

МАСКОТЕРАПИЯ VERBATIM: ИНТЕРВЬЮ С Г.М.НАЗЛОЯНОМ

Статья В.М.Розина показалась редакции интересной, но оставила ряд вопросов и недоумений. Мы решили, что проще всего разрешить эти вопросы, обратившись за разъяснением к самому «герою» статьи, автору метода маскотерапии. Редактор журнала Анна Фенько взяла у Г.М.Назлояна интервью.

Вопрос: Гагик Микаэлович, спасибо, что согласились прочитать статью В.М.Розина. Что Вы думаете о его интерпретации Вашего метода?

Ответ: Я благодарен профессору В.М.Розину, статья которого привела нас к сотрудничеству.

Уже при первом знакомстве со статьей стало очевидно, что автор предпринял попытку истолковать метод маскотерапии только на основе знакомства с нашей книгой: «Зеркальный двойник: утрата и обретение», причем даже не всей, а лишь с одним из ее разделов. Для того, чтобы судить о методе, стоило бы поближе познакомиться с работой нашего Института, обширным видео- и фотоархивом, с больными и персоналом, наконец, воочию увидеть сами портреты, как в законченном виде, так и на различных стадиях формирования. Возможно, это позволило бы ему избежать многих ошибок и поверхностных суждений.

В первую очередь, надо отметить доброжелательное отношение Вадима Марковича к моей лечебной деятельности, и это, может быть, для меня самое главное. Далее он проводит анализ самого феномена исцеления больных рассматриваемым методом. После изложения материалов упомянутой книги, автор переходит к наиболее важной части статьи – попытке дать философское определение психических расстройств и сформулировать «механизмы» психотерапевтического процесса. Хочу еще раз выразить благодарность автору от всех моих коллег за положительную оценку нашей деятельности и перейти к его интерпретации маскотерапии. Здесь я не во всем согласен с профессором В.М.Розиным и считаю, что он сделал несколько поспешных выводов.

Во-первых, автор рецензии почему-то решил, что я создаю серию «масок», а не один-единственный скульптурный портрет. Во-вторых, что больные, как утверждает он, лишь пассивно сидят у мольберта, хотя девять десятых объема нашей книги, даже фотоиллюстрации говорят о

противоположном. Далее, автор заявляет, что эстетическая сторона портрета для меня не имеет значения: опять результат «утраченных» страниц и рассеянного чтения. Затем, с целью проиллюстрировать свою идею, он в нескольких местах искажает факты. Например, как пациент воспринимает свое лицо, как он идентифицирует его с портретом и др. Примерно так же он обращается с М.Бахтиным, в том месте, где ссылается на небольшой фрагмент одной из его работ и произвольно манипулирует извлеченной из контекста идеей, без учета последовательной системы в целом. Развивая свои идеи, он допускает очередную неточность, когда, например, приводит «случай» из собственного опыта. Подает его в жанре анекдота о душевнобольных, называя дисморфофобией то, что напоминает синдром навязчивости.

Еще немного о портретах, которые наш оппонент видел, как мы выяснили, только на некоторых фотографиях. Они, по его мнению, имеют черты «общей идеальности, отрешенности, умиротворенности», «вполне здоровые», «лица похожи друг на друга» (здесь автор спутал технику формования с эстетической идеей, заложенной в портретах), в них «интегрированы отдельные здоровые планы и структуры личности». Этот ряд суждений представляет собой вопиющее несовпадение со смыслом моих портретов, их местом в искусстве вообще, со всеми мнениями профессионалов, непрофессионалов, самих больных.

Теперь о моей главной претензии по поводу этой части статьи. Там есть такое предложение: «Но загадка заключается в том, что с научной точки зрения, в общем-то, непонятно, почему происходит излечение пациентов Назлояна». Возникает встречный вопрос: «С точки зрения какой науки?» С позиций клинической психиатрии попытался изложить проблему я; с позиций психологии – профессор М.Ярошевский; с позиций философии и культурологии – профессор Т.Цивьян; с позиций социальной антропологии – Л.Абрамян; с позиций искусствознания – Г.Ельшевская. Почему В.М.Розин не заметил основательных идей столь авторитетных ученых, моих соавторов, которые занимают большую часть объема прочитанной им книги? Остается предположить, что научное объяснение собирался дать он сам – и его концепция является основной частью статьи.

