зрелости нашего общества. Мы против понимания нравственности, духовности только в связи с религиозностью отдельного человека и, тем более, со степенью сращивания ведущих конфессий государства с его властными структурами. По нашему мнению, нравственность и духовность зависят прежде всего от развития культуры: «Абсолютный приоритет культуры сегодня является безальтернативной мерой для стабильного развития государства» (Н. Б. Покровский, 2009).

СОЦИАЛЬНАЯ МИФОЛОГИЯ (МИФОТВОРЧЕСТВО)

Люди очень любят сказки. Любят и сочинять их, и слушать, и самому читать кому-то. Сказки сочиняют все, в том числе психически больные: «Я – американская Золушка из племени мохавки», «коммунизм Рая», «За меня борются два мира – мир Добра и мир Зла» (это уже бредовая сказка).

Но есть другие сказки и другие, социальные сказочки. Это сказки не бытовые и не фантастические – сказки про народную жизнь, про светлое (коммунистическое) будущее всего человечества, про доброго дедушку

Ленина с таким родным и хитроватым прищуром глаз. Такой фильм-сказку мы смотрим уже почти 100 лет и никак не можем дождаться конца. Но фильм-то интересный, он же про нас. Подобные сказки, которые предназначены для оболванивания народных масс, т. е. большинства населения, называются социальными мифами. Социальный миф – это тоже сказка, но социальная, предназначенная для всего общества, а не для индивида. Она тоже уводит людей в сказочные страны, у нее много функций (см. 9, 10, 24) но есть одна главная цель – ОБМАНУТЬ! (Конечно, кто-то всё равно не верит, это плохие дяди и тёти, их надо сажать в тюрьму, чтобы они не мутили чистую воду народной святой веры в доброго царя, президента, в то, что Сталин был высокообразованным учёным и великим полководцем, даже Генералиссимусом. Один из нас в детстве как-то при всех сказал: «Я хочу быть генералиссимусом Сталиным». Это было в 1952-м г., его мама тогда так испугалась!).

Эмоционально-нравственные мифы, социальное мифотворчество являются порождением идеологии (теории) и политики (практики реализации идеологии-теории), поэтому они несут в себе все наследственные черты обоих родителей. Но главным отличием социальных мифов от идеологии и политики правящих классов, групп, прослоек общества выступает дальнейшее упрощение (в ряду: религия -> политика -> социальные мифы) формы подачи социально-классовых идей. Социальный миф ещё более лжив и живуч, он проще и понятнее массам, так как он более тесно связан, спаян с аффектами, верой, фантазией, воображением. Поэтому социальный миф выступает своеобразной, а именно – социальной формой нарушенного общественного сознания, особенность которой состоит в навязывании обществу правящей элитой относительно целостного, но иллюзорного, фиктивного восприятия окружающей жизни и ситуации в стране.

Социальный миф предлагает не только заведомые ложь и обман; он подсовывает, внушает каждому отдельному человеку нужные властям модели социального поведения, формирует мифологическое сознание через мифологические же формы восприятия жизни: социальные суеверия, тайны, чудеса, грёзы, мистицизм, оккультизм, иррационализм.

Следует также подчеркнуть, что мифы – это не столько фантастические, субъективистские измышления, сколько попытка направить в определённое русло социальные запросы масс, сгладить противоречия в обществе. Они позволяют индивиду преодолеть «важнейшие экзистенциальные травмы» (А. Винер). (Имеется в виду утешительная роль мифологии). В этом смысле главное в мифе – стремление объединить помыслы и чувства людей некоей (социальной) фикцией. Поэтому социальный миф схож с социальной утопией (но более живуч), религией вообще и новой социальной религией, которую конструируют правящие структуры. В этом ряду: идеология -> политика -> социальный миф -> религия -> новая социальная религия – социальный миф выступает контрапунктом замены идей (в идеологии) на чувства (религия, социальная религия). (Социальной религией фактически была идея построения коммунистического общества, которое, так и не вызрев, благополучно покончило самоубийством, правда, не без некоторой посторонней помощи; это напоминает эвтаназию с помощью врача, делающего смертельный укол). Созданию иллюзорно-манипулятивного, близкого к религиозному мировоззрения способствуют мифологемы: мифологически оформленные, юнговские образные архетипы – божья воля, свобода, равенство, братство, интернационализм – с их кочующими сюжетами мифов, притч, легенд, религиозных верований, увлечений, снов, фантазий (образ материнского плодоносящего начала, потерянный рай, образ спасителя, мессии, врага, избавителя, народного заступника, повергнутого кумира в прошлом, вечной гармонии – Эдема, неминуемого наказания – Ада, мистический образ рождения и смерти человека и т. д.). Так мифологические образы смыкаются и сливаются с бессознательными архетипическими образами в единый психический субъективный образ, отражающий общее представление субъекта об окружающем его мире и о самом себе.

Мифологизация пронизывает все сферы деятельности индивида и общества в целом от политики, истории, культуры, науки, спорта до семейной (семейные мифы) и личной (личные мифы) жизни.

Социальный инфантилизм и социальная

мифология – родные брат и сестра; ведь незрелого взрослого легче обмануть, человека, занятого только собой, желающего только удовольствий, легче поймать на любую социальную приманку. Это и требовалось добрым дядям – социальным сказочникам. Рыбка бьётся на крючке – что ещё надо? Добавим, что есть мифы семейные: всевозможные семейные легенды, которые помогают формировать отношения в заданном направлении. Есть и личные мифы (например, тебе всю жизнь кажется, что ты умнее своих начальников, что тебя всё время недооценивали и т.д.).

Подытоживая, отметим, что социальная мифология – очень полезное занятие. Но, как всегда, не для всех. А для всех никогда ничего и не бывает. Так, что нечего жаловаться и бунтовать ...

ДЕБИЛИЗАЦИЯ ОБЩЕСТВА

В психиатрии под дебильностью понимается врождённое отставание в умственном развитии в легкой степени, на уровне социума аналогичное заболевание проявляется в незрелости и неэффективности руководства государством. На умственное развитие ребёнка воздействуют не только генетические (врождённые), но и приобретённые факторы. В социальном плане приобретённые факторы – это среда обитания, формируемая деятельностью властей и других социальных структур (СМИ, печати, судов и т.д.). Их деятельность и приоритеты создают условия либо для гармоничного развития общества, либо способствуют его дебилизации, т. е. торможению умственного развития.

СОЦИАЛЬНАЯ НАРКОМАНИЯ

Под социальной наркоманией мы имеем в виду гедонизацию всего общества, т.е. его ориентацию на постоянное получение безумных, безудержных, неконтролируемых и бесконечных удовольствий. Она несовместима ни с нравственностью, ни с духовностью, ни с жаждой познания, ни с гуманным альтруизмом. Зато она очень хорошо сочетается с эгоцентризмом, бесконечной погоней за деньгами, наживой, прибылью. Лучше всего – «халявной», незаработанной. Плебс, наевшись хлеба, бросился в омут зрелищ. Государство это фактически поощряет. Наш про-

фессиональный опыт свидетельствует, что на протяжении последних примерно двадцати пяти лет резко изменилась структура потребляемых наркотиков: наблюдается чётко выраженный переход от слабых химических наркотиков к более сильным, таким, например, как героин и метадон; то же и в отношении к информационным наркотикам (игры, компьютер, компьютерные игры, Интернет).

СОЦИАЛЬНАЯ ШИЗОФРЕНИЯ

Речь здесь идёт не о повышении процента больных шизофренией в общей структуре психических болезней, а о шизофренизации всего общества. Мы имеем в виду, прежде всего расщепление (схизис, как при клинической шизофрении) общественного сознания, мышления, поведения, своеобразное раздвоение личности каждого члена общества: на всех уровнях одно говорим, второе думаем, третье хотим, четвёртое делаем, а о пятом молчим. Так утрачивается цельность индивида и общества в целом. О каком гармоничном развитии человека и устойчивом прогрессивном развитии российского этноса можно при этом говорить? Пример социальной шизофрении – митинг с плакатами: «Милицейский произвол хуже бандитского» (Томск, январь 2010 г.). Если милиция, призванная охранять граждан, действует как бандитская группировка, люди утрачивают социальные ориентиры.

СОЦИАЛЬНОЕ СЛАБОУМИЕ

Имеется в виду не интеллектуально слабое общество, а разновидность именно социального слабоумия, связанного с общей безнравственностью. Безнравственные решения, принимаемые у нас на всех уровнях, всегда являются интеллектуально слабыми, неэффективными, они только ухудшают ситуацию в стране, приводят к обнищанию людей, снижению уровня жизни. В конечном счёте, это приводит к интеллектуально-личностной деградации нации.

МОРАЛЬНЫЙ ИДИОТИЗМ

Асоциальность и антиобщественность, невключенность человека в социум, в общественную деятельность в Древней Греции оценивалась как проявление социального идиотизма, явления, когда человек при нормальном интеллекте ведёт себя как дурак,

урод, идиот (от греч. – *idiotes*¹). Эти люди абсолютно глухи к тому, что происходит вокруг, их волнует только то, что имеет отношение конкретно к каждому из них. Если их становится всё больше, это становится социально опасным. Общество, состоящее исключительно из таких людей, может превратиться в страшное, непредсказуемое по своим последствиям социальное явление.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАВИСИМОСТИ

Они подробно исследованы нами в книге «Свобода от зависимости. Социальные болезни Личности» и в ряде наших статей. Там дан их генез и общая классификация, куда вошло около 80-ти видов зависимостей. Этот список непрерывно пополняется, т.к. в зависимость может попасть каждый и от чего угодно. Продолжая тему, поднятую в разделе «Социальная наркомания», отметим роковой рубеж 01.07.09, когда в России официально (но формально) были запрещены казино (прежде, с 01.01.08 – игровые автоматы). Запрет без адекватной замены, как и всегда, привёл к тому, что игорный бизнес был загнан в подполье, а игровая зависимость, как и любая болезнь, стала искать новые пути реализации. Страсть к игре, желание играть на деньги, игровой азарт нашли себе выход в интернет-кафе, спортивных тотализаторах, букмекерских конторах и т. д. Игровая зависимость ушла в компьютерную, ещё более тяжёлую зависимость.

Из всех негативно влияющих на национальную психологическую безопасность страны зависимостей информационные зависимости являются наиболее вредоносными, травмирующими психику людей и всей нации. Из информационных зависимостей вперёд вырвалась интернет-зависимость, которая приводит к фактической инвалидизации подростков (примерно с 13-ти лет), юношей и молодых мужчин 35-40 лет, полностью выбивая

их из любой социальной активности, делая их тяжелобольными, одинокими людьми-волками, годами (!) не покидающими своего жилья-логова. Для них интернет из средства получения информации, связи и коммуникации превращается в средство разобщения людей, их одичания и гибели: нравственной, психической, а потом уже и физической.

