

Врач
в Индии –
это второй Бог

4

Сексуальные
гармонии
и дисгармонии

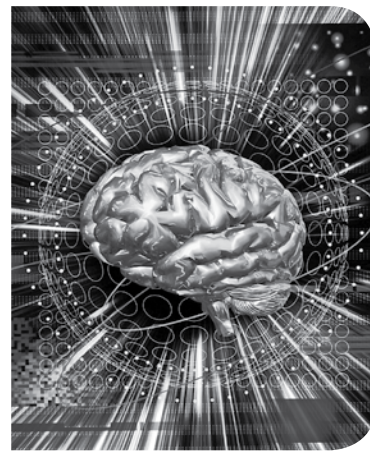
5

Судебная
психиатрия:
границы
и проблемы

7

Гений
и/или
безумец?

8



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

№ 2-2010
май

Новая

ПСИХИАТРИЯ

БЕЗНАДЕЖНЫХ БОЛЬНЫХ НЕ СУЩЕСТВУЕТ!

АНОНСЫ

Ежегодный съезд
Американской
психиатрической
ассоциации

**«ДОСТОИНСТВО
И ОБЕТ:
НАВСТРЕЧУ
НОВОЙ ПСИХИАТРИИ»**

22-26 мая 2010 г.,
г. Новый Орлеан (США)

www.psych.org
01-703-907-7300

Региональный
конгресс Всемирной
психиатрической
ассоциации

**«ТРАДИЦИИ
И ИННОВАЦИИ
В ПСИХИАТРИИ»**

10-12 июня 2010 г.
г. Санкт-Петербург

e-mail:
vkrsnov@mtu-net.ru



**ПРИГЛАШАЕМ
К СОТРУДНИЧЕСТВУ
АВТОРОВ!**

Молодые ученые, желающие
заявить о себе и своей
научной работе, а также
все те, кто считает

психиатрию (теоретическую
и практическую), **психологию**
и **психотерапию** областью
своих научных интересов!
Редакция «Новой психиатрии»
рада предложить вам
возможность опубликовать
на страницах нашего издания
результаты ваших исследований
и наблюдений.

ПРЕДМЕТНЫЙ РАЗГОВОР

АЗАРТНЫЕ ИГРЫ: играть или не играть?

Во-первых, следует сразу определить, что такое азартная игра. «Толковый словарь живого великорусского языка» В.И. Даля содержит следующее определение азарта: «задор, вспыл, вспых, горячность, запальчивость». Сходное определение можно встретить в толковом словаре С.И. Ожегова – «сильное возбуждение, задор, увлечение». Прилагательное «азартный» насыщено еще большим колоритом: у Даля – «вспыльчивый, горячий и буйный», в толковом словаре Д.И. Ушакова – «увлекающийся, недержанный, запальчивый». Азартные игры в Энциклопедическом словаре Ф.А. Брокгауза и И.А. Ефрона описываются следующим образом: «игры, результат которых в противоположность коммерческому исключительно или главным образом зависит от случая, а не от ловкости или искусства игроков». В словарях Даля и Ожегова приводятся схожие трактовки азартной игры.

История азартных игр насчитывает более 5000 лет; она тесно сопряжена с развитием цивилизации. Происхождение игр связано с особенностями формирования психики человека, его деятельности и социального становления. Психологические исследования свидетельствуют о том, что ребе-

В.А. СОЛДАТКИН

Проблеме азартной игры и ее последствий в настоящее время уделяется большое внимание. С одной стороны, из средств массовой информации мы узнаем о всё новых и новых шокирующих историях, связанных с азартными игроками: то в одном городе, проигравшись, отец отдал за долги своего ребенка, то в другом успешный в прошлом бизнесмен совершил расширенный суицид, лишив жизни и себя, и свою семью, то в третьем погибла от голода пенсионерка, в очередной раз проиграв в игровом зале всю свою небольшую пенсию. Раздаются голоса моих коллег, врачей-психиатров, о том, что склонность к азартным играм может стать болезнью, в результате которой человек может утратить способность контролировать свое поведение. С третьей стороны, владельцы игрового бизнеса, упоминая о значительной пользе, которую приносят казино и игровые залы государственной казне, пополняя ее налоговыми платежами, упрекают врачей в том, что диагностика болезни ошибочна и предвзята и нужна лишь для искусственного расширения клиентуры врача, что дает ему дополнительный заработок; а шокирующие истории на эту тему в СМИ используются для повышения рейтинга последних, а на самом деле никакой проблемы-то и нет. Попробуем вместе разобраться в этом непростом вопросе. Аргументировать свои выводы мы будем материалами собственного исследования, проводившегося на протяжении пяти лет. В исследовании приняли участие более 300 ростовчан, жизнь которых существенно изменилась под влиянием азартных игр.

нок учится познавать мир именно через игровое взаимодействие со старшими, сверстниками и окружающими объектами. Игра сопровождает человека на протяжении всей жизни; она широко используется в обучении, спорте, бизнесе, науке. Часто люди играют в игры для получения удовольствия. Это связано с тем, что

смысловой контекст игры предоставляет богатые возможности для символической реализации потребностей человека.

В древних мифах азартные игры нередко выступали как инструмент взаимодействия с богами: служили для их умиротворения, определения их воли или использовались как средство интел-

лектуального поединка с ними. В этом отношении азартные игры имеют много общего с языческими гаданиями; как известно, многие игроки, вступая в азартную игру, обращаются за поддержкой к сверхъестественным силам, либо субъективно переживают свои действия как вызов судьбе.

(Продолжение на стр. 2-3)





То, что наши сограждане всегда, во все времена, играли не так, как европейцы, известно давно. Блестяще это описал Ф.М. Достоевский в повести «Игрок». Мне довелось оценить это явление во время одной из командировок. Крупный психиатрический конгресс проходил в Ницце. Рядом с этим городом расположено старейшее в Европе казино – Монте-Карло; разумеется, трудно было удержаться от соблазна посетить его...

Предъявив паспорта, мы купили входные билеты. Охрана казино на нашу национальную принадлежность отреагировала подозрительно эмоционально. Нас попросили отойти в сторону, подошедшая вскоре сотрудница предложила совершить небольшую экскурсию по казино. В ходе экскурсии она рассказала нам, что история казино насчитывает более четырех столетий, при этом здание казино никогда не подвергалось разрушениям – ни войны, ни землетрясения его не затронули. Лишь одна история наложила отпечаток на облик замка. Ее суть в следующем: Ницца всегда была крупным портом. Однажды, капитан русского фрегата, проиграв в казино не только свои деньги, но и флотскую казну, не покончил с собой (как это практиковалось – рядом есть так называемая «скала самоубийц»), а вернулся на свой корабль, привел его к стенам крепости, и сделал несколько выстрелов, оставив пролом в стене (к которому нас эта француженка и привела). Заделывать его не стали, оставив в назидаание о том, что русским играть надо осторожно...



ПРЕДМЕТНЫЙ РАЗГОВОР

АЗАРТНЫЕ ИГРЫ: ИГРАТЬ ИЛИ НЕ ИГРАТЬ?



(Продолжение. Начало на стр. 1)

Итак, азартные игры известны давно, они всегда во всем мире были широко распространены. Однако, ситуация, за последнее десятилетие сложившаяся в нашей стране, едва ли имела аналоги.

