

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Antonovsky, A. (1987). Unraveling the mystery of health (p. 16). San Francisco: Jossey Bass.
2. Dwairy, M. (1997). Personality Culture and Arabic Society : Psychosocial Study, (Arabic) New York: Haworth Press.
3. Kosmitzki, C. (1996). «The reaffirmation of culture identity in cross-cultural encounters» Personality and social psychology Bulletin, 22 (3), 238–248.
4. Waterman, A. S. (1982). «Identity development from adolescence to adulthood»: An extension of theory and review of research. Developmental psychology, 10 (3), 387–393.
5. Asbi, Khaled (2001). «Dilemmas and problems in education for values in the Arab schools in Israel (in Arabic)» in: Jacob Aaram, Raisi et al (eds.) / Mtsatim — Values and education in Israel. Publishing office of the Ministry of Culture, Jerusalem, page: 441–479
6. Adler, Chaim Bliss, Nahum (2000). «Breeding new generations each in their own way: unified and divided in the education system (in Arabic).» In: James Cobb (Ed.) Pluralism in Israel. Center for the Study of Social Policy in Israel, Jerusalem.
7. Haj M. Education and its social role in the Arab sector (in Arabic). Tel Aviv, 1991.
8. Rabinowitz D & Abu-Baker, K. (2002). The upright generation. Jerusalem: Keter. (Hebrew). (Both authors should be judged as first author).
9. Neuberger, S., & Margalit, M. (1998). Coherence, loneliness and social competence of children with special educational needs. Megamot, 39, 128–148 (Hebrew).
10. Bashi, Joseph (1981). Academic achievements of Arab elementary school in Israel, School of Education, Hebrew University of Jerusalem, Jerusalem (Hebrew).

М. Або Асби, Е. Е. Малкова, Л. М. Перс

**ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ОТНОШЕНИЯ
К ДУШЕВНОБОЛЬНЫМ В АРАБСКОМ ОБЩЕСТВЕ
(историко-культуральный аспект)**

Стигматизация лиц, страдающих психическими расстройствами, — одна из самых актуальных проблем современной системы психиатрической помощи во всем мире. Предубеждения о невозможности продуктивных отношений особенно сильны именно в этой категории инвалидности. К примеру, недавние исследования отношения школьников к сверстникам-инвалидам, проведенные в США, показали, что учащиеся средних школ не готовы к взаимодействию с людьми, имеющими расстройство психики [22]. Чуть раньше было проведено аналогичное исследование другой группой ученых, получивших схожие результаты [25]. В то же время нельзя не отметить тот факт, что подобного рода исследования зачастую оказываются более чем противоречивыми в зависимости не только от времени и места их проведения, но и от социокультурных особенностей респондентов в них участвующих.

Тем не менее с исторической точки зрения негативное отношение к больным с расстройствами психики не является чем-то из ряда вон выходящим. Известно множество работ историко-культурологического толка, описывающих нечто подобное в различные эпохи [9, 14, 29, 30]. Однако, несмотря на наличие материалов относительно развития отношения общества к психически больным в Европе, работ, отражающих историю становления подобных отношений в арабском мире, единицы.

Историко-культурологический аспект исследования психического здоровья в настоящее время является одним из наиболее актуальных и перспективных направлений в социальной психиатрии и эпидемиологии психических расстройств [6, 10]. Вместе с тем в России подобные исследования ранее практически не проводились и только в последнее время начинают развиваться. Особую значимость они приобретают в связи с ростом национального самосознания, возрождением культурных и религиозных традиций. Процессы интеграции и геополитическая позиция объективировали Россию как транскультуральный перекресток нескольких потоков миграции. Сегодня миграционные потоки формируют не только новую социально-культурную карту России, но и актуализируют сферу межэтнических контактов, ценности этнокультурального многообразия и этнического опыта. Прежде чем приступить к анализу историко-культуральных особенностей отношения арабского общества к душевнобольным, отметим некоторые ключевые моменты западноевропейской истории этого вопроса.

