

Психиатрия  
в Приморье...

5

Известия  
Российского  
общества  
психиатров

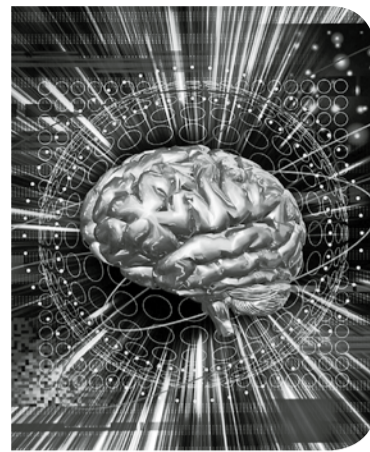
6

Влияние  
компьютерных  
технологий  
на психику человека

7-8

Пироговский  
съезд и будущее  
отечественной  
психиатрии

10



**ФЕНИКС**

лечебно-реабилитационный  
научный центр

НАШ АДРЕС:

344010, г. Ростов-на-Дону,  
пр. Ворошиловский, 40/128.  
Тел. (863) 267-48-15.  
Тел./факс: (863) 267-38-67

[www.centerphoenix.ru](http://www.centerphoenix.ru)

СОБЫТИЕ

**Повышение  
эффективности  
помощи  
психически  
больным**

13 декабря 2011 года в  
года Москве состоит-  
ся совмещенное меро-  
приятие: Общероссийская кон-  
ференция на тему «Повышение  
эффективности лечебно-реабилитационной помощи психически больным» и IV Национальный конгресс по социальной и клинической психиатрии «Модернизация психиатрической службы – необходимое условие улучшения общественного психического здоровья (организационные, терапевтические и профилактические аспекты)».

В качестве основных проблем для обсуждения на конференции обозначены:

- терапия различных клинических форм, обсуждение стандартов терапии и протоколов ведения психически больных;
- комплексный характер терапии: сочетание биологической терапии, фармакологического и немедикаментозных методов с психосоциальной терапией и реабилитацией, психотерапией и другими методами на всех этапах оказания помощи;
- совершенствование лечебно-реабилитационного процесса на амбулаторном, полустационарном и больничном уровнях оказания психиатрической помощи, в первичном медицинском звене; вопросы преемственности;
- значение фармако-экономической оценки с учетом эффективности и рентабельности лечебных программ, в том числе в условиях различных организационных форм психиатрической помощи;
- биологические основы современных методов терапии психических расстройств.

**ПРИГЛАШАЕМ АВТОРОВ  
К СОТРУДНИЧЕСТВУ!**

Молодые ученые, желающие заявить о себе, специалисты-практики, а также все те, кто считает психиатрию, психологию и психотерапию областью своих интересов!

Ждем вашу корреспонденцию по почтовому и электронному адресам редакции «НП».

№ 11<sup>(18)</sup> / 2011  
ноябрь

Новая

# ПСИХИАТРИЯ

БЕЗНАДЕЖНЫХ БОЛЬНЫХ НЕ СУЩЕСТВУЕТ!

РЕФЛЕКСИЯ НА ЗАДАННУЮ ТЕМУ

## ПСИХИАТРЫ КАК ВЫМИРАЮЩИЙ ВИД

Размышления о внутренних и внешних угрозах профессии

Хайнц КАТЧИНГ, Медицинский университет Вены  
и Институт социальной психиатрии Людвиг Больцмана, Вена

В последнем издании Нового оксфордского учебника психиатрии (2009), где специальность внушительно представлена на более чем 2000 страницах, П. Пико, в прошлом президент Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) и авторитетный исследователь истории психиатрии, посвящает несколько последних параграфов своей главы «История психиатрии как медицинской специальности» обсуждению возможного кризиса психиатрии. Психиатрия, заключает он, рискует быть поглощенной другой медицинской специальностью либо лишиться статуса медицинской науки. В психиатрических журналах обсуждается вопрос, «выживет ли психиатрия во второй половине XXI столетия», а также констатируется наличие «дурных предчувствий и выраженного пессимизма в психиатрической среде». Сообщается о нехватке психиатров во многих странах. И даже поднимается вопрос, должна ли психиатрия «существовать». Коллеги-неврологи советуют нам перестать использовать термин «психическое заболевание», заменив его термином «болезнь мозга».

ния о профессии, которые в рамках профессиональной системы ценностей имеют тенденцию сосредотачиваться лишь на отношениях между профессией и ее клиентами. С точки зрения социологии, общими характеристиками любой профессии являются:

- а) наличие специализированной совокупности знаний и навыков, которая определяет область компетенции и круг потенциальных клиентов, а также границы размежевания с другими профессиями;
- б) высокий статус в обществе (посредством финансовых и прочих поощрений);
- в) наличие независимости, предоставленной обществом, проявляющейся, например, в саморегуляции численности рядов;
- г) обязанность в обмен на вышеуказанные привилегии гаран-

тировать высокое качество оказываемых услуг (профессионализм) и соблюдение этических норм.

Я коснусь шести проблем, которые связаны с первыми двумя из вышеперечисленных критериев: три «внутренние» проблемы в основном связаны с усиливающимися сомнениями относительно существующей психиатрической базы знаний и достаточности четкого теоретического обоснования; а три «внешние» – включают в себя: недовольство клиентов, конкуренцию с другими специальностями и отрицательный имидж психиатрии. Разумеется, существуют и другие проблемы, такие как усиливающееся влияние государства и страховых компаний, которые настаивают на постоянном повышении качества обслуживания, накладывая при этом все новые финансовые

ограничения, но эти изменения касаются медицины в целом и потому не будут обсуждаться в этой статье.

ВНУТРЕННИЕ УГРОЗЫ

*Усиливающиеся сомнения относительно существующей базы знаний: диагностики и классификация*

Нозологические категории и их классификация являются основным организационным принципом для большинства медицинских специальностей, включая и психиатрию. Диагнозы необходимы для принятия терапевтических решений, в учебном процессе, для определения страховых выплат, в качестве критериев включения в исследования и для проведения статистической обработки. В психиатрии сложилась странная ситуация, когда одновременно используются две диагностические системы. Так, в любом государстве – члене Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), при выписке пациента из стационара ставится диагноз из V главы Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Однако в психиатрических исследованиях, результаты которых планируются к публикации в журнале с высоким индексом цитирования, рекомендуется использовать диагностические категории из 4-го пересмотра Диагностического и статистического руководства (ДСМ-IV) Американской психиатрической ассоциации (АПА).

(Окончание на стр. 2-4)



(Продолжение. Начало на стр. 1)

Параллельное существование двух этих главных диагностических систем наблюдается примерно с начала 1960-х годов. В 1949 г. в 6-й пересмотр Международной классификации болезней (ICD-6) впервые были включены психические расстройства (более ранние версии учитывали лишь смертность). Тремя годами позже АПА создала собственную классификацию (DSM-I). Сейчас мы используем МКБ-10 (1992) и DSM-IV (1994), и следующие пересмотры этой «большой пары» должны состояться через несколько лет (DSM-V – в 2013 г., МКБ-11 – в 2014 г.). Таким образом, обе системы продолжают свое параллельное существование.

Такой параллелизм возможен благодаря природе определений большинства психиатрических диагнозов: они состоят из комбинаций феноменологических критериев, таких как признаки и симптомы, изменяющихся во времени. Экспертные комиссии комбинируют эти признаки в различных сочетаниях в отдельные категории психических расстройств, которые определялись и пересматривались множество раз за последнюю половину столетия. Большинство этих диагностических категорий в отличие от основной массы медицинских болезней не основываются на биологических критериях. Называясь «психическими нарушениями», они лишь внешне похожи на медицинские диагнозы и претендуют на то, чтобы представлять медицинскую болезнь. Фактически же они уложены в нисходящую классификацию, сопоставимую с ранними ботаническими классификациями растений XVII–XVIII вв., когда эксперты априори решали, какой основной критерий использовать для составления классификации, например плодоносящий стебель или форму листа.

Подход DSM-III, предполагающий создание «прикладного определения» (например, необходимо наличие «2 из 5 признаков»), помог приблизиться к постановке более точного диагноза, в том смысле что разные психиатры, проводя диагностику и оценивая симптомы у одного пациента, чаще придут к одинаковому результату. Но надежность не то же самое, что правомерность. Психопатологические феномены несомненно существуют, наблюдаются и переживаются как таковые. Тем не менее психиатрические диагнозы имеют произвольные формулировки и не существуют в том смысле, в котором существуют психопатологические феномены.

Это не ново. Хотя психиатрические диагностические классификации и определения болезней критикуются давно, характер нападок изменился. Полвека назад они исходили в основном со стороны. В наши дни при сохранении критики извне набирают силу дискуссии о правомерности психиатрических диагнозов внутри психиатрического профессионального сообщества (разумеется, это спровоцировано предстоящими пересмотрами «большой пары»). Это уже не просто критика психиатрических диагнозов и систем классификаций со стороны «завсегдаев», обсуждения начались в самом

ОБЩЕРОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКАЯ ГАЗЕТА

## «Новая психиатрия»

344010, г. Ростов-на-Дону, пр. Ворошиловский, 40/128. Тел. (863) 267-48-15. Тел./факс: (863) 267-38-67  
www.centerphoenix.ru



ФЕНИКС  
лечебно-реабилитационный  
научный центр

2

РЕФЛЕКСИЯ НА ЗАДАННУЮ ТЕМУ

# ПСИХИАТРЫ КАК ВЫМИРАЮЩИЙ ВИД

сердце профессионального сообщества.

Например, психиатры говорят о «генетическом опровержении психоза», о необоснованно широком применении психиатрических диагнозов и высокой диагностической нестабильности психических расстройств. От генетиков, работающих в области психиатрии, приходится слышать, что они используют «технологии звездных войн в отношении диагнозов, поставленных с помощью лука и стрел». Недавно видный исследователь в области психиатрии сказал:

– Предполагают, что дебаты носят политический характер. Однако не в этом дело, так как в центре спора находится основное научное доказательство, указывающее на отсутствие нозологической достоверности диагностических категорий, которые являются произвольной психиатрической трактовкой абстрактных понятий.

Социолог А. Абботт заметил, что постоянное переосмысление профессиональных знаний способствует пониманию возникающих проблем и позволяет профессии своевременно изменять направление своих интересов. Принимая это во внимание, можно привести доводы, что, в то время как некоторые психиатрические расстройства действительно имеют некоторую степень «клинической достоверности» (например, биполярное расстройство), DSM «придумала необоснованные психиатрические диагнозы для обычных человеческих реакций на сложные жизненные ситуации». Психиатрия «покинула остров психических болезней, и ее тут же поглотило бескрайнее море человеческих проблем», – именно так выразился Ф. Редлих более 50 лет назад, говоря о психоанализе. Вопрос о том, можем ли мы «провести различия между настоящими психическими расстройствами и гомеостатическими реакциями на неблагоприятные жизненные события», стоит остро как никогда.

Для усовершенствования диагностической базы психиатрии прилагаются все виды усилий и внесено множество предложений: идентифицировать «ультраструктуры», дополнить диагностические категории «точными мерами» или «кросс-диагностическим подходом», использовать «эпи-



стемическое повторение» или «лично-ориентированный интегративный диагноз». Недавно, группа психиатров предложила организовать для работы над DSM-V отдельную рабочую группу по концептуальным вопросам, подчеркивая, что в предыдущих версиях DSM концептуальные вопросы обсуждались стихийно, отдельными неспециализированными рабочими группами. Вопрос остается открытым.

Также внесено предложение сделать больший акцент на особенностях клинического использования диагноза, таких как удобство применения, передачи медицинской информации между врачами и планирования лечения. Тем не менее в клинической практике выбор медикамента не всегда связан с определенным диагнозом (например, антидепрессанты используются для широкого круга патологических состояний), а социальные психиатрические службы учитывают клинический диагноз и вовсе лишь при распределении средств, а для повседневной работы с клиентами применяют собственные классификации.

Угрожающим итогом этих дискуссий является предположение о том, что все виды исследований, основанные на наших недостоверных диагностических категориях – эпидемиологические, этиологические, патогенетические, терапевтические, био-

логические, психологические и социальные – также являются недостоверными.

**Усиливающиеся сомнения относительно существующей базы знаний: терапевтические интервенции**

Мы живем в эру доказательной медицины. На основании мета-анализов и систематических обзоров тщательно отобранных методологически корректных исследований создаются практические руководства. Мы уже не можем основываться только на клиническом опыте. Но насколько все-таки можно быть уверенными в правильности наших терапевтических решений?

Когда в 2008 году был опубликован мета-анализ исследований антидепрессивной терапии, показывающий, что при депрессиях легкой и средней степени тяжести антидепрессанты не превосходят по эффективности плацебо, эта весть разнеслась по всему миру. При этом пресса обращала внимание на тот факт, что авторы включили в мета-анализ также те исследования, которые в свое время не были опубликованы (но были предоставлены в американскую комиссию по контролю за пищевыми продуктами и лекарственными препаратами). Последующее исследование подтвердило эти данные, что привело к дискуссиям в психиатрической

среде. Тот факт, что исследования с положительными результатами публикуются гораздо чаще и быстрее, чем с отрицательными, вызвал озабоченность не только у психиатров, но и у специалистов во всех областях медицины.