По данным Министерства по налогам и сборам России (на 2002 г.), если в сентябре 1998 г. в стране насчитывалось немногим больше 800 залов игровых автоматов (где стояли 12500 игровых устройств), то через два года число залов превысило 2100 (32000 устройств). В 2004 г. в России функционировало более 300 казино, около 250 касс букмекерских контор, примерно 44000 игровых автоматов, несколько всероссийских лотерей. На Москву (24 тысячи автоматов) и Санкт-Петербург приходилось около 65 % всех зарегистрирован-

ных игровых устройств. Остальные 35 % были распределены по территории всей страны, но наибольшая плотность отмечалась в 12 регионах: Ставропольском и Краснодарском краях, Ростовской, Московской, Нижегородской, Волгоградской, Свердловской, Ленинградской, Пермской и Новосибирской областях, Удмуртии, Татарстане.

Каждый день только в Москве и ее окрестностях игровые автоматы посещают около полутора миллионов человек. По данным, опубликованным владельцами сети игорных клубов «Вулкан», за 2008 год их залы посетили более 1,5 миллиона россиян. Социологические опросы (2006, 2007 гг.) показали, что 60 % населения России хотя бы один раз в год посещают игровые заведения для проведения досуга.

Почему же в нашей стране «индустрия азарта» приобрела такие масштабы? Думаю, уместны следующие предположения:

1. Азартная игра позволяет на время «отрешиться» от забот и тревог, снять накопившееся напряжение. Стрессорный режим, в котором пребывает российский народ (теракты, контртеррористическая операция, финансово-экономические потрясения) явно способствует приобщению большей части населения к азартным играм.

2. Утрата «финансовой гармонии». Смело можно утверждать, что как минимум с 1917 года в нашей стране расшатывалась гармония отношения к деньгам. Отражением этого являются общеизвестные факты: кого ни спроси, денег ни у кого нет (и при этом наша страна в числе лидеров по покупке дорогих машин, а цены на недвижимость поражают даже европейцев); фраза «чтоб ты жил на одну зарплату» по-прежнему является пугающей; народные шутки в отношении того, что «большие деньги бывают двух видов: ворованные и краденные» также хорошо иллюстрируют это утверждение. В этом контексте легко понять, почему денежные средства так легко в руках игрока превращаются всего лишь во входной билет в азартное заведение.

3. Русская ментальность. Многие авторы считают, что истоком своеобразной ценностной иерархии игроков является сложный комплекс архетипов российского сознания, проявлениями которого в разные исторические периоды служили народные сказки (с отчетливым приоритетом удачи и везения над трудом и терпением), извечные российские мечты о граде-Китеже, зависимость от идей и вождей, авантюризм и опора на сверхприбыль в бизнесе. Эти архетипы поддерживались

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. Среди этих заболеваний:

- 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);
- нейро-циркуляторной дистонии;

- психосоматических расстройств:
 - аэрофагии;
 - психогенного¹ 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:
 - слабительным;
 - 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.;
- нарушения пищевого поведения;
- алкоголизма;
- психические расстройства у детей:
 - всех форм умственной отсталости;
 - задержки и нарушения развития речи;
 - расстройства 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

**Возрождаем
к новой жизни!**

Медицинский центр «Феникс»

ЛРНЦ «Феникс» – это:

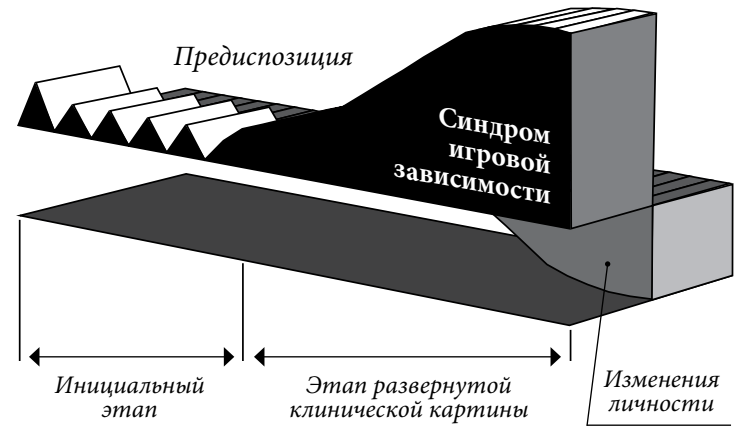
- Медико-реабилитационная помощь при наркомании.
- Медико-реабилитационная программа для одиноких и немощных.
- Консультации по вопросам судебной психиатрии.
- Защита прав пациентов центра, в том числе ведение дел о недобровольном освидетельствовании, недобровольной госпитализации, пересмотре диагноза,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

«Новая психиатрия»

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



НОЗОГРАММА СТЕРЕОТИПА РАЗВИТИЯ БОЛЕЗНИ. ПРОГРЕССИРУЮЩИЙ ХАРАКТЕР РАССТРОЙСТВА



многовековой (включая советский период) невознаграждаемостью труда.

4. Государственная позиция. Долгие годы в стране не существовало никакой регламентирующей базы (кроме законов о налогообложении игрового бизнеса), что и позволило игровым салонам появиться почти в каждом районе. Думаю, только в нашей стране могла сложиться ситуация, при которой одна из школ сдала в аренду класс, и дети на переменах между уроками проигрывали там деньги, которые родители давали им на завтраки...

Совокупность этих факторов привела к лавинообразному нарастанию числа людей, жизнь которых существенно изменилась после знакомства с азартной игрой. Как практикующий врач-психиатр, я видел ежегодное закономерное увеличение числа обращений за помощью в связи с невозможностью самостоятельно прервать тягу к азартным играм. Эпидемический характер распространения проблемы отмечали и другие исследователи. Так, по данным В.Д. Менделевича (2005), в нашей стране изменилась структура запроса на психиатрическую-психологическую помощь. За последние десять лет произошло перераспределение зависимостей. Уменьшилось число обращений по поводу алкогольной (с 67 до 47%), никотиновой зависимости (с 12 до 9%), и увеличилась доля наркотической (с 3 до 15%), пищевой (с 8 до 12%), сексуальной зависимости (с 2 до 5%), зависимости от азартной игры (с 0,5 до 6%), интернет-зависимости (с 0 до 2%).

Расстройство, которое возникает у определенной части заядлых игроков, официально носит название «патологическое влечение к азартным играм», неофициально – «патологический гемблинг», «лудомания» или «игромания». Описано оно давно (в начале прошлого века), и с того же времени входит во все международные классификации. Действующая в нашей стране Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) требует установления диагноза в случае «частых повторных эпизодов участия в азартных играх, доминирующих в жизни субъекта и ведущих к снижению

социальных, профессиональных, материальных и семейных ценностей». Указано, что пациенты могут рисковать своей работой, делать большие долги и нарушать закон для того, чтобы добыть деньги или уклониться от выплаты долгов. Они описывают сильное влечение играть в азартные игры, которое с трудом поддается контролю, а также овладевающие ими мысли и представления акта игры и тех обстоятельств, которые сопутствуют этому акту. Основным признаком расстройства, таким образом, является постоянно повторяющееся участие в азартной игре, что продолжается и часто углубляется, несмотря на социальные последствия, такие как обнищание, нарушение внутрисемейных взаимоотношений и разрушение личной жизни.

Исследовательский раздел МКБ-10 (ИДК) в качестве критериев расстройства предлагает следующие признаки:

А. Два и более эпизодов игры на протяжении года.

Б. Эти эпизоды не приносят выгоды, но продолжаются, несмотря на вызываемые ими негативные последствия.