Так, уже в Древней Греции мы можем найти примеры дурного отношения к душевнобольным — забрасывание их камнями, «чтобы не подходили к здоровым». Античное общество считало бременем даже лиц с физическими недостатками, а уж душевная болезнь непосредственно ассоциировалась с проклятьем, посланным богами за дурные поступки, либо одержимостью, требующей применения особых (не всегда гуманных) процедур «изгнания духов». Таких людей подвергали издевательствам и использовали для всеобщего увеселения [21].

Отношение к страдающим психическими расстройствами людям в Европе было жестоким, особенно на пороге Нового Времени, в период расцвета религиозного фанатизма, когда душевнобольных обвиняли в ведьмовстве и сжигали на кострах. Собственно же лечение у профессиональных лекарей больше напоминало издевательства. Так, профессор М. Савонарола, живший в XV в. в Падуе, описывал в своих работах современные ему методы лечения психически больных: их секли розгами до кровавых полос с целью «дать диверсию материальной причине мании». Кроме того, к традиционным методам лечения душевнобольных того времени относились уколы иглами, шипами, покрывание всего тела горчичниками и т. п. процедуры. К наиболее гуманным методам того времени можно отнести лишь содержание людей с расстройствами психики в монастырях, где монахам предписывалось мягкое обращение с ними. Именно при монастырях с XIII в. впервые появляются приюты и больницы. Тем не менее и в XVII в. сумасшествие представлялось большинству образованных людей недостойным, предосудительным безрассудством, постыдным животным проявлением или же просто опасным заразным заболеванием. Даже врачи «просвещенной Европы» старались держаться подальше от психически больных, рассуждая о наличии жизненно чуждых систем болезней по принципу классификации растительного и животного мира Карла Линнея [9]. Однако именно в этот период происходит развенчание суеверий во взглядах на сущность психических расстройств и коренной пересмотр отношения общества к душевнобольным с акцентом на гуманизацию и оказание квалифицированной медицинской помощи [5]. В это время постепенно развиваются методы диагностики и лечения, разрабатывается нозологическая систематизация психических расстройств и т. д. [1]. В настоящее время можно говорить о наличии довольно устойчивой тенденции движения на пути к интеграции лиц с расстройствами психики в европейское общество. Такой кратко представляется нам история отношения к душевнобольным на Западе. Что же касается истории данного вопроса на Востоке, в частности в арабском мире, то эта часть знаний оказывается мало освещена в доступных нам научных источниках по психологии. Тем не менее для нашей страны на данном этапе развития этот аспект

знаний как нельзя более актуален, поскольку в России происходят ускоренные глобальные социокультуральные перемены. Огромное значение для качественной психологической диагностики состояния и возможности оказания квалифицированной помощи имеет еще и собственно этническая специфика отношения к душевно больным, которая концентрируется в историческом опыте каждого народа, ассимилирующемся в процессе социализации индивида [13]. Поток мигрантов «с Востока» обуславливает более пристальное и внимательное отношение клинических психологов к проблемам медико-психологической адаптации представителей иных национальных, этнических и религиозных традиций, в том числе и душевно больных и их родственников. Исходя из этого для понимания глубинных механизмов, затрагивающих личностные смыслы данной категории населения, представляется важным проследить истоки формирования отношения к лицам с расстройствами психики в традиционном арабском обществе.

Так, изначально представления арабского мира о природе психических заболеваний складывались под воздействием разнообразных языческих культов, господствовавших на территории Ближнего Востока, а также под влиянием монотеизма соседствующих с ними христианских и иудейских общин. Арабы устанавливали непосредственную связь между природными явлениями, катастрофами и положением звезд, этим же зачастую объясняли и проявления психических расстройств у человека [18].

Существуют свидетельства о заимствовании арабами культа огнепоклонства из Ирана [17], когда посредством воскуривания благовоний и магической силы огня изгоняли злых духов, пытались лечить душевные и телесные болезни [18]. При этом большую роль в религиозных представлениях арабов играли джинны и шайтаны, которые считались посредниками между людьми и миром богов, с которым человек не может иметь непосредственного контакта.

