

В.П. Самохвалов, О.А. Гильбурд, В.И. Егоров

# СОЦИОБИОЛОГИЯ В ПСИХИАТРИИ

УДК 616.895.8  
ББК 56.14  
Г 47

**Самохвалов В.П., Гильбурд О.А., Егоров В.И.**  
Г 47 Социобиология в психиатрии. – М.: Издательский дом Видар-М, 2011. – 336 с.  
**ISBN 978-5-88429-150-8**

В книге проблемы психиатрии и сущность психических расстройств рассматриваются с точки зрения социобиологии как науки о биологических основах социального поведения. Показано, каким образом естественный отбор регулирует соотношение вариантов аномального поведения. Представлены многочисленные факты селективных преимуществ носителей патологических генов. Приведена новая теория роли психических расстройств в эволюции культуры и биологической эволюции человека.

Книга предназначена для психиатров, психотерапевтов, психологов, биологов и всех, кого интересуют вопросы психики и поведения человека.

**УДК 616.895.8**  
**ББК 56.14**

**Samohvalov V.P., Gilburd O.A., Egorov V.I.**  
Sociobiology in Psychiatry – M: Vidar-M, 2011. – P. 336.  
**ISBN 978-5-88429-150-8**

In this book problems of psychiatry and reasons of mental disorders are considered from the point of view of sociobiology as science about biological bases of social behavior. It is shown, how natural selection regulates a polymorphism of abnormal behavior. The numerous facts of selective advantages of pathological genes are mentioned. The new theory of mental disorders' role to evolutions of culture and human biological evolution is presented.

It is recommended to psychiatrists, psychotherapists, psychologists, biologists and all whom interests in the questions of mentality and human behavior.

**ISBN 978-5-88429-150-8**

© О.А. Гильбурд, 2011  
© «Издательский дом Видар-М», 2011

# СОДЕРЖАНИЕ

---

Предисловие ..... 5

Введение ..... 9

## Часть I. ОБЩАЯ СОЦИОБИОЛОГИЯ

**Глава 1. Объекты и постулаты социобиологии ..... 15**

1.1. Общая теория генетической эволюции и естественный отбор ... 15

1.2. Размер группы ..... 24

1.3. Тенденция к группированию (*cohesiveness*) ..... 28

1.3.1. Внутривидовое группирование ..... 28

1.3.2. Межвидовое группирование ..... 31

1.4. Ранговая иерархия и дифференциация ролей ..... 32

1.5. Количество и виды коммуникаций ..... 41

1.6. Интеграция поведения ..... 42

1.7. Информационный поток и концепция психофизики поведения . 44

1.8. Время, посвященное социальному поведению ..... 45

1.9. Социальное облегчение ..... 47

1.10. Демонстративное потребление и социальная демонстрация ... 48

1.11. Адаптивность/дизадаптивность ..... 49

1.12. Филогенетическая инерция ..... 50

1.13. Экологическое давление ..... 52

1.14. Преадаптация ..... 53

1.15. Совокупная приспособленность ..... 55

1.16. Аллопарентальная забота о потомстве ..... 59

**Глава 2. Эволюционно-стабильные стратегии ..... 63**

2.1. Альтруизм ..... 68

2.2. Эгоизм ..... 75

2.3. Кооперация ..... 80

2.4. Агональность, в том числе агрессия ..... 87

2.5. Соотношения стратегий и смешанные стратегии ..... 103

2.5.1. Суицидальное поведение ..... 107

2.5.2. Поведение обмана и лжи ..... 114

2.5.3. Территория и миграция ..... 123

---

<b>Глава 3. Нейробиология и эволюция социального поведения</b> .....	<b>138</b>
<b>Глава 4. Гены и культура. Генно-культурная коэволюция</b> .....	<b>149</b>
4.1. Психопатология и теория двойной наследственности .....	158
4.2. Теория конкурирующей наследственности .....	166
4.3. Социобиология экономики .....	167
4.4. Социобиология политики .....	174
4.5. Социобиология религии .....	191

## **Часть II. ЧАСТНАЯ СОЦИОБИОЛОГИЯ**

<b>Глава 1. Этологические исследования в психиатрии и психологии</b> ..	<b>201</b>
1.1. Концепция и методы .....	201
1.2. Место этологии в системе наук о человеке .....	204
1.3. Культуральная антропология .....	207
1.4. Сравнительные исследования .....	209
1.5. Элементы и паттерны аномального поведения .....	210
1.6. Этологический метод в диагностике психических заболеваний	212
1.7. Клиническая этология и психиатрическая диагностика .....	225
1.7.1. Элементарные единицы поведения .....	226
1.7.2. Простые комплексы поведения .....	233
1.7.3. Динамичные элементарные и простые паттерны поведения .....	245
1.7.4. Сложные формы индивидуального поведения .....	245
1.7.5. Анализ невербального поведения у коренных .....	245
жителей севера в норме и при шизофрении	
<b>Глава 2. Социобиология шизофрении</b> .....	<b>250</b>
<b>Глава 3. Социобиология аффективных расстройств</b> .....	<b>288</b>
<b>Глава 4. Социобиология болезней зависимости</b> .....	<b>297</b>
<b>Послесловие</b> .....	<b>306</b>
<b>Библиография</b> .....	<b>309</b>

---

*Посвящается  
основоположнику социобиологии  
Эдварду Осборну Уилсону*

## Предисловие

---

**К**нига является итогом почти 30-летних исследований авторов в области биологической психиатрии. Этапами этой научной работы была генетика шизофрении, социобиология шизофрении, клиническая этология психических расстройств, эволюционная психиатрия. Все исследования объединены изучением поведения, языка и речи, а также представлением о том, что в эволюционном процессе психические расстройства играют особую роль. Для определения особенностей этой роли и применяется социобиологический подход, постулаты которого основаны на том, что человек является социальным существом, реализующим себя в процессе коммуникаций. Этот процесс включает индуктора (индукторов) информации и реципиента (реципиентов), а также сигналы индуктора (поведение и речь), предназначенные для их распознавания. Даже пребывая в состоянии одиночества, человек относится к себе как к собеседнику, то есть как к реципиенту. Кроме того, в процессе коммуникации присутствуют субъективная психологическая и объективная биологическая составляющие. Однако именно биологическую составляющую социальной коммуникации и изучает социобиология.

В биологии поведения, одним из направлений которой является социобиология, биологическое содержание коммуникаций связывают с тактильной, аудиальной, ольфакторной, визуальной и социальной коммуникациями. Последняя выделена как особый канал, так как она, как правило, связана с семьей, родом, группой, популяцией, межвидовыми (межпопуляционными) взаимодействиями. В ней проявляется наличие и взаимодействие всех названных выше каналов. Здесь уместно упомянуть о структуре поведения, характерной для этологии, как об оркестровой партитуре, в которой отдельные инструменты (каналы коммуникации) время от времени выступают как солирующие, но вместе они складываются в мелодический рисунок (социальное поведение).

Другой – этологический – подход предполагает, что поведение – это особый язык и в его основе лежат те же принципы. В нем существуют элементы (аналогичные буквам и знакам), которые складываются в простые паттерны (подобные слогам, словам, фразам), а последние в свою очередь образуют сложные (контекстные) формы поведения (монотематические фрагменты текста), разнообразные комбинации и последовательности кото-

---

рых обуславливают поведенческий континуум (целостный политематический текст). Таким образом, социальное поведение аналогично литературному тексту в стиле рассказа, повести, романа или мифа. Столь значительная его структурно-смысловая сложность предполагает возможность упрощения повествования до сюжета, который, по сути, отражает стратегию поведения. Такой сюжет можно анализировать, выделяя в нем главные линии поведения. Хотя данный подход почти полностью исключает психологическое содержание, он позволяет применять одинаковые методы анализа по отношению к разным биологическим объектам и видам. С помощью сравнительного метода в дальнейшем можно анализировать аналогии поведения человека и других видов, вплоть до насекомых (филогенетический аспект), сравнивать поведение в разные исторические эпохи (историогенетический аспект) и на разных стадиях развития (онтогенетический аспект). Роль аналогий в сравнительных исследованиях поведения впервые была обозначена К. Lorenz (1974) в нобелевской речи.

Так же как и в этологии, в социобиологии используются неэкспериментальные методы исследования поведения в естественных условиях, хотя допускается применение модельных экспериментов, которые подтверждают либо опровергают наблюдения в естественной среде. Хотя первыми социобиологическими моделями были муравьи, сравнительный аналоговый метод позволяет, например, заметить в их иерархии много общего с социальной иерархией человека. Высшие приматы могут спасти чужого детеныша, что может быть аналогично человеческому альтруизму. Это филогенетические сравнения. Много общего между играми маленьких детей и системами обмена ценностями в обществе взрослых, а также между системами агрессии-бегства и группирования у подростков и структурами тайных обществ у взрослых. Это онтогенетическое сравнение. Постоянное воссоздание в истории культуры образов героев, злодеев, мучеников и мудрецов, стилей социального поведения позволяет нам сделать историогенетические сравнения. Указанные сравнения и аналогии позволяют понять, зачем человечеству как виду необходимо то или иное поведение, в том числе патологическое, как оно эволюционирует и каково его прошлое и будущее. Отчетливое воспроизведение из поколения в поколение эндогенных психических расстройств, потребности в психоактивных веществах, психических эпидемий свидетельствуют о том, что законы эволюции, в том числе социальной, могут быть распространены на психиатрию, но в то же время психиатрический опыт может обогатить социобиологию. (Самохвалов В.П., 1994а; Самохвалов В.П., Егоров В.И., 1991а, 1995в; Crow T.J., 1995а; McGuire M.T., Troisi A., 1998; Nesse R.M., Williams G.C., 1995; Wenegrat B., 1990; Stevens A., Price J., 1996). Между тем почти все публикации с начала 90-х годов прошлого века, включая монографию В. Wenegrat (1990), в основном лишь констатировали значение социобиологии для теории психиатрии, однако не содержали фактических данных, а также гипотетических возможностей использования методов социобиологии в клинической практике.