В. Человек описывает сильное влечение к азартной игре, которое чрезвычайно трудно контролировать, и сообщает, что не способен прекратить участие в игре усилием воли.

Г. Человек поглощен мыслями и умственными образами, связанными с актом азартной игры и сопутствующими ему обстоятельствами.

Патологическая зависимость от азартных игр широко распространена в США и ряде европейских стран. По мнению исследователей, в настоящее время около одного процента населения мира являются патологическими игроками; число патологических игроков среди подростков и юношей часто превышает среднее число патологических игроков среди взрослых, по меньшей мере, в два раза и достигает 2,8-8%; оборот игорного бизнеса составляет миллиарды долларов.

В США, по данным эпидемиологических исследований (Russo A.M. et al., 1984), большинство людей время от времени играет

в азартные игры: среди всего населения 86% когда-нибудь играло на деньги, 68% играло в течение текущего года. По оценкам ученых Университета исследования азартных игр в штате Коннектикут (2002), примерно 5% посетителей казино являются зависимыми от игры. Согласно докладу национальной комиссии США по азартным играм, за год (с 1998 по 1999 гг.) число игроков виртуального казино в США возросло более чем вдвое – с 6,9 до 14,5 млн человек. В 2001 г. по программе IV Национального Конгресса Итальянского общества психопатологии был проведен международный симпозиум «Когда игра превращается в одержимость». На флорентийском форуме приводились впечатляющие цифры – из 13 млн итальянцев, регулярно тратящих деньги на различного рода денежные игры, 150 тысяч считаются «патологическими игроками». В Германии около ста тысяч человек страдают патологической тягой к азартным играм. Из пятимиллионного населения Дании у сорока тысяч граждан стоит диагноз лудомания. Примерно столько же зависимых в семимиллионной Швейцарии.

В нашей стране число людей, заболевших патологическим влечением к азартным играм, никому точно не известно, – это последствия реформ, приведших к разрушению системы статистического учета; однако смело можно утверждать, что речь идет о явно более высоком, чем в Европе, проценте населения. Если американцы, столкнувшись с лавинообразным нарастанием распространенности проблемы, почти сразу создали игровые зоны, то мы приступаем к этому только сейчас. И это при том, что, по данным налоговых ведомств, плотность игровых заведений в 2008 году в Москве была выше, чем в Лас-Вегасе, крупнейшей игровой зоне в США!

Сутью расстройства является появление у человека **новой потребности**. Потребности, которой не было ранее, и которая вытесняет иные ценности и мотивации – потребности в азартной игре. Это проявляется развитием патологического к ней влечения. Патологическое влечение может быть двух уровней – **обсессивного** и **компульсивного**.

Термин «обсессивное» может быть переведен на русский язык как «навязчивое». Его сутью является возникновение у человека, вопреки его воле, желания играть. Человек пытается сопротивляться этому желанию, понимая его пагубный характер, однако освободиться от желания не может, оно назойливо вновь и вновь вторгается в его душевный мир, отвлекая от иных проблем и забот, не давая сосредоточиться. До тех пор, пока это влечение не будет удовлетворено, то есть человек не пойдет играть, он находится в состоянии психического дискомфорта – настроение его неважное, он раздражен, исчезает возможность переключиться, испытать радость жизни от иных событий и дел, которые обычно приносят нам удовольствие. Как только человек перестает бороться, сдаётся, «соглашается»

удовлетворить свое влечение, развивается игровой эпизод, во время которого заболевший испытывает мощное, ни с чем не сравнимое состояние комфорта, удовольствия. Многие пациенты характеризуют это состояние как «драйв», «адреналин», «максимальная полнота жизни», что сближает это ощущение с опьянением. Только в случае с алкоголем и наркотиками описанное ощущение привнесено химическим субстратом, а в случае с игрой – колоссальным выбросом собственного адреналина. Описанное единение обсессивного влечения, психического комфорта во время игры и дискомфорта вне азартной игры является **сутью психической зависимости от азартной игры**.

Патологическое влечение может иметь **компульсивный уровень**. Его еще называют **витальным**. Дело в том, что природа закрепила в нашей психике ряд инстинктов (половой, пищевой, оборонительный), которые жизненно (витально) нам необходимы, чтобы мы сохранили свою жизнь и произвели потомство, иными словами, чтобы не угас человеческий род. Болезнь приводит к появлению нового влечения, по силе сравнимого с этими древними инстинктами, и даже зачастую их превосходящего и подавляющего. Так, у заболевшего подавляется инстинкт самосохранения, и с этим связана высокая опасность самоубийства (по нашим данным, у больных гемблингом частота самоубийств в 21 раз выше, чем в популяции); подавляется и пищевой инстинкт: во время игры (которая может длиться до 48 ч) аппетит полностью исчезает. О самом хрупком инстинкте – сексуальном – и говорить не приходится: заболевший без колебаний игру предпочтет сексу.

Компульсивное влечение образно можно представить следующим образом: человек попадает в пустыню. Палящее солнце. У него нет воды. Он встречает небольшой водоем, вода в котором неприятна на вид и вкус. От этого водоема человек уже не отойдет. Он будет **вынужден** пить эту воду, чтобы выжить. Компульсивное влечение человек контролировать не в состоянии. Именно поэтому призывы окружающих «возьми себя в руки, перестань играть» не срабатывают – человек совершает поступки уже под воздействием биологических, а не психологиче-

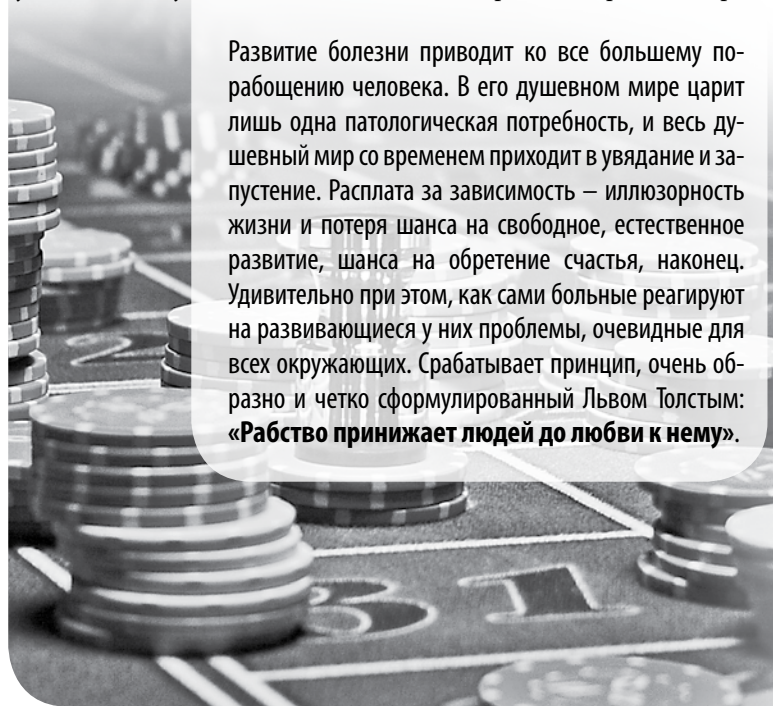
ских законов.