В свое время за свои недостатки критике подверглись рандомизированные контролируемые исследования препаратов, применяемых для лечения шизофрении, и вместо них были предложены исследования «в условиях реальной жизни». Когда же эти исследования состоялись, то преимущество антипсихотиков второго поколения над первым не было воспроизведено.

Очевидно, что такие результаты только усиливают сомнения потому, что при недостаточной достоверности психиатрических диагнозов и сложностях получения гомогенной выборки пациентов они опять же не значат, что первоначальные исследования неверны, а новые – истинны. При попытках создать практические руководства, основанные на принципах доказательности, мы сталкиваемся с противоречиями в методологии рандомизированных контролируемых исследований. Стремление к внутренней достоверности приводит к высокоселективной выборке, означающей, что результаты не могут быть с легкостью распространены «в реальный мир», в то время как погоня за высокой репрезентативностью выборок создает методологические отклонения.

В этой связи было предложено два параллельных способа оценки доказательности: обычная доказательность терапевтической эффективности, полученной в исследовании, и «подтверждающая» доказательность, оценивающая правомерность переноса результатов «в условия реальной жизни». Смежной проблемой является широкое применение комбинаций препаратов в клинической практике, в то время как большинство доказательных результатов получены при монотерапии.

В дополнение к перечисленным проблемам, множество вопросов вызывают конфликты интересов, возникающие при взаимодействии врачей и фармакологической индустрии. Участвовавшие случаи написания статей фармакологическими компаниями от лица ученых в последнее время поднимают вопрос о «доверии» не только в научном сообществе, но и в прессе и среди политиков. Если же ко всему прочему добавить обеспокоенность психотерапевтическими воздействиями и их непреднамеренными побочными эффектами, то становится понятно, почему мы, вместе с нашими пациентами и обществом в целом, испытываем сомнения относительно достоверности доказательств эффективности наших профессиональных интервенций.

(Продолжение на стр. 3)

## «Новая психиатрия»

О ДИАГНОСТИКЕ, ТЕРАПИИ, НОВЕЙШИХ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ И РЕАБИЛИТАЦИИ В СФЕРЕ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ



## РЕФЛЕКСИЯ НА ЗАДАННУЮ ТЕМУ

**Отсутствие четкой теоретической базы**

«Спросите трех психиатров, и Вы получите 4 ответа». Я слышал это высказывание в разных формах от политиков и медицинских чиновников как оправдание их бездействия каждый раз, когда пытался заставить их улучшить психиатрическую помощь и увеличить финансирование. Идеи переоценки и вера в панацею встречаются у специалистов многих медицинских специальностей, но, наверное, ни в одной области нет такого пышного разнообразия теорий, как в психиатрии.

Тот факт, что психиатрия разделяется на много направлений и поднаправлений мысли (теоретических), является несомненной истиной. С учетом того, что наличие общей базы знаний – это основной определяющий критерий для любой профессии, такое разделение представляет серьезную угрозу для целостности психиатрии. Учебники обычно отражают все существующие аспекты, декларируя при этом целостность науки, но только не с практической точки зрения. Существуют международные ассоциации биологической психиатрии, психотерапии и социальной психиатрии. Все они провозглашают своей основной целью улучшение оказываемой пациентам помощи (часто в тесном сотрудничестве со смежными специальностями и профессиями). Каждый подход имеет свою совокупность знаний, конференции и журналы. Но в междисциплинарном взаимодействии читается все большее раздражение друг другом, и это происходит во многом из-за конкуренции за ресурсы.

После того как врач долгое время работает с однотипным контингентом пациентов и живет с определенным образом мыслей, бывает трудно или даже невозможно перестроиться. Это было свойственно и нашим предшественникам, которые разрабатывали свои концепции в определенных условиях. Например, Э. Крепелин работал главным образом с психотическими пациентами в психиатрических больницах, а З. Фрейд имел дело преимущественно с невротическими пациентами в частной практике. Каждый из них не имел опыта ра-

боты в других условиях, и потому у них появились совершенно разные теории. Действительно, трудно быть специалистом, компетентным во всех областях психиатрии, хотя профессиональные ассоциации (такие как ВПА) регулярно организуют конгрессы, на которых представлен широкий круг профессиональных знаний.

Опасность раскола психиатрии или угроза быть поглощенной другими профессиями убедительно проиллюстрирована разделением американской психиатрии между «двумя культурами» – биологической психиатрией и психотерапией, как это описывает ученый, занимающий нейтральную позицию, а по бытовым стереотипам – на «безумность» и «безмозглость». Руководства обычно подчеркивают необходимость сочетания обоих подходов, но страховые компании неощащают подобную интеграцию.

**ВНЕШНИЕ УГРОЗЫ****Недовольство со стороны пациентов**

В то время как критика психиатрии профессионалами существовала давно и продолжается по сей день, начало усиливаться недовольство нашей профессией и в среде пациентов. Тогда как критика, высказываемая изнутри профессии, может рассматриваться как содействие ее динамическому развитию, недовольство со стороны пациентов наносит ущерб психиатрии.

За последние десятилетия мне приходилось слышать несколько новых названий наших пациентов. Сначала это был «клиент», затем «потребитель» (что подразумевало наличие права получить адекватное обслуживание). Затем появился «пользователь», или «пользователь услугами», термин, который трудно перевести с английского на многие языки мира, но который является довольно распространенным в англоязычном мире, как среди профессионалов, так и в правительственных документах. Эти названия сами собой предполагают изменения отношений между доктором и пациентом, когда традиционная «асимметричная» патерналистическая модель сменяется более симме-

тричными новыми (такими как «информативная», «пояснительная» и «совещательная» модели). С заменой названия «пациент» прочие термины указывают на отдаленность от медицины. Наконец, появились термины «экспользователь», «экс-пациент» и «переживший психиатрическое лечение», указывающие на полную отчужденность от психиатрии.

«Недовольство» затрагивает широкий спектр, от радикальной концепции «переживших психиатрическое лечение», которая подразумевает, что психиатрия не должна существовать вовсе, до других форм недовольства, когда психиатрию критикуют такой, какая она есть сейчас. Сегодня Интернет позволяет пациентам с легкостью делиться опытом своего психиатрического лечения. Среди подобных историй во Всемирной сети большинство положительных, но встречается и негативный опыт. Поднимаются разнообразные темы, от диагноза до фармакотерапии, от обсуждения принудительного лечения до проблем связанных с качеством жизни. Члены семей душевнобольных (называемые теперь в англоязычных странах «заботящиеся» или «опекающие») также высказывают критические замечания в адрес психиатрии, часто с позиций, отличающихся от точки зрения пациентов.

Организации самопомощи по вопросам психического здоровья учреждаются повсюду как пациентами, так и их близкими. Эти ассоциации стали значимыми не только для своих членов, придавая им уверенность в организации конференций, тренингов, консультаций, но и на политическом уровне, когда посредством сотрудничества с политиками и медицинскими чиновниками осуществляется участие пациентов и их представителей в процессах планирования.

Многие сообщества и организации пациентов сосредоточили свое внимание на концепции выздоровления – «recovery», которая активно пропагандируется как ведущий принцип политики психического здоровья во многих англоязычных странах. Некоторые эксперты отмечают, что это лишь «риторический консенсус», и указывают на необходимость различать «клиническое» и «личностное» выздоровление, а также выздоровление как «итог» и выздоровление как «процесс». Часто возникает неверное понимание термина при переводе его на другие языки.

Акцент на нуждах пациентов и учет их мнения сейчас закреплены документами международных организаций, таких как Организация объединенных наций, Европейская комиссия, Совет Европы, ВОЗ. Однако критика со стороны пациентов продолжается.

(Окончание на стр. 4)

## ПО СУЩЕСТВУ

**Пациенту о психиатре**

Лечением психических расстройств занимается врач-психиатр. Современный психиатр должен не только знать клинические проявления психического расстройства, специфику соматических и неврологических проявлений при том или другом психическом заболевании, но и владеть современными методами психотерапии.

Несмотря на тот факт, что к специалистам в сфере психиатрии в нашем обществе бытует довольно предвзятое отношение, эту профессию все же принято уважать. Ведь психиатр – это эрудированный в области психологии, философии и теологии человек, обладающий высокими моральными и духовными ценностями.

Перед началом лечения психиатр обычно должен поставить диагноз, и больной имеет право его знать. В настоящее время диагноз психического расстройства ставится согласно Международной классификации болезней – так называемой МКБ-10.

Прежде чем определить психическое расстройство психиатр обычно внимательно выслушивает больного, изучает его поведение, мышление и чувства. Первая встреча с пациентом, как правило, весьма продолжительна (около часа).

Хороший специалист обычно не торопится с назначением лечения, особенно медикаментозного, поскольку предварительно следует провести комплексное нейрофизиологическое, биохимическое, гормональное исследование, а также исследовать сердечно-сосудистую, пищеварительную и другие системы организма пациента. Нейрофизиологическое исследование обычно включает в себя магнитно-резонансную томографию, электроэнцефалографию, сканирование сосудов мозга, исследование вызванных потенциалов и особенностей вегетативной системы. Необходимо также оценить гормональный статус больного, изучить функцию гипофиза, щитовидной железы, надпочечников, иметь представление о концентрации в крови половых гормонов. Психиатр, для того чтобы не ошибиться при постановке диагноза, может обратиться за помощью к клиническому психологу и нейропсихологу, которые с помощью специальных тестов могут объективно оценить некоторые признаки психического состояния человека.



В арсенале современного врача-психиатра широкий спектр медикаментов – нейролептики, антидепрессанты, транквилизаторы, ноотропы и ряд других препаратов. Однако всегда необходимо помнить, что большинство медикаментозных средств обладают побочными эффектами, которые нередко плохо переносятся больным. Одна из важнейших задач психиатра – подобрать для больного адекватный метод психотерапии – психического воздействия на пациента. Учитывая громадное количество методов психотерапии (а их свыше 2000), сделать это непросто.

Для успешного лечения пациент должен всецело доверять своему психиатру. Без веры во врача не может быть эффективной терапии. И только при наличии правильно построенных отношений «врач – пациент» можно достичь позитивного результата. Учитывая тот факт, что, как правило, психические расстройства носят затяжной характер, встречи с врачом-психиатром должны быть достаточно регулярными. Психиатр работает над профилактикой рецидивов психического расстройства, и поэтому больной должен пройти полноценный курс лечения, который нередко растягивается на несколько месяцев, поэтому пациент не должен ожидать чуда после первого посещения врача, хотя именно первый контакт со специалистом всегда имеет особое значение.

В. Минутко, врач-психиатр, психотерапевт высшей категории, проф., д. м. н.

В соответствии с информацией, полученной из секретариата ВПА, в мире насчитывается более 200 000 сертифицированных психиатров в 134 обществах, входящих в ВПА. Существуют региональные различия, особенно между развитыми и развивающимися странами. Поэтому трудно получить полное представление о тенденциях развития психиатрической рабочей силы в мире. Факторы влияния разнообразны, и ситуации во многих странах сильно разнятся.

Однако в целом отмечается уменьшение притока молодых специалистов в профессию. Несмотря на то что по прогнозам во многих странах, главным образом в развивающихся, ожидается увеличение потребности в психиатрах и в расширении психиатрической службы, возникают сомнения, что наша профессия сможет удовлетворить эти нужды. Поэтому ВПА проводит различные мероприятия с целью повышения привлекательности психиатрии как профессии для студентов-медиков и по содействию молодым специалистам, уже начавшим карьеру в психиатрии.

Как заметил А. Абботт, каждая профессия должна не только иметь свою специфическую базу знаний и определять область своей компетенции, но и быть бдительной относительно вторжений со стороны других профессий. В эру постмодернизма, с ростом культуры профессиональной компетенции в зоне, принадлежащей психиатрии, появляется все больше и больше «незваных гостей». Вольно или невольно с целью привлечь пациентов они часто извлекают пользу из стигмы, связанной с лечением у психиатра.

*Из медицинских специальностей с психиатрами конкурируют неврологи, врачи общей практики и врачи, практикующие нетрадиционные формы медицины. К примеру, во многих странах объем антидепрессантов, выписываемых в общепсихиатрической практике, выше, чем в психиатрии.*

Неврологи, разумеется, преимущественно занимаются лечением органического синдрома головного мозга, но в зависимости от особенностей системы медицинского страхования во многих странах они также лечат и другую психиатрическую патологию.

Психологи, психотерапевты и клинические социальные работники составляют другие крупные профессиональные группы, конкурирующие с психиатрами. В Австрии официально зарегистрированных клинических психологов/психотерапевтов в 10 раз больше, чем психиатров. В США к 1990 году 80 000 клинических социальных работников были заняты в социопсихологической сфере психиатрии, четверть из них в частной практике. Психологи соревнуются с психиатрами не только в психологической и психотерапевтической сферах. Например, с 1995 года в 23 разных штатах США 100 раз рассматривались прошения о предоставлении психологам права выписывать медикаменты. В 96 случаях эти прошения были отклонены, но в Нью-Мексико, Луизиане, Висконсине и Орегоне в законодательство были внесены соответствующие изменения.