Согласно преданиям, именно духи, добрые и злые, по воле божеств внушали людям мысли и поступки, открывали им сокровенное знание либо подталкивали к злодеяниям. Обычных людей эти духи посещали время от времени, но были и те, через которых они общались с остальными, — это аррафы («провидцы») и кахины («прорицатели»), предсказывающие будущее, искавшие пропавшее, угадывающие скрытое. При этом в каждом племени был свой арраф или кахин, причем некоторые пользовались славой за пределами своего племени, и к ним издали приезжали за советами [3]. Именно в компетенции аррафов было исполнение таких магических обрядов, как изгнание духов, жертвоприношения, ритуальные песнопения, которые, в свою очередь, являлись основными способами лечения душевных расстройств того времени [18].

Поэты и музыканты также считались лицами, вдохновленными миром духов, и занимали место промежуточное между людьми и богами [4]. Так, когда поэты слышали звуки неясного происхождения, они утверждали, что с ними говорят духи. При этом каждому поэту определялся личный дух (джинн или шайтан), который собственно и общал ему стихотворные произведения. Само по себе арабское слово «аш-ша'ир» — поэт, первоначально означало человека, обладающего сверхъестественным восприятием, которое имело демонический источник [18].

Людей же душевнобольных, наряду с талантливыми поэтами и музыкантами, часто считали находящимися под покровительством демонов и пользующимися их заступничеством. Обычные люди испытывали страх и благоговение перед ними. Арабы верили, что поэтам кроме вдохновения джинны могут принести вред и даже быть причиной многих заболеваний (в том числе и безумия). В таких случаях демона задабривали подношениями. Если же больной буйствовал, его считали «одержимым злым духом, поселившимся в голове» пациента и избивали до потери сознания, чтобы инородный дух

покинул его. Еще одним верным средством для исцеления душевнобольных арабы считали человеческие кости. Для того чтобы уберечь себя и близких от злых духов, они носили амулеты и обереги из них [18].

Однако кроме прорицателей на Аравийском полуострове были и специалисты, представляющие так называемую «рациональную медицину». К примеру, среди представителей племени джаттов, проживавших в Аравии еще до Ислама, были врачи, практиковавшие различные направления индийской медицины. Именно такого врача вызывали позже к захворавшей жене пророка Мухаммеда [32]. Кроме того, некоторые арабские общины специально отсылали своих сыновей учиться в медицинские школы, в том числе в иранской Гондишапур [34].

Из изложенного выше следует, что говорить о самостоятельной медицине среди арабских племен на ранних этапах развития нельзя. Тем более удивительным представляется нам резкий цивилизационный скачок, который послужил мощным импульсом развития медицины в этом регионе. Так, именно Ислам явился основным культуuroобразующим стержнем на начальных этапах развития арабского Халифата, а затем и множества более-менее самостоятельных государственных образований, существовавших на обширной территории, занимаемой им. Зародившийся в VII в. и быстро распространившийся среди арабских племен Ислам является самой молодой авраамической религией. Именно он способствовал возникновению особой культуры, которая, тесно переплетаясь с культурой вошедших в Халифат территорий, явилась существенным объединяющим фактором, создавшим возможности для научного взаимодействия народов обширного региона. Расцвет и развитие исламской культуры привели к росту потенциала теоретической науки и прикладных дисциплин в странах Ближнего Востока. Это отразилось в полной мере и на знаниях в области психиатрии [7].

Известно, что образ жизни мусульман определяется системой религиозно-этических и правовых норм Ислама — Шариатом [11]. Основами Шариата являются Коран, Сунна и Фикх [3]. И Коран и Сунна содержат информацию по интересующему нас вопросу. Так, в Коране для обозначения человека, охваченного безумием, используется слово «маджнун». Пять раз это слово употребляется как обвинение народа в адрес ниспосланных Богом пророков, поскольку многие из них воспринимались в то время как безумцы [32]. В то же время мусульманское общество, согласно Корану, должно терпимо относиться к душевнобольному: «Не отдавайте неразумным людям вашего имущества, которое Аллах сделал средством вашего существования. Кормите и одевайте их из него и говорите им слово доброе» (4:5) [12].