---

Изобретатель искусственной почки Хольгер Крафурд и его жена Анна-Грета в 1980 г. учредили свою награду для ученых, которым никогда не получить Нобелевской премии. Математика, астрономия, геология, океанография и другие дисциплины не интересовали изобретателя динамита. Биолог может получить Нобелевскую премию, только если его работы укладываются в категорию «Физиология и медицина», как это произошло в 1973 г. с основоположниками этологии Конрадом Лоренцем, Николасом Тинбергеном и Карлом фон Фришем. Молекулярный биолог в эту номинацию попасть может, эволюционист или эколог – никогда. Крафурдская премия – 500 000 долл. США – и золотая медаль даются за достижения в математике, астрономии, биологии и науках о Земле, а также, отдельной строкой, за прогресс в лечении полиартрита, которым страдал скончавшийся в 1982 г. Х. Крафурд. Каждый год выдается одна премия, а науки чередуются. 26 апреля 2007 г. из рук Сильвии, королевы Швеции, чек и медаль Крафурдской («мини-нобелевской») премии с формулировкой «За фундаментальный анализ социальной эволюции, конфликтов и кооперации» получил один из основателей социобиологии Роберт Триверс. До него эта же премия в разные годы присуждалась четырем социобиологам – Эдварду Осборну Уилсону, Джону Мэйнард-Смиту, Джорджу Кристоферу Уильямсу и Уильяму Дональду Гамильтону. (Когда в 2000 г. последний скончался, именно Р. Триверс опубликовал в журнале Nature некролог, в котором он назвал У.Д. Гамильтона «одним из величайших эволюционистов после Дарвина».) Оценивая свою научную деятельность, Р. Триверс подчеркивает: «Стержневая идея, на которую нанизаны все мои работы, – социальная теория, основанная на естественном отборе. Теории без твердого основания только умножают обман. А это опасно. Из одной такой теории – марксизма – вырос реальный социализм, который родил лучшую поговорку про лицемерие: «Вы делаете вид, что платите, мы делаем вид, что работаем».

Не желая «умножать обман», мы старались использовать в основном данные собственных исследований, а также материалы I–XVIII Международных Крымских коллоквиумов по эволюции поведения человека (1984–2002 гг.), но не перегружали текст графиками и таблицами, с которыми читатель может познакомиться в наших прежних публикациях.

Авторы адресуют свою книгу психиатрам, психотерапевтам, клиническим психологам, так как полагают, что для ее понимания необходимы элементарные знания общей психопатологии. Некоторые разделы книги вполне доступны широкому читателю, знакомому с биологией на уровне средней школы, а с психиатрией – по популярным изданиям и фильмам. Книга состоит из двух частей – «Общая социобиология» и «Частная социобиология». Первая часть вводит читателя в структуру знаний, проблем и постулатов социобиологии, а также знакомит с тем, как они могут быть применены психиатрией. Кроме того, здесь изложены проблемы биологической детекции лжи. Второй раздел посвящен методологии этологического анализа психических расстройств и социобиологии отдельных нозологических единиц и синдромов.

---

### ***Благодарности***

Авторы благодарны за идеи, высказанные в ходе совместных исследований в области этологии и социобиологии, доктору биол. наук М.А. Дерягиной, за творческую поддержку – профессору J. Price, сотрудникам Института этологии человека общества Макса Планка, в том числе его директору I. Eibl-Eibesfeldt, профессору Института психиатрии общества Макса Планка D. Ploog.

---

## Введение

---

**В** 8-м издании фундаментального руководства В.Ж. Sadock и соавт. *Comprehensive Textbook of Psychiatry (2005)* в отличие от предыдущих изданий глава «Социобиология» J.E. Lipton и D.P. Barash содержит уже 10 страниц. Подразделом главы является фрагмент «Дарвиновская психиатрия», который сводится к тому, что «Америка 100 лет назад была шокирована фрейдовской теорией сексуальности и бессознательного», хотя наконец ее восприняла, но идеи Дарвина, возникшие еще за 50 лет до Фрейда, так и остались достоянием биологии. Для сравнения, в недавно опубликованном в России 1000-страничном коллективном издании «Психиатрия: национальное руководство» под редакцией Т.Б. Дмитриевой и др. (2009) о социобиологии и эволюционной природе психопатологии вообще не сказано ни слова...

Дарвиновская психиатрия (Crow T.J., 1995a, b, 1997; McGuire M.T., Troisi A., 1998) обыкновенно понимается как применение идеологии неodarвинизма и дарвинизма к психическим расстройствам прежде всего с генетических позиций как закрепленного в эволюции поведения. Она интересуется популяционным взглядом на проблему, поскольку считается, что хотя отбор и осуществляется на уровне индивидуума, он закрепляется на популяционном уровне.

В нашей стране первая работа, затрагивающая данную проблему, относится еще к 1985 г., когда была опубликована коллективная монография «Генетические и эволюционные проблемы психиатрии» (1985). Однако в ней, наряду с популяционно-генетическими методами, уже использованы модели психотического поведения у животных и клиническая этология.

Эволюционная психиатрия (Самохвалов В.П., 1994–2005; Егоров В.И., 1991–1998; Stevens A., Price J., 1996; Гильбурд О.А., 1998–2000) смотрит на проблему шире, вводя в понимание эволюционного процесса реальные изменения во времени (онтогенезе, филогенезе и истории культуры) с привлечением данных не только генетики и популяционной биологии, но также экологии и истории культуры. В связи с этим она постулирует, что такие направления, как экологическая, онтогенетическая, историческая, эволюционно-биологическая психиатрия, должны быть объединены эволюционной методологией. Множество проблем современной психиатрии, как то клиническая психопатология, патоморфоз, реабилитация, психофармакология, психотерапевтические методики и другие, при таком подходе оказываются доступными эволюционной интерпретации.

Социобиологическая психиатрия (Егоров В.И., 1990, 1991; V. Wene-grat, 1990; Гильбурд О.А., 2007) – это в большей степени использование

---

идеологии эволюционной психиатрии для понимания социального поведения психически больных. Эти задачи значительно шире, чем те, которые ставит перед собой дарвиновская психиатрия. И здесь уместно вспомнить определение, данное общей социобиологией, которое звучит достаточно просто: «Социобиология – дисциплина, изучающая биологические основы социального поведения живых организмов, включая человека» (Wilson E.O., 1975).

Всякий эволюционный подход предполагает рассмотрение проблем адаптации. В психиатрии на них впервые обратил внимание А. Мейер, который считал, что острое психическое расстройство является формой приспособления к изменяющейся среде. Число таких форм в дальнейшем как на биологических моделях, так и у человека оказалось конечным. Они сводятся к реакции застывания–бегства (круг шизотаксии, шизотипии и шизофрении, а также острые параноидные психозы), эмоциональному реагированию (круг аффективных расстройств и реакций), пароксизмальному реагированию (круг эпилепсии) и реакциям парабриза (круг экзогенных психозов с нарушением сознания). Каждый круг связан с конкретной группой генов и соответственно с определенным мозговым субстратом, биохимическим и нейрофизиологическим процессом, а возможно, и конкретной нейрональной сетью. Например, шизотаксия может быть связана с дезинтеграцией правого и левого полушария, лобных и затылочных отделов, эмоциональное реагирование – с дезинтеграцией корково-подкорковых связей, а пароксизмальное реагирование – с врожденным, но пока «молчащим» очагом. Остальные типы реагирования (шизоаффективные психозы, аффект-эпилепсия, эпилептические или органические шизофреноподобные психозы) расцениваются как результат передачи группы генов индивидууму по двум независимым линиям в восходящих поколениях (Двирский А.Е., 1985; Самохвалов В.П., 1994а).

Гены и их группы, ассоциированные как с нормальным, так и с патологическим реагированием, всякий раз воспроизводятся в последующих поколениях в связи с их, зачастую, пока неясной селективной ценностью. Все они значимы для сохранения биологического вида. Возможно, психическая патология важна для популяции не только в связи с тем, что носители незначительной дозы аномальных генов являются более приспособленными и успешными сегодня, но и потому, что носители даже большей «дозы генов» пригодятся для адаптации в будущем. Так, например, высокая толерантность больных шизофренией к болевому, холодовому, гистаминовому, инфекционному и радиационному стрессу (Huxley J. et al., 1964) окажется наиболее адаптивной в ситуации так называемой «ядерной зимы» или при глобальной техногенной катастрофе (Гильбурд О.А., 2006).

Другой взгляд на проблему заключается в том, что, быть может, носители психической патологии необходимы для сохранения «психологического гомеостаза» популяции, – например, для поддержания уровня альтруизма общества. Есть много общего между альтруизмом Билла Гейца, который тратит миллионы на голодающих детей Африки, и альтруизмом гипоманиакального пациента, который раздает последнее, что у него есть. При этом

---

первый альтруизм кажется нам адекватным, а второй – патологическим. Однако в иной средовой и культуральной нише поведение миллионера, напротив, покажется нам странным, а гипоманьяка – святым. Вероятно, поэтому большая доза генов альтруизма привела бы Б. Гейца в психиатрическую клинику, но лишила его миллионов, а наш пациент, с меньшей дозой тех же генов, стал бы богат, но адекватен. Словом, можно предположить существование генетического баланса между нормативным и ненормативным, т. е. патологическим поведением. Эта гармония и создает общий социальный рисунок популяции в данное время и в данной культуральной среде. Такой баланс заметен в разные эпохи существования человечества. Так, религиозность и достижения в теологии Средневековья уравниваются частыми истерическими эпидемиями и процессами ведьм, уверенность в завтрашнем дне советской эпохи – параноидной настроенностью против врагов народа, современный глобализм – идеями воздействия (технологического, информационного). Если создать систему жесткой элиминации патологических генов с помощью изоляции, физического уничтожения, дискриминации или даже патернализма, баланс будет нарушен, что приведет к непредсказуемым последствиям в следующих поколениях. Это в полной мере относится к недавним проектам некоторых отечественных психиатров (Орловская Д.Д. и др., 2000), провозгласивших важнейшей задачей психиатрии XXI века «окончательное избавление человечества от эндогенных психозов» и предложивших применить для этого методы генетической терапии и геной инженерии (?!). Мы пока не знаем, как построены такие системы баланса и существует ли между системами связь, т. е., например, увеличивается ли риск развития другой патологии и другого поведения при уменьшении в популяции данной патологии и данного поведения. Это выяснится тогда, когда будет установлена связь между репродуктивностью и тропностью брачных партнеров с разными или одинаковыми моделями поведения. Мы также мало знаем о многочисленных механизмах естественного отбора у человека, и пока приходится опираться на гипотетические и математические модели, которые также близки социобиологии (Самохвалов В.П., 1994а; Wilson E.O., 1975). Известные модели взаимодействия в популяциях, такие как хищник–жертва, голуби–ястребы, кооперация–агональность–альтруизм–эгоизм, также основаны на том, что теоретически должен быть баланс между носителями альтернативных стратегий поведения. Однако они не всегда подтверждаются на практике у человека в связи с существованием системы обмана и несанкционирования поведения. Так, в реальной жизни моральные устои военного времени могут декларировать в некоем тоталитарном обществе альтруизм по отношению к своим и агрессию по отношению к чужим, но вдруг на фоне всеобщей агрессии возникает солдат, который спасает ребенка врага. Моделирование агрессором альтруизма в таком обществе может привести к системному уничтожению именно альтруистов.