Последнее особенно важно в аспекте морально-психологической готовности призывников. Болезненно-зависимый человек не может быть полноценным воином; он не готов к принятию самостоятельных решений и их реализации в сложных боевых условиях, он не свободен в выборе, он привык быть рабом наркотиков, азартных игр, компьютера, информации. Безропотное, слепое подчинение младших по званию старшим частично могло устраивать всех в прежних условиях сабельно-кавалерийских и даже моторизованных войн, но совершенно не годится в уже ведущихся информационно-кибернетических, виртуально-дистантных войнах, когда непосредственного физического контакта с противником нет. Мы видим, к чему приводит проигрыш информационного этапа войны с терроризмом на примере борьбы с бандформированиями на Северном Кавказе. Главный террорист планеты Усама бен Ладен превратился в привычного, безобидно-добродушного, карикатурного персонажа, что только на руку международному терроризму: он уже сделался частью нашей жизни, многим людям без него уже скучно, неинтересно жить.

Власти опять забыли посоветоваться со специалистами. По нашей классификации, осталась ещё более тяжёлая зависимость – зависимость от власти. В России она, как и многое, принимает извращённо-карикатурные формы.

СОЦИОПАТИЯ (СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХОПАТИЗАЦИЯ)

Здесь имеется в виду углубление, заострение, именно отрицательных качеств российского национального характера: если раньше в России просто воровали, то теперь воруют все, кто хочет и кому есть что воровать, причём, во всё больших масштабах. Да, характер трудно изменить к лучшему, но можно сдерживать его изменение к худшему. Средств для

¹ Идиот (*idiōtēs* — частное лицо). Слово произошло от древнегреческого «идиотэс» — термина, определявшего человека, жившего в отрыве от общественной жизни, а также не участвовавшего в общем собрании граждан полиса (экклесия, апелла, агора, алия) и иных формах государственного и общественного демократического управления.

этого много, была бы политическая воля.

Клиническая психопатия – это врождённый, болезненно-дисгармоничный характер данного человека. Но и изначально гармоничный характер человека под влиянием длительно сохраняющихся неблагоприятных факторов личной жизни может портиться в сторону гипер(гипо)трофирования отдельных черт, что приводит к нарушению гармонии характера, Личности. Если же характер всей нации изменился к худшему под влиянием социальных факторов, можно говорить о нажитой (приобретённой всем обществом) социопатии. В результате нарастания тяжести психопатологии (в частности, психопатизации) общества через дестабилизацию всех сторон общественной жизни, нарастания маргинальности, деструктивных процессов в общественной жизни, терпимости общества к ним, их ненаказуемости и т. д. – в общественном сознании происходит расширение границ дозволенного, то есть границ нормы. Границы между социальной нормой и социальной патологией стираются, новая норма теснит патологию, патологичным признаётся всё меньший круг явлений, патология как бы исчезает. Это не мудрая терпимость, а саморазрушение и самоуничтожение общества, народа, Государства через дестабилизацию, деструкцию, дисгармонию. В такой общественной среде ни о каком гармоничном развитии человека (индивида, субъекта) и всего этноса речь идти не может.

Отметим также, что нарастание социальной психопатизации (что хочу, то и делаю) чревато новым взрывом роста преступности.

СОЦИАЛЬНЫЙ БЛЕФ,

ИЛИ ИГРЫ ГОСУДАРСТВА СО СВОИМ НАРОДОМ

В теории игр под блефом понимается заведомо нечестная игра одного из партнёров. Что же если один из игроков – Государство, власти, общество, которые играют со своим народом в заведомо нечестные игры?

Игра – это суррогат Жизни, т.е. её условная Подмена, что хорошо понимают и принимают все играющие стороны. В неблагоприятных условиях она может становиться и формой её Замены. Сама Жизнь – это «смертельная болезнь, передающаяся половым путём», это смертельная Игра, заведомо проигранная

человеком партия с известным уже в начале Игры концом. Этот конец как бы выносится за скобки живущими-игроками, игнорируется, ведь если об этом постоянно думать, можно сойти с ума. Цель Игры под названием Жизнь сдвигается в субъективном поле сознания человека с финала на сам процесс проживания, а заданность финала только усиливает её азарт. Главный смысл Жизни – в ней самой как в захватывающем процессе.

Однако для каждого человека это не игра, а разовая, однократная Жизнь набело. Отсюда высокая субъективная значимость для индивида социальных игр.

Если Государство со своим Народом играет в нечестные Игры, играет не по правилам, то при этом почти всегда происходит Подмена интересов всего Народа корпоративными интересами отдельных социальных групп. Игрок, полностью отдавшись игре, может «заиграться», «забыть» первоначально поставленную цель. Так и Государство нередко «заигрывается» в Играх со своим Народом. Мотив деятельности сдвигается с цели на средства её реализации, т. е. на сам процесс, с утратой первоначальной цели и выдвиганием новой.

АНТРОПОПТОЗ

Этот термин взят из работ врача С. П. Семёнова (34). Под антропоптозом автор понимает запрограммированную гибель человека, обусловленную социальными причинами. Он проводит аналогию с апоптозом – генетически запрограммированной смертью клеток организма. Мы же здесь используем этот термин в более широком, в социальном смысле, понимая под антропоптозом одну из социальных болезней Личности (психических заболеваний общества), выражающуюся в элиминации (устранении, изъятии) отдельного человека и всего человеческого рода, т. е. их самопроизвольном удалении из общества, из социально активной жизни и даже с лица Земли. Термин антропоптоз в нашем понимании – это синоним саморазрушительного поведения человека и всего общества, приводящего к устранению (очищению, изъятию) самим человеком (и обществом в целом) самого себя из круга живых (10). Это понятие включает, конечно, и самоубийства. Но мы говорим о самоуничтожении не индивида, а всего че-

ловеческого сообщества, т.е. о самоубийстве всего человечества. Причин, ведущих к этому, очень много, но всё это – болезни всего общества, а не отдельного человека. Очевидно, раз до этого дошло, наступила пора лечить всё общество в целом. Иначе – гибель всей нашей цивилизации.

СОЦИАЛЬНЫЙ ВАКУУМ

Вакуум – это пустота. Именно в пустоте теряются все законы, указы, распоряжения, решения, выделяемые по бюджету и сверх него средства, многие усилия, предпринимаемые в нашей стране на всех уровнях. Не найти их следов, не найти ни виноватых, ни воров – НИЧЕГО. Тишина. Это и есть пустота, вакуум. Как гламур, в котором, кроме блестящей пустоты, ничего нет. Социальный вакуум – это социальная чёрная дыра. Стоит ли нам всем, всему нашему обществу ждать, когда она нас всех засосёт?

«Перемен! Мы ждём перемен». Но если всем только ждать – не дождётся никогда ничего. Пусть каждый сделает то, что он может. Как сказал, уходя из жизни, великий Эдисон: «Я сделал всё, что мог. Кто может, пусть сделает лучше». По крайней мере, если результата не добьёмся, так хоть совесть будет чиста.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сегодня уже давно пора лечить всё общество в целом. Обнаруженная нами закономерная связь между внутренней национальной психологической безопасностью России и такими социально-психологическими факторами, как особенности российского национального характера и психические заболевания социума и Государства (социальные болезни Личностей) была зарегистрирована РАЕН, МААНОИ 18.03.2011 г., и признана ЕАЕН научным открытием в области общественных наук. Эта связь должна обязательно учитываться на всех уровнях социальной организации жизни страны: от лечения индивида до выработки законов. Такой подход к психологическому здоровью нации имеет важное теоретическое и сугубо практическое значение. В устранении, смягчении отмеченных выше негативных социально-психологических факторов мы видим залог укрепления внутренней национальной психологической

безопасности Государства. Причём, разумеется, не только нашей России с её проблемами, а и любого Государства и всего мирового человеческого сообщества. От укрепления внутренней национальной психологической безопасности отдельного Государства до упорочения глобальной международной и космической безопасности – таков неизбежный путь прогрессивного, устойчивого развития отдельных этносов и гармоничного развития всей мировой цивилизации.

Время дороже пространства. А его уже сейчас у нас, человечества, нет. «Надо было вчера». Интеллектуально-нравственная элита России и всего мира должна объединиться ради спасения всей Земли.

Интеллектуальная элита мира должна занять самостоятельное, главенствующее положение в мировом сообществе Граждан и Личностей. В этом мы видим сегодня безопасность для мира и всей нашей цивилизации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акопов А. Ю. Информационный аспект взаимодействия психически больного со средой // Проблемы системного подхода в психиатрии. Рига: издание ЛНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1977, с.96-100.
2. Акопов А. Ю., Случевский Ф. И. Прогностическая деятельность человека в одно-значно-детерминированных средах в норме и патологии. Вopr. психологии, 1981, №3. с.119-123.
3. Акопов А. Ю., Глазунов Л. П. Прогнозирование в случайных средах // Эффективность, качество и надёжность эрготехнических систем: Тез. докл. VI Всесоюзн. симп. М., 1981. с.237-238.
4. Акопов А. Ю. Информационное взаимодействие живых систем со средой (эволюционный аспект) // Системные исследования. Методол. пробл. Ежегодник 1981. М., 1981. с.182-192.
5. Акопов А. Ю. Сравнительное изучение прогнозирующей деятельности человека в норме и при патологии психики // Вopr. психологии, 1983, № 3. с.97-101.
6. Акопов А. Ю. Структура прогнозирующей деятельности как функционального звена механизма принятия решения (Сравнительное клинко-экспериментальное изучение здоровых и больных шизофренией). – Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Л., 1983. – 24с.
7. Акопов А.Ю. Тотальная наркомания // Академия долголетия, 1998, №1(3). с.1,3,6.
8. Акопов А. Ю. Социальная психозения: от диагноза индивида к диагностике общества // Аномалия, 1999, №2(182), с.6.
9. Акопов А. Ю. Социальная мифология и инфантилизм (общество на приёме у психиатра) // Межрегиональный информационный курьер (МИК), 1999, №4(19). с.4.
10. Акопов А. Ю. Игра в жизнь: Государство и Личность. Болезни современного общества. Суррогатное саморазрушительное поведение. – СПб.: Политехника, 1999.
11. Акопов А. Ю. Столкновение Государства и Личности глазами психотерапевта // Невский врачебный вестник, 1999, №4. с.12-13.
12. Акопов А. Ю. Клинический инфантилизм // Невский врачебный вестник, 1999, №7. с.12-13.
13. Акопов А. Ю. Безумие здоровых в больном обществе // Невский врачебный вестник, 2000, №5(12). с.6-7.