В начале задаются некие три (можно добавить к ним еще пять, семь, сколько угодно) ипостаси зеркального образа. Можно только сожалеть о том, что автор ограничился спекуляцией вокруг идей М.Бахтина, не затронув глубоких пластов мировой философской науки об этом предмете. Это тем более странно, что почти половина объема анализируемой В.М.Розиным книги принадлежит Л.Абрамян, талантливому последователю М.Бахтина и известному эксперту в вопросах двойничества. Л.Абрамян также является нашим главным консультантом на протяжении всех пройденных лет. В рассуждениях критика маскотерапии я не чувствую также отзвука известных высказываний о зеркале и вообще знания науки о двойничестве.

Главный же тезис рассматриваемой статьи – это понятие о «деформированной реальности». Понятие философское, я бы сказал, инженерно-философское, для психиатра совершенно недоступное, зашифрованное. Известны сотни видов нарушений восприятия больным реальным миром и самим собой, имеющие свои уточненные и общепринятые обозначения. Но если кто-либо из специалистов попытается с помощью указанной концепции осмыслить собственный клинический опыт, то ничего из этого не выйдет, так как инструкций к применению автор не дает. А весь его текст, касающийся содержания этого понятия, напоминает мне произвольно выбранное поэтическое произведение, непригодное для применения в психотерапевтической практике. Оценить эту часть рецензии трудно, поскольку язык автора эклектичен.

Выдвигая свою систему трактовки психических болезней, В.М.Розин не пересматривает, не поправляет, а отвергает основу всей маскотерапии. Значит, речь идет о глобально новом подходе к психопатологической проблеме. В таком случае неясно, почему его работа вылилась в жанр рецензии на одну из моих статей и какое отношение мы имеем к его новому взгляду на клиническую психотерапию. В этой области существуют свои авторитеты и теоретики (в том числе и члены редколлегии МПЖ), которые оценили бы указанную концепцию более компетентно, будь она адресована им.

Вопрос: Спасибо. Надеюсь, Вадим Маркович не обидится на эту откровенную оценку. Но хотелось бы узнать поподробнее о том, как Вы сами формулируете смысл своей методики. Каким путем Вы пришли к своему методу? Опирались ли Вы на какие-либо из существующих направлений психотерапии?

Ответ: До прихода в практическую психиатрию я занимался общими вопросами психологии и после защиты диссертации (в поисках предмета своих научных интересов) решил обратиться к психопатологической проблеме. В 1978г. я поступил на работу в одну из больниц Московской области в качестве врача-психиатра. Вскоре я обнаружил, что отношусь к категории нонконформистов. В частности, мне не удавалось выполнять обязательные для каждого врача инструкции без конфликта с собственными представлениями и ценностями. Это приводило к кризисам и стоило мне тяжелых, иногда стрессовых переживаний. В поисках выхода из этой ситуации я пытался, не вступая в полемику с администрацией, переосмыслить некоторые, недостаточно убедительные или недостаточно гуманные правила, найти компромиссные решения. Так возникли первые принципы маскотерапии. Со временем появилась целая система правил не только лечения, реабилитации, но и организации психиатрической помощи, защиты прав душевнобольных и всего того, с чем встречается практикующий врач в своей каждодневной работе. Таким образом, мой метод возник и развивался в лоне клинической психиатрии.

Это было время психофармакотерапии: уже приобрела известность большая часть современных, в высшей степени эффективных препаратов, были разработаны и внедрены существующие и сейчас стандартные схемы их применения. В 70-е годы основная масса душевнобольных во всем мире уже прошла интенсивную медикаментозную терапию и, в лучшем случае, находилась на амбулаторных дозах. Лекарственный патоморфоз и бурный рост атипических форм фактически разрушил классификацию Крепелина со всеми ее разночтениями. Причем произошло это за очень короткое время. Каждый случай, увиденный мной, выходил за пределы книжных описаний. Теперь одной жизни не хватило бы для того, чтобы охватить многообразие форм, память отказывалась фиксировать витиеватые описания расстройств.