Психические расстройства могут также рассматриваться как плата популяции за технологический прогресс. Но если это можно сказать о невро-

---

тических, в том числе тревожно-фобических, и депрессивных расстройств, то невозможно утверждать то же самое по отношению к шизофрении, уровень которой остается устойчивым независимо от прогресса или регресса общества.

Социобиологи считают, что биология первична, обучение или окружающая среда вторичны, хотя и существенны. Несмотря на этнический полиморфизм современной популяции, мы все же говорим о поясе депрессии (Скандинавия, север Западной, Средней и Восточной Европы), а также о том, что миграция меняет популяционные соотношения поведения. В том, что относится к внешней среде, социобиология использует методы и подходы социологии, но обязательно объясняет результаты с биологических позиций. Так, в частности, общую проблему миграции человечества с юга на север, на северо-восток, на запад можно объяснить локальной перенаселенностью, экологическим стрессом в связи с изменением климата и уменьшением продуктов питания, но можно и тем, что появилось большое количество носителей генов, склонных к миграции и адаптации к более суровым условиям (Гильбурд О.А., 1998а–г). Сходную в общих чертах точку зрения высказывал Л. Гумилев (1993), используя термин «пассионарность». Распад и возникновение империй – это не только и даже, может быть, не столько следствие меняющейся экологии и враждебности окружения, сколько результат возникновения группы или отдельных личностей – часто с аномальным поведением, которые способствуют реализации стратегии завоевания или регресса. Величие Ивана Грозного неотделимо от его параноидности, которая не только порождена реальным боярским окружением, но была жизненно необходима для построения государства. Логика экологии совершенно не в состоянии объяснить завоевания А. Македонского, Чингисхана, а также тяжелые испытания конкистадоров в поисках золота; она также не может объяснить крестовые походы, и тем более детские крестовые походы. Экспансивная реализация мечты, мифа, идеи, способность увлечь и вдохновить, ассоциирование с Мессией предполагают особую стилистику мышления, поведения, а значит, и гены, лежащие в их основе. Презентация такого поведения и его закрепление социальными устоями и институтами делают его санкционированным и разрешенным, и это приводит к дисбалансу иных групп генов, поскольку в качестве их носителей выступают «обманщики», а реальное количество таких фенотипов всегда должно быть устойчиво. Следующим шагом в связи с этим является селекция избыточных форм данного поведения с помощью дискриминации. Поэтому любая революция должна убивать своих детей, а солдаты, вернувшиеся с войны, должны жить отдельно от обыкновенного народа в слободках.

Таким образом, социобиологическая психиатрия – направление, которое занимается изучением клиники, этиологии и патогенеза психических расстройств на основе биологии социального поведения.

# Часть I

## ОБЩАЯ СОЦИОБИОЛОГИЯ

**Глава 1.** Объекты и постулаты социобиологии

**Глава 2.** Эволюционно-стабильные стратегии

**Глава 3.** Нейробиология и эволюция социального поведения

**Глава 4.** Гены и культура. Генно-культурная коэволюция

# Глава 1.

## Объекты и постулаты социобиологии

---

**Т**еоретическую основу социобиологии составляет теория Ч. Дарвина, частично дополненная и модифицированная исследованиями в области эволюционной и популяционной биологии, генетики поведения, антропологии, этнографии, истории культуры, социологии. В силу культуральных различий термин «социобиология», более распространенный в странах Северной Америки, практически тождествен термину «этология», более принятому в Европе. Этот «межконтинентальный» терминологический конфликт порой приобретал гротесковую остроту, когда, например, классик эволюционной биологии W.D. Hamilton (1964), автор фундаментального исследования «Генетическая эволюция социального поведения», категорически возражал против того, чтобы его называли «дедушкой социобиологии». Человеком, который смог реализовать приемлемую для лорда транскрипцию «сомнительного» социобиологического прошлого, стал R. Dawkins (1976), который справедливо отнес публикацию W.D. Hamilton «к числу самых значительных вкладов в *социальную этологию* из когда-либо написанных» работ (курсив наш. – *Прим. авт.*).

Как теория социобиологии, так и теория этологии человека могут быть объединены одним названием – «неодарвинизм».

### 1.1. Общая теория генетической эволюции и естественный отбор

Фенотип, по современным представлениям, формируется в процессе индивидуального развития и является продуктом взаимодействия генотипа и среды. Клинические особенности болезни представляют собой составную часть фенотипа человека.

Суммарная фенотипическая изменчивость, описанная всеми доступными нам средствами, т. е. языками феноменологии, этологии, физиологии, биохимии и т. д., является суммой вариабельностей, связанных с генетическими ( $V_{genetic}$ , или  $V_g$ ), средовыми ( $V_{nongenetic}$ , или  $V_{ng}$ ) факторами и изменчивостью, обусловленной воздействием среды на генотип ( $V_{interaction}$ , или  $V_i$ ). Такое определение и будет представлять собой основное уравнение человеческого фенотипа. Общая варианса популяции, или фенотипическая варианса ( $V_{total}$ , или  $V_t$ ), по К. Stern (1960):

$$Vt = Vg + Vng + Vi,$$

а без учета воздействия среды на генотип:

$$Vt = Vg + Vng,$$

т. е.:

$$1 = Vg/Vt + Vng/Vt.$$

Из этого элементарного уравнения можно сделать вывод, что должен быть некий баланс между генетической и средовой изменчивостью. Инерция генетической изменчивости препятствует влиянию среды, но более активное формирование средовой изменчивости подавляет генетическую инерцию.

А.В. Яблоков пишет в предисловии к книге R. Lewontin (1978): «В конечном итоге, эволюция живого сводится к динамике генетического состава популяции в пространстве и времени». Мысль о том, что эволюционный процесс имеет генетическую основу (на чем и базируется эволюционная генетика), непосредственно соотносится с результатами генетических исследований в психиатрии. Фенотипические, т. е. клинические, связи и корреляции совершенно определенно имеют генетический смысл уже потому, что удивительно устойчивы и независимы (или мало зависимы) от характера национальной группы. При различиях в особенностях психопатологии биологические и генетические механизмы, лежащие в ее основе, могут быть сходными, что и определяет генетический контекст любой клинической классификации.

Между тем клинические закономерности не могут быть напрямую соотношены с генетическими законами. В этом смысле интересно замечание Н.И. Вавилова (1987) в письме к Г.С. Зайцеву: «...признаки морфологические, равно как и физиологические, могут при внешней однородности быть разнородными генетически, это само собой разумеется... Признак есть условная ступень в анализе формы, условно на ней пришлось остановиться». С точки зрения фенотипа, эволюция представляет собой изменение фенотипической структуры популяции, контекстом которого является изменение структуры генетической (Lewontin R., 1978).

Основы учения о генетических факторах эволюции заложены С.С. Четвериковым (1926), R. Fischer (1930), J.B.S. Haldane (1927), Н.П. Дубининым (Дубинин Н.П., Ромашов Д.Д., 1932). В результате исследований выделены следующие факторы эволюции: мутационный процесс, факторы отбора (искусственного и естественного), генетико-автоматические процессы (стохастические процессы случайных изменений концентрации генов, идущие вследствие изоляции и миграции).

У человека все эти факторы и их соотношения определяют частоту генов в популяции, предрасположение к патологии и, следовательно, индивидуальный и популяционный прогноз. Однако вклад факторов генетической эволюции в изменение фенотипической структуры популяции и степень ее разнообразия осложняются тем, что фенотип представляет собой мозаику признаков, контролируемых генами, вследствие взаимодействия генов в онтогенезе. То есть, по выражению С. Waddington (1957), генотип являет-

ся эпигенотипом. Процесс эпигенеза по J.L. Brown (1975) [цит. по Ruff R.F., Coffmen T. 1986], представляет собой фазные изменения, обусловленные этапными изменениями вклада генетики и среды по типу:

$$\begin{aligned} P_1 + G_1 + E_1 - P_2 \\ P_2 + G_2 + E_2 - P_3 \end{aligned}$$

где  $P_{1, 2, 3}$  – последовательные фенотипы;  $G_{1, 2}$  – генотипы;  $E_{1, 2}$  – средовые факторы.

По V. Grant (1980, 1985) элементарные факторы эволюции – отбор, изоляция, волны жизни, гибридизация, мутации – обеспечивают изменение генетического состава популяции опосредованно, через отбор фенотипов. Эти изменения направлены, т. е. канализированы. К элементарному эволюционному материалу автор относит мутации, к элементарной эволюционной единице – популяции, к элементарному эволюционному явлению – изменение фенотипического состава популяции.

Согласно дарвиновской теории, адаптация к «условиям среды осуществляется в результате фиксации и накопления благоприятных» мутаций. Между тем М. Kimura (2008), один из авторов концепции недарвиновской эволюции, считает, что адаптация осуществляется в результате случайной фиксации нейтральных или почти нейтральных мутаций. Концепция неselectивного, недарвиновского характера эволюции поддерживается и теперь небольшой, но очень активной группой исследователей.

По-видимому, отбор является самым мощным фактором, влияющим на изменчивость признаков, особенно отбор против рецессивных и, частично, доминантных генов с низкими адаптивными свойствами. Если исходить из этого положения, то совершенно неясно, почему отбор не действует на многочисленные неблагоприятные формы психических заболеваний. С очевидностью можно предположить, что существуют некие селективные преимущества у родственников психически больных, а возможно, и у самих больных, способствующие их аккумуляции в обществе. Считается, что отбор проходит в два этапа.

1. Формирование генетической изменчивости в результате рекомбинации или мутаций.

2. Упорядочение изменчивости отбором.

Известно также, что в случае, когда фенотипические признаки в значительной мере формируются средой, отбор менее эффективен.

Для того чтобы прямо оценить отбор, необходимо измерить, вычислить значение репродуктивной приспособленности различных генотипов. Если прямо измерить приспособленность невозможно, достаточно просто показать, что отбор действует – для этой цели компоненты приспособленности сравнивают в пространстве и времени (Cavalli-Sforza L.L., Fildman M.W., 1981; Cavalli-Sforza L.L. et al., 1982; Cavalli-Sforza L.L., 2001).

Уточним, что приспособленность какого-либо генотипа является функцией коэффициента отбора. Компонентами приспособленности являются: дифференциальная смертность в молодом возрасте, дифференциальная

смертность на стадии полового созревания, дифференциальное стремление к оставлению потомства, успешность этого стремления, дифференциальная фертильность, плодовитость.

Сумма всех случаев неудачной репродукции или смерти в репродуктивном периоде представляет собой генетический груз, который может быть мутационным, сегрегационным, субституционным (Wallace A.F., 1966). Фактически генетический груз – это сумма неблагоприятных фенотипов, вызывающих необходимость изоляции больных в течение всего репродуктивного периода. Вот почему прямое отношение к оценке давления отбора на психические заболевания имеют исследования репродуктивности, смертности и случаев непрерывной госпитализации психически больных.