С точки зрения Ислама человек является сочетанием физического и духовного элементов. Так, психика («ан-Нафс») упоминается в Коране 185 раз [12], в том числе как основа существования в значении «психофизического» единства [26]. Помимо этого, согласно Корану [12], Бог изначально даровал человеку ограниченное знание о душе («ан-Нафс») и духе («ар-Рух»), поскольку именно на основе развития этого знания человек может и должен прийти к познанию Бога. Знания, данные Богом, зафиксированы в Коране в виде метафизических концептов, таких как сердце («ал-Калб»), душа («ан-Нафс»), дух («ар-Рух») и интеллект («ал-‘Акл») [12, 16]. При этом собственно «Нафс» — это Эго или личность, которая состоит из импульсов и побуждений, направленных на удовлетворение желаний. Эти побуждения преобладают над разумом (или рассудком) и, являясь инстинктивными силами человеческого организма, должны находиться под контролем, поскольку мешают личности проявиться полностью. С этих позиций «Нафс» — это скорее присущий душе процесс развития, нежели что-то раз и навсегда данное (статичное). Кроме прочего «Нафс» — это не вещь, поскольку сам по себе этот арабский термин родственен таким словам, как «дыхание», «душа», «дух», «эго» и «природа». Соответствен-

но, именно он может означать процесс, который происходит при взаимодействии тела и духа. Таким образом, «Нафс» можно определить как продукт сознания, сконцентрированного на самом себе, Эго, «Я», которое можно контролировать [15].

Что же касается отношения к изменениям данной субстанции, то в своих работах знаменитый богослов XIV в. Ибн Кайим ал-Джаузийа обобщил мусульманские предписания и концепции, относящиеся к медицинской помощи в этой сфере. Так, болезнь, в том числе психическое расстройство, обусловлена Божьей волей и является испытанием или благословением для верующих, а перенесшим недуг до конца предназначено особое место в раю.

В отличие от христианства, учение Ислама не содержит категории первородного греха, поэтому греховность человечества как причина заболеваний им вообще не рассматривается [24]. В Коране говорится: «Нет греха на слепом, на хромом, на больном, ни на вас самих» (24:61) [12]. Исламская концепция психического заболевания предполагает возможность одержимости больного джиннами. Исходя из этого, можно отметить значительную разницу в отношении к одержимости в Исламе и в христианстве. В Исламе джинн не обязательно является демоном, т. е. «нечистым» духом. Джинн в мусульманской мифологии — это сверхъестественный дух, занимающий в божественной иерархии статус ниже ангелов, который может быть как отрицательным, так и положительным персонажем. Джинны существуют параллельно с людьми — рождаются, женятся, размножаются, умирают и будут воскрешены для суда пред Творцом за их деяния, после чего попадут в Ад или в Рай. Помимо прочего, среди них так же, как и среди людей, есть верующие и неверующие в Аллаха. Последние, соответственно, являются помощниками Сатаны. Примечательно, что в Коране джинны и человек практически всегда упоминаются вместе. Исходя из этого становится понятным, откуда возникает разница в восприятии одержимости разными конфессиями, поскольку в исламской традиции овладеть человеком может как плохой, так и хороший дух.