14. Акопов А. Ю. Социальное слабоумие и моральный идиотизм // Исследования, поиски, опыт работы. б. науч. тр. – СПб.: Академия информатиологии, вып. 3, 2001. с. 21-33.
15. Акопов А. Ю. Психотерапия игровой зависимости // Исследования, поиски, опыт работы. сб. науч. тр. – СПб.: Академия информатиологии, вып. 7, 2003.
16. Акопов А.Ю. Психотерапевтический метод противоречивой стимуляции. Лечение игровой зависимости. – СПб.: Академия информатиологии, 2004. – 55с.; Прага: STRATOS, 2009. – 55с.
17. Акопов А. Ю. Лечение и реабилитация лиц с психологической зависимостью от азартных игр другой игровой (в частности, коллективной спортивной) деятельностью // Исследования, поиски, опыт работы. сб. научн. тр. СПб.: Академия информатиологии, вып. 12, 2004. с.3-15.
18. Акопов А. Ю., Задворнов К. Ю., Гаврилов Л. Н., Несмеянов А. А. Игровая реабилитация при патологической склонности к азартным играм. // Актуальные проблемы защиты и безопасности. Труды 8-ой Всеросс. научно-практ. конф. Том I; Технические средства противодействия терроризму и оружие нелетального действия. – СПб.: НПО Специальных материалов, 2005. с.144-151.
19. Несмеянов А. А., Акопов А. Ю. Способ лечения и реабилитации лиц с игровой зависимостью. – RU БИПМ, Бюл. №17, 20.06.2006. Патент на изобретение RU №2277899 С 2. Приоритет изобретения с 01.06.2004.
20. Акопов А. Ю. Терроризм – негативный вариант социально-психологической зависимости // Вестник Балтийской Педагогической Академии, вып. 70, 2006. с.53-62.
21. Акопов А. Ю., Вселюбский Г. А., Несмеянов А. А. Валеологический аспект повышения внутренней национальной безопасности России // Матер. 1-го Межд. конгресса «Термины и понятия в сфере физической культуры» (Тезисы). СПб., 2006. с.121-123.
22. Акопов А. Ю., Вселюбский Г. А., Несмеянов А. А. Медико-психологическое и нравственное оздоровление нации и физическая культура как факторы повышения внутренней национальной психологической безопасности России // I Межд. конгр. «Термины и понятия в сфере физической культуры» (Доклады конгресса). СПб., 2007. с.13-15.
23. Акопов А. Ю., Вселюбский Г. А., Несмеянов А. А. О внутренней национальной психологической безопасности России в связи с задачами духовного оздоровления молодежи // Вестник Балтийской Педагогической Академии, вып. 77, 2007, изд. РООУ БПА. с.12-19.
24. Акопов А. Ю. Свобода от зависимости. Социальные болезни Личности. СПб.: Речь, 2008.
25. Портных Ю. И., Акопов А. Ю., Несмеянов А. А. Здоровье и спорт – категории многофакторные // Адаптивная физическая культура (АФК), СПб., 2008, №3(35). с.53-56.
26. Несмеянов А. А., Самедов Т. И., Акопов А. Ю., Вселюбский Г. А., Несмеянова Н. А. Осторожно под кольцом // Современные проблемы физической культуры и спорта. Матер. межд. конф. – СПб., 2008. .286-288.
27. Акопов А. Ю. В поисках утерянной общенациональной идеи возрождения русского народа (рецензия) // Вестник Балтийской Педагогической Академии, вып. 86, 2009, изд. РООУ БПА. с.127-135.
28. Гольцов В. Б., Дружинин В. П., Боровков Е. И. ... Лукоянов В. В. ... Акопов А.Ю. ...
- Модели развития космической безопасности Земли в условиях утилизации космических объектов. – «Международная Академия», СПб., 2009, вестник №4(34). с.7.
29. Акопов А. Ю. Некоторые социальные предпосылки формирования психологических зависимостей // «Личность и Культура», СПб., 2009, №4. с.89-90.
30. Акопян Е. А. Демографическая ситуация в России и национальная безопасность // «Личность и Культура», 2009, № 5, с.22-23.
31. Руководство по инфекционным болезням. Под ред. Ю.В. Лобзина и А.П. Казанцева. – СПб.: ТИТ (Комета), 1996. с.670-680.
32. Несмеянов Н. А. Вопросы глобальной космической безопасности. Основные пути и основы методики предотвращения деградации населения планеты. – Дис. ... доктора науки и техники. – СПб., 2008.
33. Покровский Н. Б. Отечество в опасности? // «Личность и Культура», 2009, № 6. с.11-14.
34. Семёнов С. П. Антропопотоз: Социально обусловленная самоликвидация человека. – СПб.: ЗАО «ТАТ», 2007. Диплом РАЕН, МААНОИ, МААНО №46-S от 18.03.2011, г. Москва, Регистрационный №517 на открытие в области общественных наук «Закономерная связь между внутренней национальной психологической безопасностью государства и социальными факторами личности». Авторы научного открытия: Акопов А.Ю. ... Несмеянов А.А. ... Приоритет открытия – 2009 г.

Anatoly Y. Akopov., Anatoly A. Nesmeyanov. Influence of individualities of the Russian national character and social illnesses of the person on internal national psychological security of Russia

Summary

In the article, basic results and essence of scientific discovery in the area of social sciences are reported, delivered by the group of authors headed by professor Anatoly Y. Akopov and professor Anatoly A. Nesmeyanov. The main outcomes of the conducted scientific research are introduction and concept discovery of «internal national psychological security of the State» (its definition has given), an establishment of Russian national character peculiarities, introduction of concept «mental diseases of the State and a society» («social illnesses of the Person»), the description these 12 social diseases of a society and the Person, and also an establishment of logical association between social factors of State and Person and valeological aspect of national psychological security of the State (Russia).

Keywords: internal national psychological security of the Russia, individualities of the national (russian) character, mental diseases of the State and a society, social illnesses of the Person.

ПРОФИЛАКТИКА НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ТЯЖЕЛЫХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ С ПОМОЩЬЮ ГОМЕОПАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ



Аннотация

В гомеопатии имеется большой опыт применения препаратов с целью профилактики инфекционных болезней. В статье предложено, используя этот опыт, создать метод профилактики тяжелых неинфекционных болезней. Для создания метода предложено использовать представления витализма и гомеопатии об этиологии этих заболеваний, данные литературы о применении гомеопатических препаратов с целью профилактики, оригинальные наблюдения из врачебной практики. В статье приведено теоретическое обоснование предложенного метода профилактики и предложены научные исследования с целью создать препараты для первичной профилактики тяжелых неинфекционных болезней, в частности злокачественных новообразований и сахарного диабета.

Ключевые слова: Неинфекционные болезни, первичная профилактика, гомеопатия, витализм, онкология, сахарный диабет.

Неинфекционные болезни (главным образом, сердечно-сосудистые заболевания, рак, хронические респираторные болезни и сахарный диабет) являются основной причиной смертности; статистика заболеваемости говорит об эпидемии этих болезней. Поэтому профилактика тяжелых неинфекционных болезней — одна из самых актуальных задач современной медицины¹.

¹ В настоящее время неинфекционные болезни являются причиной более 60% всех случаев смерти. От этих болезней ежегодно в мире умирает почти 35 миллионов человек, в том числе 9 миллионов человек в возрасте до 60 лет (www.who.int/ru/index.html). Эти 9 миллионов в год ВОЗ оценивает, как «потенциально предотвратимые случаи преждевременной смерти». Стоит задача значительно снизить заболеваемость тяжелыми

Гомеопатический метод неоднократно доказывал свою эффективность при лечении различных болезней: «Следует сразу отметить, что существует достаточное количество хорошо документированных клинических случаев излечения с помощью гомеопатии. Кроме того, в открытых исследованиях и целенаправленных наблюдениях за клиническими случаями неоднократно удавалось показать эффективность гомеопатического метода при самых различных, в том числе и тяжелых, состояниях [15, 11, 2, 13]»².

неинфекционными болезнями у людей до 60-летнего возраста.

² Головатюк А. В., Титиева Н. М. Опыт проведения рандомизированных плацебо-контролируемых испытаний в гомеопатии // Журнал «Традиционная медицина», 2007. №3. С. 13-17.

Самуэль Ганеман, основатель гомеопатии, явился инициатором использования гомеопатических препаратов для предупреждения болезней. В XIX веке основной причиной заболеваемости и смертности были инфекционные болезни, особенно эпидемические. Ганеман создал и применил специальную методику назначения лекарств для лечения и профилактики этих болезней. Эта методика имеет свои отличительные признаки: в ней нет индивидуального подхода к назначению лекарства пациенту, отсутствует индивидуальная специфичность действия лекарств, а симптомы отдельного пациента рассматриваются как фрагмент общей совокупности симптомов эпидемии (§100-102 «Органона» Ганемана: www.1796kotok.com/homeopathy/works/organon4.htm).

По наблюдению Ганемана, гомеопатическое лекарство при эпидемии оказывало профилактическое действие на всех пациентов из группы риска, без индивидуальной специфичности: «До 1801 года гладкая скарлатина Сиденгама, периодически распространявшаяся эпидемиями среди детей, поражала каждый раз без исключения всех детей, которым удалось избежать заражения в предыдущую эпидемию. Во время сходной эпидемии, очевидцем которой я был в Кенигслюттере, напротив, все дети, своевременно принявшие небольшую дозу белладонны, избежали поражения этим крайне заразным детским заболеванием». («Органон», примечание к §33)

Относительно эпидемии холеры Ганеман пишет: «Вышеназванный препарат из меди [B] совместно с хорошей и умеренной диетой и должным вниманием к чистоте [E] является наиболее эффективным и подходящим препаратом [C]; здоровым людям следует принимать его [F] раз в неделю по одной грануле (купрум металликум 30C) [D] утром натощак, ничего не пить сразу после этого, но этого не следует делать до тех пор, пока эпидемия [A] не будет непосредственно вам угрожать [G].» Эти рекомендации Ганемана можно рассматривать, как общую модель профилактики болезней с помощью гомеопатических препаратов. В цитате латинскими буквами отмечены **принципы гомеопатической профилактики**:

[A] — наличие эпидемии тяжелого заболевания;

[B] — гомеопатический препарат для предупреждения эпидемического заболевания (эпидемическое *similium*);

[C] — гомеопатический препарат с целью профилактики назначают без индивидуального подбора, но эффективность и безопасность профилактического препарата нужно предварительно доказать;

[D] — рекомендованные периодичность приема, доза и разведение профилактического препарата;

[E] — гомеопатическую профилактику нужно сочетать с другими эффективными методами профилактики;

[F] — гомеопатический препарат с целью профилактики болезни назначают людям, которые не болеют этим заболеванием, в том числе практически здоровым людям;

[G] — гомеопатическая профилактика болезни показана только людям, которые принадлежат к группе риска этого заболевания.