Так как компонентом приспособленности является успешность стремления к оставлению потомства, понятно значение реабилитации и демократизации общества для функции отбора. Уменьшение продолжительности пребывания пациента в стационаре, режим этого стационара, лояльность населения к психически больному так или иначе при внешне «чистой» социальности имеют глубокие биологические последствия, оказывая влияние прежде всего на успешность репродукции и разнообразие пространства фенотипов: ведь геноцид, уничтожение и репрессирование больных влияет не только на моральный климат общества, но и в конечном счете на биологические особенности человека как вида, сужая пространство фенотипов и генотипов.

Многочисленные данные свидетельствуют о том, что коэффициент отбора и значения приспособленности не остаются постоянными на всем протяжении отбора, а колеблются. В связи с этим признак, обладающий селективным преимуществом на одном этапе истории, может оказаться неблагоприятным и даже вредным на другом. По-видимому, именно по такому принципу и происходит формирование *basic personality* (базисной личности) в пределах социальных ниш и в определенное историческое, или, как писал Jaspers К. (1997), «осевое время».

Ряд характерологических свойств, которые сегодня мы могли бы считать патологическими, в прошлом способствовали занятию определенных ролей, что, в частности, хорошо показано О.Ю. Артемовой (1987) на примере социальных ролей австралийских аборигенов, а L. Cavalli-Sforza (2001) на примере пигмеев; другие черты оказываются бесполезными. В частности, М. Mead (1988) прямо указывает на приоритет доброты и альтруизма на Самоа и даже на конкуренцию этих качеств по принципу «Кто добрее». Исторические черты личности приводили в период Средневековья на костер, а в настоящее время их носители могут пополнять ряды профессий, в которых демонстративность играет важную роль (Foucault M., 1961). Нестандартность мышления и чудаковатость, агрессивность и тенденция к уединению, аутоагрессивность и самоистязания могут утилизироваться, а могут и дискриминироваться культурой. Поэтому значения приспособленности для различных кругов психических заболеваний, а следовательно,

и коэффициенты отбора будут в значительной степени зависеть от степени выраженности болезни и стадий общественно-политического развития.

Конечно, отбор у человека выражен не прямо и существует, по выражению П.Ф. Рокицкого (1980), в «снятом виде». Иначе говоря, он закамуфлирован системой социальных институтов и культурой. Ни для кого не секрет, что черты, необходимые для выживания, могут сильно отличаться от черт личности, необходимых для создания новых технологий и новых культурных ценностей. Правда, А. Gehlen (1978) как основоположник философской антропологии считал, что именно культура, создавая собственную среду, способствует формированию повышенной устойчивости, адаптивности.

Наряду с другими социальными институтами и инфраструктурами психиатрия также является инструментом отбора, поэтому и от ее позиции многое зависит в формировании разнообразий типологии психических свойств человека. Интенсивность отбора по психическим качествам зависит от самой возможности и допустимости полного генетического выражения признака. Негативная популярность психиатрии приводит человека к необходимости сокрытия аномальных психических свойств и психопатологических проявлений в период инициального развития болезни и периоды ремиссий. Кроме того, существует большая группа населения, проявляющая всеобщее социально осуждаемое поведение (алкоголизм, наркомания). Истинные размеры этой группы всегда больше предполагаемых. Таким образом, именно в силу непопулярности психиатрии и связанной с этим диссимуляции ряд психопатологических проявлений оказывается сокрытым, что как раз и обуславливает выполнение психиатрией жесткой функции отбора. Так возникает обратная зависимость между выполнением психиатрией селективной функции путем снижения приспособленности больных и ее популярностью среди населения. К компонентам снижения приспособленности должны относиться многочисленные дискриминационные мероприятия по отношению к психически больным (ограничения в перемещениях, запреты на профессии и т. д.).

Выделяются направленный, стабилизирующий, дизруптивный типы отбора. Кроме того, его интенсивность существенно зависит от частоты генов и фенотипов. Общая теория частот независимого отбора создана S. Wright (1968), R. Lewontin (1958), R. Fischer (1958). Самый важный вывод этой теории состоит в том, что равновесие генных частот возможно без гетерозиса даже при меньшей приспособленности гетерозигот, поскольку именно редкий генотип может обладать наибольшей приспособленностью. Следовательно, если во времени по одному из клинических показателей (например, по распределению возрастов подверженности заболеванию) нами наблюдается его изменение в популяции, то логично предположить вмешательство отбора.

Направленный отбор – прогрессивное или направленное в одну сторону изменение генетического состава популяции. Он характеризуется как приспособление популяции к новой среде и наблюдается в случаях, когда происходит медленное изменение последней, а вслед за ней и популяции. Если

согласиться с ролью социальных стрессоров в проявлении неврозов, то увеличение числа невротиков, при условии сохранения адаптивного уровня популяции, можно объяснить направленным отбором вследствие приспособления человека в им же созданной социальной среде.

Стабилизирующий отбор наблюдается в хорошо приспособленной к среде популяции. Среда остается относительно стабильной, и тогда главное действие отбора состоит в элиминации плохо приспособленных и периферических вариаций. Стабилизирующим отбором можно объяснить элиминацию до репродуктивного периода неблагоприятных форм психической патологии, в частности олигофрений с глубоким интеллектуальным дефектом.

Дизруптивный (разрывающий, разрушающий) отбор благоприятствует сохранению крайних и элиминации промежуточных типов, фактически приводя к усилению полиморфизма. Крайние типы могут сохраняться и благодаря их более полному проявлению. В связи с этим их количество возрастает не абсолютно, а относительно – например, вследствие увеличения продолжительности жизни. Если рассмотреть распределение по возрасту начала большинства психозов (Самохвалов В.П., 1989) и расположить их во времени, то обнаруживается явное изменение распределения с увеличением дисперсии. Это обстоятельство можно объяснить не только улучшением диагностики форм болезни в детском и позднем возрастах, но и дизруптивным отбором.

Интенсивность давления отбора на фенотип шизофрении исследовалась путем изучения дифференциальной рождаемости и смертности. Эти данные обнаруживают некоторые колебания во времени. Например, исследования выборки 1934–1936 гг. показало повышение плодовитости больных по сравнению с среднепопуляционными данными. Однако у больных выборки 1950-х годов плодовитость оказалась ниже. Процент брака с деторождением возрос после 50-х годов на 28% (с 58 до 86%), в то время как у психически здоровых такой прирост составил 25%. Причем отличия этих приростов достоверны, по мнению M. Rutter M. (1966) [цит. по Эфроимсон В.П., Блюмина М.Г., 1978]. В.П. Эфроимсон и М.Г. Блюмина (1978) показали, что плодовитость больных шизофренией в 2 раза ниже нормы, а L.L. Erlenmeyer-Kimling (1978), а затем W. Burr и соавт. (1979) замечают, что плодовитость больных шизофренией направленно снижается и в настоящее время ниже популяционной, в то время как 30 годами ранее, т. е. два генетических поколения назад, она превышала популяционную. По мнению P. Propping и соавт. (1983), у больных шизофренией в 80-е годы прошлого века репродуктивность находится на нижней границе популяционной и не имеет тенденции к повышению. Приведенные данные свидетельствуют о влиянии отбора на фенотип шизофрении и о том, что это влияние имеет разную интенсивность в разные периоды времени. Очевидно, эти данные различаются и в разных популяциях.

По данным прежних исследований (Malzbergj B., 1934; Odegaard O., 1952; Stromgren E., 1967; Lindelius R., 1970) в сравнении со среднепопуляционными показателями смертность больных шизофренией была выше в 2,5–5 раз, но в последние годы она снижается, приближаясь к среднепо-

пуляционной (Ciompi L., 1980; Kendell R.E., 1986). С учетом этих и приведенных выше данных, а также того факта, что число больных шизофренией имеет тенденцию к некоторому росту, К. Stern (1960) считает, что данный процесс обусловлен увеличением количества гетерозигот по шизофрении. Но, по мнению М.Е. Вартапяна (1980), увеличение пространства патологических фенотипов при шизофрении обусловлено большим средовым влиянием на порог подверженности болезни.

Действие и эффекты факторов эволюции зависят от степени гетерозиготности. Однако существуют классическая и балансовая гипотезы популяционной структуры. Классическая гипотеза гласит, что каждая особь несет в гетерозиготном состоянии редкие «вредные» аллели в незначительном количестве локусов. Каждая особь может быть гомозиготна по какому-либо гену «дикого» типа почти в каждом локусе.

Балансовая гипотеза утверждает, что особи гетерозиготны почти по всем своим локусам, а гомозиготные локусы встречаются лишь у потомков близкородственных скрещиваний. Из балансовой гипотезы следует, что все нормальные особи гетерозиготны, в каждом локусе количество альтернативных аллелей должно быть велико. Эволюция в популяции идет по пути увеличения гетерозиготности в связи с гетерозисом, т. е. более высокими адаптивными качествами гетерозигот вообще, которые могут проявляться в определенных экологических условиях. В связи с этим важно ответить на вопрос, имеют ли место эффекты гетерозиса при психических заболеваниях.

Как можно выявить степень гетерозиготности при конкретном фенотипическом проявлении? Из концепции гетерозиса следует, что стертые и благоприятные формы болезни должны относиться к гетеро-, а тяжелые случаи логично отнести к гомозиготам, и чем ярче клинические проявления, тем меньше степень гетерозиготности. Понятно, что в таких случаях по остальным маркерным системам степень гомозиготности этих больных должна подтверждаться, в частности должно возрастать число регионарных морфологических дисплазий. Более точно тестируя гетерозиготность по большому количеству локусов, можно с некоторой долей вероятности полагать, что патология определяется аналогичной степенью гетерозиготности. В этом и состоит суть метода А.Е. Двирского (1985), который предлагает весь набор маркеров, в некоторой сумме составляющий представление о степени гетерозиготности по патологическим генам.

Процессы гомо-гетерозиготизации в популяции уравниваются за счет отбора супругов, асортативности. Степень кровного родства, таким образом, также может указывать на степень гомозиготизации. Именно поэтому в изолятах и полуизолятах с ограничением выбора брачных партнеров по географическим, этническим, религиозным причинам обнаруживается и накопление случаев заболевания олигофренией, эпилепсией, шизофренией, аффективными психозами (Stern K., 1960; Ehrman L., Parsons P.A., 1984). Если речь идет об открытой популяции, то прямо определить степень родственной близости партнеров затруднительно, тем более что каждый из ныне живущих людей имеет  $2^{19}$  предков на протяжении 20 поколений, и по-

этому для каждой пары характерна та или иная степень инбридинга. Для решения этой проблемы возможно определить расстояние между местами рождения предков пробанда и условно считать это расстояние некой функцией, обратно пропорциональной степени родства.