Кроме того, в литературных текстах, посвященных мусульманскому мистицизму, также можно найти детальные описания феномена «божественного безумия». Так называемые «священные безумцы» в суфизме — это те, кто в противоположность пути постепенного и терпеливого восхождения по лестнице, ведущей на небеса, достигают состояния «единения с Богом» (фана') одним-единственным переживанием духовного экстаза (джазба). Точно так же и мистик, перенесший близкий «контакт с потусторонним», из-за шока от «снятия завесы» может фактически потерять связь с реальностью и независимо от того, является ли такое его состояние временным или постоянным, становится маджзубом, т. е. «одержимым» (в буквальном переводе — «тронутым Божественным»). Каким образом достигалось оговоренное божественное нисхождение — вопрос отдельный: оно могло быть как итогом практикования целенаправленных мистических техник (предполагающих, в том числе и употребление наркотиков, хотя чаще всего этот метод суфиями отвергался и осуждался), так и результатом «случайности», произошедшей как с мистиком, так и с человеком, не следовавшим требованиям суфийской дисциплины.

В то же время Ислам не связывает все психические заболевания со сверхъестественными причинами, считающимися реальными и входящими в мусульманскую картину мира. Здесь концепция психического заболевания не ограничивается одним лишь понятием одержимости, а существует целый список терминов психической неадекватности, не имеющих связи с мистическим восприятием действительности [19]. Так, Ислам может рассматривать психические заболевания, как результат несбалансированного образа жизни или дисбаланса в организме (например, вследствие нарушения режима питания, сна и бодрствования и т. д.) [27]. Таким образом, можно полагать, что в рамках мусуль-

манской доктрины основными предпосылками появления и развития психического заболевания являются дисгармония личности и образа жизни, которым, однако, наиболее подвержены именно неверующие люди.

Другими словами, можно предположить, что преобладающей концепцией психического заболевания, на любом этапе исторического развития исламского мира, считалась та, что лучше всего вписывалась в рамки богословских воззрений на психику, доминирующих в тот период. Например, во время упадка мусульманской культуры и негативизации понятия «сумасшедшего» доминировала концепция одержимости злым духом, а в творческую эпоху, например в период пика развития Халифата, доминировала концепция дисгармонии [33].

Наряду с этим, собственно, место душевнобольного человека в мусульманском обществе во все времена было надежно закреплено Шариатом [11], который разработал четкие рамки дееспособности и описал условия, когда человек из-за своего состояния нуждается в помощи общества. Так, дееспособный человек имеет полное право принимать решения и действовать в отношении собственной личности и имущества на свое усмотрение. Кроме того, такой человек несет полную ответственность за свои действия или бездействие. Правовая компетенция («ахлийа») является основанием для намерений («нийа»), которые лежат в основе человеческих поступков. Поэтому действия человека согласно исламской традиции не могут иметь правовой статус без такой компетентности.

Условиями юридической компетентности являются твердый ум («'акл»), половозрелость («булуг»), воспринимающаяся как совершеннолетие, знание («илм; имеется в виду, прежде всего знание мусульманского закона) и свобода («хуррийа») [11]. Таким образом, основным условием компетенции является именно интеллект, а все остальные условия зависят от него и поддерживают его. Человеческий разум в Исламе настолько важен, что Коран резко осуждает его бездействие (8:22) [12].

Интеллект и половое созревание рассматриваются здесь вместе, поскольку они тесно связаны между собой. В то же время ребенок, интеллект которого находится еще в процессе развития, с правовой точки зрения ограничен в своих правах, «не разумен» и не может принимать «зрелых решений», а соответственно и отвечать за свои поступки. Именно поэтому до периода полового созревания его правовая компетенция снижена, поскольку человек, имеющий юридическую компетентность, должен иметь достаточный интеллектуальный потенциал для понимания своих прав, обязанностей. С этим пониманием непосредственно связана способность понимать основные источники исламского права — Коран и Сунну [3], их трактовки действий, которые собирается предпринять человек. При этом «незнающий человек» не может привлекаться к ответственности за не соответствующий канонам веры поступок, а судится лишь за «джахл» (незнание). Для обеспечения этого Коран рекомендует тестирование детей-сирот, чтобы убедиться, что они являются достаточно зрелыми интеллектуально, чтобы нести ответственность за свою жизнь и имущество (4:06, 6:152, 17:23) [12].