Эта цитата Ганемана приведена в статье Розмари Хайд о гомеопатической профилактике Хайд: «Мы отметим две важные концепции в профилактическом использовании гомеопатических препаратов Ганеманом:

а) препараты являлись эпидемическим *similium* (это были препараты, применяемые при эпидемии, т. н. «genus epidemicus»)..

б) Ганеман не «вакцинировал» все население, а лечил людей, которые были наиболее подвержены заболеванию». (www.1796kotok.com/prophylaxis/hyde.htm).

В статье Р. Хайд приведены документально подтвержденные примеры успешного применения методики Ганемана с целью профилактики при эпидемиях различных инфекций. Например: «...д-р Артур Хилл Гриммер, описывал в журнале «The Layman Speaks» (№ 3, 1952 г.) свой метод гомеопатической профилактики во время эпидемии полиомиелита. Профилактическое лечение состояло из одной-единственной дозы латируса сатива 30C один раз месяц в течение 3-х месяцев во время эпидемии. После 3-й дозы 30C потенции он рекомендовал для детей две дополнительные месячные дозы того же препарата 200C потенции. Затем следовало принять одну дозу 1M потенции через 2 месяца после 2-й дозы 200C потенции, а после этого принимать по одной дозе 10M потенции 2 раза в год следующие 5 лет. <...> Успех д-ра Гриммера, впо-

ледствии повторённый с подобным результатом при больших эпидемиях полиомиелита в Южной Америке, прошёл незамеченным в США, хотя он предвосхитил аллопатическую вакцину более чем на десятилетие».

В настоящее время основной причиной смертности являются неинфекционные болезни, статистика заболеваемости говорит о растущей эпидемии этих болезней¹. Следовательно, есть необходимость создать и применять методику назначения гомеопатических препаратов для профилактики наиболее распространенных тяжелых неинфекционных болезней. Возможно ли, чисто теоретически, создать такую методику?

При назначении гомеопатических препаратов нет принципиальных отличий между инфекционными и неинфекционными болезнями, потому что в гомеопатии первоначальной причиной любой болезни является нарушение жизненной силы пациента (См.: «Органон», §11). Основной принцип гомеопатии – закон подобия, *Similia similibus curantur*, при назначении лекарства по закону подобия также нет принципиальных отличий между острыми и хроническими болезнями².

О механизме профилактического действия гомеопатических препаратов Розмари Хайд в статье пишет: «Как гомеопатам, нам нужно помнить о центральной роли жизненной силы и её состояния для восприимчивости. Люди, чье конституциональное состояние сбалансировано и стабильно, подвержены меньшему риску заражения серьёзными эпи-

демическими заболеваниями». Эта мысль Хайд в той же степени относится к тяжелым неинфекционным болезням: «люди, чье конституциональное состояние сбалансировано и стабильно, подвержены меньшему риску» возникновения хронических неинфекционных заболеваний.

Из приведенных примеров успешной гомеопрофилактики тяжелых инфекций можно сделать вывод, что профилактическое действие гомеопатических препаратов улучшает противоинфекционный иммунитет, то есть, улучшает состояние иммунной системы. Для предупреждения неинфекционных болезней состояние иммунной системы также имеет большое значение, например:

«Между состоянием иммунной системы и возникновением и генезом развития злокачественных опухолей существует тесная связь. Об этом свидетельствуют следующие факты:

повышенная заболеваемость злокачественными новообразованиями среди лиц с первичными и вторичными иммунодефицитами;

повышенная частота возникновения опухолей в пожилом и старческом возрасте в связи с [в том числе] пониженной активностью иммунной системы;

наличие у больных с опухолями специфических противовирусных антител и лимфоцитов-киллеров, сенсibilизированных к опухолевым антигенам;

возможность экспериментального воспроизведения иммунитета к опухолям за счет введения антигенов или противоопухолевых антител;

возникновение опухоли при искусственном подавлении иммунитета.

Иммунная система, как известно, осуществляет функцию иммунологического надзора. Она постоянно следит за появлением клеточек-мутантов или мутирующих молекул, распознает их и уничтожает. В случае снижения активности иммунной системы или повышения частоты мутаций возникает возможность сохранения и размножения клеток-мутантов, т. е. образования опухолей» (*micro.moy.su*.)

Кроме специальных методик назначения гомеопатических препаратов с целью профилактики, в гомеопатической литературе описано «превентивное гомеопатическое лечение». В этом случае профилактика крайне

¹ «По прогнозам ВОЗ, за период 2006-2015 гг. число случаев смерти от неинфекционных болезней в мире возрастет на 17%» (*demoscope.ru*).

² По мнению Ганемана, отличие только в том, что при хроническом заболевании симптоматическая картина менее яркая, поэтому необходимо более тщательно исследовать симптомы пациента: «Исследование при хроническом заболевании будет отличаться только тем, что в случае острого заболевания симптомы сразу оказывают на нас сильное воздействие, быстро становятся доступными восприятию и поэтому <...> гораздо меньше вопросов и времени требуется для того, чтобы составить представление о болезни. При хроническом же заболевании, развивающемся постепенно в течение нескольких лет, гораздо сложнее выявить достоверные симптомы» («Органон», §82).

тяжелых болезней – это положительный побочный эффект лечения гомеопатическими препаратами не тяжелых болезней. Приведу мнение Эдварда Уитмонта: «Всякий защитник гомеопатии в этом отношении непременно сталкивается с вопросом: может ли гомеопатия лечить рак, лейкемию или менингит и имеем ли мы в арсенале своих средств нечто такое, что позволит нам померяться силами с современной химиотерапией и антибиотиками. <...> Все это по большей части бывает основано на пренебрежении тем фактом, что многое инкурабельное может быть предупреждено средствами гомеопатии, и именно в сфере превентивной терапии гомеопатия просто и абсолютно не имеет себе равных»¹. Это практическое наблюдение Уитмонта подтверждает возможность предупреждения тяжелых неинфекционных болезней с помощью гомеопатических препаратов².

«Одним из первых плацебо-контролируемых клинических испытаний с использованием гомеопатических препаратов, в современном смысле этого слова, можно считать испытание профилактического и лечебного действия потенцированных препаратов на последствия действия иприта на кожу [12]. Такой интересный, безусловно обусловленный военным временем эксперимент показал, что использование иприта С30 перед экспозицией газа может в значительной степени защитить от токсического воздействия. Кроме того, было установлено, что применение препарата *Rhus toxicodendron* С30 способно достоверно ускорить процесс заживления пос-

ле воздействия иприта»³. Таким образом, в этом плацебо-контролируемом исследовании было доказано профилактическое действие гомеопатического препарата в отношении неинфекционного заболевания (поражения ипритом).

Можно сделать вывод, что для создания методики назначения гомеопатических препаратов с целью профилактики неинфекционных болезней нет принципиальных теоретических препятствий. В решении этой задачи есть только одна практическая сложность. Гомеопатические препараты назначают на основании совокупности симптомов. У инфекционных эпидемических болезней (скарлатина, холера, полиомиелит) и у поражения ипритом есть четко очерченная клиническая картина. В отличие от этих болезней, клиническая картина наиболее распространенных тяжелых неинфекционных болезней имеет слишком большие индивидуальные отличия.

Наиболее распространенные тяжелые неинфекционные болезни (сердечно-сосудистые заболевания, рак, хронические респираторные болезни и сахарный диабет) в гомеопатии относят к хроническим миазматическим болезням. В §102-103 «Органона» Ганеман пишет о сходстве методик для лечения хронических миазматических болезней и для лечения острых эпидемических болезней⁴. Методики лечения этих групп заболеваний в значительной мере сходны, что дает основание для создания общей методики профилактики тяжелых неинфекционных болезней по аналогии с методикой Ганемана

¹ E. Whithmont. *Psyche and Substance: Essays on Homeopathy in the Light of Jungian Psychology*. Berkley, California, 1983. Приведена цитата из главы «Проблемы лекарственных назначений при хронических заболеваниях», из части III «Практическая работа». Перевод нескольких глав этой книги опубликован на сайте: www.similia.ru/gomeopat/fundamental.htm

² Преимущества профилактических методик назначения препаратов (по сравнению с превентивным лечением): нет необходимости индивидуально подбирать гомеопатическое лекарство для каждого пациента, отсутствует индивидуальная специфичность действия препаратов, гомеопатические препараты с целью профилактики можно назначать практически здоровым людям из групп риска тяжелых болезней.

³ Головатюк А. В., Титиева Н. М. Опыт проведения рандомизированных плацебо-контролируемых испытаний в гомеопатии // Журнал «Традиционная медицина», 2007. №3. С. 13-17.

⁴ Ганеман пишет не о сходстве этих разных групп заболеваний, он сравнивает методики назначения лекарств. В §102 «Органона» он пишет об эпидемических болезнях: «... при первом случае эпидемической болезни, который стал известен врачу, врач не может сразу получить полного представления об этом заболевании, поскольку только в результате внимательного наблюдения нескольких случаев каждого такого коллективного заболевания он может узнать совокупность его признаков и симптомов». В §103 он пишет о хронических миазматических болезнях: «...при этих заболеваниях у одного пациента обнаружи-

для профилактики эпидемических болезней. Методика для профилактики тяжелых неинфекционных болезней должна сочетать те же два свойства:

— оказывать действие, аналогичное гомеопатическому *similium*;

— не иметь индивидуальной специфичности действия лекарств.

В 2010 году я делал доклад в Москве на научной конференции «Философские проблемы биологии и медицины: фундаментальное и прикладное». «Предложенный в докладе метод профилактики тяжелых неинфекционных болезней основан на явлении, которое возникает при одновременном совместном действии различных гомеопатических препаратов, то есть, относится к плюрализму. Лечебное действие таких комплексов лекарств аналогично действию гомеопатического *similium*, при этом не имеет индивидуальной специфичности действия, которая характерна для гомеопатических препаратов»¹.

Текст этого доклада «Метод профилактики рака и других тяжелых неинфекционных болезней на основе холизма и гомеопатии» опубликован на сайте журнала «Холизм и здоровье» (journal.celenie.ru/index.php/publications/5-homeopathy/66-yasinchuk-onko), приведу фрагменты этого доклада:

вадается также лишь часть их симптомов; у второго, третьего и так далее проявляются некоторые другие симптомы, которые также являются не более чем частью совокупности симптомов, полностью представляющей это заболевание. Таким образом, все множество симптомов, относящихся к такой миазматической хронической болезни, и особенно к псоре, может быть установлено в результате наблюдения очень многих пациентов, пораженных такой хронической болезнью». Значительное сходство между методиками лечения хронических миазматических болезней и острых эпидемических болезней дает основание предположить аналогию также и между методиками для профилактики этих групп заболеваний.