Если данные по локальности брака изучить в динамике и одновременно учесть миграционную активность пробандов, то можно установить, в какой мере интенсивность отбора, выражающаяся в фенотипическом разнообразии и, следовательно, генетическом полиморфизме, поддерживается в субпопуляции людей современного типа за счет расщепления и рекомбинации расщепленных субизолятов, что и было проделано на антропологическом материале Ю.Г. Рычковым (1969). Если сопоставить полученные данные по находящимся рядом популяциям, то появляется возможность установить направление, в котором наблюдается «поток генов», в нашем случае – генов патологических.

В нашем исследовании были использованы данные по локальности брака родителей пробандов и миграционной активности 1303 пробандов, больных шизофренией, 206 больных эпилепсией, 524 пациентов с аффективными расстройствами, 414 пациентов с умственной отсталостью, 560 психически здоровых представителей крымской популяции. Учитывали также количество беременностей, родов и число детей в каждой из групп исходя из реального продуктивного возраста, который ограничивали «окном» от 16 до 37 лет. Для анализа отбора рассчитывали коэффициенты исходя из концепции приспособленности (адаптивной ценности).

Приспособленностью считали среднее число потомков, оставленных данным генотипом по сравнению со средним числом потомков у условно нормального генотипа в том же возрастном «окне». То есть считали, что приспособленность есть количественная мера успеха репродукции. Коэффициент отбора (S) определяли как:

$$S = 1 - p/q,$$

где  $p$  – частота размножения аллеля, которому не благоприятствует отбор (патологические случаи);  $q$  – частота размножения аллеля, которому благоприятствует отбор.

Из коэффициента отбора приспособленность (W) вычисляли как:

$$W = 1 - S.$$

Укажем также, что при учете локальности брака исходили из реально полученных картографических данных. Первоначально для случайной выборки в 100 пробандов (когорты) отмечали на карте места рождения их родителей, затем, с учетом масштаба, построили распределение расстояний и получили среднюю, которая составила  $300 \pm 200$  км. Посчитали целесообразным выделить следующие группы локальности брака родителей пробандов: А – места рождения матери и отца совпадают; Б – расстояние между местами рождения до 100 км; В – расстояние от 100 до 500 км (в пределах среднего); Г – расстояние свыше 500 км.

Таблица 1. Плодовитость, коэффициенты отбора и приспособленность при психических расстройствах

Группа	Плодовитость	Коэффициент отбора	Приспособленность
Психически здоровые	1,9	–	–
Шизофрения	1,7	0,2	0,8
Аффективные расстройства	1,85	0,1	0,9
Эпилепсия	1,4	0,17	0,83
Олигофрения	1,2	0,32	0,68

Особенностью нашего подхода к материалу являлось изучение его в статике и динамике. Изучение в масштабе реального времени достигалось путем расположения пробандов по временному ряду в зависимости от года рождения – от 1918-го до 1961-го.

Как показало исследование, преимущественная миграционная активность всех групп психически больных соответствует активности психически здоровых и осуществляется в направлении село–город в пределах своей или близких областей. Несколько ниже миграционная активность больных олигофренией. Однако миграционная активность в динамике была достоверно выше ранее установленной у больных шизофренией и олигофренией – в настоящее же время она снижается. Высокая миграционная активность отражает изменение популяционной обстановки в Крыму в связи с возвращением крымско-татарского населения с начала 90-х годов прошлого века и политикой переселения из Западной Украины и центральных районов РСФСР в 50-х годах в связи с репатриацией крымских татар, греков, немцев.

Локальность брака значительно выше у больных олигофренией, и тенденция к ее снижению в динамике незначительна. При всех неблагоприятных формах психозов (эпилепсия и шизофрения) подтверждается их связь с изолачностью брака и, следовательно, с высокой степенью гомозиготизации. Снижение в динамике количества изолачных браков при всех формах психической патологии объясняет преобладание в настоящее время стертых форм болезни в связи с возрастанием гетерозиготизации по патологическим генам. Пик количества изолачных браков приходится также на период 50-х годов, что вновь мы объясняем притоком в Крым переселенцев из полуизолятов и изолятов Западной Украины и Нечерноземья.

С учетом общего числа родственников I степени родства, числа детей пробандов и результатов исследования родственников выяснили, что средняя плодовитость больных шизофренией и эпилепсией близка к таковой у психически здоровых; у больных олигофренией она была снижена, хотя в некоторых семьях и отмечалась многодетность. Значения приспособленности для больных шизофренией и эпилепсией (табл. 1) достаточно велики, но значительно ниже при олигофрении, что свидетельствует об отсутствии заметного отбора при психозах и высокой его интенсивности при олигофрении.

Следует отметить, что однолокусная модель расчетов отбора, примененная нами, не может быть признана эффективной для всех случаев – мы

приводим ее здесь лишь для примера. Если рассматривать данные в динамике, то получим значительно большие значения плодовитости психически больных по сравнению со здоровыми в прежние десятилетия (50–60-е годы), что, однако, вовсе не свидетельствует о нынешнем исчезновении селективных преимуществ у психически больных, а лишь говорит о происхождении пробандов из полуизолятов с большими семьями. Для того чтобы иметь более точные данные по приспособленности, конечно, недостаточно учитывать лишь обсуждаемые здесь сведения, так как отбор у человека может проявляться в скрытых формах.

Процессы гомо-гетерозиготизации в популяции уравниваются. Этому способствует множество факторов, самым важным из которых является ассортативность (отбор брачных пар). Полагают, что инстинктивный отбор брачных пар осуществляется по системным законам коммуникаций. Как указывает *J. Maynard Smith* (1976, 1978a, b, 1982), за таким отбором стоит логическая стратегия. Психиатрам хорошо известны специфическая типология шизофреногенной семьи, а также накопление в семьях больных эпилепсией микроорганизмов.

Однако по неясным законам в одних случаях происходит накопление патологических генов, а в других их доза снижается. Именно поэтому в ряде семей больных эпилепсией и шизофренией отмечается отрицательная антепозиция: дети заболевают в более позднем возрасте, чем их родители. *В.М. Гиндилис* (1979), анализируя данное явление, объясняет его моделью «входа и выхода воронки направленной гомозиготизации». *L.L. Cavalli-Sforza* и *M.W. Fildman* (1981) подтверждают данное явление на основе изучения распределения родственников по коэффициенту интеллектуальности.

### 1.2. Размер группы

Размер группы, который бы удовлетворял требованиям оптимальной адаптивности вида, представляет собой относительно переменную величину, которая меняется под воздействием самых разных факторов: окружающей среды, климатической специфики, межвидовой агрессии, рождаемости, миграции и т. д. *J. Cohen* (1969, 1971), анализируя размер группы среди различных видов приматов, отмечал, что оптимизация переработки коммуникативной информации зависит от рождаемости и иммиграции для сохранения стабильности группы и смертности и эмиграции для ее нестабильности. Исследования культуры индейцев Яномами, живущих в джунглях Амазонии (Ориноко), показывают, что превышение размеров клана более 30 человек приводит к конфликтам и уходу части семей на новые места, где они образуют новый клан (*Chagnon N.*, 1996). При этом количество ресурса на прежнем месте вполне позволяло существовать и большему числу людей в этой деревне. В других работах, объектами исследования которых были так называемые традиционные сообщества, было показано, что в социальной организации, основанной на модели охотников-собирателей, численность группы в среднем составляет 30–40 человек. Таким образом,

наблюдения у Яномами подтверждались и в иных этнических группах. Размеры группы и соотношение в ней мужчин и женщин влияют на обучаемость; оптимальные размеры групп, не приводящие к конфликтам, существуют в любой детской игре, и они официально закреплены в спортивных играх взрослых.

Стабильные размеры семей, например, крымских татар, цыган Крыма составляют 30–40 человек, а славян лишь 10–15 человек. При этом внутри членов рода существует не формальное узнавание, но постоянное взаимодействие в период праздников или при переживании утрат, болезнях. Именно большие размеры групп и семей способствуют удержанию хронически больного пациента в амбулаторных условиях, но они также часто препятствуют ранней госпитализации. Среди пациентов психиатрических стационаров Крыма невозможно обнаружить стариков и детей из семей крымских татар, цыган или греков – они всегда наблюдаются и лечатся дома. То же самое можно констатировать и в отношении национальных традиций северных аборигенов (ненцев, ханты, манси, селькупов, коми) – их душевнобольные старики и дети всегда пребывают вне больниц, в семейном окружении, причем в более чем уважительной атмосфере. В условиях психиатрического стационара размер группы, а тем более ее стабильность, условна, так как в большинстве случаев зависит от искусственных параметров: площади палаты, сроков пребывания больного в стационаре, перемещений в пределах отделения, терапии, и множества других факторов. Однако исследования, проведенные прежде всего в группе хронически больных шизофренией, показали тенденцию формирования достаточно активных с точки зрения коммуникативной интенсивности групп размером 3–4 пациента (Егоров В.И., 1992б, в).

Размер группы пациентов в стационаре отчетливо влияют на поведение. В период 2006–2007 гг. нами предпринято сравнительное исследование частоты конфликтов, которые выражались как в невербальной сфере, так и вербально в двух отделениях различных клиник Крыма.

Отделение №1 Крымской психиатрической больницы №1 расположено в здании, которое в 1707 г. специально было построено архитектором Фрезе как психиатрическая клиника. В первом мужском отделении на 70 коек обыкновенно пребывает до 80 больных, одна из палат на 4 человека, но чаще здесь находится 6 человек, другая – на 16, еще в 5 палатах – от 10 до 12 человек. 80% пациентов составляют больные шизофренией, большая часть из которых с острым психозом. Среди иных экспертные пациенты, больные алкогольными психозами и с наркотической абстиненцией, единичные пациенты с органическими психическими расстройствами. Все палаты выходят в общий коридор с общим туалетом, столовой, постом медицинской сестры и постом наблюдения №1 у палаты на 4–6 человек и постом №2, санитар которого следит за коридором. В проемах палат двери отсутствуют. Выход из отделения разрешен только на основании так называемого режима №3. Поскольку отделение является приемно-диагностическим, средняя продолжительность пребывания в нем 35 дней.

Отделение №11 Крымской психиатрической больницы №5, построенной по советскому проекту 70-х годов на 60 коек, является смешанным, в 6 палатах обычно находится 20 мужчин (2 палаты) и 30 женщин (4 палаты). Существуют 2 палаты на двух пациентов с отдельным блоком туалета и ванны. Остальные палаты по 8–10 коек выходят в общий коридор с постом медицинской сестры, столовой и туалетом, рядом, как правило, санитарка. Весь остальной персонал находится в отдельном и отгороженном помещении. Отделение заполнено только пациентами с невротическими расстройствами (80%), хотя встречаются больные с легкими депрессивными эпизодами и депрессивными реакциями. Выход из отделения свободный. Средняя продолжительность пребывания пациента – 26 дней.