Реализация компульсивного влечения приводит к возникновению физического комфорта: у заболевшего возникает состояние «необычайной насыщенности красок», «словно на старте захватывающей гонки», «кровь быстрее бежит по венам». Напротив, невозможность удовлетворить влечение приводит к появлению глубочайшего психофизического дискомфорта, который психиатрия называет **абстиненцией** («синдромом отнятия»). Это расхожий миф, что только химические пристрастия (алкоголизм и наркомания) сопровождаются абстиненцией! У больных нехимической зависимостью, к которым относится гемблинг, эти проявления выражены ничуть не меньше. Они состоят в подавленности, охваченности желанием немедленно возобновить игру, раздраженности, склонности к вспышкам гнева и агрессии, нарушениях сна и аппетита. Было время, когда казино начинали работать в 14 часов дня. Возле каждого казино в Ростове-на-Дону, уже за несколько часов до открытия, появлялись люди, больше похожие на тени: осунувшиеся, с серым цветом лица, красными глазами, нервно курящие. По накалу их переживаний было видно, что они алчут открытия игрового заведения – так же, как в свое время, в период «сухого закона», ждали открытия винного магазина больные алкоголизмом... Я не случайно провожу параллель между химической и нехимической зависимостями – между ними много общего. Например, синдром абстиненции при игровой зависимости может проявляться болями в теле, такими же, какие испытывает опийный наркоман при невозможности ввести очередную дозу препарата. Четверо из обследованных нами больных гемблингом при невозможности играть испытывали сильный зуд и жжение в локтевых сгибах, там, где наркоманы выполняют инъекции. А ведь с действием наркотика эти четверо знакомы не были...

Совокупность компульсивного влечения, физического комфорта при его реализации и дискомфорта при невозможности это сделать психиатрия называет **синдромом физической зависимости**. Таким образом, гемблинг – это психофизическая зависимость от азартной игры.

(Продолжение – в след. номере «НП»)

Развитие болезни приводит ко все большему порабощению человека. В его душевном мире царит лишь одна патологическая потребность, и весь душевный мир со временем приходит в увядание и запустение. Расплата за зависимость – иллюзорность жизни и потеря шанса на свободное, естественное развитие, шанса на обретение счастья, наконец. Удивительно при этом, как сами больные реагируют на развивающиеся у них проблемы, очевидные для всех окружающих. Срабатывает принцип, очень образно и четко сформулированный Львом Толстым: «**Рабство принижает людей до любви к нему**».





ПСИХИАТРИЯ: МЕЖДУНАРОДНЫЙ АСПЕКТ

Врач в Индии – это второй Бог

Беседовала А. КОРОЛЬЧЕНКО

Современный мир мультикультурен. В психиатрии, впрочем, как и в остальных науках, связанных с позиционированием человеческой личности в окружающем мире, происходит непрерывный процесс взаимопроникновения культур. Сегодня мы поговорим о российской и индийской культурных традициях в плоскости психиатрической науки: двух мирах с уникальными ценностными системами, религиозными взглядами и психиатрическими школами. Об этом и многом другом рассказывает специалист лечебно-реабилитационного научного центра «Феникс» **Дхавал МАВАНИ**.

Я интересовался психиатрией с детства. У моего дяди есть частная психиатрическая клиника на 30 пациентов, и уже в десятилетнем возрасте я начал помогать ему в его работе (кормил больных, одевал, раздавал им лекарства, набирал шприцы), – все три летних месяца мы практически не выходили из больницы. Рабочий день начинался в 7 утра и заканчивался глубокой ночью. В день приходило до 120 больных. Мне всегда было интересно наблюдать за поведением больных, страдающих психическим расстройством.

Иногда пациентов бывает достаточно трудно понять – именно это привлекало меня в психиатрии изначально. У меня появилось желание помочь больным людям, и я решил стать врачом. По окончании обучения в Ростовском государственном медицинском институте я поступил в ординатуру к профессору А.О. Бухановскому и продолжал работать с ним до сих пор. Я веду лечение больных с разными патологиями: депрессией, генеральным тревожным расстройством, шизофренией, алкоголизмом, биполярным аффективным расстройством, болезнью Альцгеймера. Помимо врачебной практики, в клинике я занимаюсь также научной деятельностью. В сферу моих научных интересов входят различного рода болезненные зависимости: патологическое пристрастие к Интернету, игровым автоматам и компьютерным играм. Ежегодно я участвую в международных психиатрических конференциях.

В целом, медицина в Индии развита достаточно хорошо. Индийские врачи трудятся повсюду – в США, в Европе и многих других странах. Медицинское образование здесь получают в течение четырех с половиной лет, включая интернатуру, после чего врачу присваивают квалификацию терапевта. В России же процесс обучения занимает шесть-семь лет. Российские дипломы в Индии не признаются. Для того чтобы работать в Индии, врач, защитивший диплом в России, сначала должен сдать экзамены по всем предметам об-

щей медицины, после чего еще в течение года отработать на благо индийского здравоохранения. Он закрепляется за местным дипломированным специалистом и ассистирует ему, причем эта работа не оплачивается. Затем он должен пройти ординатуру, и только тогда имеет право на самостоятельную практику.

Что касается особенностей лечения психиатрических заболеваний в России и в Индии, то, прежде всего, в наших странах различается подход к диагностике. В Индии поток больных очень велик, и у врача катастрофически мало времени на постановку диагноза. В России обострения заболеваний преимущественно приходятся на весну и осень, а в Индии самая жаркая пора для психиатров – лето. Связано это, вероятно, с глобальным потеплением (кстати, в последнее время я наблюдаю ту же тенденцию и в России).

Диагностика в центре «Феникс» занимает несколько недель: психиатр часами беседует с пациентом, выясняет причины болезни, тщательно описывает признаки недуга, их развитие во время приступа, воссоздает «историю» болезни. Тогда как в Индии врачу «хватает» одного приема для того, чтобы поставить предварительный диагноз и назначить лечение. В этом я вижу один из минусов индийской психиатрии. Хотя уже сейчас студенты-медики начинают более основательно и глубоко общаться с пациентами.

Российская действительность такова, что люди готовы идти на прием к невропатологу и психологу, но по отношению к психиатрам существует некое предубеждение. В Индии это не столь сильно распространено, хотя и присутствует в определенной мере. Специфика Индии – в сильном влиянии религиозных структур. Индийская культура очень тесно связана с религией, и на этой почве порой возникает конфликт с психиатрией. Допустим, человек заявляет, что он видит Бога и общается с ним (зрительные и слуховые галлюцинации). Окружающие начинают ему поклоняться как посреднику Бога.

Когда болезнь прогрессирует, и, предположим, больной начинает говорить антирелигиозные вещи, то окружающие объявляют, что в него вселились бесы и его нужно посадить в тюрьму. (Такая ситуация сейчас, конечно, встречается реже, чем, скажем, 10-20 лет назад, но, тем не менее, всё ещё существует). И хорошо, если рядом находится человек, который способен трезво оценить ситуацию: здесь всё зависит от социально-экономического положения в каждом конкретном штате Индии и от уровня образованности населения. Например, в штате Бихар прослойка образованных людей составляет 5%, многие настроены весьма мистически, поэтому обращений к психиатру мало. А, допустим, в штате Махараштра, где количество образованного населения достигает 98%, люди значительно чаще обращаются за специализированной помощью. Священники сегодня в этом смысле прогрессируют и направляют людей с психическими отклонениями к психиатрам. На мой взгляд, это хороший признак.