В Англии существует образовательная программа «Обеспечение доступа к психологической терапии», в рамках которой 3600 психологов обучаются когнитивно-поведенческой психотерапии. Также в Англии существует официальный документ «Новые методы работы», который отводит психиатрам в рамках психиатрической службы роль консультантов, в то время как прямые контакты других специалистов с пациентами расширяются. Учитывая нехватку психиатров в развивающихся странах, эта схема подходит для них как нельзя лучше. Однако такое предложение создает дилемму, эффективно сформулированную одним английским психиатром: «Психиатры должны продолжать работу с пациентами, не просто как консультанты, а в первых рядах. Если мы в качестве консультантов будем наблюдать лишь небольшое количество больных,



РЕФЛЕКСИЯ НА ЗАДАННУЮ ТЕМУ

**ПСИХИАТРЫ КАК  
ВЫМИРАЮЩИЙ ВИД**



меньшее, чем другие специальности, то утрата уважения, доверия и компетентности станет для нас лишь вопросом времени».

Как же нам реагировать на подобные реформы? Как сохранить баланс между собственной идентичностью и идентичностью других специалистов в сфере, где существует и нарастает конфликт интересов? Как наладить обоюдно удовлетворяющее сотрудничество? Здесь встают фундаментальные вопросы, такие как частная практика против государственной службы, индивидуальная работа против бригадного подхода, госпитализация против лечения в сообществе, ответственность и оценка рисков. Работа бригады специалистов гарантирует особый подход к пациенту.

**Негативный имидж**

Я считаю себя человеком, который не выделяется из общей массы ни внешним видом, ни поведением. При знакомстве с новыми людьми за пределами моей профессиональной среды, в ходе общения мне часто приходится сообщать им, кем я работаю. И я часто сталкиваюсь с их удивлением: «Вы – психиатр?» Мне не всегда понятно, что скрывается за людским недоумением, но я воспринимаю его как комплимент. Как же, по их мнению, должен выглядеть и вести себя психиатр?

Это знакомо каждому психиатру: в нашей профессии есть что-то особенное, касающееся того, как окружающие воспринимают нас. Изображение психиатров в кино редко носит располагающий и позитивный характер, из фильма в фильм переходит набор стереотипов, таких как «сумасшедший профессор», «психоаналитик» и «безучастный интервьюер». Многие из этих стереотипов относятся к тем временам, когда психиатры в основном работали в больших госпиталях, вдалеке от обывателей, и потому считалось, что врачи сами становятся странными и не слишком отличаются от своих пациентов.

Выдвигались предположения, что такой негативный имидж влияет на то, что все меньше студентов-медиков выбирают психиатрию своей специализацией или досрочно прекращают ее. Английские врачи, которые начали карьеру психиатра, но оставили ее, как правило, соглашались с утверждением, что у психиатрии неприглядный имидж в обществе, и вспоминают, что они не пользовались достаточным уважением даже у коллег других специальностей.

Относительно контактов населения с психиатрами общепопуляционное исследование из Германии показало, что лишь немногие опрошиваемые предпочли бы в первую очередь обратиться со своими проблемами к психиатру. Подобные результаты получены в Австрии и Австралии. Вероятно, люди опасаются, что если их визит к психиатру станет достоянием общественности, то они будут стигматизированы и дискриминированы. В обществе существует выраженное стремление социально дистанцироваться от людей с психическими расстройствами, имеются документально подтвержденные случаи стигматизации и дискриминации. Это известно всем, кто испытывает психологические проблемы и планирует обратиться за профессиональной помощью. Кроме того, люди предполагают, что психиатры (в отличие от психологов и психотерапевтов) будут лечить их в основном медикаментами, а для большинства это неприемлемо: в австрийском исследовании большинство опрошенных предпочли начать лечение с психотерапии. Даже в случае возникновения деменции от приема лекарств планировали отказаться 73% опрошенных.

«Стигматизация» самих психиатров изучена недостаточно по сравнению со стигматизацией пациентов. Вероятно, существует сложная взаимосвязь между этими двумя вопросами. Предполагается, что профессионалы, работающие в сфере психического здоровья, могут одновременно быть стигматизаторами, стигматизированными, а также влиятельными де-стигматизаторами. Легко понять, почему на фоне такого большого количества открытых вопросов ВПА финансирует исследовательский проект, посвященный «стигматизации психиатрии и психиатров»...

**Будущее психиатрии**

По мнению многих, наша дисциплина подняла свой статус благодаря гигантскому количеству приобретенных за прошедшие десятилетия знаний. Тем не менее имеются признаки того, что психиатрическая база диагностических и терапевтических знаний испытывает кризис доверия и что слаженной работе нашей дисциплины угрожают фактически существующие группы конкурирующих специалистов. Кроме того, мы постоянно подвергаемся критике со стороны пациентов и их близких (особенно на просторах сети Интернет), новые специальности все чаще

и чаще претендуют на сегменты нашей профессии, наш имидж в обществе и медицине не такой позитивный, как может казаться многим из нас. Таким образом, стороннему наблюдателю многие критерии, определяющие понятие «профессия», покажутся уязвимыми.

Тем не менее некоторые авторы с уверенностью высказываются, что психиатрия выживет. Так, П. Пико, который говорит о «*существовании угрозы для психиатрии быть поглощенной другой медицинской специальностью, либо лишиться статуса медицинской науки*», заключает, что, с точки зрения долгосрочной исторической перспективы, современный кризис психиатрии – это «*все еще лишь еще один переходный период в ее истории*»... Но можем ли мы поверить в повторяемость истории, в потенциальную привлекательность интеллектуальной среды, не говоря уже об обещаниях контролируемого стиля жизни?

**О проблемах...**

Высказывание о том, что «искусство долговечно, жизнь коротка, но психиатрия непременно выдержит все испытания», предшествует короткому, но недвусмысленному заключению автора, свидетельствующему все-таки о его сомнениях: «Правда не ясно, каким образом и при чьем участии это должно произойти». Без сомнения психиатрия предоставляет медицинские услуги, востребованные обществом. Но не ясно, будет ли в будущем ее деятельность продолжаться в рамках одной независимой профессии (хотя и с субспециальностями: судебная, детская, геронтологическая) и в сотрудничестве с другими специалистами, или все-таки психиатрия испытает на себе «враждебное поглощение» другими профессиями.

Внутри психиатрии, частично в виде реакции на вышеописанные угрозы, наблюдается процесс «снятия сливок», когда внутренние группы наших коллег сосредоточены на наиболее выгодных с интеллектуальной и фи-

нансовой точки зрения сегментах и видах терапии, которые значительно меньше стигматизируют, имеют более высокий статус, лучшие перспективы академической карьеры и более контролируемый стиль жизни, таким образом, оставляя остальным менее престижную деятельность, связанную с лечением суицидентов и агрессивных пациентов, страдающих резистентными психическими расстройствами и разными формами зависимости. Сходный процесс, происходящий в современном обществе и отражающийся на развитии психиатрии, это исчезновение специалистов широкого профиля при возросшей популярности узких специалистов. У последних, как правило, больше престижа и финансовых стимулов, но их деятельность часто происходит по принципу: «У меня есть ответ, а есть ли у вас вопрос?» – что часто вызывает недоумение у обратившихся за помощью.

Если психиатрия останется профессией, ей необходим концептуальный центр. Что могло бы стать таким центром в будущем, не ясно. Традиционные сильные стороны психиатрии – клинический опыт, всеобъемлющие знания психопатологии и навыки общения со страдающими людьми – в современных условиях могут утратить свою определяющую роль, поэтому начало звучать мнение о необходимости «ренессанса психопатологии». В настоящее время различными профессиональными ассоциациями предпринимаются попытки дать определение понятию «психиатр общего профиля». Целесообразно проведение подобных дискуссий в более широком кругу специалистов. Они должны подкрепляться исчерпывающим анализом мотивов, по которым психиатры работают в рамках специфических направлений и распространяют специфические подходы, то есть анализом стимулов и интересов, скрывающихся за той заметной ролью, которую психиатры играют в различных сферах современной жизни.

Перевод Павла Понизовского (публикуется в сокращении)

Газета «Владивосток» от 15 августа 1893 г. писала: «В бытность в г. Владивостоке Приморского генерал-губернатора было предположено устроить обед по подписке в честь нового главного начальника края. На чествование это С.М. Духовской изъявил было свое согласие, но затем сказал городскому голове следующее: «Я согласился принять обед и от своих слов не отказываюсь, но уж, если желаете сделать хорошее и мне приятное дело, то обратите эти деньги на содержание двух или хотя одной кровати для душевнобольных. Таким образом, было собрано 5214 рублей». Деньги израсходованы не были. «Основная масса душевнобольных находилась среди населения, наводя страх и трепет возможностью какого-либо дикого поступка. Часть наиболее беспокорных больных содержалась при кабаках в специальных чуланах» (Газета «Владивосток», 1897 г.).

С 1902 г. в Хабаровске было открыто пять психиатрических коек за счет «Городского самоуправления» Владивостока. До этого больные отправлялись, как правило, морем до Одессы под «каторжным конвоем» (таким образом в 1900 г. было эвакуировано 15 больных).

## ИЗ ИСТОРИИ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХИАТРИИ

Как водится, среди переселенцев часто возникали эпидемии – отмечались туберкулез и проказа. Случались и психические заболевания. Долгое время во Владивостоке не было ни одного лечебного учреждения для лечения гражданского населения. Военно-морской госпиталь, открытый в городе в 1872 г., был перегружен и принимал на лечение гражданских лиц лишь в исключительных случаях. Только в 1886 г. по инициативе заведующего переселенческим управлением – Ф.Ф. Буссе – была создана первая амбулатория для переселенцев. Вскоре амбулатория была превращена в стационар для госпитализации больных во время начавшейся эпидемии брюшного тифа.

Стационарная психиатрическая помощь во Владивостоке на тот момент отсутствовала.

Первая психиатрическая больница в Приморском (тогда Уссурийском) крае была открыта в Никольске-Уссурийском в 1904 г. Однако жителей Владивостока она обслуживала лишь в исключительных случаях.

Впервые упоминание о приют-лечебнице (психиатрических кроватях) содержится в отчете

# Психиатрия в Приморье: от кабацкого чулана до авторитетной научной школы

После того как в 1854 году Приморская область вошла в состав Российской империи, возникла необходимость заселения и освоения обширных земель юга Дальневосточного региона. Переселение шло сухопутным, морским, а позднее и железнодорожным путем (стимулом к чему послужило строительство Транссибирской магистрали в 1891–1916 гг.). Владивосток был основан в 1860 году. А в 1862 году военному посту Владивосток был присвоен статус порта, с этого времени и началось бурное заселение и обустройство этого региона.

годы Гражданской войны. Эта ситуация практически с той же степенью остроты повторилась и в 1998 г., когда сотрудники не получали зарплату в течение восьми (!) месяцев. До 1965 г. стационарная помощь осуществлялась психиатрическим отделением го-

родской больницы. Эта ситуация практически с той же степенью остроты повторилась и в 1998 г., когда сотрудники не получали зарплату в течение восьми (!) месяцев. До 1965 г. стационарная помощь осуществлялась психиатрическим отделением го-

родской больницы. Эта ситуация практически с той же степенью остроты повторилась и в 1998 г., когда сотрудники не получали зарплату в течение восьми (!) месяцев. До 1965 г. стационарная помощь осуществлялась психиатрическим отделением го-

родской больницы. Эта ситуация практически с той же степенью остроты повторилась и в 1998 г., когда сотрудники не получали зарплату в течение восьми (!) месяцев. До 1965 г. стационарная помощь осуществлялась психиатрическим отделением го-

родской больницы.

Решением исполнительного комитета Приморского краевого совета депутатов трудящихся была создана городская психиатрическая больница Владивостока, которая приняла своих первых пациентов 1 октября 1965 г. Первым главным врачом городской психиатрической больницы

лиала вошла психиатрическая больница г. Находка со 120 койками, диспансерным отделением, дневным стационаром. В объединенной больнице трудятся 69 врачей и 127 медицинских сестер. Первую и высшую категории имеют более половины медицинских работников.

Конечно, условия, особенно в палатных отделениях Владивостока, не соответствуют требованиям нормативных документов



Курьезную историю рассказала в 1976 году тогда уже бывший главный врач горпсихбольницы Т.И. Жамкова (мне довелось работать в одном отделении и общаться с Тамарой Ивановой). Она, будучи в отпуске, зашла в Министерство здравоохранения СССР. Там в соответствующем отделе спросила: когда Министерство намерено выделить деньги для строительства больницы? Она была в недоумении, когда ей ответили, что деньги давно в Приморье, и скоро заканчивается строительство больницы для Владивостока в с. Заречное. Т.И. Жамкова пояснила чиновникам, что с. Заречное находится недалеко от города Уссурийск, а Владивосток от своей новой больницы – на расстоянии 80 км. Вскоре она была снята с должности, а точнее «по состоянию здоровья» перешла работать врачом-психиатром.

по требующимся площадям и наличию вспомогательных помещений.

Несколько лет ведется проектирование психиатрической больницы во Владивостоке на 550 коек. К глубокому сожалению, денег на строительство не будет выделено и в 2012 г. Но коллектив все же надеется на то, что к своему 50-летию, которое наступит в 2015 г., новая больница будет построена.