Появилось столько болезней, сколько было больных. Лекарственный патоморфоз с новой остротой поставил вопрос о необходимости индивидуализации терапевтической практики. И, хотя об этом знали давно, никто к 1978 году еще не нашел убедительных способов решения этой проблемы без полной или частичной утраты традиции – тех остроумных, глубоких наблюдений и точек зрения, которыми щедро одарила нас долекарственная психиатрия. Ведущие клиницисты отрицали всю психотерапию, так как знали, что существующие техники неспособны решить проблему психозов, а психотерапевты, невольно подчиняясь критике в свой адрес, жестко проводили демаркацию между невротами и психозами, отдавая предпочтение «малой» психиатрии. Психотерапия, которая велась (и не очень успешно) вперемежку с такими средствами, как антидепрессанты, нейролептики и даже шоки, не могла внушить доверие «чистым» клиницистам.

Все чаще раздавались призывы вернуться к синдромологическому подходу. Появилось даже понятие «синдромов-мишеней». Рост новых форм болезней, невозможность объять необъятное во многом обусловили гипердиагностику в сторону одной из нозологий, в частности, шизофрении. Это был своего рода завуалированный переход к концепции единого психоза, хотя бы потому, что форма течения, основа основ нозологического подхода, на деле не учитывалась. Кризис идей в нашей области был очевиден, и этот кризис весьма драматически отражался на судьбе каждого пациента.

Еще до начала практической деятельности я думал о том, что необходимо найти некое свойство, присущее каждой болезни и каждому из патологических состояний, определить принцип, отделяющий психическую патологию от нормы. Направлением развития клинического подхода было выделение феномена отчуждения, которое, на мой взгляд, присутствует в каждом случае психических расстройств и имеет свое представительство в клинической психиатрии под именем «аутизм». Это весьма универсальное понятие, существующее также в философии, в психологии, в других областях знания. Оно могло бы помочь преодолению некоторой оторванности клинического подхода от человека,

позволить проводить лечебную деятельность с учетом нравственных категорий, избавиться от сциентистски холодного, «объективного» отношения к больному человеку.

Я не пошел по пути отказа от установившегося содержания понятия аутизма, но лишь расширил сферу его приложения. Обобщенный взгляд на проблему исходил из другого видения психопатологического материала. Блейлеровское определение, как и аутизм в понимании Каннера, стали частными случаями широкого круга явлений, объединенных под названием патологического отчуждения. Такое место понятию аутизма в клинической психиатрии не отводилось, хотя какое-то предчувствие, что оно является ключом к личностному подходу, было у самого Э.Блейлера – об этом я узнал из частной беседы с его сыном, известнейшим клиницистом М.Блейлером в Цюрихе.

Вопрос: Придерживаетесь ли Вы в своей работе какой-либо из известных психологических или психиатрических концепций человека, или за годы работы у Вас сложились собственные теоретические представления?

Ответ: В психиатрию и в психотерапию я пришел из академической психологии (диссертация по психологии творчества), а до этого занимался философией, опубликовал в студенческие годы ряд статей по проблеме творчества. Мне стоило большого труда преодолеть в себе метафизированность и метафоричность, выработать тот специфический язык, который позволял корректно подходить к нарушениям психических функций.

В свое время я находился под большим впечатлением достижений социальной антропологии, в которой архетип человека и его зеркального двойника изучен наиболее полно. Думая о проблеме патологического отчуждения в связи с моей практической деятельностью, я предположил, что нарушение диалога пациента с внешним миром имеет отношение к искажению, извращению, обеднению или утрате зеркального образа Я. Это была счастливая идея, весьма плодотворная при работе с пациентами. С тех пор общение с тысячами душевнобольных подтвердило существование психопатологической реальности, которая оставалась почти незамеченной в клиническом анализе. Речь идет об особом отношении больных к своему зеркальному образу. Новое применение архетипа человека и его зеркального двойника позволило мне преодолеть описательный уровень, существовавший в нашей области, не утрачивая при этом достижения предшественников и не вступая в явное или скрытое противоречие с коллегами.

Теперь определить новую технику психотерапии было значительно легче, чем ее внедрить. Путь лежал через попытку реконструкции нарушенного восприятия больным самого себя, внутреннего диалога, а тем самым – диалога с окружающим миром. Предполагалось, что истинное преодоление патологического отчуждения приведет к

исчезновению других симптомов психического или психосоматического заболевания. Таким образом, аутизм становился не только ведущим свойством всякого психического расстройства, не только явлением исходным, первичным, но и «мишенью» терапевтической активности, в том числе и лекарственной.