В течение одного месяца ежедневно мы регистрировали в двух отделениях частоту конфликтов, по данным волонтеров, роль которых исполняли студенты, переодетые в халаты санитаров. Регистрации происходили днем и ночью. Фиксировались случаи дуальных и групповых конфликтов с проявлением как вербальной, так и невербальной агрессии внутри палат, но конфликты за пределами палат не учитывались. Для анализа также использовали журналы наблюдения за пациентами дежурным персоналом, который всегда фиксировал конфликтные ситуации.

При анализе выяснилось, что частота конфликтов в отделении неврозов была выше в малых палатах и максимальной в палатах на 2 человека (3–4 раза в неделю). Это приводило к необходимости «ротации» пациентов, и, напротив, в больших палатах конфликты отсутствовали иногда неделями и не наблюдались чаще чем 1–2 раза в неделю. Частота конфликтов в остром отделении отличалась иной особенностью. Максимальное количество конфликтов от 3 до 5 в неделю было в больших палатах, но они отсутствовали или выносились за пределы палат, в коридоры, в малых палатах. Это означает, что оптимальные размеры групп для пациентов с шизофренией и невротиков совсем разные. Максимальная адаптация невротика, таким образом, наступает при больших размерах группы, а пациента с шизофренией при малых размерах. Интересно, что, основываясь на данных адаптации невротика в системе закрытых тоталитарных религиозных сект, к аналогичному выводу о потребности пациента стать частью псевдоархаичного, но большого сообщества приходит в сериях своих публикаций и М. Galanter (1978, 1983). Он обнаружил, что симптомы невроза, в том числе невротического развития, исчезают при вовлечении в секту размером около 300 членов. Тем не менее известно, что именно тоталитарные секты повышают вероятность развития индуцированных психозов. Автор ставит вопрос, не является ли причиной невроза блокируемая потребность человека быть членом большой группы? Эта же точка зрения была высказана М. McGuire и L. Fairbanks (1977) в первой теоретической работе по этологической психиатрии. Они считали, что терапия всех психических расстройств должна учитывать потребность человека быть членом архаического иерархического сообщества. Еще раньше подобную позицию поддерживали основоположники этологии, в частности N. Tinbergen (1978), в связи

с исследованием территориального поведения при детском аутизме. Другим объяснением наших результатов исследования могла быть разница в соотношении полов в отделениях. Действительно, суммарная конфликтность всегда выше в мужских и женских отделениях, но ниже в смешанных, это наблюдалось и у нас. На протяжении месяца в среднем на одного пациента смешанного отделения приходилось менее одного конфликта, в мужском остром отделении более трех, причем чаще в связи с регулярным поступлением пациентов в психомоторном возбуждении.

При исследовании истерических эпидемий, в частности икотных эпидемий (эпидемическая северная болезнь) в Архангельской области России, также установлено, что вовлеченность и индуктивность симптомов резко возрастает при увеличении числа жителей деревни, наблюдающих типичную икоту (Медведева В.В., 1980). Хорошо известны корреляции между размерами групп и внушаемостью. Неслучайно даже второразрядные «гипнотизеры» для своих сеансов используют массовую и телевизионную аудиторию. Эффект массообразования, в терминологии психоаналитиков, повышает индуктивность, внушаемость и контагиозность при достижении критической массы группы. Массовые эффекты существенно отличаются от тех, которые презентуются отдельной личностью. Особенно это заметно при групповом поведении, включая делинквентные и криминальные действия подростков. Система аномального и деструктивного поведения подростков никак не может быть сведена к индивидуальному поведению каждого из них. Если такая проекция возникает, то в таком случае всех подростков следует считать аномальными. В связи с этим на вопрос известному профессору А.Е. Личко «Наблюдал ли он подростков без акцентуаций?», заданный во время конференции в период подготовки 2-го издания его книги «Акцентуации у подростков», он ответил откровенно: «Таких подростков не существует». Суждение А.Е. Личко хотя и звучит категорично, но по крайней мере вполне безобидно, поскольку речь идет об акцентуациях характера, т.е. о вариантах нормальной психики. Вместе с тем вопрос о нормальности либо аномальности пубертатных трансформаций личности и поведения, на наш взгляд, непрост и требует углубленного анализа. С точки зрения максимальной количественной распространенности в популяции и облигатности подросткового этапа онтогенеза это, разумеется, норма. Однако с точки зрения кардинальной качественной перестройки всего психического склада, стилистики поведения и социальных коммуникаций подрастающего индивида, делающей его непохожим (порой до «неузнаваемости») на самого себя прежнего с присущим только ему психологическим и этологическим портретом, составлявшим долгие детские годы его индивидуальную психическую норму, от которой он теперь сильно «отклонился», пубертатный криз типологически сходен с известным каждому психиатру феноменом «второй жизни» (Vie J., 1939), который все же ассоциирован с психопатологией. Таким образом, можно говорить о пубертатном кризе как о своеобразной «нормативной психопатологии», которая оказывается необходимой для успешного перехода из социально-возрастной категории

детей в социально-возрастную категорию взрослых, следовательно, имеет в онтогенезе личности позитивное значение и обнаруживает в итоге селективную ценность для вида в целом.

Возвращаясь к групповым эффектам в подростковой среде, отметим, что, согласно нашим многолетним наблюдениям, которые ведутся на базе детско-подросткового психонаркологического отделения Сургутского клинического психоневрологического диспансера, «критической массой» для возникновения взаимно индуцируемых и потенцируемых делинкветных тенденций среди подростков 16–17 лет, направленных военно-врачебной комиссией на стационарную экспертизу, является их одновременное пребывание в отделении числом не менее 4. Если подростков трое или двое – они под контролем медперсонала вполне соблюдают правила распорядка и нормы общественного поведения, даже когда среди них присутствует подэкспертный с поведенческими девиациями. Однако едва испытуемых становится четверо или более, формируется групповая иерархия с выдвиганием доминантного лидера (самого девиантного), и группа в целом занимает отчетливую диссоциальную позицию, становясь для медперсонала неуправляемой.

Размеры группы являются важными при групповой психотерапии и психологической коррекции. Если группа превышает 10–12 участников, остальные пациенты вынуждены или обязаны играть роль наблюдателей.

### 1.3. Тенденция к группированию (*cohesiveness*)

Даже не прибегая к количественной оценке поведения и основываясь на натуралистическом опыте, этологи и социобиологи считают, что тенденция к группированию и близость членов группы друг другу являются своеобразным индексом социальности вида. Это способствует решению задач адаптации и собственно выживанию живых организмов:

1) благодаря повышению эффективности защиты от хищников и внутривидовых конкурентов, реализации группового питания,

2) вследствие увеличения количества коммуникаций, приобретающих нередко формы игрового поведения (Wilson E.O., 1975).

3) за счет вероятной агрегации генов в результате межполового общения.

В структуре коммуникативного поведения среди животных подобная структура неоднозначна. Наиболее социабельные виды, такие как шимпанзе и человек, менее сгруппированы в сравнении с косяками рыб или стадами парнокопытных.

#### 1.3.1. Внутривидовое группирование

Отсутствие тенденции к группированию и, следовательно, снижение количества и качества обмена сигналами являются маркерами психопатологии, что особенно отчетливо наблюдается у пациентов, у которых преобладает дефицитарная (негативная) симптоматика при шизофрении,

депрессиях и многих других психопатологических расстройствах, особенно при детском аутизме (Корнетов А.Н., Самохвалов В.П. и др., 1990; Самохвалов В.П., 1994б; Andreassen N.C. et al., 1994; Егоров В.И., 1998а, б).

Доказано, что атипичные нейролептики, депакин, окситоцин и некоторые антидепрессанты увеличивают тенденцию к группированию и индексы социальности (Вербенко В.А., Вербенко Н.В., 2002; Егоров В.И., 1997; Panksepp J. et al., 1992). Однако в реальной клинической практике увеличение активности и контактности при приеме атипичных нейролептиков далеко не всегда соответствует повышению социальности, как нас убеждают многочисленные представители фармакологических фирм, так как пациенты часто более активно пропагандируют конструкции своего мышления, малопонятные для окружающих, и это обстоятельство кажется еще более неадекватным, чем пребывание в пределах постели.

Тенденция к группированию количественно вычисляется:

- а) как общее количество контактов в единицу времени,
- б) как число повторных контактов с представителем того же ранга среди общего количества контактов.

В психиатрии групповым рангом можно считать нозологические критерии, но также и социальный ранг. Практика показала, что пациенты, страдающие шизофренией, избегают общения с больными шизофренией, но предпочитают общение с пациентами группы аффективных расстройств; пациенты с эпилепсией не общаются с больными эпилепсией, но предпочитают общение с пациентами-невротиками или также с пациентами, страдающими аффективными нарушениями. Социальные ранги стираются обычно в первый день пребывания в остром психиатрическом поведении, но продолжают звучать в системах группирования. Пациенты с высоким социальным статусом стараются быть ближе к врачу и среднему персоналу, а также к пациентам, недавно поступившим в стационар, игнорируя хроников.

В психиатрическом отделении местами группирования являются территории приема пищи, раздачи медикаментов, кабинет врача, рядом с которыми присутствуют как больные, так и их родственники и пост медицинской сестры.

Наши исследования показывают, что частота обращений к врачу и среднему персоналу максимальна у невротиков, особенно с ипохондрической и тревожно фобической симптоматикой, но минимальна при шизофрении и деменциях. Особенности контактов между представителями различных нозологических групп весьма разнообразны: это спонтанные контакты, вынужденные контакты и даже – в смешанных отделениях – сексуальные контакты. Например, терапия в отделениях невротозов, которую иронично, хотя и не без оснований, называют «кустотерапией», приводит к образованию временных супружеских «терапевтических» пар. Чаще невротик-мужчины предпочитают женщин с болезнями зависимости, а женщины с депрессиями и тревожно фобическими расстройствами – мужчин с эксплозивными и органическими чертами. Мы наблюдали сформировавшиеся

в психиатрическом стационаре устойчивые пары, в частности пациента с болезнью Дауна и пациентки с гарголизмом и изменением интеллекта до уровня умеренной умственной отсталости; нежную взаимную привязанность пациента с хронической депрессией и частыми суицидальными попытками и пациентки с зависимостью от алкоголя и аномальными формами алкогольного опьянения. Хотя такие пары нельзя назвать с социологической точки зрения семьей, они способствуют взаимной поддержке и стабилизируют заболевание. В массиве наших наблюдений есть случай формирования устойчивой семейной пары, возникшей по инициативе пациентки с давней эпилептической болезнью и соответствующими яркими характерологическими изменениями<sup>1</sup>, которая авторитарно «женила на себе» пациента с параноидной шизофренией и выраженным апатико-абулическим дефектом. У него долгие годы имели место крайне неудовлетворительный комплаенс, манкирование поддерживающей терапией и, как следствие, частые, до 3–4 раз в год, обострения заболевания, требовавшие стационарного купирования. Под жестким контролем жены (которая таким способом решила и проблему женского одиночества, и проблему ребенка, символическую роль которого стал для нее играть муж, нуждавшийся в неустанной и всесторонней гиперопеке) казавшийся безнадежным дефектный больной в течение двух лет стал все реже госпитализироваться, а в последние 10 лет вообще является исключительно амбулаторным пациентом, регулярно посещающим участкового психиатра, неукоснительно принимающим минимальные дозы нейролептиков. Он стал внешне идеально ухоженным и более похожим не на душевнобольного хроника, а на очкастого физика-теоретика времен «первой оттепели».