¹ Джереми Свэйн, Декан Лондонского Факультета Гомеопатии, пишет о плюрализме в гомеопатии: «Этот метод основан на сочетании различных препаратов, причем считается, что лекарства оказывают синергичное действие, усиливая эффект друг друга. Этот метод довольно широко распространен в Великобритании, особенно среди гомеопатов-врачей, для которых характерен

«Статистика заболеваемости говорит о растущей эпидемии тяжелых неинфекционных болезней, следовательно, для их профилактики, в дополнение к общепринятым, нужны принципиально новые подходы, которые современная наука может взять из важных направлений европейской медицины: витализма и гомеопатии («новое - это забытое старое»). В современной философии науки идеи витализма являются частью философии холизма. Согласно представлениям витализма и гомеопатии, различные болезни из группы злокачественных новообразований имеют одну первоначальную причину — нарушение жизненной силы пациента. Если до развития в организме структурных изменений, устранить эту общую причину с помощью регулирующего (динамического) действия гомеопатических препаратов — можно предупредить все разнообразные болезни этой группы.

Большинство злокачественных опухолей моноклональны, то есть развиваются из единственной опухолевой клетки. На самой ранней стадии иммунная система может обнаружить и уничтожить опухолевые клетки. На основе гомеопатических лекарств можно создать препараты для улучшения противоопухолевого иммунитета и назначать их с целью первичной профилактики рака людям из групп онкологического риска. В докладе приведены теоретические аргументы, что в гомеопатии есть уникальные возможности для эффективной и безопасной профилактики тяжелых неинфекционных болезней. Например, уникальное свойство гомеопатических препаратов состоит в том, что они не оказывают токсического и аллергенного действия на организм, даже при длительном приеме.

В докладе предложено для создания метода профилактики провести научные исследования лечебного и профилактического действия гомеопатических препаратов с помощью методов доказательной медицины, следовательно, предложенный подход является научным. Отсутствие индивидуальной специфичности действия препаратов упрощает эти

эkleктический и прагматический подход и которые адаптируют методику гомеопатического назначения под свою клиническую стратегию» (Свэйн Д. Гомеопатический метод. М.; Гомеопатическая медицина, 2002. С.178).

исследования и позволяет применить методы доказательной медицины».

Принципиально новые подходы к профилактике неинфекционных болезней особенно необходимы в онкологии: заболеваемость злокачественными новообразованиями в России «на протяжении последнего десятилетия увеличилась на 14 процентов, а ежегодный прирост смертности составляет до 1,5 процента» (medportal.ru). Вследствие того, что в современной медицине нет эффективных и общедоступных методов первичной профилактики злокачественных новообразований, в онкологии на первое место ставят вторичную, а не первичную профилактику: «Основой профилактики рака всегда была и остается вторичная профилактика – раннее выявление и своевременное лечение больных. Главная задача профилактики злокачественных опухолей сводится к активному выявлению и лечению больных предопухолевыми заболеваниями и выявлению и лечению больных раком в ранней стадии» (onkoklinika.ru)¹.

Приведу мнение ученого-онколога, член-корр. РАМН В. Ф. Семиглазова: «У современной медицины пока ограничены возможности контролировать заболеваемость раком, поскольку в большинстве случаев неизвестны точные механизмы развития злокачественных опухолей. Но уже сейчас есть все средства для того, чтобы снизить смертность среди пациентов, а также, что немаловажно – и стоимость лечения. Финансировать нужно прежде всего мероприятия, которые способствуют раннему выявлению онкологических заболеваний» (см: «Задача снизить смертность», medportal.ru).

Вторичная профилактика рака влияет, в основном, на смертность от злокачественных новообразований, но мало влияет на первичную заболеваемость этими болезнями. Несмотря на успешное развитие диагностических и лечебных методов онкологии и онкогематологии, заболеваемость злокачественными новообразованиями растет во всех возрастных группах. Эффективные методы

первичной профилактики болезней позволяют значительно снизить заболеваемость².

Ученый-онколог, профессор А. П. Ильницкий пишет: «Ведущую роль в снижении онкологической заболеваемости должна играть первичная профилактика рака (ППР) <...> мероприятия ППР должны быть направлены как на нейтрализацию эффектов действия окружающей среды, так и на учет и коррекцию биологических особенностей самого организма (наследственная и приобретенная предрасположенность к возникновению опухолей, возрастные изменения) <...>. Вместе с тем, ни в России, ни за рубежом первичной профилактике рака не уделяется должного внимания (правда, в экономически развитых странах этот феномен проявляется в значительно меньшей степени)» (www.ppr-info.ru).

Многие важные факторы риска злокачественных новообразований устранить невозможно, например: наследственная предрасположенность, экологическое и радиоактивное загрязнение окружающей среды, возраст старше 45 лет, сильный психоэмоциональный стресс. Следовательно, в группах повышенного онкологического риска есть показания для приема препаратов, которые улучшают противоопухолевый иммунитет, в том числе у практически здоровых людей. Особенно показаны такие препараты людям, у которых есть сочетание нескольких факторов онкологического риска³.

¹ «К предраковым относятся заболевания, характеризующиеся длительным (хроническим) течением дистрофического процесса, и доброкачественные новообразования, имеющие тенденцию к малигнизации» (www.amclinic.ru).

² Первичная профилактика злокачественных новообразований – междисциплинарная проблема в медицине, ее решение невозможно в рамках какой-либо «узкой» врачебной специальности, в том числе только в рамках онкологии, гематологии и т. п. Первичная профилактика наиболее распространенных тяжелых неинфекционных болезней – это одна из задач врачей общей практики (семейных врачей). В семейной медицине есть методики активного выявления людей из групп риска этих болезней, методики созданы при участии специалистов из различных разделов медицины. (Я прошел специализацию по общей врачебной практике на кафедре семейной медицины Самарского Медицинского Гос. Университета.) Методы первичной профилактики тяжелых неинфекционных болезней могут применять в своей работе участковые терапевты и педиатры.

³ Показания для назначения гомеопатических пре-

Для профилактики неинфекционных болезней препараты нужно принимать длительно, поэтому эффективность и безопасность профилактических препаратов должны быть научно доказаны, стоимость препаратов должна быть доступная¹. В качестве примера можно привести длительный прием витаминов с целью профилактики, если полноценное питание невозможно (эти же витамины, по другим показаниям и в другой дозе, применяют также с целью лечения).

Эффективная первичная профилактика злокачественных новообразований позволяет значительно сократить расходы на диагностику и лечение этих болезней. В. Ф. Семиглазов приводит следующие факты: «Препараты в области онкологии, которые производятся сейчас в нашей стране, можно пересчитать по пальцам. С этим связан недостаток приемлемых по цене, доступных для населения лекарств. На закупку импортных препаратов выделяются огромные суммы, но их все равно не хватает. Например, существует относительно новый препарат “Герцептин” который показан больным раком молочной железы с высокой экспрессией гена HER2. Годовой курс стоит около 2 миллионов рублей. У нас раком молочной железы ежегодно болеет около 50 тысяч женщин, примерно у 12,5 тысяч этот ген есть. Значит, для того, чтобы обеспечить их лекарством, нужно порядка 25 миллиардов рублей, и это только на один препарат» (medportal.ru).

««Почти 80% случаев смерти от неинфекционных заболеваний приходится на страны с низким и средним уровнем дохода», – заявила генеральный директор ВОЗ Маргарет Чань, официально представившая доклад на Форуме в Москве. М. Чань сказала, что в ряде стран неинфекционные заболевания – насто-

ящая катастрофа для сферы здравоохранения, общества и прежде всего для экономики. Она добавила, что хронические болезни наносят двойной удар по развитию – они приводят к потерям национального дохода на миллиарды долларов и обрекают миллионы людей на нищету» (www.unic.ru).

Методы первичной профилактики эффективнее снижают заболеваемость, они безопаснее для пациентов и экономически выгоднее – «болезнь легче предупредить, чем вылечить». Поскольку в современной медицине нет эффективных, безопасных и общедоступных методов первичной профилактики рака², хочу обратить внимание ведущих ученых-онкологов, руководителей здравоохранения на необходимость создавать и внедрять принципиально новые методы первичной профилактики злокачественных новообразований³.

² Ученый-онколог, д.м.н. В. Г. Беспалов приводит следующие факты: «К лекарственным препаратам для химиопрофилактики рака в настоящее время предъявляются жесткие требования: высокая эффективность по снижению риска рака одной или нескольких локализаций, доказанная в длительных клинических исследованиях; отсутствие токсического и побочного действия; возможность многомесячного и многолетнего применения; желательно дополнительное благоприятное действие, ощутимое в более короткие сроки. Ни один из перечисленных препаратов [аспирин, тамоксифен, ретиноиды, дибазол, препараты кальция, метионин, ацетилцистеин, фитин, финастерид, мелаксен, пептидные препараты] не отвечает всем требованиям и не является идеальным средством для химиопрофилактики рака. Однако, пока лучших онкопрофилактических лекарств нет, в клинической практике могут применяться вышеназванные» (Беспалов В. Г. Индивидуальная профилактика рака. 2001. Глава «Лекарственная профилактика рака», www.piter-press.ru)

³ Я выслал в Агентство Стратегических Инициатив (www.asi.ru) 30.09.11 мой проект «Создание и производство препаратов для профилактики рака и других тяжелых неинфекционных болезней у людей из групп риска». Новые научные методы первичной профилактики злокачественных новообразований, создаются крайне редко по сравнению с методами диагностики и лечения этих болезней.

паратов с целью профилактики болезни названы в принципах гомеопатической профилактики [A], [F] и [G] из приведенной выше цитаты Ганемана.

¹ Гомеопатические препараты применяют уже более 200 лет. Изготавливают их, в частности, в отечественных гомеопатических аптеках. Лекарства эти общедоступные, они не загрязняют окружающую среду, технология их производства экологически чистая.

Andrey A. Yasinchuk. Prevention of the most abundant severe noninfectious diseases by homeopathic medicines

Summary

Homeopathy has a wide experience of medicine use for the purpose of infectious diseases prevention. The article offers to create a prevention method for severe noninfectious diseases making use of this experience. For method creation, ideas of vitalism and homeopathy about aetiology of these diseases, data of literature about practice of homeopathic preparations for the purpose of prevention and original observations from medical practice are offered. The article describes theoretical justification of due prevention method and there are offered scientific researches with purpose of creation of medicines for primary prevention of severe noninfectious diseases, among other things malignant neoplasms and pancreatic diabetes.