Современному человеку Ислам гарантирует естественные права личности («хукук»), зафиксированные в Коране [12]. Среди них право на религию («дин»), жизнь («нафс»), разум («'акл»), потомство («насл») и имущество («мал»). При этом каждое право сопряжено с одноименной обязанностью. Эти права не должны отниматься вне зависимости от пола, возраста, здравомыслия или здоровья, они являются врожденными и в них не должны отказывать по причине психического нездоровья. В то же время в процессе реализации этих прав могут накладываться ограничения, определяемые правовой компетенцией человека. Дееспособные лица («каmil ал-ахлийа») имеют полное право в управлении своей личностью («нафс») и имуществом («мал»). Другими словами, правовая дееспособность личности («ахлийат ал-ваджиб») дает возможность человеку при-

нимать решения о своем лечении, проводить финансовые операции, заключать брак, осуществлять развод и т. п. Согласно Шариату [11], совершеннолетний и дееспособный человек не только несет полную ответственность за все свои действия или бездействие, он также имеет обязательства, т. е. дееспособен в связи с обязательствами («ахлийат ал-ада»).

Шариат фиксирует также случаи, в которых дееспособность (как правовая, так и по обязательствам) может быть ограничена частично («накисат») или полностью («камилат»). При этом ограничение может быть временным или постоянным [11]. Причинами же недееспособности в связи с нарушением психической сферы согласно Шариату может быть интоксикация («сакр»), безумие («джунун») либо умственная отсталость («сафаха»).

Так, при интоксикации («сакр») (в связи с употреблением алкоголя или психоактивных веществ) нарушается такое важное условие компетенции, как твердый ум. В этих случаях речь может идти о временной потере дееспособности (как и в правах, так и в обязанностях). Когда же речь идет о безумии («джунун») — психическом состоянии, в котором рациональное мышление и поведение нарушено в тяжелой степени, ограничения дееспособности человека заключаются в запрете на вступление в брак, развод и осуществление финансовых операций. Таким образом, указанные выше действия могут быть признаны недействительными, в случае если доказано, что они были совершены человеком в состоянии душевного расстройства. И последнее — умственная отсталость («сафаха»), в случае которой к людям применяются те же ограничения, что и к безумным. Однако известно, что психические и интеллектуальные расстройства бывают разной степени тяжести. Так, при легком расстройстве человек вполне может нести ответственность за свои поступки, однако решение о предоставлении дееспособности может вынести только врач [11].

Кроме того, по закону у каждого человека с ограниченной дееспособностью должен быть законный представитель его интересов — опекун или попечитель («вали»), которому предписано принимать за него решения в отношении его судьбы, здоровья и имущества, а также нести ответственность за некоторые действия подопечного. Опекунство обычно берут на себя родственники, однако если они не в состоянии взять на себя эту ответственность и материальное бремя (особенно если больной родственник беден), опекуном может стать любой человек с хорошей репутацией и полной юридической прав. Решения за недееспособного гражданина имеет право также выносить судья, а опекуном может являться государство. В то же время семьи, отказывающиеся от опеки над своими недееспособными родственниками, согласно своду законов Шариата [11], сильно порицаемы в мусульманском обществе [23].

Таким образом, Шариат защищает психически нездоровых людей в повседневной жизни. Кроме того, заручившись свидетельством о своей психической неполноценности, человек может быть оправдан даже после совершения тяжелых преступлений. Психически больной освобождается от целого ряда обязанностей мусульманина (например, от пятикратной молитвы, необходимости содержать семью и проч.) [11], невыполнение которых здоровыми людьми может привести к изгнанию из общества [19].