Редакция  
общероссийской  
газеты  
«Новая психиатрия»

ПРИГЛАШАЕТ  
ВСЕХ  
НЕРАВНОДУШНЫХ

(как специалистов,  
так и просто  
интересующихся данной  
проблематикой)

К ДИСКУССИИ  
НА ТЕМУ:

БУДУЩЕЕ  
ПСИХИАТРИИ  
КАК ОТДЕЛЬНОЙ  
МЕДИЦИНСКОЙ  
СПЕЦИАЛЬНОСТИ

В научном центре «Феникс» способны провести квалифицированную диагностику и лечение (вне зависимости от тяжести и длительности заболевания) всех нервных, психосоматических и психических расстройств у детей, подростков, взрослых и пожилых людей. Центр «Феникс» имеет огромный опыт в лечении:

- шизофрении;
- любых форм депрессивных состояний;
- маниакальных состояний;
- маниакально-депрессивного психоза и циклотимии;
- обсессивно-компульсивных расстройств;
- различных реакций на стресс;
- посттравматического стрессового расстройства;
- психогенных выпадений памяти;
- приступов панического страха;
- слабоумия (деменции, в том числе болезни Альцгеймера);
- нейрциркуляторной дистонии;

- психосоматических расстройств:
  - аэрофагии;
  - психогенного безудержного кашля;
  - психогенной диареи;
  - психогенной дизурии;
  - психогенного метеоризма;
  - психогенной икоты;
  - психогенного нарушения дыхания;
  - синдрома раздраженного кишечника;
  - «невроза» сердца;
  - психогенного болевого расстройства;
  - психогенного «кома в горле»;
  - психогенного зуда;
  - психогенных нарушений сна;
- злоупотреблений:
  - слабительными;
  - анальгетиками типа аспирина и т. д.;
  - витаминами;
  - гормонами;
  - травами и народными средствами;
  - клизмами и пр.;
  - хронической усталости;

- неврастении;
- эпилепсии;
- дисциркуляторной энцефалопатии;
- травматической болезни мозга;
- психогенных расстройств личности;
- транссексуализма и других нарушений половой идентификации;
- извращений полового поведения;
- болезней зависимого поведения;
- влечения к азартным играм, Интернету, мобильным телефонам, поджогам (пиромании), воровству (клептомании), выдергиванию и поеданию собственных волос (трихотиломании и трихотилофагии), бродяжничеству (дромомании) и пр.;
- нарушений пищевого поведения;
- алкоголизма;
- психических расстройств у детей:
  - всех форм умственной отсталости;
  - задержки и нарушения развития речи;
  - расстройств развития навыков в учебе;
  - всех форм аутизма;

- психомоторной расторможенности;
- других расстройств поведения;
- тревоги и страхов у детей;
- тиков;
- энуреза и энкопреза.

Комментарии психиатра к официальным документам, а также:

- участие в судах и следствии, в гражданских и уголовных процессах, защита интересов пациентов в соответствии с трудовым и семейным законодательством;
- дела по дееспособности, опеке, невменяемости, оспаривание сделок, завещания;
- прочие судебные и внесудебные правовые проблемы, связанные с психиатрией;
- участие специалистов центра в комиссиях и судебных процессах;
- посмертные судебно-психиатрические экспертизы;
- и многое другое.

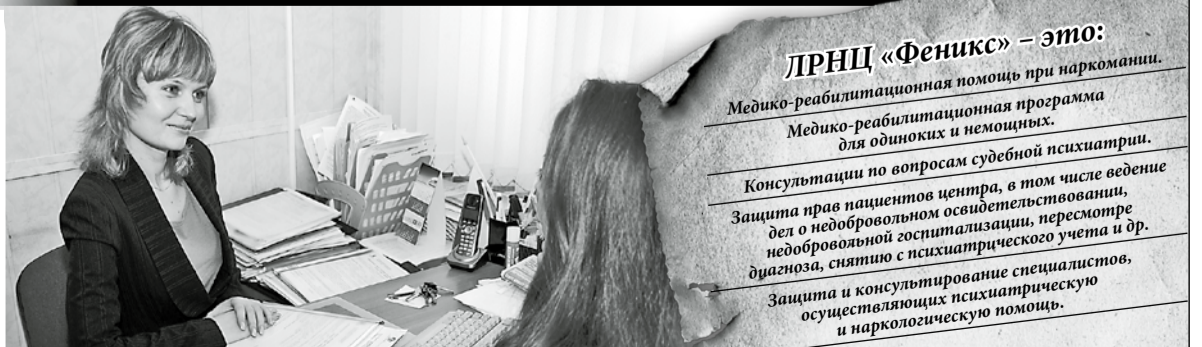


**ФЕНИКС**

лечебно-реабилитационный  
научный центр

Возрождает  
к новой жизни!

Медицинский центр «Феникс»



ЛРНЦ «Феникс» – это:

Медико-реабилитационная помощь при наркомании.  
Медико-реабилитационная программа для одиноких и немощных.  
Консультации по вопросам судебной психиатрии.  
Защита прав пациентов центра, в том числе ведение дел о недобровольном освидетельствовании, недобровольной госпитализации, пересмотре диагноза, снятии с психиатрического учета и др.  
Защита и консультирование специалистов, осуществляющих психиатрическую и наркологическую помощь.

# ИЗВЕСТИЯ

## РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ПСИХИАТРОВ

выпуск  
№ 7

ФОРУМЫ, КОНФЕРЕНЦИИ

### В преддверии IV Национального Конгресса по социальной и клинической психиатрии



12–14 декабря 2011 г. в Москве на базе ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского» Минздравсоцразвития России состоится IV Национальный Конгресс по социальной и клинической психиатрии «Модернизация психиатрической службы – необходимое условие улучшения общественного психического здоровья (организационные, терапевтические и профилактические аспекты)», приуроченный к 90-летию со дня основания Центра.

В рамках Конгресса будет работать и организованная совместно с Московским НИИ психиатрии Всероссийская конференция «Повышение эффективности лечебно-реабилитационной помощи психически больным», а также состоится Пленум Правления Российского общества психиатров (РОП). Научная программа IV Конгресса включает в себя ряд вопросов, среди них:

- модернизация психиатрической службы как основная задача отечественной психиатрии;
- роль и задачи социальной психиатрии в современном обществе;
- совершенствование психопрофилактической и психиатрической помощи детям и подросткам;
- профилактика и терапия психосоматических расстройств;

- современные подходы к оказанию геронтопсихиатрической помощи;
- совершенствование системы судебно-психиатрической экспертизы.

Вся информация (регистрация участников конгресса, условия размещения, программа заседаний и др.) размещена на сайте [www.expodata.ru](http://www.expodata.ru).

#### МНЕНИЕ

## Всегда ли хороша профилактика?

О ФЕДЕРАЛЬНОМ ЗАКОНЕ «ОБ ОСНОВАХ СИСТЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПРАВОНАРУШЕНИЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

В статье говорилось о «шумном резонансе», который вызвал данный законопроект, размещенный на сайте МВД России, в связи с предложением применения к правонарушителям принудительных мер медицинского характера. Законопроект, как указывалось в статье, «был сразу встречен в штыки многими правозащитниками, которые посчитали, что возвращается практика так называемой «карательной психиатрии». По словам автора, к такому выводу они пришли после официального пояснения руководства МВД о том, что профилактика включает «амбулаторное лечение у психиатра, нахождение в психиатрическом стационаре, в том числе с интенсивным наблюдением». Далее автор статьи приводит слова Председателя Московской Хельсинкской группы Людмилы Алексеевой, высказавшей опасение, что данная законодательная норма может применяться против инакомыслящих, а также мнение члена Общественной наблюдательной комиссии по Московской области Эдуарда Рудыка, выступившего более резко, заявив, что законопроект нарушает конституционные и международные правовые нормы и игнорирует «презуп-

Обсуждение законопроекта началось с публикации статьи «Полиция в психушку не посадит» с подзаголовком: «Законопроект о профилактике преступлений вызвал опасения у правозащитников» (см. «Российская газета», 31.08.2011).

цию психического здоровья». По его выражению, сегодня руки у врачей связаны законом о психиатрической помощи, а принятие нового закона позволит властям «убирать в психушки неугодных им граждан», как поступали в Советском Союзе с диссидентами. Не смог адекватно оценить ситуацию и член Комиссии Совета Федерации по вопросам развития институтов гражданского общества Владимир Джабаров. Некоторые его высказывания, например: «Неужели лучше, чтобы психически нездоровые люди бегали по улице и убивали?» или другое: «Действие закона будет распространяться только на потенциальных преступников», – лишь подлили масла в огонь.

Свою лепту в нагнетание обстановки внес и сам автор статьи – Владимир Богданов, «напом-

нив» читателям, что по закону о психиатрической помощи невозможно, якобы, принудительно госпитализировать больного. Что это «стало огромной проблемой для родственников людей, нуждающихся в срочной психиатрической помощи. И тысячи смертельно опасных не только для себя, но для окружающих психически ненормальных людей до сих пор остаются на свободе».

Статья в официальной газете страны всполошила региональные общественные организации. Письмо с вопросом о том, как следует реагировать на инициативы авторов законопроекта, в НПА России пришло даже с острова Сахалин – от руководителя областного правозащитного центра Марка Купермана. Он высказал опасение, что данный законопроект может быть «составной частью общероссийской «артподготовки» за либерализа-

цию «карательной психиатрии».

При внимательном прочтении текста законопроекта нашими юристами выяснилось, что в нем ничего нового по части психиатрии не содержится, а подача материала как «профилактики преступности» – явный populistский прием в предвыборный период. Однако прием отнюдь не безобидный.

Так же как у правозащитников, у противостоящей им стороны акцент законопроекта на профилактике создает одинаковое понимание с диаметрально противоположной установкой. Действие такого закона легко предвидеть: раннее выявление и превентивные меры, а значит резко усиливающийся крен в одну сторону прочтения, казалось бы, тех же статей закона. Тем более, что силовикам не до юридических тонкостей, а вымуштрованные суды если что «прикроют».

#### ДАТЫ

### «Тюремная» психиатрия и... День толерантности

16 ноября 1995 г. государства – члены ЮНЕСКО приняли Декларацию принципов толерантности. В 1996 г. ООН предложила государствам-членам ежегодно 16 ноября отмечать Международный день толерантности, приурочивая к нему соответствующие мероприятия, ориентированные на широкую общественность.

Нетолерантное отношение к пациентам психиатрических лечебниц становится все большей проблемой для России. В особенности это относится к обитателям психиатрических больниц с интенсивным наблюдением.

В недавнем заявлении Московского бюро по правам человека, разосланном подписчикам по электронной почте, сказано: «...еще совсем недавно российская общественность и международные правозащитные организации негодовали по поводу смерти в московской тюрьме адвоката С. Магнитского, которому не оказывалась медицинская помощь... За делом Магнитского последовал новый громкий скандал – в московском СИЗО скончался директор одной из престижных школ на юго-западе столицы А. Кудояров, обвинявшийся в получении взятки. А. Кудояров был болен, но суд отказался изменить ему меру пресечения...»

ОТ РЕДАКЦИИ: Пока в вышеописанных ситуациях не поставлена точка, о наличии толерантности в обществе, в системе государственного управления можно будет говорить лишь с большой натяжкой.

#### ВНИМАНИЕ!



Редакция «НП» предлагает своим читателям приобрести коллективную монографию под редакцией проф. А. О. Бухановского и В. А. Солдаткина

«ИГРОВАЯ ЗАВИСИМОСТЬ: КЛИНИКА, ПАТОГЕНЕЗ, ТЕРАПИЯ»

Цена книги – 350 руб.

## «Новая психиатрия»

О ДИАГНОСТИКЕ, ТЕРАПИИ, НОВЕЙШИХ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ И РЕАБИЛИТАЦИИ В СФЕРЕ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

## ЭТО ИНТЕРЕСНО

За рубежом существует несколько он-лайн-центров поддержки интернет-аддиктов, один из которых основан К. Янг. В российском Интернете на сегодняшний день есть Служба анонимной помощи пользователям Интернета, предлагающая психологическую поддержку онлайн с помощью ICQ (сетевой аналог «телефона доверия») и Виртуальной психологической службы. Но как бы ни были хороши виртуальные службы психологической помощи, все же большинство специалистов рекомендуют очную индивидуальную и/или групповую психотерапию, с акцентом на работе с образами, эмоциями, так как аддикты, как правило, испытывают значительные затруднения на эмоциональном плане. Учитывая определенные трудности в осуществлении межличностных взаимодействий и социальной адаптации у лиц, страдающих интернет-зависимостью, в лечении предпочтительнее использовать именно групповые варианты психотерапии.

## АДДИКЦИИ: ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ

## Влияние компьютерных технологий на психику человека

С постоянным развитием компьютерных технологий растет как число людей, активно использующих компьютер в рабочих целях, так и чрезмерно увлекающихся компьютерными играми и использованием Интернета, так называемых компьютерных аддиктов (под термином «аддикт» мы будем понимать зависимых пользователей). Как и всему новаторскому, влиянию новых технологий в большей степени подвержено молодое поколение (10–30 лет).

В западных странах существует официальный термин «патологическое использование компьютера». В настоящее время этот термин («патологическое использование компьютера») употребляется для той категории лиц, которая патологически использует компьютер в целом, включая виды использования, не относящиеся к социальным. Хотя существование психологической зависимости от компьютерных игр и использования Интернета все еще вызывает сомнения как у специалистов, так и у самих людей, увлекающихся современными компьютерными технологиями.