Появление в смешанных отделениях юной пациентки с демонстративными чертами личности или низким интеллектом, страдающей химической зависимостью, нередко приводит к возникновению группы, напоминающей «маточную» систему у насекомых. Иные пациенты приносят ей еду, деньги, оказывают разнообразные услуги, даже достают алкоголь или наркотики, расплачиваясь таким образом за возможность сексуальных контактов. Объект группового увлечения при этом либо аккумулирует эти дары, либо тратит их в свое удовольствие. Выписка из стационара такой пациентки переживается ее окружением как трагедия.

В психиатрических отделениях структура группирования сопровождается обменом (который наиболее активен в вечернее и ночное время) едой, сигаретами и престижными ценностями. В зависимости от уровня материального достатка к числу престижных ценностей относится все, от пустой сигаретной пачки до мобильного телефона, но более всего ценится запрещенное, например чай, острые предметы. Группирование заметно по множеству паттернов поведения, приближению, парным и групповым разговорам и прогулкам, сидению на чужой кровати.

---

<sup>1</sup> Ниже, обсуждая понятие эволюционно стабильных стратегий, мы вернемся к описанию поведения этой пациентки. – *Прим. авт.*

Ж.Т. Shelde (1998) отметил, что в клинической динамике депрессии увеличение повторного числа социальных контактов пациента со средним медицинским персоналом является показателем выхода из болезненного состояния.

При изучении поведения в условиях территориальной ограниченности или вынужденной изоляции (например, тюремное заключение) было отмечено образование плотных групп, которые, как правило, жестко структурированы, мобильны, в них особенно развита доминантная иерархия. Конструкции подобных групп возникают при наркоманиях как в стационаре, так и в сообществе, а также в отделениях принудительного лечения психически больных. Отчетливым аналогом плотной группы являются участники совместных военных действий и лица, пережившие потрясения глобальных катастроф и лишений. Распад группы приводит к тяжелым переживаниям утраты и попыткам вновь воссоздать ее единство с помощью символических акций (марши, демонстрации, протесты). Искусственное воссоздание плотных групп наблюдается в культуре повсеместно в форме военизированных, скаутских, пионерских, религиозных лагерей.

### *1.3.2. Межвидовое группирование*

Межвидовое группирование заметно на всем протяжении онтогенеза человека. Дети играют в семью и школу с котятами и щенками, ловят в корбочки мух и головастиков. Взрослые, дети которых выросли, заводят своры собак и кошек, строят голубятни. Все последние американские и французские президенты немыслимы без своих собак. Огромная индустрия производства кормов, лекарств, аксессуаров для животных представлена обязательными экземплярами в каждом супермаркете. Соревнования от тараканьих бегов до ипподромных скачек и конкурсы породы не уступают по числу участников иным конкурсам красоты или хоккейным матчам. Системы межвидового группирования весьма полиморфны. В архаичном сообществе животное приравнивалось к члену семьи и находилось в непосредственной близости от человека. Эйпо Папуа Новой Гвинеи выкармливают поросят грудью, целуют и гордятся ими. Они же для охраны кур от змей на ночь подвешивают их к столбам на специальных сетках, но на хуторах кубанских плавен можно видеть кур, которые спят на деревьях даже под снегом. Кошки в городе часами смотрят в окно, но в деревне им принадлежат все окрестности. Собаки пребывают в конурах на цепи, но иные спят со своими хозяевами. При этом неясно, кто кого защищает.

Особенно обстоятельно мы обсуждали проблемы межвидового общения в связи с психотерапией межвидовыми коммуникациями в соответствующей публикации (Самохвалов В.П., 2002б). Было установлено, что при разной психической патологии существует инстинктивное стремление к контактам с разными видами животных, а также то, что данные контакты модифицируют поведение пациента. Будучи замещающими объектами любви, животные, чаще кошки, присутствуют в очень многих отделениях, особенно заполненных преимущественно хронически больными. Их кормят, гладят,

с ними говорят и их охраняют. Поступающие пациенты скучают по своим оставшимся дома питомцам, беспокоятся о них, часто больше, чем о своих родственниках. При шизофреническом дефекте, а также при деменциях позднего возраста приходилось наблюдать пациентов, которые прикармливают крыс, мышей, тараканов и пауков. Тысячелетний опыт сообществ охотников и собирателей позволяет рассматривать межвидовое группирование как важный механизм психической адаптации человека.

### 1.4. Ранговая иерархия и дифференциация ролей

Вероятно, ранговая иерархия и дифференциации ролей универсальны для всех биологических сообществ (Wilson E.O., 1971). Ранговая иерархия у человека заметна в изменении доминирования в зависимости от возраста и пола. Соответственно, самый низкий ранг у детей и лиц пожилого возраста. В среднем социальный ранг у женщин ниже, чем у мужчин того же возраста. Ранги зависят от социально-экономического положения, гормонального статуса (уровня половых гормонов и нейрогормонов). Ранговая система устанавливается автоматически в любых группах. Лица с высоким рангом чаще находятся в «фокусе внимания» окружающих, знаком (маркером) ранга являются престижные ценности, физическая сила, умение пользоваться речью, часто, хотя и не всегда, обучаемость, интеллект (Eibl-Eibesfeldt I., 1989; Строевский В.А., 1994). Эти признаки позволяют выявить врожденный или имитируемый ранг в любой группе.

Условное деление на дельта-, гамма-, бета- и альфа-ранги отражает онтогенез биологической роли от ребенка к взрослому, а обратная трансформация ранга отмечается не только при депрессиях, инволюции и деменциях, но и в обыденной жизни. Психическое расстройство, как считают J. Price и соавт. (1992б, 1994), – это всегда радикальное изменение ранга: либо регрессивное, либо субъективное представление об аномально высоком ранге. Клиническое понятие асоциальности, таким образом, соответствует неправильному восприятию своего ранга. В частности, шизоидные черты личности предполагают уклонение от ранговой номинации и сниженное представление о собственном ранге даже при высоком интеллекте или наличии иных маркеров ранга. При эксплозивных и диссоциальных чертах личности, а также при маниакальном состоянии, криминальном и асоциальном поведении неадекватно повышается представление о собственном ранге, что и приводит к конфликту.

Имитируемый ранг отличается от врожденного тем, что всегда сопровождается приукрашиванием, или, как говорят этологи, ритуализацией. Если при врожденном альфа-ранге совсем не обязательно его демонстрировать, но автоматически он подтверждается социальным окружением с помощью подарков, знаков уважения, признания, например, в связи с большим ростом, физическими данными, привлекательностью, интеллектом, способностями поддерживать окружающих, то имитатор альфа-ранга сам стремится быть более привлекательным, интересным, щедрым. Особенно хорошо

имитация ранга заметна при биполярных аффективных расстройствах, когда мы имели возможность наблюдать маниакальную и контрастную депрессивную фазу расстройства. Еще вчера радостно дарящий явные и символические дары, недифференцированно общительный и лучезарный пациент вдруг демонстрирует низкоранговое поведение. Если врожденный гамма-ранг также не требует подтверждения, человек незаметен, дистанцирован и избегает взгляда и всего нового (неофобия), то при имитации низкого ранга он жалуется, просит поддержки, демонстрирует стремление к зависимости.

Система рангов в популяции радикально трансформируется при миграции, революции, экономическом и экологическом стрессе. Бета-, гамма- и дельта-ранговые персоны претендуют на роль альфа-особей и элиминируют последних. Однако гамма-ранговые персоны, захватывая более высокие посты, не в состоянии их удержать в связи со своей биологией и в свою очередь элиминируются бета-ранговыми особями, которые заняли позицию альфа-ранга. Позиция бета-ранга всегда более выигрышна, поскольку здесь остается всего один шаг как к высокому, так и низкому рангу. Позиция альфа-ранга при проигрыше всегда травматична. Это заметно при так называемых пенсионных синдромах в результате утраты социального статуса, болезни, а также иллюстрируется многочисленными описаниями глубокой регрессии выдающихся актеров, политических лидеров при утрате прежней привычной социальной роли.

Соматоформные расстройства и депрессивные реакции являются внешним оформлением утраты ранга. В экспериментах с высшими приматами установлено, что при изоляции альфа-самца, когда он, не имея возможности вмешаться, наблюдает через стекло за ухаживанием другого самца за своей самкой из группы, у него развивается инфаркт миокарда, который в принципе невозможен в открытом сообществе (Чирков А. и др., 1987). Хорошо описаны процессы установления рангов и иерархические отношения от «коронования» до «опускания» в условиях тюрем, специальных зон. Аналоги таких процессов есть также в военных училищах, армии и закрытых психиатрических стационарах. Высокоранговые особи у всех млекопитающих, включая человека, нуждаются не только в подтверждении своего ранга, но и в низкоранговых субъектах. I. Eibl-Eibesfeldt (1989) приводит ряд исследований по установлению иерархии в детских играх. Оказалось, что высококоранговые и инициативные дети чаще стремятся поддерживать самых низкоранговых детей. Это наблюдается и в психиатрических стационарах, когда появляется один или два пациента, которые помогают персоналу успокоить психотичного пациента, ухаживают за ним, защищают слабого. В свое время профессор А.Н. Корнетов, описывая стационар донейролептической эры, упоминал о кататонике, который месяцами находился в пределах постели с симптомом «воздушной подушки», но как только видел опасность нападения другого пациента на персонал отделения, вскакивал и умирал возбуждение, а затем вновь ложился и пребывал в той же позе до следующего конфликта.