Keywords: noninfectious diseases, primary prevention, homeopathy, vitalism, oncology, pancreatic diabetes.

КРЕМС Вера Дмитриевна,
ЛОЗКО Ольга Леонидовна

ДОМ ЛЮБВИ ИЛИ НЕУСТАННЫЙ ТРУД

«Горе всем любящим, у которых нет еще высоты,
которая выше их страданий»

Фридрих Ницше

Аннотация

В журнале «Холизм и здоровье» № 5 за 2011 год была помещена статья «Особый ребенок». Мы продолжаем начатую тему семьи с «особым» ребенком. Итак, рассказ о семье Кремс Веры Дмитриевны, ее дочери Оле и их окружении, об их радостях и достижениях, учителях и друзьях. Нет ничего красивее в этом мире женщины с ребенком. Мать несет дитя к людям. Боль в ее глазах означает страх за его будущее в этом мире. Это боль всех матерей. Все мы несем детей к людям и где мера, какой матери боль горше? Некоторые считают аутизм не заболеванием, а вариантом развития. Возможно. Вере Дмитриевне увиделось: если идешь на контакт с аутистом с высокой меркой их эмоционального и интеллектуального развития – он столько же тебе и покажет. Если ты его не поймешь – он от тебя закроется, и ты не увидишь ни его глаз, ни его мимики, не услышишь его речи. Или, как с ее дочерью, она затыкала уши пальцами, закрывала лицо ладонями, не реагировала даже на неожиданный звон колокольчика сзади, так что исследователь начинал думать об отсутствии у нее слуха.

Ключевые слова: аутизм, мутизм, реабилитация, социальная адаптация, семья, семейная терапия, арттерапия, общение.



«Семья ведь тоже создается, а не дается готовой...
Созидается же семья неустанным трудом любви»

Федор Достоевский

*Счастлив тот, кого чужая беда научила
быть осторожным.*

Двухлетнему ребенку был поставлен диагноз по телефону, а так как аутизма как нозологической единицы в нашей стране не существовало, то этим диагнозом стала шизофрения. Двигательное беспокойство ребенка, почти полное отсутствие сна, трудное засыпание, частые крики и плач не способс-

твовали гармонии в семье. Все больше нарастало беспокойство за ребенка, и мать обратилась к другому специалисту, который внимательнее отнесся к осмотру ребенка. Он отметил, что по общему развитию девочка опережала сверстников (в 7 месяцев знала более 50 слов, а в 10 месяцев рассказывала сказки и басни И. Крылова). Быстрое развитие он считал нормой, порекомендовал как можно

¹ В качестве иллюстрации использована работа Галины Русак «Святое семейство» Галина Русак (1955 г) – петербургский художник. Alma mater – художественное училище Белоруссии. Участ-

ник многочисленных выставок, зарубежных и российских. Сейчас почти не выставляется, поскольку работы «уходят» к ценителям практически не успев просохнуть. <http://artgallery1445.ru/galereya/rusak-galina/>

больше гулять и не отдавать ребенка в детское дошкольное учреждение. Полностью выполнить рекомендации доктора не получилось, надо было выходить на работу, и Олю отдали в ясли, где она смогла пробыть всего лишь три дня. Раздраженные гиперактивностью ребенка воспитатели нечаянно вывихнули ей руку и отправили в больницу. После этого случая Оля отказалась говорить, заявив матери, что «люди плохие». Однако мутизм был избирательным.

Процесс воспитания в семье, школе и в обществе можно представить в виде трех сил. Активная сила – субъект, всегда жаждущий воспитывать: родитель, педагог и т. д. Пассивная сила – объект воспитания, ребенок. Катализатор воспитательного процесса – тре-



Влад (16 лет) с Олей

тья сила, без которой процесс невозможен, есть любовь. Любовь как воздух. Она всюду. И так же как воздух может быть затхлым или свежим, горным или морским, так и любовь может быть удушающей или освежающей, укрепляющей.

Может быть, иногда достаточно вспомнить о любви, и процесс созидания благополучной семьи пойдет сам?!

Вера Дмитриевна вспомнила благополучную семью. Сначала мать пришла к ним в дом познакомиться с десятилетней дочерью Веры Дмитриевны. Было ощущение, что в дом ворвался теплый вихрь. Худенькая, небольшого роста с сияющими добрыми глазами, она тотчас же спряталась в шкафу и просила девочку искать ее, а потом они валялись на полу, смеясь и радуясь встрече. Все произошло так быстро, что Оля, не задумываясь, включилась в эту игру.

Затем пришел ее пятнадцатилетний сын Владик. Пришел с опозданием и сказал:

– Я был аутичным. Теперь я вышел из этого состояния. Могу помочь.

– Почему опоздал?

– Меня ограбили в трамвае. Я держал в кулаке в кармане деньги. Подошли мальчики и сказали, чтобы я отдал деньги. Я им отказал. Тогда они залезли в карман и отобрали.

– Люди были в трамвае?

– Да!

– Они как-то отреагировали?

– Нет. Они молчали.

Мальчик был прелестным – семьи общались года три, затем его семья уехала в США на постоянное место жительства. Тогда мальчику было 16 лет. Там он освоил английский язык и стал работать посыльным. Формировалась эта семья усилиями и сотрудничеством обоих родителей и этим был обусловлен



Влад (20 лет) с мамой в США

успех. Руководствовались они в своей работе рекомендациями и методикой американского психолога Барри Кауфмана¹. Вот основные узлы их программы:

1. Человек, который занимается с ребенком, должен хотеть этого.

2. Каждым своим словом и действием показывать ему постоянно, как вы его любите, доверяете ему. Любите его мир, но вовлекая его в другие дела, желайте показать ему наш мир, ваш мир, наши – веселье, радость, любовь.

Помните! Любовь к ребенку должна присутствовать в каждом вашем движении, в каждом вашем слове, в каждом вашем взгляде.

3. Родители должны постоянно заботиться о своем комфортном самочувствии.

¹ Барри и Самария Кауфман, профессиональные психологи, разработавшие систему тренингов “The Option Process” для взрослых, желающих изменить свою жизнь, столкнулись с проблемой аутизма на собственном опыте.

4. Создавать добрую, веселую обстановку дома и всюду вокруг своей семьи.

5. Родители должны быть энергичными и находиться в состоянии постоянной готовности.

6. Иметь постоянно веселое лицо с богатой и разнообразной мимикой и сияющими, полными любви глазами.

7. Проявлять максимум изобретательности, общаясь с ребенком, и друг с другом.

8. Повторять аутичные движения детей.

9. Затем, изучив его интересы, переключать на другие интересующие его предметы и действия.

10. Изменять программу развития в зависимости от состояния ребенка.

11. Стараться работать с ребенком, сменяя друг друга каждый час, по 8-10 часов в сутки. Не оставлять ребенка одного в его мире.

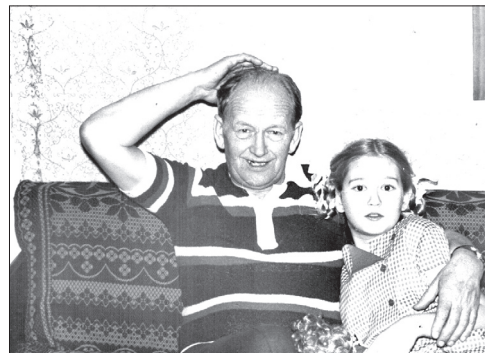
12. Чаще надо использовать физический контакт, а для совсем аутичных детей – более частое и более тесное соприкосновение с ним.

Вера Дмитриевна водила Олю заниматься в группе аутичных детей у Ирины Ивановны Мамайчук¹. Дети и родители общались друг с другом. Родителям казалось, что его ребенок менее травмирован и более перспективен. Некоторые были готовы процесс реабилитации отдать полностью другому человеку, не учитывая, что роль семьи весьма велика. Если не поставить перед собой задачу – изменить взаимоотношения в семье – ничего достичь не возможно.

¹ **Мамайчук Ирина Ивановна** – доктор психологических наук, профессор кафедры медицинской психологии и психофизиологии факультета психологии Санкт-Петербургского Государственного Университета, ведущий специалист по детской и подростковой клинической психологии, внештатный эксперт-психолог. Автор известных книг по коррекционной работе: «Психологическая помощь детям с проблемами в развитии» (СПб, изд. «Речь», 2006 г.), «Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии» (СПб, изд. «Речь», 2006 г.), «Помощь психолога ребенку с задержкой психического развития» (СПб, изд. «Речь», 2004 г., в соавторстве), «Помощь психолога детям с аутизмом» (СПб, изд. «Речь», 2007 г.). Основные публикации: «Психология дизонтогенеза и основы психокоррекции», «Психологическая помощь детям

Мама Оли активно использовала эти рекомендации – надевала наряды, подобные цыганским, и под музыку танцевала перед мужем и дочерью по два часа в день. Даже супруг считал, что это приятнее, чем смотреть подобное по телевизору. Дочь же просто включалась в танцевальное действо. Благодаря этому они смогли впоследствии танцевать с нею на занятиях в группе родителей и детей.

Мать сочиняла сказки и истории, рассказывала их в лицах, а благодарностью были сияющие глаза ребенка и восторг папы. Она много и часто пела – дочь артикулировала, «заглядывая ей в рот». Отец тоже стал петь.



Оля (9 лет) с папой

Прежде все было иначе. Вот случай, когда Вера Дмитриевна принесла домой коробку с дефицитными хрустальными рюмками. Показала свекрови, мужу и положила коробку на сервант. Ребенку тогда исполнился 1 год. Олю не приняли в расчет как члена семьи. До сих пор не понятно, как ей удалось забраться на сервант. Долго, молча, ребенок стоял на шкафу в ужасе, ожидая помощи, а на полу валялась коробка с разбитыми хрустальными рюмками. Мама же не смогла понять состояние ребенка, расстроилась в первую очередь из-за разбитой посуды. Накричала на дочь, а та в ответ разрыдалась и не смогла простить такой жестокости, «ушла». Часто мать просила в сердце своем Олю: «Прости, доченька! Прости! Не стоят эти стекляшки твоих слез!»

Через несколько лет у девочки вдруг наступил взрыв ненависти к хрусталу, Оля колотила самые любимые мамины вещи. Вера

и подросткам с проблемами развития», «Экспертиза личности в судебно-следственной практике. Учебное пособие», «Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии».

Дмитриевна вспомнила то давнее событие и обрадовалась, что хоть так девочка наконец-то смогла освободиться от давней обиды. Ведь все эти годы хрусталь держали под замком. Иногда Оля ставила хрустальный сосуд на пол на пути матери, и та в темноте натыкалась и разбивала его. Слава Богу, к тому времени уже было понимание, что долг за тот акт жестокости должен быть оплачен. Это было хорошим уроком, раньше мать не замечала своего деспотизма и авторитаризма: «Пойди, возьми, отдай, сделай!», без учета состояния дочери, ее желания и возможностей. Это было «восстанием» дочери против чрезмерной опеки. Маме всегда казалось, что дочь не сможет сделать, как мать хочет, и любое начатое дочерью дело, доводила до конца сама.