Также в Индии очень слабо развита правовая основа оказания психиатрической помощи. Если человека привели к психиатру и был установлен диагноз «психическое расстройство», то его ВСЕГДА будут лечить вне зависимости от его желания. Юристы ничего не смогут сделать, ведь врач в Индии – это второй Бог. В России же существует правовое регулирование недобровольного обследования и лечения.

Я знаю случаи, когда некоторые религиозные деятели, как в России, так и в Индии, не признавали нужной помощи психиатров и советовали лечить больных только силой молитвы. Некоторые индийские священники предлагают глубокую медитацию, доводящую до состояния нирваны, как способ избавления от стрессов, депрессии, «бесов». Людям, страдающим психическим расстройством, не стоит увлекаться медитацией – она предполагает уход в себя. Это, своего рода, манипуляция сознанием уже больного челове-

ка. Позитивный эффект имеют другие занятия, связанные с физическими упражнениями, например, хатха-йога. Она хорошо помогает в борьбе с тревогой и навязчивыми мыслями, а также развивает моторику.

Медикаментозное лечение психических расстройств в Индии развито очень хорошо. Врачи умело подбирают необходимые психотропные препараты. Для обрыва приступов применяют электросудорожную терапию, которая часто используется в западных клиниках. В России, к сожалению, эту процедуру начинают исключать, хотя она достаточно эффективна. В нашем центре электросудорожная терапия проводится в соответствии с современными стандартами лечения. В «Фениксе» также широко используется разгрузочно-диетическая терапия для обрыва разных видов депрессий, изменения нечувствительности организма к лекарствам. В Индии этот метод не распространен широко, так как его толком и применять-то

не умеют. В Индии – как в развивающейся стране – очень много людей занимается физическим трудом. Трудотерапия хорошо отражается на психическом здоровье. Если раньше лекарства имели много побочных действий, то сегодня они не так серьезно влияют на работоспособность и позволяют трудиться полноценно.

В течение последних нескольких лет научная деятельность в Индии развивается во всех направлениях. Индийские психиатры часто принимают участие в международных конференциях. Проводятся научные мероприятия и внутри страны. Хорошую репутацию заслужил Институт Бангалори – национальный институт психического здоровья Индии.

В научно-исследовательских институтах Индии постоянно разрабатываются новые препараты. Цены на лекарства у нас, в Индии, значительно ниже, чем в Европе, зачастую, правда, это отражается на их качестве. Население, в основной своей массе бедное, поэтому покупает дешевые препараты, имеющие ряд побочных эффектов. Только обеспеченные люди могут позволить себе лекарства, произведенные в Англии или Франции.

В последние пять-десять лет я наблюдаю положительную динамику и в Индии, и в России: обращение к психиатру становится нормой. Современная психиатрия постоянно ищет новые методы лечения, способствующие реабилитации пациентов и их возврату к полноценной жизни.

СОБЫТИЯ, ВСТРЕЧИ

Реформа системы опеки в России

В апреле в представительстве Европейского Союза в РФ состоялся информационный семинар «Опыт реформирования системы опеки над недееспособными гражданами в странах Восточной и Центральной Европы». Семинар был организован Психиатрическим правозащитным центром (г. Будапешт) совместно с региональной общественной организацией инвалидов «Перспектива» и был проведен с целью познакомить российских активистов с опытом реформ института недееспособности и опеки в странах бывшего социалистического блока.

В работе семинара приняли участие юристы, психиатры, специалисты в области здравоохранения и социальной защиты, главный психиатр Москвы, представители неправительственных организаций, работающих с людьми с психическими расстройствами и интеллектуальной недостаточностью, в частности, НПА России, Центра лечебной педагогики и т.п.

Возможные пути реформирования системы опеки обсуждались на примере Венгрии и Эстонии. В Венгрии институт опеки подвергся наиболее радикальному изменению. Было принято новое законодательство, в соответствии с которым опека как форма защиты заменена различными видами поддержки в принятии самостоятельных решений. В результате человек с психическими расстройствами сохраняет свои права: теперь не опекун принимает за него решения, а он сам, пользуясь поддержкой доверенных лиц, решает, как ему лучше поступить в той или иной ситуации. Российские участники семинара акцентировали необходимость учета контекстуальных факторов – внутрисемейного устройства, системы судопроизводства, злоупотреблений на поле имущественных сделок и т.п. Без этого любой законодательный акт, просто копирующий зарубежный опыт, не справится со своей задачей. Необходимо с самого начала учитывать реальное исполнение предлагаемых изменений, главное из которых – введение института частичной (ограниченной) недееспособности.

3) шаблонно-регламентированный тип – устанавливает определенный постоянный стандарт полового акта;

4) генитальный тип – не видит разницы между половым влечением и эрекцией, считая ее достаточным основанием к действию и сводя половой акт к «голой физиологии».



Различают также определенные психологические типы мужчин и женщин. То или иное сочетание этих типов может быть основой сексуальной гармонии супругов или, напротив, способствовать ее расстройству. Наиболее удобной является классификация С.С. Либиха:

1. Женщина-мать. Стремится к опеке своего партнера, увлекается слабыми, большими, неудачниками, стремится их защитить, ободрить, воодушевить. Слабость (в том числе и половая) и несчастье мужчины могут служить сильными сексуальными раздражителями. Даже тревожность, капризность партнера могут входить в структуру ожидаемых ласк.

2. Женщина-женщина. Есть два варианта этого типа: а) агрессивный тип: стремится бороться с партнером, сначала в обычном, потом в сексуальном общении, насмешлива, язвительна, склонна к иронии, любит одерживать верх над мужчиной, в его ласках ожидает покорности, даже приниженности; б) пассивно-подчиненный тип: идеал такой женщины – «сильный мужчина», которому она хочет подчиниться, в мечтах фантазирует о мужчине, который «обладает ею»; в ласках мужчины предпочитает агрессивность, напор, силу, вплоть до причинения боли.

3. Женщина-дочь. Идеал – мужчина, значительно более старшего возраста, сильный не столько в сексуальном, сколько в житейском отношении, опытный, в его присутствии она хочет чувствовать себя слабой, «маленькой»; в ласках предпочитает «искусство», склонна к психологическим, возбуждающим влияниям (речевым, музыкальным и т. д.).

Соответствующие типы мужчин:

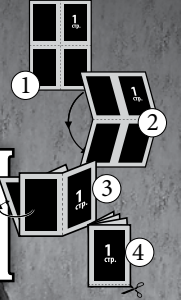
1. Мужчина-отец. Пожилой, элегантный, с большим сексуальным опытом, хорошо поставленный голос, увлекательно говорит. В ласках женщины ценит элемент ее «отдачи», слабости, подчиненной восхищенности, «угадывания» его желаний и потребностей. Ласки такого мужчины в значительной мере компенсируют возможно уже невысокий сексуальный потенциал.

2. Мужчина-мужчина. Также два типа: а) агрессивный, склонный к элементам «насилия», «овладения» в ласках, демонстрирует борьбу, ласки грубы, чувственны, иногда причиняет боль; б) пассивно-подчиненный – склонен идеализировать «сильную женщину»; в ее вещах, одежде любит символы этой силы, авторитарность; подчеркивает свою приниженность, зависимость, ищет приказов, наказаний, выговоров от женщины.

3. Мужчина-сын. Несамостоятельный, подчиняемый, иногда неудачливый, болезненный, психически и физически инфантильный, зависимый. Склонен к подражанию, может быть капризным, манерным.