Главным образом, зависимость от современных компьютерных технологий выражается в двух основных формах:

- интернет-зависимость (интернет-аддикция);
- чрезмерная увлеченность компьютерными играми.

Патологическое использование компьютера, возможно, не так опасно в своем влиянии на человека, как, например, алкоголизм или наркомания (химические зависимости). Однако очевидно, что компьютерная аддикция все же негативно влияет на личность человека.

## ПСИХИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АДДИКЦИИ

Вначале несколько слов о зависимости от компьютерных игр.

Некоторые авторы, проводившие беседы с аддиктами и их родственниками, отмечают наличие у аддиктов эмоциональных нарушений, которые выражаются в высоком уровне тревоги и депрессии. Беседы с родственниками аддиктов показывают, что большинство последних «излишне раздражительны», «вспыльчивы», эмоционально неустойчивы.

Игровые аддикты испытывают устойчивую потребность в игре, но вместе с тем не могут полностью удовлетворить ее, то есть находятся в состоянии фрустрации, хотя и имеют возможность удовлетворять потребность. Ключом к пониманию этого парадокса может стать условное разделение психической реальности аддиктов на виртуальный мир и реальный мир.

Исходя из этого разделения, которое, кстати, одобряют большинство аддиктов, проблему можно представить так: аддикты постоянно находятся в состоянии фрустрации и сниженного настроения в реальном мире, что подтверждается высокой тревожностью и депрессией (с помощью клинико-психопатологического метода). Что происходит с ними во время игры, более менее объективно выявить сложно, так как любое отвлечение от игры – это выход из виртуальной реальности. Однако из бесед с аддиктами можно сказать, что в процессе игры их настроение существенно улучшается, а наблюдения показывают, что в процессе игры у человека присутствуют положительные эмоции. Положительные эмоции, сопровождающиеся подъемом настроения, бывают, по словам аддиктов, также в ситуации «предвкушения» компьютерной игры.

Но после игры, то есть после выхода из виртуального мира настроение снова ухудшается, быстро возвращаясь на исходный уровень, оставаясь на нем до следующего «вхождения» в виртуальный мир.

Большинство аддиктов – люди, плохо адаптирующиеся в социуме: имеют ряд бытовых, семейных проблем, проблемы на работе, учебе, во взаимоотношениях с противоположным полом. Поэтому для игрового аддикта реальный мир скучен, неинтересен и полон опасностей. Вследствие этого человек пытается жить в другом мире – виртуальном, где все дозволено, где он устанавливает правила игры. Логично предположить, что выход из виртуальной реальности болезнен для аддикта – он вновь сталкивается с ненавистной для него реальностью, что и вызывает снижение настроения и активности, ощущение ухудшения самочувствия.

Таким образом, одна из возможных причин снижения настроения у аддиктов – это наличие постоянной потребности в компьютерной игре и, одновременно с этим, невозможность полного удовлетворения этой потребности.

Другая возможная причина отклонений в эмоциональной сфере аддиктов – это субъектив-



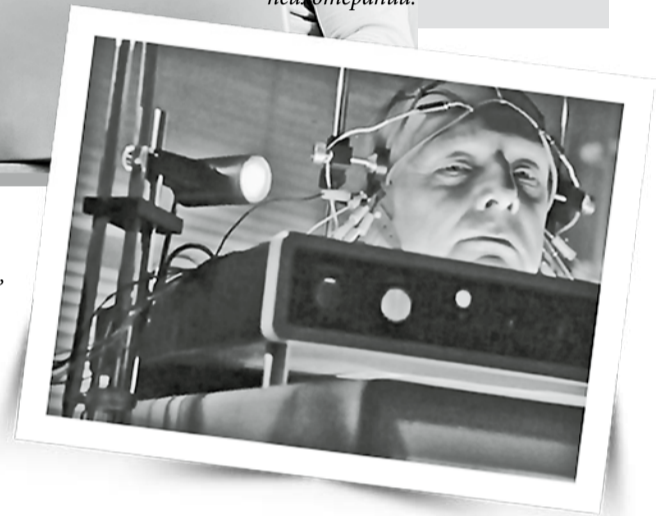
## СИМПТОМЫ АДДИКЦИИ, СООБЩАЕМЫЕ РОДСТВЕННИКАМИ:

- невозможность «оторвать» от компьютера, агрессия при попытке ограничить;
- снижение успеваемости, прогулы;
- потеря интереса ко всему, кроме компьютера; утрата хобби, ограничение общения;
- пренебрежение гигиеной («деградация»);
- «болезненный вид»;
- инверсия сна;
- доминирование темы компьютера (общение, чтение, хобби), явное оживление при обсуждении компьютера;
- снижение аппетита, прием пищи только по инициативе родных, у компьютера.

ное переживание аддиктами на сознательном уровне практической бесполезности увлечения компьютерными играми и, вследствие этого, собственной бесполезности, наряду с невозможностью прекращения увлечения в силу психологической зависимости. Речь идет о своего рода когнитивном диссонансе – противоречии между представлениями человека о «нормальной», социально одобряемой жизни и самой жизнью аддикта. Иными словами аддикт находится в ситуации противоречия самому себе.

Хотя это может показаться странным, большинство из аддиктов серьезно думают об этом, и расхождение с нормами общества – вопрос, тревожащий большинство игровых аддиктов, а редкие исключения – не более чем психологическая защита. В конечном счете желание игры выигрывает в борьбе с «суперэго», но игра не приносит желаемого удовлетворения – положительные эмоции заканчиваются вместе с выходом из виртуального мира игры, как только выясняется, что «утром идти на лекции, а я всю ночь проиграл», «жена просила убрать в квартире, а я играл круглые сутки», – из бесед с аддиктами.

Описанные проблемы адаптации присущи больным и другими формами зависимостей, в отличие от следующей причины отклонений в эмоциональной сфере игровых аддиктов, которая отличается тем, что является специфичной только для игровой



## СИМПТОМЫ АДДИКЦИИ, СООБЩАЕМЫЕ АДДИКТОМ:

- конфликты в семье из-за использования компьютера;
- снижение успеваемости;
- головные боли, боли в спине;
- постоянное чувство усталости, потеря энергии;
- во время использования компьютера – наиболее яркие эмоции, азарт, чувство появления необыкновенных возможностей;
- желание как можно больше и чаще использовать компьютер, не позволяющее сосредоточиться на другой деятельности;
- дискомфорт при невозможности использования компьютера (злость на ограничивающих, чувство, «словно друг заболел» – при неисправности);
- чувство ревности, когда за компьютер садится кто-то другой;
- ускорение течения времени за компьютером;
- увеличение времени, проводимого за компьютером, стремление использовать компьютер ВСЕ доступное время – переход к системе «всегда, когда возможно»;
- сновидения на тему компьютерной деятельности;
- нарушения памяти и внимания;
- ухудшение зрения;
- нарушения сна при невозможности использовать компьютер.

компьютерной зависимости. Наряду с бегством от реальности, игровыми аддиктами движет также потребность в принятии роли, которая и служит ключом к пониманию еще одной важной причины дискомфорта и снижения настроения у аддиктов. Дело в том, что потребность в принятии роли другого – это форма познавательной потребности, присущей всем людям. Когда мы говорим не об аддиктах, а о нормальных людях, увлекающихся компьютерными играми, мы говорим о нормальном удовлетворении познавательной потребности.

Применительно к аддиктам, в большинстве случаев, речь идет о потребности в принятии роли виртуального компьютерного персонажа как компенсации дезадаптации в реальном мире. Аддикт стремится войти в роль ком-

пьютерного персонажа, обрести свое «виртуальное Я», потому что «Я-виртуальное» не испытывает проблем адаптации – оно сильное, умное, ловкое, ему доступно оружие, деньги, на которые можно купить все в виртуальном мире и т.д. Но человек понимает, что он живет в реальном мире, где он далеко не так силен и богат, а главное, что он смертен, в отличие от своего виртуального героя. Таким образом, «Я-виртуальное» и «Я-реальное» – являются противоположностями (можно даже задаться вопросом о возможных раздвоениях личности).

С этой точки зрения выход из виртуальной реальности – это возвращение из роли сверхчеловека в свое обычное состояние, которое куда меньше устраивает аддиктов.

(Окончание на стр. 8)

## АДДИКЦИИ: ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ

# Влияние компьютерных технологий на психику человека

Сравнение себя с компьютерным героем, глазами которого аддикт смотрит на виртуальный мир, усиливает проблемы дезадаптации, повышает тревожность человека, что напрямую влияет на изменение общего фона настроения вплоть до дисфории и депрессивных состояний.

Уйти от реальности, принимая чужую роль, пытаются лишь дезадаптивные личности, неадекватно оценивающие себя. Поскольку высокая тревожность является критерием дезадаптации, можно предположить, что игровые аддикты изначально тревожны, то есть этой психологической особенностью они обладают до начала формирования зависимости от игр.

Итак... Можно выделить три основные возможные причины депрессивных отклонений в сфере эмоциональных психических состояний у игровых компьютерных аддиктов:

- наличие постоянной потребности в компьютерной игре и, одновременно с этим, невозможность полного удовлетворения этой потребности;

- субъективное переживание аддиктами на сознательном уровне практической бесполезности увлечения компьютерными играми и, вследствие этого, собственной бесполезности, наряду с невозможностью прекращения увлечения в силу наличия психологической зависимости;

- неадекватное отношение к себе в результате неконгруэнтности «Я-реального» и «Я-виртуального».

Здесь еще раз встает вопрос: а действительно ли аддикты не адаптированы в социуме и из-за этого проводят больше времени у компьютера или зависимость вызывает социальную дезадаптацию?

Наиболее вероятно предположить, что верно и то и другое: являясь одной из причин зависимости, и без того высокая тревожность усиливается под влиянием длительного и регулярного нахождения в виртуальной реальности. Рост уровня тревожности отражает усиление дезадаптации личности, что в целом опровергает представления некоторых исследователей компьютерных игр о их благотворном влиянии на уровень адаптации.

Повышение адаптации возможно лишь в случае, если человек играет достаточно мало, для того чтобы снять напряжение и т.д. Здесь можно привести аналогии с алкоголем (минимальные дозы алкоголя полезны – антисклеротическое, радиопротекторное действие).

Виртуальный мир компьютерных игр, в которые играют аддикты, зачастую жесток и беспощаден, настроен враждебно к виртуальному герою. Сам же герой противопоставит этому миру, имея для этого все необходимое: силу, ум, знания, оружие, средства защиты и т.д. Ему приходится «убивать» компьютерных «врагов», а те, в свою очередь, пытаются «убить» его. Человек, находясь длительное время в такой среде, переносит ее законы на реальный мир: начинает чувствовать себя более уязвимым, считает, что большинство людей враждебно настроены и мир в целом является более опасным, чем есть на самом деле. Такое отношение

*Интернет-зависимость является одним из способов аддиктивной реализации, характерной для лиц, имеющих определенный преморбидный фон (то есть личностные особенности, способствующие формированию собственно аддиктивной личности, либо аддиктивной реализации с помощью Интернета у уже сформировавшегося аддикта). Вряд ли стоит ожидать широкого распространения интернет-зависимости, о котором нас предупреждали СМИ, учитывая данные об этиологии и эпидемиологии данного расстройства, однако такие пациенты уже существуют «здесь и сейчас», и с течением времени меньше их не станет.*

человека к окружающему миру и будет называться высоким уровнем тревожности личности.

Другой разновидностью компьютерной зависимости является так называемая «интернет-зависимость». Первыми с этой проблемой столкнулись врачи-психотерапевты, а также компании, использующие в своей деятельности Интернет и несущие убытки, в случае если у сотрудников появляется патологическое влечение к пребыванию в Сети. Интернет-зависимость имеет общие черты с зависимостью от игр, но и некоторые отличия.

В самом общем виде интернет-зависимость (*Internet addiction*) определяется как «нехимическая зависимость от пользования Интернетом» (Griffiths, 1996). Поведенчески интернет-зависимость проявляется в том, что люди настолько предпочитают жизнь в Интернете, что фактически начинают отказываться от своей «реальной» жизни, проводя до 18 часов в день в виртуальной реальности. Другое определение интернет-зависимости – это «навязчивое желание войти в Интернет, находясь off-line, и неспособность выйти из Интернета, будучи on-line».

Чтобы отличить времяпрепровождение в сети, характерное для лиц, которым по роду деятельности приходится в рабочее время находиться он-лайн, от аддиктивной реализации в виде пребывания в сети, необходимо учитывать особенности аддиктивного поведения.

Аддиктивное поведение характеризуется стремлением ухода от реальности посредством изменения своего психического состояния. То есть вместо решения проблемы «здесь и сейчас» человек выбирает аддиктивную реализацию, достигая тем самым более комфортного психологического состояния в настоящий момент, откладывая имеющиеся проблемы «на потом». Этот уход может осуществляться различными способами. Элементы аддиктивного поведения в той или иной степени присущи практически любому человеку (употребление алкогольных напитков, азартные игры и пр.). Проблема аддикции (патологической зависимости) начинается тогда,

когда стремление ухода от реальности, связанное с изменением психического состояния, начинает доминировать в сознании, становясь центральной идеей, вторгающейся в жизнь, приводя к отрыву от реальности. Происходит процесс, во время которого человек не только не решает важных для себя проблем (например, бытовых, социальных), но и останавливается в своем личностном развитии. Важно отметить, что аддиктивная реализация включает в себя не только аддиктивное действие, но и мысли о состоянии ухода от реальности, о возможности и способе его достижения.