Новый взгляд на аутизм открывал целый массив ценной информации о зеркальных переживаниях больного, которые, как отмечалось, клинический анализ в основном и главным пропускал. Например, больная Л., которая наряду с бредом и галлюцинациями в течение многих лет не видела себя в зеркале и только ощупывала свое лицо и тело, чтобы иметь о них представление, вылечилась от своей болезни благодаря возврату и ассимиляции своего зеркального образа, – была описана в психиатрических больницах без учета этого фактора. В сопровождающих документах мы не встретили даже намека на то, что у нее имеются зеркальные переживания, а по свидетельству матери, ни лечащие врачи, ни психологи не интересовались этим вопросом. Столь явный случай – не исключение, а правило. Исключением являются те болезни, где на первом плане находится дисморфофобический бред, детально разработанный в клинической психиатрии, хотя и несколько по-другому, чем это делаем мы. В учебниках психиатрии можно также встретить замечания по поводу того, что дисморфофобические переживания, особенно в пубертате, нередко предшествуют развитию психоза.

Изучая и фиксируя зеркальные нарушения, мы имели возможность разрабатывать новые, более адекватные тесты, создавать более эффективные и красивые техники клинической беседы, психотерапии. Наконец, нам удалось полностью преодолеть тезис о процессуальности психических заболеваний и прийти к новым идеям в области реабилитации, организации помощи, призрения душевнобольных. К примеру, если прогресс в содержании психически больных осуществлялся благодаря отказу от карательных процедур и остановился на уровне «лекарственной смирительной рубашки» (последнего оплота карательной психиатрии), то мы преодолели и это средство усмирения, когда в 1986 году прекратили назначение массе наших пациентов шоков и больших нейролептиков. Должен отметить, что риск был не меньшим, чем во времена Пинеля. К такому тотальному освобождению больных, обратившихся к нам за помощью, мы пришли не случайно, а благодаря удачному теоретизированию, пересмотру установившихся представлений о болезненных расстройствах (в частности, об их процессуальности), и успешному прогнозированию поведения наших пациентов. Свободу получили не только наши пациенты, но и врачи – эту ни с чем не сравнимую радость мы ощущаем в работе каждый день.

Вопрос: Ваша работа лежит на стыке психотерапии и искусства. Идея использовать психотерапевтический потенциал искусства воплотилась в многочисленных направлениях так называемой «арт-терапии»: известны методики, использующие музыку, танец, рисование, сочинение

рассказов и стихов, – но обычно это творчество самих пациентов. В Вашем случае произведение искусства создает терапевт, а пациент является его моделью и зрителем. Каков механизм психотерапевтического воздействия в данном случае? Что у него общего и в чем отличие, с одной стороны, от воздействия «арт-терапии», а с другой – от воздействия искусства вообще на любого человека, на зрителя?

Ответ: В самом начале своей деятельности я выдвинул ряд непереносимых условий и неукоснительно их выполнял. Во-первых, психотерапевтическая практика ни в коем случае не сводима к научному методу, так как науке не дано фиксировать индивидуально-неповторимые черты больного (почему от этой иллюзии не могут отказаться представители научной психологии, всегда было для меня загадкой, признаком некой ювенильности). Наука и искусство должны не дополнять друг друга в психотерапевтической практике, а быть слитыми воедино. Для моих целей пригодно лишь портретное искусство, отвечающее высоким профессиональным требованиям. Это должен быть структурный портрет, который можно рассматривать с разных точек, как мы рассматриваем себя в зеркале, и потому модель не должна статично позировать и сдерживать свои побуждения. Портрет должен выполняться самим лечащим врачом обычно в натуральную величину – довольно редкий вариант в портретном искусстве.

Предполагалось, что такой подход даст возможность избавиться от авторитарного образа врача в психотерапевтическом сеансе за счет появления новой структуры взаимоотношений. И, что очень важно, такой подход впервые за всю историю психотерапевтического и медикаментозного лечения может иметь строго обозначенные начало и конец. Это достигается за счет слияния портретного и лечебного времени, а так как портрет по законам искусства имеет начало и конец, улавливаемый пусть даже интуитивно, то появилась возможность регламентировать все лечение. Кто из психиатров не знает сакраментального вопроса, задаваемого родственниками, – когда он будет здоров, когда наступит исцеление?» И больными: «когда выпишете, когда выпустите на свободу?» «Когда закончится портрет», – отвечаем мы, и конфликт исчерпывается.