Психиатрическое отделение, как любая социальная институция, построена по ранговому принципу: врач – альфа, сестра – бета, санитар – гамма, пациент – дельта. Ранг устанавливается на основании санкционированного поведения, степени использования речи и поведенческих маркеров признания и подтверждения позиции иных рангов. Согласно нашим исследованиям, более высокоранговые пациенты стараются быть ближе к персоналу, месту раздачи еды, они более активны в разговоре. Госпитализация всегда предполагает снижение ранга, но выписка – напротив, его повышение. Поэтому часто травматичны для пациента раздевание и купание в приемном покое, выдача безличного белья и пижамы, сдача своих вещей на хранение, подстригание ногтей и волос. У многих животных, в частности у кошек и собак, снижение ранга отмечается при тримминге, обрезании шерсти, насильственном купании, изоляции. По наблюдениям в хирургических стационарах самые негативные переживания пациентов, которых готовят к полостной операции, связаны с бритьем волос на лобке и процедурой сифонной очистительной клизмы. При острых психозах, чаще шизофренического спектра, отмечается демонстративный отказ от своего ранга с помощью обрезания, кастрации, самоповреждений, обрезаний волос на голове, лице, а также в форме самоизоляции, суицида.

Как установлено в экспериментах с депривационным стрессом у приматов, наиболее мощным фактором, влияющим на ранг, является насильственная изоляция с ограничением территории (Дерягина М.А., Бутовская М.Л., 1990). После этапа возбуждения животное становится гиподинамичным, а часто обездвиженным и апатичным. Так называемая режимность психиатрического стационара, предполагающая разную степень изоляции, является институтом навязывания ранга при его неправильной демонстрации пациентом. Поэтому как суицидальный (низкоранговый), так и возбужденный (высокоранговый) пациент относятся к категориям высокой интенсивности наблюдения (1-й режим). Но совершенно аналогична система в пенитенциарных учреждениях, полагающая существование «шизо» (штрафных изоляторов), а также система воспитательных мер, применяемых к провинившимся детям как разновидность педагогической инструментальной агрессии (угол, боль, изоляция, лишения удовольствий).

Ранговые тренды в обществе ритуализируются в системах инициации (посвящения, военные, криминальные и академические звания, награды, позиции в политических системах, должности). Но в психиатрических стационарах ранговые тренды заметны только у пациентов с алкоголизмом и наркоманиями, если они находятся среди психически больных. У остальных пациентов они определяются близостью выписки. Ранговое положение психически больного в обществе традиционно низкое, даже несмотря на популяризацию литературой и кинематографом концепта безумия и аномальности поведения. Однако эта стигматизация является у человека врожденной и связана с реагированием на всякую непредсказуемость и уклонение от стандарта. Можно сколько угодно говорить о толерантности к аномалии, но если у вас есть дети и вы знаете о выписке из стационара

пациента с сочетанием психоза и педофилии, все этические рассуждения о толерантности оказываются напрасными.

Психиатрическая система вынуждена выстраивать целый институт регуляции рангов, но этим же занимается юриспруденция, пенитенциарная система и вообще любое государство. Если этого не происходит, у власти вдруг оказываются фанатики, параноики, взрывчатые личности с высоким биологическим рангом, так как ранг необязательно связан с интеллектом, способностями к самоконтролю. Анархисты (Бакунин М.А., 1873), особенно П.А. Кропоткин в работе «Взаимопомощь как фактор эволюции» (2007), впервые опубликованной в 1902 г., используя идеи социал-дарвинизма как предтечи социобиологии, полагают, что ранговая система у человека устанавливается автоматически в результате одного только запрета на преступление против другого человека, которое может быть пресечено законом, поэтому государственный контроль вреден, а государство должно быть упразднено. Автоматическое установление иерархических ранговых отношений основано на том, что животное не может имитировать свой ранг, но человек, особенно если он обладает аномальными чертами характера, это с успехом делает. Государственный контроль, таким образом, направлен не на норму, а скорее на патологию.

Идеи автоматического установления упорядоченности сходны с точкой зрения некоторых экономистов, в частности, близких к правительству ушедшего в отставку в начале экономического кризиса в марте 2009 г. премьер-министра Чехии М. Тополанека. Согласно этим взглядам, преодоление экономического кризиса возможно, только если государство и политики полностью устранят свои рычаги регулирования, а не наоборот усилят роль государства, как считают, например, многие российские, американские, немецкие, китайские экономисты. Соответствующее решение М. Тополанека о полной отмене налогов для мелкого и среднего бизнеса до конца кризиса полностью противоположно точке зрения Международного валютного фонда о выдаче кредитов только при условии повышения всех налогов.

Одной из «разменных монет» в этой ситуации вновь стала психиатрия. Сторонники автоматического и врожденного установления рангов считают, что психиатрические клиники должны быть отделены от государства и приватизированы врачами и медперсоналом, противники утверждают, что в этом случае отсутствие социального заказа позволит психиатрам устанавливать самим, какое поведение является нормативным, а какое – нет. При этом первые настаивают на свободном желании пациента получать или не получать пенсию, вторые, увеличивая в целом пенсионный возраст, регулируют пенсию пациента в зависимости от продолжительности и стоимости лечения.

Специфическая система ранговых отношений у женщин в состоянии менопаузы, названная в социобиологии «гипотезой бабушки», предполагает особое ранговое место женщины. Альтруистически увеличивая вклад во внуков, бабушка, вырастая из тещи, в ряде культур, в частности в турецкой, отчетливо относится к рангу – альфа, в других она выполняет роль

посредника между рангами и тремя поколениями. Утрата такой позиции в современном обществе, дистанцирование женщины от детей и внуков ассоциируется с невротическими расстройствами и инволюционными психозами (депрессии, инволюционная истерия, инволюционный параноид). Симптоматика бреда малого размаха в пределах брошенного родового гнезда, чувство одиночества, утрата плана будущего, жажда признания былых заслуг символически указывают на необходимость быть важной частью большой семьи. Женщины с тревожно фобическими и иными невротическими расстройствами, депрессивно-ипохондрическими переживаниями постоянно уstraняются от обсуждения проблем своих отношений с другими поколениями. Женщины, не имеющие детей, относятся к более низкому рангу по сравнению с многодетными, однако проявление альтруистического поведения у них повышает ранг и препятствует развитию невротических расстройств. Сюда относятся тетушки, воспитывающие племянников, учителя, врачи, воспитатели. В состоянии менопаузы невротические расстройства у них протекают еще более драматично, если они отказываются от альтруистического поведения.

Однако ранговая иерархия у человека вероятно более сложна, чем описанных 4 ранга и баланс-взаимодействие между ними. Лишь в общих чертах биологическая иерархия, по мнению E. Verne (1992), может быть приписана социально-психологическим ролям. Человек может играть в различные ролевые игры, но все же у него есть собственный биологический и генетический сценарий, который часто доступен лишь при внешнем наблюдении и ускользает при интроспекции.

Одну из таких биологических ролей мы описали ранее в серии работ о ребенке-терапевте (Самохвалов В.П., 1994б). Речь идет о том, что в группах детей до года и затем до 5 лет часто можно встретить тех, кто стремится успокоить других, делится с ними едой, чаще прикасается к низкоранговым детям, но сторонится высокоранговых. Такие дети впервые были выявлены среди сирот в домах малютки. Их поведение является привлекательным для сверстников и полезным для воспитателей. Поскольку речь идет о детях, брошенных уже в родильном доме, можно было исключить обучение данному поведению. В младших группах детских садов всегда есть дети, которым нравится готовить спальню и столовую для всей группы, одевать сверстников на прогулку. При этом мотивацией является лишь одобрение воспитателя, которое повышает ранг ребенка. В.Н. Клинков (1992) также описал особое поведение расторможенных девочек с умственной отсталостью, которые играют роль стимулирующих терапевтов для мальчиков-аутистов, заглядывая им в глаза, перебирая их волосы и пальцы рук. Женщины-ипохондрики в отделениях невротиков становятся «индукторами» переживаний у одних невротиков, но ликвидируют расстройства у других благодаря принципу «наводнения». Как выразилась одна пациентка с неврастенией по поводу своей соседки по койке: «Она так много рассказывает о своей болезни, что я понимаю: то, что у меня, совсем ерунда». Совместное пребывание в одной палате пациента с алкогольным делирием

и пациента с обычной алкогольной абстиненцией по тому же принципу заставляет последнего задуматься о своей токсической судьбе. Навязчивые, стереотипные, но в общем безобидные умственно отсталые пациенты в отделении являются предметом всеобщих насмешек, но они же являются «клапанами безопасности», отвлекая на себя социальную агрессию как других пациентов, так и персонала. Удивительное противоречие в поведении можно наблюдать у многих пациентов в зависимости от социального общения. Пациент, страдающий хроническим галлюцинаторно-параноидным психозом в рамках шизофрении, в период кратковременной ремиссии может быть душой отделения, но стоит ему выписаться – следуют агрессия, направленная на родственников, и повторная госпитализация даже без признаков психоза. Неадекватная демонстрация ранга отмечается также при некоторых ипохондрических расстройствах у женщин. Например, вот она с плачем говорит врачу о своих переживаниях, и тут же, но уже со смехом, что-то рассказывает соседям по палате. Неустойчивое и динамичное изменение ранга более всего характерно для приматов и человека в подростковом возрасте. При индивидуальном общении презентуется один ранг, при групповом со сверстниками – иной. Известно также, что многие мальчики-подростки любят маленьких детей и ухаживают за ними без принуждения, а в референтных группах они могут быть альфа- или даже гамма-ранга. При гебефреническом синдроме в ходе непосредственного контакта трансформация ранга у больного наблюдается от демонстрации подчинения до агрессии. Н.Е. Хомицкий (2009) в своей диссертации, выполненной на основе этологического видеонаблюдения, показал, что женщины с параноидной шизофренией в несколько раз чаще демонстрируют агрессию и ранг своим родственникам, чем врачу. Ранг в отделении, дома, на работе, в семейных отношениях у пациентов с аномалиями характера может быть совершенно различен, особенно отчетливо это описано у эпилептоидных, зависимых и параноидных психопатов.

Однако и психически здоровый человек, и страдающий психическим расстройством пациент при варьировании ранга ищет свою «экологическую нишу», в которой проявляемый им ранг является для него наиболее характерным. Больные часто стремятся вернуться в свои тяжелые экономические условия домой только потому, что там есть о ком заботиться, а клиническая забота заставляет их занимать более низкий ранг. Другие пациенты совсем не стремятся в комфортные условия семьи не только в связи с негативной симптоматикой, но и потому, что к ним в больнице относятся как к «родным», а дома требуют дисциплины.

Ранг психически больного в странах постсоветского пространства существенно отличается от рангов пациентов западных стран. Для наших пациентов характерны низкие пенсии, практически отсутствует возможность принимать разнообразное и дорогое лечение; они не могут выбирать дома психохроников, если задерживаются в клиниках; отделения для психотиков, как правило, однополые, однако их чаще посещают родственники, приносящие еду и лекарства. Патернализм обществом смещен в сторону