*Что делает Интернет притягательным в качестве средства «ухода» от реальности? Перечислим по порядку:*

- возможность анонимного общения;

- возможность для реализации представлений, фантазий с обратной связью (в том числе возможность создавать новые образы «Я»; вербализация представлений и/или фантазий, не возможных для реализации в обычном мире, например киберсекс, ролевые игры в чатах и т.д.);

- чрезвычайно широкая возможность поиска нового собеседника, удовлетворяющего практически любым критериям (здесь важно отметить, что нет необходимости удерживать внимание одного собеседника, так как в любой момент можно найти нового);

- неограниченный доступ к информации («информационный вампиризм») – занимает последнее место в списке, т.к. в основном опасность стать зависимым от Всемирной паутины подстерегает тех, для кого компьютерные сети оказываются чуть ли не, а иногда и единственным средством общения, – 90% – зависимы от общения, 10% зависимы от информации.

Термин «интернет-зависимость» предложил доктор Айвен Голдберг в 1996 г. для описания патологической, непреодолимой тяги к использованию Интернета. Он исходил из предположения о том, что у человека может развиваться психологическая зависимость не только от внешних факторов, но и от собственных действий и эмоций. Диагностические критерии расстройства в

целом соответствуют критериям DSM-IV для нехимических зависимостей: использование компьютера вызывает дистресс; причиняет ущерб физическому, психологическому, межличностному, семейному, экономическому или социальному статусу.

Интернет-зависимость (*Cyber Disorder*) войдет в американскую классификацию DSM-V на рав-

ных с другими нехимическими аддикциями – гэмблингом, любовными, сексуальными аддикциями, работоголизмом.

Также Голдберг характеризует интернет-зависимость как «оказывающую пагубное воздействие на бытовую, учебную, социальную, рабочую, семейную, финансовую или психологическую сферы деятельности».

## ЛРНЦ «ФЕНИКС» ОБЪЯВЛЯЕТ О НАЧАЛЕ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ по оказанию помощи людям, попавшим в зависимость от компьютера



**Предварительная запись на бесплатный первичный консультативный прием производится по тел. (863) 267-48-15 (прием ведет д.м.н. В. А. Солдаткин и д-р Д. Ч. Мавани).**

### Основные критерии патологической зависимости от компьютерных игр:

- нежелание отвлечься от игры на компьютере;
- раздражение при вынужденном отвлечении;
- неспособность спланировать окончание сеанса работы или игры на компьютере;
- большие траты на обеспечение постоянного обновления как программного обеспечения (в том числе игр), так и оборудования для ПК;
- игнорирование домашних дел, служебных обязанностей, учебы, встреч и договоренностей в ходе игры на компьютере;
- пренебрежение собственным здоровьем, гигиеной и сном в пользу проведения большого количества времени за компьютером;
- злоупотребление кофе и другими подобными психостимуляторами;
- готовность удовлетворяться нерегулярной, случайной и однообразной пищей, не отрываясь от компьютера;
- ощущение эмоционального подъема во время работы за компьютером.







## АДДИКЦИИ: ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ



Впервые научный подход к изучению феномена «интернет-зависимости» продемонстрировала Кимберли Янг в 1996 г., разместившая на одном из сайтов Интернета оригинальный тест для выявления интернет-зависимых лиц.

Согласно исследованиям Кимберли Янг опасными сигналами (предвестниками интернет-зависимости) являются:

- навязчивое стремление постоянно проверять электронную почту;
- предвкушение следующего сеанса он-лайн;
- увеличение времени, проводимого он-лайн;
- увеличение количества денег, расходуемых он-лайн.

К. Янг выделила в процессе исследования основные пять типов интернет-зависимости, которые выглядят следующим образом:

- киберсексуальная зависимость – непреодолимое влечение к посещению порносайтов и занятию киберсексом;
- пристрастие к виртуальным знакомствам – избыточность знакомых и друзей в Сети, постоянные новые знакомства;
- навязчивая потребность в Сети – игра в онлайн-азартные игры (разновидность гемблинга), постоянные покупки или участия в аукционах, участие в разнообразных обсуждениях на форумах;
- информационная перегрузка (навязчивый web-серфинг) – бесконечные путешествия по Сети, поиск информации по базам данных и поисковым сайтам;
- игровая зависимость – навязчивая игра в онлайн-компьютерные игры.

Адаптированный вариант теста К. Янг использовался и российскими исследователями, которые получили более 600 анкет, из которых было принято к обработке 570. Из них 196 женских и 374 мужских. Возраст опрошенных – от 12 до 47 лет, значительная медиана возраста – 23 года. 49% имеют высшее образование, 20% – среднеспециальное, 15% – незаконченное высшее, 32% респондентов продолжают образование, 78% используют Интернет для работы, остальные 22% – исключительно для отдыха и развлечения.

Распространенность этого расстройства составляет примерно 2% (по данным К. Янг, 1–5%), причем более подвержены ему гуманитарии и люди, не имеющие высшего образования, нежели специалисты по компьютерным сетям. Среди подверженных зависимости преобладают мужчины (67%) (по данным некоторых английских исследователей, пол особой роли здесь не играет). Скорее всего, это связано с тем, что в российском Интернете пока женщин просто в принципе меньше. Также подтвердились данные о том, что сравнительно часто среди лиц, страдающих интернет-зависимостью, встречаются злоупотребляющие алкоголем, патологические игроки или любовные/избегания аддикты. Стаж пребывания в Интернете у зависимых в среднем более двух лет, однако наблюдается значительное количество опрошенных, набравших по тесту К. Янг «пограничное» количество баллов со стажем менее года. Здесь можно предполагать, скорее, не распространенность к зависимости, а увлечение новой «игрушкой».

По мнению Янг, будучи включенными в виртуальную группу, интернет-зависимые становятся способными принимать больший эмоциональный риск путем высказывания более противоречивых мнений других людей суждений – о религии, абортах и т.п. То есть они оказываются способными отстаивать свою точку зрения, говорить «нет», в меньшей степени боясь оценки и отвержения окружающих, чем в реальной жизни. В киберпространстве можно выражать свое мнение без страха отвержения, конфронтации или осуждения потому, что другие люди являются менее достигаемыми, и потому что личность самого коммуникатора может быть замаскирована.

Если сравнивать интернет-зависимость с другими видами зависимостей, то можно обнаружить достаточное число общих черт. Ряд авторов считает, что существует так называемый зависимый тип личности (болезни

зависимого поведения), и люди, имеющие такие черты, попадают в группу риска в отношении злоупотребления вредными веществами, психологической зависимости от другого человека, зависимости от еды, интернет-зависимости. Этими чертами являются крайняя несамостоятельность, неумение отказать, сказать «нет» (то, что в народе называют слабой волей) из-за страха быть отвергнутым другими людьми, ранимость критикой или неодобрением, нежелание брать на себя ответственность и принимать решения и, как следствие, сильное подчинение значимым людям; все это характеризует пассивную жизненную позицию, когда человек отказывается первым вступить в контакт с окружающими и самостоятельно принимать решения.

Кроме того, для зависимого типа личности свойственны страх одиночества (страх быть покинутым) и желание избежать его, часто бывает социальная дезадаптация, которая характеризуется узким кругом общения (возможно общение со многими людьми, но очень поверхностное), неумением высказаться, поделиться своими переживаниями с окружающими, недостатком близких отношений, импульсивностью, неумением спланировать свое время, добиваться поставленных целей и грамотно планировать свою деятельность (как следствие, возможно отсутствие постоянной работы). Эти люди часто отказываются от ранее намеченных целей и, как следствие, пребывают в состоянии депрессии.

Таким образом, благодаря общению в Интернете люди, склонные к созданию зависимостей, компенсируют свои потребности в общении и чувстве защищенности.

Чрезмерное влечение к общению в Интернете крайне негативно влияет на личность пациента и его социальное общение. Так, например, американский суд лишил родительских прав 35-летнюю жительницу штата Флорида, которая так увлеклась Интернетом, что перестала уделять должное внимание двум своим детям. После развода с мужем она поставила в своей спальне компьютер, повесила на дверь замок и проводила у машины целые сутки, отвечая на призывы детей.

## СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ



## Конец «политической» психиатрии в СССР

Начавшийся в СССР в 1985 г. процесс демократизации государственных и общественных отношений, сопровождавшийся разоблачением и осуждением бесчисленных преступлений, совершенных большевистско-советским тоталитарным режимом, признанием международных юридических норм по правам человека, повлекшим за собой освобождение из мест заключения сотен тысяч инакомыслящих, властно потребовал слома тайного и злобещего механизма карательной психиатрии, решительного пересмотра советской психиатрической доктрины, согласно которой психиатрический диагноз стал социальным клеймом, ограничивающим права лиц, страдавших психическим расстройством, а также лиц, которым диагноз «невменяем» был поставлен в угоду политическим амбициям властей.

ЦК КПСС и советское правительство ясно отдавали себе отчет в том, что продолжению негуманной практики использования психиатрии, идущей вразрез с их заявлениями о стремлении СССР к интеграции в мировое сообщество, следовало положить конец. Тем более что соблюдение прав человека в области психиатрии было одним из условий держав Запада для снятия экономических санкций с СССР.

Пришлось в 1988 г. передать в ведение Минздрава СССР (из-под юрисдикции МВД СССР) 16 психиатрических больниц специального типа, а пять из них вообще ликвидировать. Пришлось также снять с психиатрического учета 776 тыс. (!) пациентов.

Из Уголовного кодекса РСФСР изъяли статьи 70 и 1901, по которым антисоветская пропаганда и клевета на советский строй рассматривались как социально опасная деятельность. Наконец, Указом Президиума Верховного Совета СССР от 5 января 1988 г. было принято имевшее силу закона «Положение об условиях и порядке оказания психиатрической помощи». Благодаря этим несомненно прогрессивным шагам Всемирная психиатрическая ассоциация сочла возможным вновь принять в планетарное сообщество психиатров Всесоюзное общество психиатров (ВОП). Это произошло в Афинах, на очередном конгрессе ВПА в октябре 1989 г., на котором, кстати, присутствовал и глава Ростовской психиатрической школы – профессор А. О. Бухановский.

Тогда же членом ВПА стала и Независимая психиатрическая ассоциация России как противовес ВОП и по причине глубокого неудовлетворения состоянием дел в официальной советской психиатрии.

*Эпоха политических репрессий с применением психиатрии канула в Лету, но навсегда должны остаться в памяти ее основные жестокие слагаемые, не имевшие аналогов в мировой практике:*

1. Неправомыслие длительного (от 3 до 15 лет) и не обусловленного медицинскими соображениями пребывания в условиях тюремного режима, более жестокого, чем для психически здоровых людей в тюрьмах и на спецпоселении.
2. Злоупотребления психиатрическим диагнозом, когда не соблюдалось предусмотренное законом соответствие между юридическими и медицинскими критериями невменяемости и одна лишь констатация психических расстройств приводила к заключению о невменяемости, избавляя советскую систему от объективного рассмотрения дел, связанных с критикой советского режима.
3. Необоснованное в медицинском отношении признание лиц без выраженных психических расстройств социально опасными душевнобольными с рекомендацией принудительного лечения в психиатрических больницах специального типа системы МВД СССР.
4. Многолетнее содержание лиц, признанных невменяемыми по политическим статьям УК РСФСР и не имевших тяжелых нарушений психики, с сохранением интеллекта и правильным поведением в одной камере (палате) с тяжелыми и опасными больными, в состоянии бреда и агрессии, физически запуганными.
5. Намеренный и умысленный разрыв социальных связей больных – направление их в больницы, находящиеся на далеком расстоянии от места жительства родственников (например, в Черняховск с Дальнего Востока).

6. Лишение больных гражданских прав путем признания их недееспособными по инициативе врачей без медицинских оснований.
7. Зависимость экспертной службы и органов, осуществляющих принудительные меры медицинского характера, от следственных органов и госбезопасности.
8. Принудительное лечение без медицинских показаний и учета противопоказаний: назначение психотропных средств, в том числе без употребления корректоров, снимающих побочный эффект от их применения; искусственное вызывание боли и повышенной температуры тела путем внутримышечного введения масляного раствора серы (сульфазина); назначение влажного обертывания, при высушении которого возникают сильные боли; применение наказаний, в том числе физических; переводы в беспокойные палаты при реакциях протеста против бесчеловечного режима.
9. Отсутствие какой-либо социальной программы реабилитации больных, зависимость их даже при отравлении физиологических потребностей от прихоти надзирателей и санитаров (до 1988 г. это были сотрудники МВД СССР, а до 1991–1992 гг. функции санитаров выполняли так называемые условно осужденные, проносившие в психиатрические больницы со строгим наблюдением алкоголь и наркотики, вступавшие в контакт с наиболее асоциальными больными, навязывавшие всем, в том числе и политическим диссидентам, свои лагерные «законы»).
10. Полное отсутствие каких-либо независимых контрольных органов, надзирающих как за правильностью судебно-психиатрических и судебных решений, так и за ходом, адекватностью и длительностью принудительного лечения.