При анализе классификации очевидно, что ласки и поведение мужчины-отца и женщины-дочери во многом гармоничны, так как ожидаемое соответствует предлагаемому по форме и содержанию; то же самое можно сказать о женщине-матери и мужчине-сыне, о женщине-женщине агрессивного типа и мужчине-мужчине пассивно-подчиненном и т. д. Так же отчетливо видно, что мужчина-отец и женщина-мать не будут гармоничными в ласках, а взаимоотношения мужчины и женщины, которые оба принадлежат к пассивно-подчиненному типу, представляют собой один из крайних вариантов дисгармонии в сексуальных ласках.

СЕМЕЙНО-СЕКСУАЛЬНЫЕ ГАРМОНИИ И ДИСГАРМОНИИ



Лекция I Секс в человеческой жизни. Семейно-сексуальные гармонии

ПОПУЛЯРНЫЕ ЛЕКЦИИ
ПО ПСИХИАТРИИ

1. Если партнер связывает глубокое чувство, и они сохраняют друг для друга «эпистолю». Партнер по выбору партнеров можно выделить три фазы: изменение инстинктивных и гормональных раздражителей, которыми партнер реагирует на инстинктивные влияния и влияние инстинктивных раздражителей. Это означает, что во время инстинктивных влияний инстинктивные раздражители не являются заставляющей формой отношения (Имелински К.). Партнерство не является заставляющей формой отношения (Имелински К.). Партнерство не является заставляющей формой отношения (Имелински К.).

Современная сексология рассматривает сексуальность в браке через концепцию гармоничности. Партнерство не является заставляющей формой отношения (Имелински К.). Партнерство не является заставляющей формой отношения (Имелински К.). Партнерство не является заставляющей формой отношения (Имелински К.).



6) агония – бескорыстная любовь-самоотдача, синтез эроса и сторге. В семейных отношениях у конкретной партнерской пары может преобладать один из вариантов любовных отношений, в других случаях эти варианты могут сменять друг друга. Ориентация на любовь-эрос занимает у молодых людей место, когда между собой они не знают, что такое гармония у партнеров. Но большее значение имеют крайние варианты гармоничности. Сексуальность – это гармоничное взаимодействие инстинктивных и сознательных процессов. Сексуальность – это гармоничное взаимодействие инстинктивных и сознательных процессов. Сексуальность – это гармоничное взаимодействие инстинктивных и сознательных процессов.

5) манья – вырастающая из смешения эроса и либидо – иррациональная любовь-партнерство, для которой типичны неуверенность и зависимость от объекта любви; шаясь сознательному контролю – любовь по расчету.

3) сторге – спокойная, теплая и надежная любовь-дружба; равновесно можно допускать возможность изменения; 2) модус – гармоничная любовь-игра, не отключающая чувств и физическому обладанию;

1) эрос – страстная, исключительная любовь-увлечение, стремящаяся к полному блаженству эйфории, и мучительной неуверенности и ревности. Это схиологическое определение любви переключается с современной типологии любви по Д.А. Ли-Любовную страсть можно определить как состояние острой эмоциональной нестойчивости с колебаниями между чувством признания и взаимности, вызывающим желание эйфории, и мучительной неуверенности и ревности. Это схиологическое определение любви переключается с современной типологии любви по Д.А. Ли-Любовную страсть можно определить как состояние острой эмоциональной нестойчивости с колебаниями между чувством признания и взаимности, вызывающим желание эйфории, и мучительной неуверенности и ревности. Это схиологическое определение любви переключается с современной типологии любви по Д.А. Ли-

«Моя глаза в тебя не влюблены,
Они твою породку видят ясно,
А сердце ни одной твоей вилы
Не видит и с глазами не согласно...»

чуждали ее иррациональность, снелоту, безрасчетность. Любовь, связанная с сексуальными-эротическими переживаниями, перекладывает на себя любовь, что человек запрещает себе любить. Любопытство, связанная с сексуальными-эротическими переживаниями, перекладывает на себя любовь, что человек запрещает себе любить. Любопытство, связанная с сексуальными-эротическими переживаниями, перекладывает на себя любовь, что человек запрещает себе любить.

В сексе человек движут эмоция, а его тело лишь выражает эти эмоции. И, если человек запрещает себе то или иное сексуальное поведение, то автоматическим образом прешает себе испытывать определенное чувство. А так как в основе сексуальных отношений лежит инстинкт, то человек запрещает себе любить. Любопытство, связанная с сексуальными-эротическими переживаниями, перекладывает на себя любовь, что человек запрещает себе любить.

проса о супружеском счастье или о повторном выборе партнера утратившего от-Организм организмом брак слияется, если на первом этапе.

2. Если бы пришлось выбирать снова, выбор был бы снова сделан в пользу супруга.

1. Брак счастья.

Пол М. Райанц, брак слияется гармоничным, если полностью подтверждается следующие положения:

Сексуальная гармония (от греч. *harmonia* – связь, тройность, соразмерность) – это взаимное и полное физическое и психическое удовлетворение от-Сексуальная гармония (от греч. *harmonia* – связь, тройность, соразмерность) – это взаимное и полное физическое и психическое удовлетворение от-Сексуальная гармония (от греч. *harmonia* – связь, тройность, соразмерность) – это взаимное и полное физическое и психическое удовлетворение от-Сексуальная гармония (от греч. *harmonia* – связь, тройность, соразмерность) – это взаимное и полное физическое и психическое удовлетворение от-

СЕМЕЙНО-СЕКСУАЛЬНАЯ ГАРМОНИЯ

3. Фаза эротического равновесия, которая влечет к партнеру уже не вызывает яркого эротического желания, и нередко исключает его вообще и даже вызывает нежелание вступать с ним в какие-либо эротические контакты. Эта фаза является результатом эротического равновесия, возникающей при длительной совместной интимной жизни и сдвигает инстинктивные и сознательные процессы к равновесию. Интимная жизнь и сдвигает инстинктивные и сознательные процессы к равновесию. Интимная жизнь и сдвигает инстинктивные и сознательные процессы к равновесию. Интимная жизнь и сдвигает инстинктивные и сознательные процессы к равновесию.

2. Когда происходит период первоначального максимума, связанного с чувством интимности, наступает некоторое снижение на протяжении эротического эволюционного процесса, связанного с чувством интимности, наступает некоторое снижение на протяжении эротического эволюционного процесса, связанного с чувством интимности.

сливаться на какое-то время интимные отношения равновесия между сексуальными и партнерскими преобладают над всеми другими видами общения. Это может даже обуславливать. Во многих случаях именно сексуальные контакты между партнерами при сексуальных переживаниях при всяческих контактах между партнерами, особенно при сексуальных переживаниях при всяческих контактах между партнерами, особенно при сексуальных переживаниях при всяческих контактах между партнерами.

- 3. Отсутствие каких-либо заболеваний или врожденных изменений, могущих ослабить сексуальную функцию.
- 4. Сексуальные действия и поведение, не приводящие к нарушению соматического и психического здоровья.

Социальные компоненты сексуальной нормы:

- 1. Сексуальное поведение, контакт между зрелыми личностями, способствующие полноценному проявлению личности, индивидуальности каждого из супругов.
- 2. Соответствие индивидуального сексуального поведения признанным общественным нормам и формам сексуального поведения, а также личной морали.
- 3. Правильная и достаточно полная осведомленность в вопросах психогигиены половой жизни.