Как-то им удалось встретить мудрую мамашу. Она с трехлетним ребенком вышла из кабинета врача. В руках у девочки были ботиночки со шнуровкой. Мама ей сказала, что пойдет в гардероб за пальто, и предложила ребенку одеться самостоятельно и подойти за ней. Сколько было изобретательности и сноровки в действиях малышки – вся ответственность была на ней. Она справилась.

Еще один похожий случай. В гараже отец под машиной ремонтирует ее. Вокруг бегают двухлетний сын. «Папа, я писать хочу». – Из-под машины глухо раздается: «А я тут причем?» Малыш справился сам, отойдя в промежуток между гаражами. В той семье с аутичным ребенком решимостью обладал отец, он и поделился со мной своим опытом. Когда сыну было шесть лет, он дал ему деньги на мороженое, показал, где находится кафе. Объяснил, что можно переходить только по зеленому знаку светофора и сделал вид, что ушел. На самом деле он спрятался от сына и наблюдал. Мальчик перешел дорогу правильно, зашел в кафе и стал брать каждое мороженое и лизать его, чтобы узнать вкус. Его, конечно, выгнали и ничего не дали. В другой раз он отправил его пить кофе. Мальчик видел, что люди берут стаканы, сами открывают кран и наливают себе кофе. Он поступил как все, но не соблюдая очереди. Ребенок заворожено следил за тем, как горячий кофе переливается через край, течет со стола на пол до тех пор, пока это не увидели служители кафе. Но это был его опыт, который им был пережит и учтен в дальнейшей его жизнедеятельности.

Вера Дмитриевна попробовала повторить это опыт. История с кофе повторилась. Ощущение такое, что дети не могут лишиться себя удовольствия наблюдать за бегущей струей. Тогда они стали тренироваться дома во время останавливать кофейный поток. Потом вместе ходили в кафе, вместе учились стоять в очереди, а обязанности распределяли так: мама несла пирожки и расплачивалась, а дочь налиwała кофе и несла чашки к столику. Так как официант был занят денежными расчетами, то на девочку никто не обращал внимания, и она спокойно могла выполнить свою часть «действия».

В семье решили развивать самостоятельность ребенка и стали выпускать ее на прогулку одну. Под окнами стояла «Волга», на проезжей части гулял «самостоятельный» ребенок. По проезжей части ехал грузовик. Для Оли оставалось узкое пространство между двумя автомобилями. Она, плотно прижавшись спиной к «Волге», ждала, когда проедет грузовик. Из окна третьего этажа мама увидела, что ее ребенок в состоянии принимать самостоятельные решения.

Потом Оля гуляла с другими детьми, ее поведение было неадекватным и не понятным детям. Ее встречали криками: «Вот наша сумасшедшая идет!» Она в ответ добродушно улыбалась, а мама сумела понять детей, и это было великим достижением обоих.

Постепенно дети к Оле привыкли, стали ее понимать, и часто можно было увидеть девочку в гуще ребятнишек, сияющую от счастья общения со сверстниками. Ее поведение становилось все более адекватным. Ее приняли такой, какой она есть, и это было ее личной заслугой. С прогулки теперь она возвращалась сама. А когда мама уходила в магазин, то могла оставить ее на улице одну. Если мамы не было долго, девочка сама могла найти ее в магазине.

В другой раз по возвращении из магазина мать застала Олю во дворе чужого дома, играющей среди разновозрастных детей. Оля побежала к одному из ребят и крикнула: «Побежали!» Взявшись за руки, они помчались догонять кого-то из ребят. Старшая девочка объяснила тогда маме, что они не сразу смогли установить контакт с Олей. Сначала дети испугались, потом поняли и решили помочь. Они попросили разрешения посещать Олю

дома, посмотреть ее фотографии, рисунки и тетради. Дома они устраивали ей кукольные спектакли, учили современным танцам и подарил живого крохотного котенка.

Вот оно – благотворное влияние детского коллектива и способность детей самостоятельно принимать мудрые решения и следовать им!

Семья Веры Дмитриевны всегда была открыта людям. Частыми гостями были и аспиранты, и студенты кафедры общей психологии Санкт-Петербургского государственного университета. В одной из дипломных работ после наблюдения за Олей и общения с Верой Дмитриевной были сделаны следующие выводы.

«При личном знакомстве с Олей, выяснилось, что эта девочка обладает потрясающей интуицией. С первых минут она следила за мной недоверчиво и с опаской. Но почувствовав дружелюбное к ней отношение, Оля ответила мне тем же. Она гладила меня по голове и улыбалась. Мама девочки представила меня как учителя танцев, и мы танцевали под ее любимую пластинку «Буратино». Во второй раз я пришла к Оле со своими сокурсницами. Мы разговаривали, не обращая внимания на девочку, но было видно, что ей интересно следить за нами, она по-своему участвовала в беседе.

На основании наблюдений за Олей я сделала следующий вывод: для детей, страдающих детским ранним аутизмом, необходима индивидуально составленная программа обучения, отвечающая требованиям каждого аутичного ребенка. Для максимального использования всех возможностей ребенка такая программа должна строиться на уровне развития элементарных умений, в частности развития моторики, тогда как в других – может отвечать программам обучения массовых школ. Если у ребенка обнаруживаются какие-то избирательные способности, это обязательно должно быть учтено в составлении программы, так как специальное развитие его изолированных способностей может иметь огромное значение для будущей профессиональной ориентации»¹.

¹ Дипломная работа на тему: «Дифференцированная психологическая коррекция при эмоциональных нарушениях у детей», 1996 год. На-

Рисунок куба служит подтверждением того, что развитие аутичного ребенка подчиняется тем же законам онтогенеза, что и развитие нормального ребенка, есть только отступления от основной линии развития, которые, однако, каким-то образом компенсируются на разных этапах развития и различными способами, так как это зависит от уровня сохранности психики. Во-первых, соблюдается принцип развития (сначала куб развернутый, как у ребенка дошкольного возраста). А через два года Оля рисует его правильно. Это качественное изменение психики ребенка. Во-вторых, соблюдается закономерности онтогенеза – гетерохронность развития (разновременность становления различных психических характеристик). Эти характеристики универсальны и действуют на всех уровнях развития. В своем развитии аутичный ребенок проходит все те стадии, что и нормальные дети, может быть, с некоторым запозданием. Возможно, динамика его развития имеет другой темп, длительность и направленность. Возможно, что эти дети отторгают внешний мир, но по-своему они тоже социализируются. В их играх есть элементы приобретенного опыта. Они обучаемы, могут общаться с другими людьми, многие любят музыку и живопись. Внешне их развитие проявляется как стремление к лаонизму и символам.

Например, рисунок Оли в 9 лет – развернутый куб. Такие изображения обычно дети

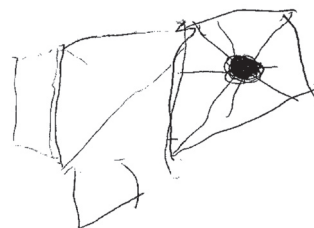


Рисунок Оли в 9 лет

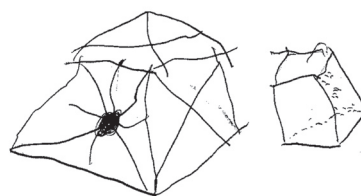


Рисунок Оли в 11 лет

учный руководитель – доктор психологических наук, профессор **И.И. Мамайчук**

рисуют трех-пяти летнем возрасте (по Пиаже)¹. К семи годам обычно у детей появляется уже объемное видение. Оля стала изображать объемный куб в 11 лет.

В группе детей с ранним аутизмом четко проявлялось недоразвитие коммуникативных навыков, а также выраженные нарушения системы семейного воспитания (высокий показатель по фактору «излишняя концентрация на ребенке» в методике PARI)². Особое значение имела работа с родителями.

Когда формируется семья, в особенности с ребенком, который отличается от других людей, во время роста ребенка необходимо акцентировать внимание не на нем. В семье необходимо создать образ главы. Бывает, что главой семьи становится женщина, но по русскому обычаю главой семьи чаще считается отец. Семилетнему ребенку поручались достаточно сложные задания, требующие самостоятельности. Например, Оля носила папе в чашке на блюдечке очень горячий чай. Чашка была налита до краев. Конечно, девочка могла пролить чай и обжечься, но она справлялась. В данном случае страх за ребенка должен отсутствовать. Мама ей говорила, что папа в семье самый главный, и о нем надо заботиться. Она это быстро усвоила, и, впоследствии, стала сама проявлять инициативу, не только приносила еду и чай, но и следила за порядком у него на столе и мыла пепельницу. Отец был счастлив. Ребенок чувствовал

себя нужным, и ощущение неполноценности уходило на задний план.

Вторым необходимым условием полноценной семьей является общая игра (домино, лото, карты и пр.), в которой должны участвовать все члены семьи. Семья Веры Дмитриевны играла в домино. Оля играла с удовольствием и часто выигрывала. Все, кто приходил в гости, тоже включались в эту игру. Одна знакомая семьи, которая имела ребенка с подобными изменениями, но немного младше, после очередного визита отметила появление у своей дочери примитивной речи и благодарила за данный ей пример.

Слабый ребенок должен включаться в процесс оказания помощи окружающим, тогда он становится сильнее и увереннее в себе. Сильным всегда делает человека необходимость, которая способствует его развитию.

Мы не можем изменить людей, но меняя свое отношение к ним, мы меняем события. «Наши дети... Мои дети... Мой ребенок...» У родителей часто возникает вопрос: «Почему же моего ребенка люди воспринимают по-разному и совсем не так, как хотелось бы нам, каким мы видим его?» Если не помнить, что восприятие другого человека может отличаться от своего собственного представления о себе и своем ребенке, это вызывает у нас негативные эмоции, разум запаздывает в осмыслении происходящего, и мы совершаем ошибки, которые калечат наших детей.

У нас есть право на ошибки, но у нас нет времени для повторения ошибок. Жизнь для этого слишком коротка. Мы внимательно контролируем наших детей, но очень часто забываем контролировать себя. Вера Дмитриевна поделилась с нами своим опытом: «Я совершила много ошибок и о многих ошибках говорю, преодолевая жгучее чувство стыда. Мне очень трудно выносить их на суд людской. Но в тот момент, когда гнев, раздражение, усталость затуманивали мой разум, я была уверена, что поступаю правильно, сбрасывая свой негатив на беззащитное дитя. И если с кем-то делилась, то механически, неосознанно выбирала для этой беседы человека, который сочувствовал мне, а не моему ребенку. Однажды умные люди мне сказали: «Развивайся сама, а по мере того, как ты будешь расти, ребенок будет тянуться за тобой! Детей надо воспитывать молча!...»