## ОБРАЩЕНИЕ

# ПИРОГОВСКИЙ СЪЕЗД и будущее отечественной психиатрии

27–28 октября 2011 года в Москве состоялся VIII съезд Пироговского движения, прямая трансляция которого проходила в том числе и в Интернете. Пироговские съезды с прошлого года заговорили, наконец, в полный голос, в духе форумов, пресеченных еще в 1917 г. Не случайно, как и в прошлом году, пустовало кресло, предназначенное для министра здравоохранения, не был зачитан ни доклад, ни приветствие съезду – выразительное свидетельство неспособности ответить на ту резкую критику, которую было нетрудно предвидеть.

Действительно, съезд выразил недоверие работе министерства в связи с его полной профессиональной несостоятельностью. В докладах руководства Пироговского движения было показано, что в основе новой версии законопроекта об охране здоровья граждан нет никакой концепции, без чего он обречен на декларативность и не подлежит косметическому ремонту.

В работе съезда в качестве его делегатов приняли участие и представители Независимой психиатрической ассоциации России (НПА) – Ю. Н. Аргунова и Ю. С. Савенко. В контрасте с дорево-

люционными съездами, никого больше из психиатров не было. Именно поэтому мы приняли решение познакомить вас, уважаемые читатели, с выступлением Ю. С. Савенко...

– Вчера справедливо говорилось, что законопроекту должна предшествовать концепция охраны здоровья. Но в основе концепции должен быть безусловный приоритет для врачей жизни и здоровья народа, как воплощения подлинного патриотизма, а не «имперских» принципов, ограничивающихся лишь укреплением границ державы и военной составляющей.

Специфика медицины ставит ее принципиально вне политики. Врачи вправе не пускать силовиков и спецслужбистов в свои учреждения, вправе не выполнять их преступные приказы. Приоритетны в этом случае лишь международные правовые и этические документы.

Советская традиция имела в своей основе ничтожность цены человеческой жизни. Так, во Вторую мировую войну медицинский персонал, оказывавший

медицинскую помощь немцам, нередко подлежал расстрелу, а в афганскую войну руками военных уничтожались даже собственные госпитали.

Насажение в медицине пресловутой «вертикали», естественной для силовых ведомств и служб по ликвидации чрезвычайных ситуаций, разрушительно для диагностики, экспертизы и лечения больных, да и для самого профессионального сообщества.

Резкий разрыв в оплате труда руководящих и «рядовых» врачей, а также низкий ее уровень, так же как привилегии в ведомственных поликлиниках, ведут к снижению, а не повышению профессионализма медицинских кадров.

Обновленная концепция здравоохранения должна включать в себя нарабатанный отечественной системой здравоохранения и международный опыт, а также учитывать реальную общественно-политическую обстановку в стране. В нестабильном обществе, скатывающемся к авторитаризму и разъеденному коррупцией, неоднократные попытки реформирования здравоохранения всякий раз заканчивались ничем.

Сложившаяся система «кулуарных законопроектов» и ответственных решений без общественного обсуждения и научной экспертизы, правление законами вместо всеобщего верховенства права – путь неизбежного самоуничтожения. В этих условиях концепция здравоохранения останется лишь декларацией. В качестве предварительного условия выхода из кризиса необходима консолидация медицинских кругов в рамках Пироговского движения. Но для этого необходимо «вытравить в себе раба».

Власть долгое время удовлетворяется самообманом, создавая имитацию общественных структур в виде Общественной палаты, общественных советов при министерствах и других карманных организаций.

Можно ли в этих условиях доверять власти? Доверять можно только делам! Оба психиатрических общества (*Российское общество психиатров и НПА. – Ред.*) в течение 18 лет упорно добивались исполнения положений Закона о психиатрической помощи о создании независимой от органов здравоохранения службы защиты

прав пациентов психиатрических стационаров – наиболее уязвимой группы больных. Несколько лет прошло с того момента, как В. В. Путин (в бытность свою президентом государства) поставил положительную резолюцию на обращении в его адрес по этому поводу, направленному ему уполномоченным по правам человека в РФ. А киргизские коллеги в сходной ситуации подали в суд на правительство и... выиграли. Наши же обращения в Генеральную прокуратуру до сих пор «каруселятся». Таких примеров множество.

НПА России вошла в Национальную медицинскую палату (НМП). Но мы не считаем легитимным ее вступление в Единенный народный фронт и не считаем себя членами этого Фронта. Нас (и не только нас) женили в этом смысле заочно и без спроса. Недавно Леонид Михайлович Рощаль говорил о том, что и он был среди сомневающихся, но аргументировал свою позицию посулами Владимира Путина способствовать внесению любых изменений в законопроект об охране здоровья. Путин при личном общении умеет «очаровать» любого скептика, на то он и политик. Но в результате Национальная медицинская палата не только формально вошла во Фронт, но и подготовила для него программу «Здоровая нация»... Но это лишь предвыборная политическая агитка – правильные слова, «наклеенные на режим», который органически не в состоянии это выполнить. Власть продает нам воздух, на который мы и так вправе рассчитывать, а мы не позволяем себе говорить с властью требовательным тоном. Все наши самые большие проблемы появились не сегодня, они были и тогда, когда денег у власти было много, но они не пошли в здравоохранение, а сейчас – повсеместный экономический кризис.

Деграция системы здравоохранения не только очевидна всем, – она перешла опасную черту. Врачей заставляют обманывать больных, что в больницах есть все, что нужно, тогда как часто нет самого необходимого даже в московских общесоматических стационарах.

Мы видим выход в радикальном изменении системы управления. Только на путях децентрализации и профессиональной автономии и только заменив значимость на выборность (разумеется, с пресечением техник ее фальсификации), мы получим саморегулирующийся механизм в здравоохранении.

Я хотел бы напомнить, как власть боится этого: за такое предложение – выборность партийных органов – 50 лет назад пострадал генерал Григоренко, который был объявлен невеняемым.

Мы разделяем положения центральных докладов руководителей Пироговского движения...

## СИГНАЛ!

## ЗАКОН, И КАК ОН РАБОТАЕТ...

Как и во всех других сферах жизнедеятельности человека, в вопросах психического здоровья граждан государство позиционирует себя в роли «родной матери», всецело заботящейся о том, чтобы это самое здоровье ни в коем случае не пошатнулось. Но так ли обстоят дела на самом деле, следует ли власть тем законопроектам, которые принимает на вооружение?

- Я не психиатр, но я – жертва правового беспредела, который творился и до сих пор творится, несмотря на принятие еще в 1992 г. Закона об оказании психиатрической помощи со всеми его последующими переработками. Следствием применения ко мне в 1996 г. мер так называемой принудительной госпитализации стало увольнение с работы. Собственно говоря, ради этого все и было затеяно моим бывшим директором, спланировавшим акцию «карательной психиатрии». Уголовное дело возбуждали сразу, но до суда его не довели. Несколько лет оно регулярно перемещалось из Генеральной прокуратуры на места и снова в Генеральную прокуратуру, пока не истек срок давности, после чего его благополучно закрыли. Закон уже изменен: теперь в таких случаях можно обращаться сразу в суд. Но вряд ли что изменится на практике, потому что закон существует только на бумаге. И в этом мы недавно имели возможность убедиться. Лет 6–7 назад мой племянник, тогда еще совсем подросток, попал в плохую компанию и оказался на учете как токсикоман. Однажды, после очередного «сеанса», моя сестра вынуждена была обратиться за психиатрической помощью. Помощь как таковую не оказали. Но зато во всех его документах появилось клеймо: наркоман и психически больной. Все уже давно в прошлом. Но молодой человек не может устроиться на работу. Никакого освидетельствования не было. Никаких справок при этом не дают. Он уже женился, скоро будет ребенок. А работы нет. Вот вам и помощь, вот вам и реабилитация, вот вам и социальная защита, якобы гарантированная Законом о психиатрической помощи. Закон как не работал, так и не работает...

## СЛУЧАЙ

## КОНФЛИКТ ИЗ-ЗА НЕДВИЖИМОСТИ ДОВЕЛ ДО БОЛЬНИЦЫ

Слегка пьяному человеку поставили диагноз «белая горячка» и госпитализировали в психиатрическую больницу. Связано ли это со спором по поводу квартиры с его бывшей женой?

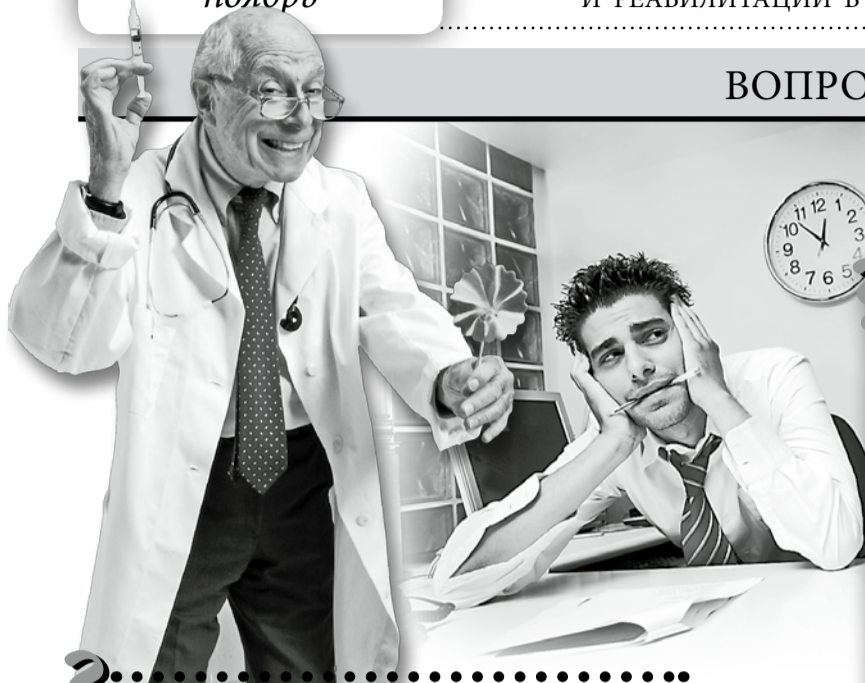
В Гражданскую комиссию по правам человека Санкт-Петербурга обратилась некто М. Она рассказала, что недавно ей позвонил один близкий друг, Т., и сообщил, что по инициативе бывшей жены – Н. его госпитализировали в психиатрическую больницу.

По словам Т., госпитализацию объяснили алкогольным делирием (в простонародье «белой горячкой»), несмотря на то что он находился лишь в состоянии легкого опьянения. Пострадавший подозревает, что причиной госпитализации могли стать недавние события: незадолго до этого М. пыталась заставить бывшего мужа поехать с ней оформить документы для последующей продажи квартиры. Т. считает, что с помощью госпитализации М. хочет заставить его дать согласие на продажу квартиры.

В прошлом у пострадавшего была подобная ситуация. Тогда в больнице его продержали шесть месяцев, а большие дозы препаратов сильно подорвали его здоровье. Однако, невзирая на печальный опыт, Т. подписал согласие на госпитализацию и лечение, поскольку боится, что в противном случае его положат «на вязки» (то есть зафиксируют на койке). По словам М., по телефону Т. разговаривал как совершенно нормальный человек. Также М. описывает пострадавшего как мягкого и спокойного человека, абсолютно не склонного к конфликтам. Причины его удержания в психиатрической больнице ей не были понятны.

Гражданская комиссия по правам человека направила заявление в прокуратуру с просьбой разобраться в ситуации и принять необходимые меры. Особо интересен диагноз, поставленный пострадавшему: ведь «белая горячка» не может проходить одновременно с запоем. Описанный случай показывает, что использованию психиатрии в корыстных целях пока что надежный заслон не поставлен.

ВОПРОСЫ БЕЗ ОТВЕТА



Как относиться к трудоголизму?

То, что еще недавно поощрялось, сегодня приравнивается к зависимости. Например, трудоголизм... Ведь проблема взаимоотношений между трудоголиками и обществом видится по-разному. Так, например, директор будет обождать работника-трудоголика, не преминув при случае очередной раз по-отечески похлопать того по плечу... А семья? Кому нужен кормилец, не заботящийся о росте своего положения и заработной платы, фанатически предаваясь труду как процессу?



Удобен ли «знающий пациент»?

На книгах профессора Бухановского совершенствовало свои знания много современных специалистов по психиатрии. Его издания продиктованы каждодневной психиатрической практикой и несут в себе богатый опыт величайшего психиатра современности. Многие люди, столкнувшись с проблемами, пытаются изучать книги самостоятельно и на практике применять описанные в них методики. Большого вреда читающему это явно не принесет, но вот лечащему врачу эта «псевдопросвещенность» пациента иногда может мешать. Ведь дилетантов, пыжащихся своими якобы знаниями, хватает.

Эффективна ли страховая медицина?