Вначале это были очень смелые и очень субъективные идеи, поскольку я еще не коснулся «материи» клинической психиатрии и серьезного искусства. Но свои фантазии я стал воплощать с первого же дня работы в стационаре, и с первых же дней был в окружении друзей, стоявших близко к моим опытам, на работе, дома, на конференциях, вносящих новые и новые поправки, помогающих совершенствовать условия работы. Это был незримый университет людей, нравственно заинтересованных в исцелении душевнобольных, а наши идеи были плодами коллективного творчества.

Новых определений и правил появлялось много, они шлифовались в работе и утверждались после тщательной проверки. Одно было

очевидным: что наш подход слишком конкретен, слишком концептуален и слишком направлен, чтобы можно было говорить о типичной арт-терапии – это все-таки была маскотерапия, которая тяготела и к искусству, и к врачеванию. Есть много у нашего метода других особенностей, но об этом мы подробно пишем в нашей книге «Зеркальный двойник: утрата и обретение».

Вопрос: Ваши пациенты в процессе психотерапии испытывают необычный опыт – опыт взаимодействия художника и его модели. Приходилось ли Вам самому быть моделью? Переживает ли, на Ваш взгляд, здоровый человек, будучи моделью, чувства, похожие на чувства Ваших пациентов? Что вообще, по Вашему мнению, происходит в душе Ваших больных? Вероятно, чтобы результат был успешным, они не должны быть пассивными, а должны проделать какую-то сложную внутреннюю работу. В чем она заключается?

Ответ: Мы знаем, какая атмосфера возникает в процессе портретирования, какие ни с чем не сравнимые, во многом загадочные, отношения создаются между художником и его моделью, какая концентрация творческих сил нужна для воспроизведения хотя бы части того индивидуально-неповторимого, с чем данный человек пришел в этот мир и прожил в нем, а также того общего, что роднит его с другими. И это весьма напряженное поле портретного творчества целиком переносилось в область медицины (что не удавалось ни в одной арт-терапии), многократно усиливая и направляя психотерапевтический процесс.

Но сравнить ощущения больного с собственными я смог только в 1982г., когда крупный художник начал работу над моим образом. По счастью, это был медленный подробный портрет, и я имел возможность проводить аналогии. За время портретирования и позднее я встречался со многими людьми, ставшими моделями «моего» художника. Мы делились своими впечатлениями – они во многом совпадали. Это были очень серьезные переживания, иногда портрету сопутствовала интрига, однако напряжение все-таки значительно уступало тому, которое я встречаю в своей практике – и по многогранности, и по амплитуде переживаний. Достаточно вспомнить многочасовое застывание перед собственным скульптурным двойником на всех стадиях его формирования, «сумасшедшие» страсти, которые переживают наши модели, сложную сеть интриг, которую плетут их опекуны, переживания, простирающиеся от неверия до фанатической веры, от ненависти до любви. Вся эта информация поражает художников и скульпторов, которые дружат со мной, но они не знают и половины того, что происходит на самом деле.

Во время маскотерапии происходит вовлечение в лечебный процесс всей личности и всего организма нашего пациента, каждой его клетки, всей его сути. Происходит истинный переворот в его жизни, возрождение, подобное рождению. Портрет воздействует гораздо сильнее, чем даже шоки, которые, по признанию больных, «не задевают личность». Об этом

мы тоже подробно пишем в упомянутой книге. Действующим началом является контакт врача с больным человеком, контакт особый, ни с чем не сравнимый; далее постоянная идентификация модели с портретом, пробивающая «брешь» в патологическом отчуждении и впоследствии его полностью упраздняющая. Но не все так легко и просто, требуется огромная, истощающая отдача творческих сил, а досадные неудачи становятся истинной драмой в жизни врача.

Вопрос: Ваш метод уникален и, вероятно, тесно связан с Вашей личностью. Удалось ли Вам воспитать учеников, создать свою школу? Если можно, несколько слов о проблеме, волнующей большинство наших читателей: как «научиться» психотерапии? Как Вы организуете обучение, есть ли у Вас особые приемы передачи мастерства?