¹ **Жан Пиаже** (фр. Jean William Fritz Piaget; 19 августа 1896, Невшатель, Швейцария — 16 сентября 1980, Женева, Швейцария) — швейцарский психолог и философ, известен работами по изучению психологии детей, создатель теории когнитивного развития и философско-психологической школы генетической психологии (другое название — генетическая эпистемология). Википедияhttp://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B8%D0%B0%D0%B6%D0%B5,_%D0%96%D0%B0%D0%BD

² Методика PARI (parental attitude research instrument - методика изучения родительских установок) предназначена для изучения отношения родителей (прежде всего, матерей) к разным сторонам семейной жизни (семейной роли). Авторы — американские психологи Е.С. Шефер и Р. К. Белл. Эта методика широко использовалась в Польше (Рембовски) и Чехословакии (Котаско-ва). В нашей стране адаптирована Т. В. Нешерет

«С каждым годом аутистов становится больше. Детский невролог Минздрава Андрей Петрухин назвал аутизм одной из самых распространенных детских болезней. По его словам, в России им страдает один ребенок из тысячи. По словам Марины Бардышевой, практически в каждой группе детского сада есть ребенок с аутистическим расстройством. В других странах цифры также растут с огромной скоростью»¹.

Нам бы очень хотелось, чтобы пережитый и переработанный опыт жизни этой семьи и ее окружения был воспринят и учтен многими и многими родителями. Дети не наша собственность, они доверены нам свыше, и мы ответственные за их будущее развитие.

Записала Лозко Ольга Леонидовна

¹ БФ «Цветы Жизни» <http://www.newizv.ru/society/2012-05-28/164072-zamknutoe-prostranstvo.html>

Фотографии и Олины рисунки из архива семьи
Кремс Веры Дмитриевны

Vera D. Krems, Olga L. Lozko. House of love or constant work

Summary

Article «Particular child » was issued in issue 5 of «Holism and health» magazine of the year 2011. We continue topic of the family with «particular» child. So it is a story about family of Vera D. Krems, her daughter Olya and their surrounding, about their joy and achievements, teachers and friends. There is nothing more beautifully in this world that the woman with a child. Mother brings child to people. Pain in her eyes means fear for child's future in this world. It is all mothers' pain. All of us are bringing children to people, and where is a measure, the pain of which mother is more? Some people consider that autism is not a disease but developmental variation. It's possible. Vera D. Krems thinks, that if you contact with autist with high measure of his emotional and intellectual development - he demonstrates such development in reality. If you do not understand him - he will be closed for you and you will not see neither his eyes, nor his facial expressions, you will not hear his speech. Or, as with her daughter did, she stopped ears with fingers, closed her face with palms and was irresponsive even to an unexpected ring of a hand bell behind her, and researcher began to think that she was deaf.

Keywords: autism, mutism, rehabilitation, social adaptation, family, family therapy, art therapy, communication.

НАШИ АВТОРЫ

АКОПОВ Анатолий Юрьевич - психиатр, медицинский и социальный психолог, психотерапевт; зав. кафедрой социальной психологии Национального Гуманитарного Университета России (СПб), Руководитель консультативно-лечебного и реабилитационного Центра по освобождению от социально-психологических зависимостей, профессор практической психологии БПА, канд. мед. наук, д-р психол. наук, академик МААНОИ, БПА, МАИСУ, член Союза ученых СПб. Автор научных открытий в области медицинской психотерапии (2007 г.), общественных наук (2011 г.), научного изобретения в области психиатрии (2006 г.). Автор 150 статей и 4 книг по психиатрии, психологии и психотерапии.

Armelle JACQUET-ANDRIEU (Армелли ЖАКЕ-АНДРИЕ) является исследователем в Университете Парижа (Paris Ouest, UMR CNRS 7114, Models Dynamics & Corpus). После изучения языков и лингвистики, она защитила докторскую степень в области нейронауки /нейропсихологии и она также является клиническим и когнитивным психологом. Помимо проведения различных исследований и публикаций в области нормального и патологического языка, она проводит также исследования в смежной области когнитивной науки – теория и посредничество /реабилитация. Она также работает в области этики здравоохранения в сотрудничестве с лабораторией медицинской этики и судебно-медицинской экспертизы (EA 4569), в Парижском университете Декарта (Paris Descartes University)

ИВАНОВ-ВЫЗГО Даниил Алексеевич – в 1994 г. закончил СПб государственную медицинскую академию, в 1995 – СПб институт врачей-экспертов. Гомеопатической терапией занимается с 1994 г. Клиническая специальность – терапия; специализация – терапевт-гомеопат. Область научных интересов: клиническая симптоматология; логика и семиотика диагноза; принципы гомеопатической терапии хронических болезней; место инфекционной патологии в клинике внутренних болезней. Знание немецкого и английского позволяет работать с трудами классиков гомеопатии на языке оригинала; в настоящее время работает над переводом на

русский язык избранных лекарственных патогенозов из фундаментального труда основателя гомеопатии С.Ганеманна «Хронические болезни: их своеобразная природа и гомеопатическое лечение». Область практических интересов – гомеопатическая терапия хронической гастроэнтерологической, пульмонологической и дерматологической патологии.

ИСКРИН Михаил Андреевич – психолог-консультант, философ, религиовед. Руководитель Центра Развития Человека “Пик” – с момента его создания в 2003 году. Руководитель Центра “Архэ” – с момента его создания в 2010 году. Руководитель (совместно с проф. Чебановым С. В.), ведущий и ученый секретарь междисциплинарного эвристического семинара “Пределные вопросы” – с момента его создания в 2011 году. Координатор и ученый секретарь междисциплинарного эвристического семинара по Холистической Лечебной Деятельности под рук. проф. Креля А.А. – с 2007 года (с 2008 г. семинар проходит под рук. проф. Чебанова С. В.). Член Санкт-Петербургского Философского общества. Член Санкт-Петербургского Психологического общества, Санкт-Петербургского отделения Российского психологического общества.

Bernard CADET (Бернар КАДЭ) в настоящее время заслуженный профессор когнитивной психологии и количественного метода в университете Кана, Нижняя Нормандия (Франция). Его исследования лежат в области когнитивной парадигмы и, в основном, в исследовании суждения и принятия решения при неопределенности и оценки риска в сложных и динамических системах. Он соавтор и научный редактор Psychologie du risqué (Психология риска) (2006), Cognition, incertitude et prévisibilité (Познание, неопределенность и предсказуемость) (2008) и Psychologie du jugement et de la décision (Психология суждения и принятия решения) (2009).

Hanns KAISER (Ханс КАЙЗЕР) 1921-2012 – известный немецкий ревматолог и историк медицины, почетный член Немецкого ревматологического общества, почетный член Немецкого геронтологического общества, главный врач

Аугсбургского Westkrankenhaus (1963-1984), почетный профессор Мюнхенского технического университета (с 1975 г.), доктор медицинских наук.

КРЕМС Вера Дмитриевна – врач-фтизиатр, работала главным врачом Противотуберкулезного диспансера № 14 Невского района Ленинграда с 1970 по 1976 год. Оставив работу ради адаптации своего «особенного» ребенка в социуме, участвовала во всех развивающих занятиях своей дочери вместе с ней.

ЛОЗКО Ольга Леонидовна – ведущий специалист отдела опеки и попечительства Муниципального образования Светлановское, окончила Ленинградский институт текстильной и легкой промышленности им. С.М. Кирова по специальности инженер-технолог швейного производства, получила второе высшее образование по специальности социальная работа в Северо-Западной академии государственной службы при Президенте Российской Федерации, работала воспитателем, социальным педагогом, заведующей отделением социально-правовой помощи в Социально-реабилитационном Центре для несовершеннолетних, оставшихся без попечения родителей «Альмус», член Свято-Петровского малого православного братства.

НЕСМЕЯНОВ Анатолий Александрович – научный сотрудник ВМедА (СПб.), директор медицинского центра «Нордмед» (СПб.), Д.м.н. (1998). Профессор (1997). Академик ЕАЕН (2004) и РАЕН (2000), МАНЭБ – 1999), Международной академии информатизации (МАИ), 1995, АМТН (1997), Международной академии авторов научных открытий и изобретений (МААНОИ). Доктор философии в медицине по номенклатуре специальностей ЮНЕСКО (1996). Член-корреспондент Итальянской академии оториноларингологии (1991). Почетный

профессор информатики Университета Нанси (1991), профессор Академии проблем безопасности, обороны и правопорядка РФ (2001).

СЛАНЕВСКАЯ Нина Михайловна – кандидат политологических наук, директор Санкт-Петербургского Центра Междисциплинарной Нейронауки (<http://www.neuroscienceus.org>) почетный директор СЕДИМЕС (французский международный научный институт CEDIMES), имеет три образования – учитель музыки и фортепьяно, филолог-германист и политолог, преподавала английский язык и политологию (международные отношения) в Санкт-Петербургском государственном университете в течение 17 лет, автор ряда монографий, учебных пособий и статей на русском и английском языках, член редколлегии французского международного журнала и русского журнала «Холизм и Здоровье», член координационного совета научно-исследовательской ассоциации «Европейская наука» (Euroscience Association).

ЧЕБАНОВ Сергей Викторович – доктор филологических наук, профессор кафедры математической лингвистики филологического факультета СПбГУ, профессор кафедры теоретической и прикладной лингвистики Балтийского Государственного Технического университета (Военмех им. Д. Ф. Устинова). Автор более 260 публикаций (в т.ч. пяти книг).

ЯСИНЧУК Андрей Алексеевич. Закончил Днепропетровский медицинский институт в 1987 г. Первая врачебная специальность анестезиолог-реаниматолог. Официальное образование по гомеопатии получил в 1993 году (Киевский Институт Усовершенствования Врачей). Проходил обучение на Лондонском Факультете Гомеопатии в Москве. Изучал семейную медицину на кафедре СамГМУ. В настоящее время работает врачом-гомеопатом и семейным врачом в г. Тольятти.

Материалы публикаций принимаются в электронном виде на дискете или по электронной почте (E-mail): hldspb@yandex.ru с пометкой «Статья в журнал»

Рукописи статей не рецензируются и не возвращаются.

Ответственность за содержание статей несут авторы. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.

Подробно об условиях публикации статей в журнале «Холизм и здоровье» читайте в разделе «Авторы» на сайте журнала – <http://journal.celenie.ru>