Психологические компоненты сексуальной нормы:

- 1. Взаимное желание сексуального контакта и соответствие сексуальной установки и поведения.
- 2. Высокий уровень психологической адаптации. Для достижения психологической гармонии партнеров необходимы взаимодополняющие, но не одинаковые черты характера.

Социально-психологические компоненты сексуальной нормы:

- 1. Взаимная любовь, значение которой в жизни человека, как и супружеской гармонии, было охарактеризовано выше.
 - 2. Соответствие ролевых позиций, ценностных ориентаций, соответствие уровня притязаний. Современная психология сексуальности утверждает, что наиболее полноценными в сексуальном плане партнерами являются не суперфеминные женщины или гипермаскулинные мужчины, а мужчины и женщины, у которых одновременно достаточно выражены и маскулинные и феминные черты в поведении.
- Все перечисленные компоненты позволяют оценить только качественную сторону сексуальной нормы. В отличие от широко распространенной обыденной точки зрения, критерием оценки количественной стороны сексуальности не существует, а приводимые цифры (частота половых актов, их длительность и т. д.) являются показателями не нормы, а только нормативов.

Важным условием сексуальной гармонии является сексуально-поведенческая адекватность супругов. Здесь необходимо соответствие диапазона приемлемости в предварительном периоде полового акта, техники полового сношения и его заключительного периода. Предварительный период полового акта оказывает стимулирующее и активирующее влияние на половое желание и на чувство оргазма. В этом периоде важнее правильное воздействие на эрогенные зоны, чем его продолжительность.

Одной из наиболее частых причин нарушения сексуально-поведенческого компонента сексуальной гармонии является несоответствие у партнеров сексуальной мотивации.

Г.С. Васильченко выделяет несколько типов сексуальной мотивации:

- 1) *гомеостабилизирующий тип* – половое поведение строится на создании спокойствия и комфорта, с таким расчетом, чтобы сексуальные вопросы не отвлекали от выполнения других задач, более высоко оцениваемых;
- 2) *игровой тип* – гармонично сочетает в себе романтические и сексуальные элементы; в половой акт вносятся элементы игры, выдумки, фантазии;

Сексуальная функция человека есть единство социального, биологического и физиологического. Эта функция является уникальной, так как для ее выполнения необходимо единение двух человек (пары). Половое чувство и влечение занимают исключительное положение среди других чувств и влечений, так как на их долю выпадает наибольшее психологическое, а зачастую психопатологическое значение; последнее особо ярко проявляется в теории З. Фрейда о ведущей роли **либидо** в жизни человека. Действительно, сексуальность является основой активности, но только направленной непосредственно на сексуальное удовлетворение, но и обуславливающей многие другие формы поведения, хотя они и не приводят к сексуальным контактам.

Иерархия ценности сексуальности для человека меняется в зависимости от степени развития личности и накопленного жизненного опыта, изменения мировоззрения, от индивидуальных черт (особенностей темперамента, характера, выраженности сексуальной потребности), от возраста. Кроме того, она зависит от степени выраженности других потребностей, интересов и богатства внутреннего мира, например, от стремления к власти, лидерству и т. п., которое, будучи выраженным достаточно сильно, может изменить иерархию ценностей в ущерб сексуальной потребности. Определенное влияние на ценность сексуальности оказывает весь комплекс социальных перемен, в частности процессы гласности, популяризации, либерализации, а также колебания в оценке других ценностей, связанных с сексуальностью, таких как здоровье, успех, удовлетворенность жизнью.



Основой взглядов на секс как на источник мук и разрушения могут выступать следующие причины:

- секс лежит в основе разнообразных патологий, многих болезней, передаваемых половым путем;
- сексуальная распущенность делает несчастными многих людей, а ее последствия могут давать знать о себе спустя многие годы;
- преждевременная сексуальная инициация для многих стала причиной нежелательного отцовства-материнства, крушения жизненных планов; у некоторых породила цинизм в отношениях с противоположным полом, проложила дорогу к промискуитету (беспорядочной половой жизни) и проституированию;
- измены – одна из наиболее частых причин супружеских драм, разводов, крушения партнерства;
- секс часто используется в качестве инструмента для манипулирования людьми, торговли их чувствами;
- секс лежит у истоков многих преступлений, нередко связанных с самыми страшными злодеяниями и т. д.



Однако к концу XX – началу XXI века все большее значение получает позитивное видение секса (Старович З.), для которого характерно отношение к нему как к связанному с любовью добру, благодаря чему она обретает полноту; выражением этого, в свою очередь является секс. Секс – это благо для продолжения рода, передачи жизни, по самой своей сути он носит плодородный прокреационный характер, обогащенный – применительно к человеку – родительством. Он также один из важней-

2. Правильное и своевременное психическое (половое) развитие.

Правильное и своевременное психическое (половое) развитие является основой для формирования здоровых сексуальных отношений. Оно включает в себя как биологические, так и социальные аспекты. В процессе полового созревания формируется сексуальная ориентация, которая определяет дальнейшее поведение человека в сфере интимных отношений. Важно отметить, что психическое развитие продолжается и во взрослом возрасте, что позволяет человеку адаптироваться к меняющимся условиям жизни.

Биологические компоненты сексуальной нормы:

Биологические компоненты сексуальной нормы включают в себя физические аспекты, такие как гормональный баланс, состояние репродуктивной системы и общее состояние здоровья. Эти факторы играют ключевую роль в формировании сексуальной нормы. Например, дисбаланс гормонов может привести к снижению либидо и трудностям в достижении оргазма. Поэтому важно следить за своим здоровьем и обращаться к специалистам при возникновении проблем.

С ростом уровня образования, социальных изменений, доступности информации и интимных отношений происходит изменение традиционных взглядов на секс. Это приводит к тому, что сексуальная норма становится более инклюзивной и учитывает потребности разных слоев населения. Однако это также порождает новые проблемы, связанные с отсутствием четких границ и норм. Поэтому важно сохранять баланс между свободой выбора и ответственностью перед собой и партнерами.

Сопоставляя различные аспекты сексуальной нормы, можно увидеть, что она является комплексным понятием, которое включает в себя биологические, психологические и социальные компоненты. Каждый из этих аспектов оказывает влияние на формирование здоровых сексуальных отношений. Поэтому важно учитывать все эти факторы при принятии решений в сфере интимной жизни. Только комплексный подход позволит достичь гармонии и удовлетворения в сексуальной сфере.

Важным аспектом сексуальной нормы является ее социальная составляющая. Сексуальность не существует в вакууме, она формируется в контексте культурных и социальных норм. Это означает, что то, что считается нормальным в одной культуре, может быть неприемлемым в другой. Поэтому важно понимать, что сексуальная норма – это не универсальная истина, а совокупность правил, которые сложились в определенном обществе. Это позволяет человеку ориентироваться в социальном пространстве и строить здоровые отношения с другими людьми.

Сексуальная норма также тесно связана с вопросами этики и морали. Эти аспекты определяют границы допустимого поведения в сфере интимных отношений. Например, уважение к личности партнера, согласие и честность являются основными принципами, которые должны руководить каждым человеком. Эти нормы помогают избежать ситуаций, которые могут нанести вред как физическому, так и психическому здоровью.

Важным элементом сексуальной нормы является ее динамичность. Социальные нормы и ценности постоянно меняются, и сексуальная норма не является исключением. Это означает, что то, что считалось нормальным несколько десятилетий назад, сегодня может быть уже неактуальным. Поэтому важно оставаться открытым для новых идей и тенденций, но при этом сохранять здравый смысл и критическое мышление.