Именно данное гуманное отношение к психическому нездоровью привело к созданию в VIII в. первых психиатрических клиник в исламском мире. Это же заставило ранних мусульманских ученых обратить свое пристальное внимание на исследования в области психологии, психиатрии и неврологии. Государственное устройство в формате Халифата существенным образом продвинуло научную мысль в сфере изучения психики. Именно во времена наиболее развитого Халифата разрабатывается множество теорий (в том числе и гипотеза Авиценны о связи участков мозга с некоторыми формами безумия) [2], классификации расстройств, виды терапий [31]. Можно сказать,

что традиции Халифата в отношении к душевнобольным перешли «по наследству» Османской Империи, однако с ослаблением государства слабла и наука. Само по себе, без государственной поддержки развитие науки оказалось неспособным полностью вытеснить из восприятия людей дикие предрассудки по поводу психических расстройств, поскольку к XVIII в. система образования уже пребывала в упадке. В то же время развитие медицинских знаний и помощи душевно больным существенно облегчило их существование, особенно в крупных городах, имеющих специализированные больницы для душевнобольных.

Что касается современного состояния проблемы, то с передовыми разработками в области клинической психологии и психиатрии большинство арабских стран познакомились лишь в середине XX в. [28]. В то же время, следует отметить недостаточную информированность среди коренного населения стран Ближнего Востока о современных научных представлениях о природе психических расстройств, что в значительной степени стигматизирует отношение общества к душевнобольным. Хотя исламские нормы и диктуют необходимость уделять душевнобольным доброту и заботу, предвзятое отношение окружающих заставляет людей страшиться проявлений психического расстройства. В обыденном представлении «одержимость джиннами» или «Божья кара» подлежат осуждению, поскольку могут быть причиной неправильного поведения не только самого больного, но и его близких. Хотя обнародование болезни и не влечет за собой физического преследования, оно считается позорным и предосудительным для личности, для его семьи, а в некоторых случаях, для всей общины. Поэтому заболевание, как правило, скрывают, опасаясь, что окружающие люди будут рассматривать данное состояние как проявление наследственных дефектов или как свидетельство того, что семья «заслужила гнев Божий». Данные факты существенным образом влияют на возможность интеграции лиц с душевными расстройствами в общество, поскольку наличие в ближайшем окружении душевнобольного человека может существенным образом сказаться на брачных отношениях всей семьи [20]. Если в городах общество более прогрессивно, образовано и ориентировано на достижения науки, то для деревенской культуры вышесказанное абсолютно справедливо. Таким образом, в настоящее время в арабском обществе социальной изоляции подвергается не только сам больной, но и его ближайшее окружение.

Резюмируя вышесказанное, можно говорить о том, что сама по себе проблема предвзятого отношения к душевнобольным известна с древности и существует во всех уголках мира. Главной же причиной стигматизации являются, как и прежде, общественные предрассудки и сформировавшийся образ душевнобольного как опасного и бесполезного для общества человека.

Что же касается ситуации, сложившейся в настоящее время на арабском Востоке, то ее можно охарактеризовать как непростую. Поскольку предубеждения в отношении душевнобольных здесь тесно переплетаются с традицией и неправильной трактовкой основ религии, в связи с чем имеющие успех западные программы интеграции без учета историко-культуральных особенностей в этом регионе часто оказываются малоэффективными.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамов В. А., Абрамов А. В. Историческая периодизация отношения общества к душевнобольным // История украинской психиатрии: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской

- клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) / Под общ. ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка. Харьков, 1994. Т. 1.
2. *Авиценна Ибн Сина*. Каноны врачебной науки (Классика оздоровления. Теория и практика). — М., 2010.
 3. *Али-заде А.* Исламский энциклопедический словарь. Серия: Золотой фонд исламской мысли. М., 2007.
 4. *Большаков О. Г.* История Халифата. Том 1. Ислам в Аравии. 570–633 гг. М., 2002.
 5. *Дернер К.* Гражданин и безумие. К социальной истории и научной социологии психиатрии / Под ред. М. В. Уманской. М., 2006.
 6. *Дмитриева Т. Б., Положий Б. С.* Этнокультуральная психиатрия. М., 2003.
 7. *Мохи А.* Развитие психиатрии и служб психиатрической помощи в исламских государствах. Электронная версия: <http://www.rusmedserv.com/psychsex/vostok.shtml>.
 8. *Новиков Е. В.* Отверженные. Об отношении общества к психически больным. Этический анализ // Здоровый смысл. 2004. № 4 (33).
 9. *Каннабих Ю. В.* История психиатрии. М., 2002.
 10. *Карвасарский Б. Д., Бабин С. М., Бочаров В. В.* и др. Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование / Под ред. М. М. Кабанова, Н. Г. Незнанова. СПб., 2003.
 11. *Керимов Г. М.* Шариат. Закон жизни мусульман. Ответы Шариата на проблемы современности. М., 2009.
 12. Коран. Перевод смыслов с арабским текстом / Пер. Эльмира Кулиева. М., 2010.
 13. *Малкова Е. Е.* Роль этнокультуральных факторов в психологической диагностике и коррекции эмоционально-поведенческих расстройств у детей и подростков // Вестник психотерапии. 2011. № 38 (43).
 14. *Портер Р.* Краткая история безумия. М., 2009.
 15. *Фрейджер Р., Фэйдимен Д.* Теории личности и личностный рост. М., 2004.
 16. *Al-Attas N.* The Nature of Man and the Psychology of the Human Soul // International Institute of Islamic Thought and Civilization. Kuala Lumpur, 1990.
 17. *Ali J.* Al'mofsal fi tarekh al'arab kabla al'aslam [Detailed in the history of the Arabs before Islam]. Part VI. Baghdad, 1992 (на араб. яз.).
 18. *Alsharef A.* Dawr al'arab w al'moslmn fi al'olom al'nfsya w al'asbya [The rule of arab and muslims in the Psychological and neurological sciences]. 26 SEPTEMBER. № 1133, 10. 06. 04 (на араб. яз.).
 19. *Dols M.* The Origins of the Islamic Hospital: Myth and Reality // Bulletin of the History of Medicine. 1987. № 61.
 20. *Hammad A., Kysia R., Rabah R., Hassoun R., Connelly M.* Health Care Delivery to the Arab American Community. Community Health Cente, 1999
 21. *Kanner L.* History of the care and study of the mentally retarded. Springfield, IL, 1964.
 22. *Karnilowicz W., Sparrow W., Shinkfield A.* High school students' attitudes toward performing social behaviors with mentally retarded and physically disabled peers // Journal of Social Behavior and Personality. 1994. № 9 (5).
 23. *Kasule O. H.* The Mental State and the Shariah. Электронная версия: <http://www.islamicmedicines.com>.
 24. *Koenig H. G.* Faith and mental health: religious resources for healing. West Conshohocken, PA, 2005.
 25. *Lyons M., Hayes R.* Student perceptions of persons with psychiatric and other disorders // The American Journal of Occupational Therapy. 1993. V. 47.
 26. *Okasha A.* Mental Health in Egypt // The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences. 2005. V. 42. № 2.
 27. *Rahman F.* Health and medicine in the Islamic tradition. Chicago, 1998.
 28. *Ramadan A.* Psychology in The Arab Countries. Cairo, Egypt, 1998.

29. Rosen J. G. *Madness in Society. Chapters in the Historical Sociology of Mental Illness*. L., 1968.
30. Rubin S. E., Rosen R. T. *Foundations of the Vocational Rehabilitation Process*. (4th ed.). Austin, TX, 1995.
31. Syed I. B. *Islamic Medicine: 1000 years ahead of its times // Jour. of the International Society for the History of Islamic Medicine*. 2002. № 2.
32. Verma R. L. *History of Medicine in India // Indian–Arab relations in medical sciences*. New Delhi, 1992.
33. Verhagen P., Van Praag H., López-Ibor J., Cox J., Moussaoui D. *Religion and Psychiatry: Beyond Boundaries*. Oxford, 2010.
34. Zaki A. *Resla fi al'teb al'arabe 1931 [A message in Arabic Medicine 1931]*. Cairo, 1931 (на араб. яз.).