Ответ: Этот метод уникален. Как всякое начинание в области психотерапии, его связывают с личностью врача, который первым начал работать в этом направлении, с его обаянием, особым даром и так далее. Однако для меня такое мнение было тяжелой обузой, хотя не исключено, что бессознательно я даже культивировал подобные «комплименты», сознательно же я стремился к объективности, к развитию клинического метода, стремился передать свой опыт другим специалистам, надеялся, что они будут работать гораздо ярче и интересней. Я много трудился в этом направлении и, когда появились первые результаты, мы создали Институт Маскотерапии, действующий по единому принципу, и в рамках этого принципа мои коллеги имеют полную свободу выбора. Значение, которое мы стали придавать проблеме отчуждения, позволило найти новые методы психотерапии в соответствии со способностями и убеждениями других врачей, не навязывая того стиля, который близок именно мне. Есть и специальные формы обучения, даже весьма изощренные и дорогостоящие, например, с изготовлением статуи стажера и параллельным обучением искусству портрета.

Вопрос: Расскажите о работе Вашего Института. Испытываете ли Вы какие-либо административные или финансовые трудности? Как справляетесь с ними и как «вписались» в нынешнюю социальную ситуацию? Каково ваше отношение к «официальной» психиатрии и к нынешнему массовому распространению «дикой» психотерапии?

Ответ: Наш Институт работает по принципу творческой мастерской. Как лечебное учреждение он находится вне системы Министерства здравоохранения, являясь общественным объединением. Примерно так функционирует психиатрический авангард во всем мире. Кроме портретной психотерапии, здесь практикуется лечебный автопортрет, бодиарттерапия, ритмопластика, визуальная терапия, классическая арттерапия. Время от времени мы применяем, особенно при параллельном лечении родственников, усовершенствованные нами техники психотерапии (гипноз, рациональная, групповая психотерапия), а также медикаментозную терапию. Выбор способов лечения, привлечение к

работе тех или иных специалистов определяются нуждами наших пациентов, визиты которых напоминают посещение дневного стационара. Иногда несколько специалистов работают над одним пациентом. Лечение (кроме процедур и работы с обнаженной моделью) проводится в открытых помещениях при участии родственников и друзей больных, в атмосфере групповой психотерапии, названной нами «Беседы у костра». Финансовые трудности преодолеваются с помощью спонсоров и платежеспособных больных, с опекунами которых мы находимся в договорных отношениях. Многие из наших пациентов находятся на благотворительном лечении.

Наши отношения с ортодоксальной психиатрией можно определить как дружественный нейтралитет. С некоторыми стационарами мы сотрудничаем. Хотелось бы отметить, что официальная психиатрия, обладая огромными возможностями, не может слишком быстро менять свои стереотипы, так как зависит от многих общественных, в том числе правоохранительных структур. Она вынуждена и должна быть догматичной. Однако, по нашему глубокому убеждению, ортодоксальная психиатрия может развиваться и существовать только за счет своего авангарда, она должна создавать новые направления и контролировать лишь профессиональный уровень работающих там специалистов.

Известная недалёковидность «отцов» психиатрии, наших учителей, привела значительную часть пациентов к самозванцам и дилетантам, не обладающим ни психиатрической культурой, ни культурой сострадания к душевнобольным. Какую конкуренцию могла бы составить ортодоксальная медицина современным магам и волшебникам, если бы поддерживала и развивала те новые идеи, которые созревают внутри психиатрических школ! Примеров прохладного отношения к новым идеям я мог бы привести много. А сейчас почти на всех своих направлениях официальная психиатрия терпит неудачу, и главное – совершенно утратила доверие опекунов наших больных, лишила их точки опоры.

В заключение хотел бы признаться, что большая часть наших идей остается в зачаточном состоянии, и мы заняты только сохранением того, что удалось подтвердить на практике. Я совершенно недоволен замедлением поиска новых лекарственных сочетаний, новых эффективных техник психотерапии, которые можно было бы с легкостью передавать другим специалистам, накопления и шлифовки артистических приемов, без которых нет истинной психотерапии. В настоящее время мы уделяем больше внимания анализу прошлого, особенно неудач, изложению сохранившегося материала, попыткам новых обобщений.

– Спасибо. Редакция МПЖ от имени наших читателей благодарит Вас за интересный рассказ. Мы желаем Вам и Вашему Институту плодотворной работы, притока новых творческих сил и новых идей. С нетерпением ждем от Вас новых статей, сообщений, описаний клинических случаев, которые, мы уверены, будут интересны читателям журнала.