Сейчас реформа медицинского страхования просто необходима. Большинство больниц и поликлиник постоянно нарушают права страховщиков. Из обязательных бесплатных услуг можно получить только бесконечную очередь. А если больному нужно получить инвалидность, постоянные посещения на несколько недель вам обеспечены. Конечно, процесс значительно ускорится, если у вас есть «нужные» знакомые или достаточно денег. Но речь идет о простых смертных, которые без осмотра комиссии лишены последней надежды на бесплатный кусок хлеба. Давно не слышно положительных отзывов о больницах среднего звена, а о райцентрах государство и вовсе забыло. Может быть, мы в чем-то и не правы, но на собственном опыте легко убедиться, что медицинская страховка не является гарантом вежливого приема, бесплатной медицинской помощи, да и простого человеческого отношения к себе...



Нужна ли «развлекательная» психотерапия?

Во многих случаях решением проблем может стать «развлекательная» психотерапия. В наше время в ней нуждаются не только взрослые, но и дети. Моя старшая дочь в 11 лет загружена настолько, что без эмоционально-положительных развлечений никак не обойтись. Посудите сами: с утра школа, 5-6 уроков, затем четырехчасовая тренировка, а потом нужно еще сделать кучу уроков. И так шесть дней в неделю. Времени даже на обыкновенную прогулку нет. Поэтому по воскресеньям мы стараемся бросить все дела и вперед – развлекаться с детьми! Конечно на всевозможные аттракционы, боулинги, зоопарки, денег не напасешься, да и не будут они столь желанными, если посещать их еженедельно. Но детям этого и не надо часто, достаточно сходить на спортивную площадку и погонять мяч, или на пляж, или в поход в ближайший парк с парой ракеток и воланчиком. А как дети любят пикники на природе у водоема! Зимой достаточно санок или клеенки, чтобы доставить кучу радости детям. Развлекательная психотерапия проста и гениальна одновременно, веселитесь вместе с детьми, и тогда ваша семья будет дружной и здоровой.

ДИСКУССИОННЫЙ ВОПРОС

Известный российский блогер и защитник прав обездоленных детей Валерий Панюшкин в ноябре этого года, вслед за прошедшим Днем толерантности, так прокомментировал законопроект, принятый большинством голосов депутатами ЗС СПб:

– Рассматриваются две поправки: запрет на публичную пропаганду среди несовершеннолетних «мужеложства, лесбиянства, бисексуализма и трансгендерности, а также запрет на публичную пропаганду среди несовершеннолетних педофилии.

Во-первых, гомосексуальность не является преступлением, а педофилия преступлением является. Принимая эти две поправки вместе, депутаты как бы ставят гомосексуальность и педофилию на одну доску, представляя гомосексуалов преступниками, то есть разжигая ненависть к социальной группе, что противозаконно.

Во-вторых, запрещать пропаганду гомосексуальности так же глупо, как глупо запрещать людям левитацию. Глупо запрещать невозможное. Гомосексуальность нельзя пропагандировать, как нельзя пропагандировать рыжеволосость или монголоидный разрез глаз. Даже труднее, потому что волосы в рыжий цвет все же покрасить можно, а геям стать нельзя, как бы ни старались пропагандисты...

В-третьих, поправка к закону

Как защитить психику наших детей?

Законодательное собрание Санкт-Петербурга (ЗС СПб) внесло изменения в закон об административных правонарушениях.

является глупостью стилистической. «Мужеложество» – это юридический термин советских времен... «Бисексуализма» никакого не существует в природе, поскольку не существует ни «моносексуализма», ни «сексуализма», а существует «сексуальность» и «бисексуальность». Точно так же и «трансгендерности» не существует, потому что не существует «гендерности». Выходит так, что питерские депутаты пытаются запретить пропаганду того, что они даже не знают, как правильно называется...

Правоприменительную практику, которая сложится, когда поправки будут приняты, тоже можно себе представить. Сначала будут запрещены все просветительские проекты, которые

устраивают для молодежи ЛГБТ-организации. Потом будут запрещены ЛГБТ-форумы в Интернете, и вообще все разговоры про гомосексуальность. Подростки, осознавшие свою гомосексуальность, станут сходить с ума, вешаться и выбрасываться из окон. Потом будут запрещены книги, герои которых геи, и фильм «Горбатая гора». Потом запретят «Лолиту» Набокова за пропаганду педофилии. Потом, чтобы быть последовательными, запретят «Капитанскую дочку» Пушкина за пропаганду терроризма и «Войну и мир» Толстого за пропаганду войны.

Незадолго до первого голосования по сомнительному законопроекту к депутатам ЗС СПб обратился известный петербургский защитник прав призыв-

ников, пациентов психоневрологических интернатов, юрист А. Чаплыгин с открытым письмом: – Приступом неиссякаемого веселья встретило все прогрессивное человечество подготовленный вами законопроект, карающий за пропаганду гомосексуализма, бисексуализма и транссексуализма. Восхищаясь вашим безупречным чувством юмора, обращаю внимание на неполноту вашего решения. Прочь полумеры – даешь полноценную заботу о нравственности! Доведите начатое до логического завершения: запретите пропаганду чернокожизма, рыжеволосизма и леворукизма...

Сравнивая происходящее в Российской Федерации и в Германии, можно вспомнить, что первым шагом психиатрического плана псевдонауки «евгеники» стала стерилизация и кастрация тех, кого сочли «биологически неполноценными» в «третьем рейхе»: душевнобольных, умственно ущербных, гомосексуалистов и «цветных». С 1934 по 1945 г. стерилизации под-

верглись около 350 тыс. людей. К 1940 г. начались испытания отравляющих газов в психиатрических лечебницах. Спустя год программа эвтаназии была распространена и на концентрационные лагеря.

20 ноября 2011 г. один из пользователей «Живого журнала» (ЖЖ) провел опрос: «Как вы относитесь к людям с нетрадиционной сексуальной ориентацией?» Не менее 230 пользователей «ЖЖ» ответили на этот вопрос. Причем ответы были самые разные, часто с диаметрально противоположных позиций. Например: «Презираю!», «Я – расист и гомофоб», «Совершенно спокойно! У каждого свой выбор, кого любить, и не нам их осуждать!», «Каждый сам решает, с кем спать, и кто я, чтобы лезть в чужие отношения; а, вообще, – это обычные люди, и я к ним отношусь нормально».

Роман Чорный, президент Санкт-Петербургской Гражданской комиссии по правам человека, заявил:

– Законопроект ЗС СПб вряд ли можно назвать прогрессивным и рациональным. Детей в школах, детских садах и других учебных заведениях действительно следует ограждать от пропаганды любой идеологии, однако законодателям Северной столицы стоило бы защитить детей от воздействия гораздо более опасных философий: например, поднимающего голову фашизма или философии «карательной психиатрии»...



## ПСИХИАТРЫ ИНОГДА ШУТЯТ...

Идет психоаналитик по полю. Видит – лежит коровья лепешка. Думает: «Хм, предмет удивительно похож на коровью лепешку. И форма... коровьей лепешки. И цвет... коровьей лепешки. Хм... и плотность коровьей лепешки... И вкус... Тьфу! Точно коровья лепешка... А ведь мог бы наступить!»

Объявление: «Психиатр из Петрозаводска, с пациентом, имеющим 3-комнатную квартиру в центре, ищет психиатра из Москвы, с пациентом, имеющим 1-комнатную квартиру, для обмена пациентами».

Три пожилые еврейские женщины как-то встретились и начали хвастаться своими детьми. Когда очередь доходит до третьей, она говорит:

– А вы помните моего Абрамчика? Он теперь не просто Абрамчик, а большой человек в большой стране, в США. Он уехал в США не просто на самолете, он уехал на самом большом самолете. У него теперь там дом, и не где-нибудь, а в Нью-Йорке! И не какая-то там маленькая квартирочка, а большой пентхаус! И не просто большой пентхаус, у него там еще большое дело, и он получает там очень большие деньги, просто огромные. При этом у него есть личный психоаналитик. И не просто психоаналитик, а лучший психоаналитик в городе. С этим психоаналитиком он встречается раз в неделю, и целый час они говорят знаете о ком? Обо мне!

Женщина у психотерапевта:  
– Мне кажется, что мой муж мне изменяет. По понедельникам он исчезает, возвращается веселый и довольный, глаза горят. А через день опять начинает брзжать и теряет ко всему интерес.

Психотерапевт:

– А-а, так это он ко мне ходит.

Согласно исследованиям психологов, есть две основные причины, почему мужчина проводит вечера в баре:

- 1) у него нет жены;
- 2) у него есть жена.



## ФОТОРЕПОРТАЖ

Анна КОНОВАЛОВА

Презентация последнего, посмертного сборника стихов известного донского врача-психиатра и поэта Эдуарда Холодного прошла в минувшие выходные в Донской государственной публичной библиотеке. 19 ноября в кинозале библиотеки собрались друзья, близкие и почитатели творчества Э. Холодного.



# Воздаяние

**М**не очень приятно видеть всех вас на этом вечере памяти. Сегодня мы вспоминаем Эдуарда Федоровича и его творчество. Мы будем читать стихи, петь песни, знакомиться с фотографиями из нашего семейного архива, а потом посмотрим фильм, – такими словами открыла презентацию Евгения Васильева, вдова Э. Холодного.

Вечер открылся аудиозаписями самого автора, на которых он читал свои стихи.  
– Вот и все, что было записано, – пояснила Евгения Михайловна. А потом прозвучал романс, написанный Александром Скрипниковым на стихи поэта.

Затем началась сама презентация поэтического издания, полу-

чившего название «Воздаяние». По словам знатоков творчества Э. Холодного, только в этой книге можно познакомиться с потрясающим циклом «Реквием», который был написан в тот тяжелый, для Эдуарда Федоровича период жизни, когда умирала его мама.  
– Открывается книга стихами студенческих лет, и, наверное, будет уместно, если сейчас выступят те, кто помнит поэта с институтской скамьи, когда Эдуард делал свои первые смелые шаги в поэзии, – предложил Николай Скребов, редактор книг Эдуарда Холодного.

Встреча проходила в теплой атмосфере и была наполнена приятными воспоминаниями. Можно сказать, что одновременно с

презентацией книги прошел вечер памяти и творчества Эдуарда Холодного. Все стихи, которые были включены в последний сборник.

– «Воздаяние» – это тот Эдуард Холодный, которого сейчас воскресила память его друзей по институту, и поэт в последний год своей жизни, – заметил Н. Скребов.

Демонстрация снимков, которые собрала вдова поэта – Евгения Васильева, – проиллюстрировала практически все периоды жизни Эдуарда Федоровича. Вот он еще совсем ребенок, в обнимку с другом, вот военнотрудовой врач, который внимательно осматривает пациентов, вот любящий муж, а на последнем снимке уже

немолодой мужчина, но все с той же замечательной и открытой к людям улыбкой.

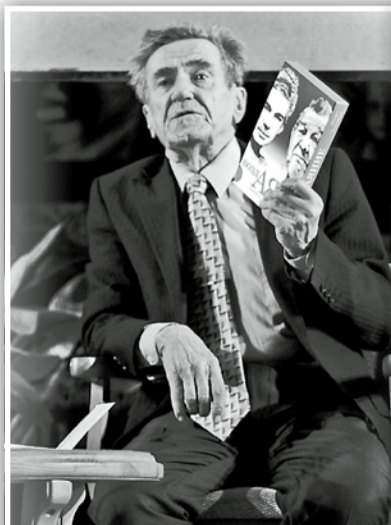
– Я хочу вам показать фотоматериалы, начиная с истоков его жизни. Он был и поэтом, и врачом, и мужем, и отцом, и дедом. Просто вспомните, кем был Эдик, просто посмотрите, – сказала, как-то грустно улыбаясь, Евгения Михайловна.

Вечер близился к завершению, и всем желающим была предоставлена возможность высказаться, прочесть несколько стихотворных строк, вспомнить Эдуарда Холодного. На вечере присутствовал и Александр Олимпиевич Бухановский, который всегда особенно ценил творчество Э. Холодного:

– Наша дружба длилась около 40 лет. Он никогда не стремился привлекать к себе внимание. Он много писал, и я не буду об этом говорить, многие могут сказать лучше меня. Он был фактически единственным врачом на весь Советский Союз, который являлся еще и членом Союза писателей. Я абсолютно убежден, что Эдик заслужил своей жизнью, своим творчеством быть увековеченным на долгие годы.

– Через неделю-другую мемориальная доска в честь Э. Холодного появится в Ростове-на-Дону, – подхватила Евгения Михайловна.

Завершил презентацию фильм, состоявший из двух частей. Последнее интервью, последний монолог о своем творчестве был завершением субботнего вечера памяти. После чего все желающие смогли поближе познакомиться с последней книгой стихов Холодного – «Воздаяние».



### УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ

Лечебно-реабилитационный научный центр «Феникс»

### ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

О.А. Бухановская

### ОТПЕЧАТАНО

«Военный вестник Юга России», г. Ростов-на-Дону, ул. Таганрогское шоссе, 92. Тираж 3000 экз.

### АДРЕС РЕДАКЦИИ И ИЗДАТЕЛЯ

344010, г. Ростов-на-Дону, пр. Ворошиловский, 40/128.  
Тел. (863) 267-48-15.  
Тел./факс: (863) 267-38-67.

Мнения авторов и редакции могут не совпадать. Рукописи не рецензируются и не возвращаются. Распространяется бесплатно по реестру редакции. Перепечатка допускается лишь с разрешения редакции. Подписано в печать по плану – 30.11.2011 в 10.00, фактически – 30.11.2011 в 10.00.