Сексуальная норма – это не просто набор правил, это философия, которая определяет, как человек относится к своему телу и к другим людям. Она формирует самооценку и влияет на способность строить здоровые отношения. Поэтому важно работать над своим внутренним миром, развивать самоуважение и научиться устанавливать здоровые границы. Только тогда сексуальная норма сможет выполнять свою основную функцию – обеспечивать человеку радость и удовлетворение в интимной сфере.

Сексуальная норма – это сложный и многогранный феномен, который требует комплексного подхода к изучению. Важно учитывать все аспекты: биологические, психологические, социальные и этические. Только тогда можно говорить о формировании здоровых сексуальных отношений. Это требует от каждого человека ответственности и готовности к личностному росту.

(Окончание. Начало – в № 1 «НП»)

ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО
В ОБЛАСТИ
ПСИХИЧЕСКОГО
ЗДОРОВЬЯ И СЛУЖБЫ
ПСИХИЧЕСКОГО
ЗДОРОВЬЯ

Возрастание роли судебной психиатрии, возможно, произошло благодаря изменениям в законе и либерализации отношения к поведенческим психическим расстройствам, но более вероятная причина – огромное число психически больных пациентов в судебных учреждениях, колониях, тюрьмах и других пенитенциарных учреждениях. Таким образом, неудачи общей системы психического здоровья могли стать причиной растущей важности судебной психиатрии.

Наиболее часто причину наличия большого числа психически больных пациентов в уголовно-исправительной системе видят в политике деинституционализации, которую правительства многих стран проводят в последние 50 лет. В целом, деинституционализация связана с законодательными решениями закрыть крупные психиатрические больницы и переместить пациентов в сообщество, обеспечив краткие помещения в психиатрические отделения больниц общего профиля, широкий выбор амбулаторного лечения, психосоциальную реабилитацию, альтернативное жилье и другие службы сообщества. Однако, не всегда эти решения были хорошо спланированы и отвечали нуждам пациентов, которых собирались переселить или «деинституционализировать». Также была неясна идея о природе служб, которые должны были обеспечить помощь пациентам, и характеристик сообществ, куда их собирались переместить. Решения были приняты скорее на основании риторических и политических убеждений, чем на соответствующей научной основе.

Отношение к идее и политике деинституционализации прямо противоположно. Одни считают, что деинституционализация – это свободный от предрассудков, прогрессивный и гуманный подход, который ставит потребности психически больных на передний край и в центр внимания общества. С этой точки зрения, деинституционализация очень эффективна. Деинституционализация должна повышать вовлечение пациентов в заботу о самих себе и способствовать их реабилитации, она противодействует терапевтическому нигилизму, свирепствовавшему в предшествующую эпоху, повышает заметность психически больных пациентов в сообществе и в общих больницах и академических центрах, позволяет лучше понять процесс заболевания, который прежде искажался отрицательными эффектами пролонгированной институционализации, она дала дополнительный импульс для исследования и изучения психических болезней и повысила осознание

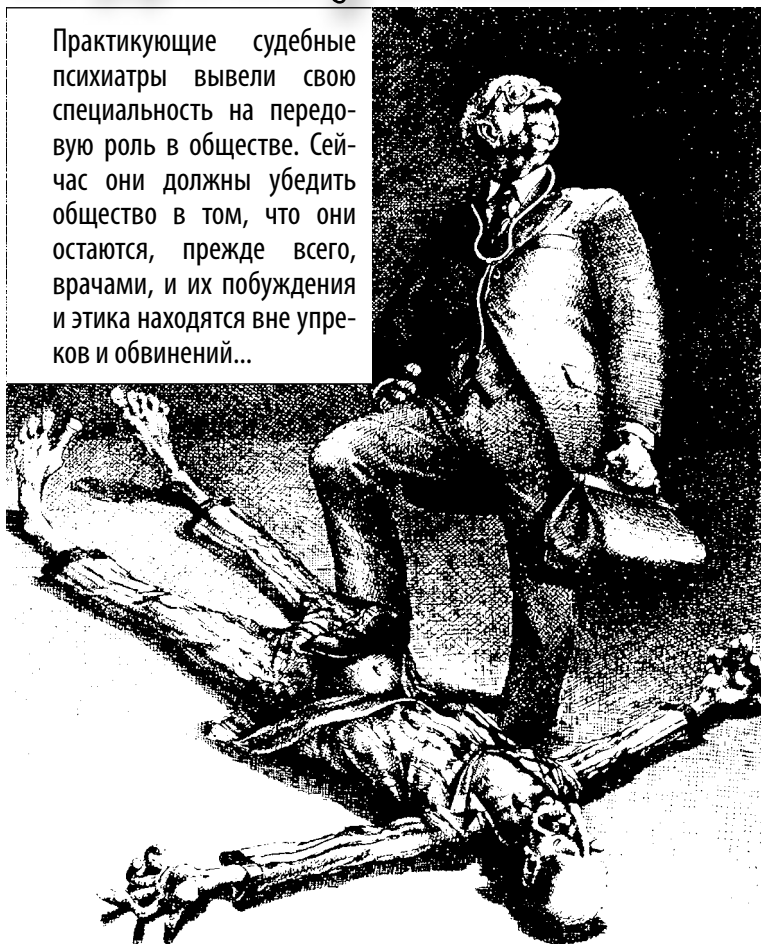
ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ

Хулио АРБОЛЕДА-ФЛОРЕС, Канада

Перевод С.Ю. САВЕНКО

Судебная психиатрия:
современные границы,
проблемы
и дискуссии

Практикующие судебные психиатры вывели свою специальность на передовую роль в обществе. Сейчас они должны убедить общество в том, что они остаются, прежде всего, врачами, и их побуждения и этика находятся вне упреков и обвинений...



человеческих и гражданских прав психически больных пациентов.

С другой стороны, деинституционализации приписывают множество отрицательных эффектов. В соответствии с законом, наряду с активизацией судебной деятельности, деинституционализация обвиняют в том, что она придала дополнительный импульс судебным тяжбам и способствовала дорогостоящему переусложнению законодательства и регуляции психиатрической практики. В социальном плане целый ряд отрицательных последствий непосредственно отразился на судьбе психически больных в сообществе. Это включает эффект «вращающихся дверей» (когда пациенты нуждаются в частых повторных помещении в психиатрические учреждения), и рост популяции бездомных, среди которых по меньшей мере 30% – хронически психически больные люди. Деинституционализация также обвиняют в том, что она привела к криминализации и перемещению психически больных пациентов из системы психиатрической помощи в уголовно-исправительную систему, а также за то, что в обществе оказались некоторые психически больные

пациенты, для которых характерно жестокое поведение.

Наиболее жесткая критика в отношении деинституционализации, однако, обращена не против переселения пациентов в сообщество, а против того, как эта идея была осуществлена. В результате финансовых трудностей или недальновидного управления, во многих сообществах психиатрические больницы закрывались быстрее, чем развивались те альтернативы сообщества и адекватные источники помощи, которые были предусмотрены в первоначальной политике.

Эти неблагоприятные последствия деинституционализации мешали осознанию того, что переход от лечения в психиатрических больницах к опекунской помощи сообществу состоит в сочетании более успешного лечения, которое становится широко доступным, и стратегии психосоциального лечения, которая обеспечивает новые надежные пути для хорошего обращения с психически больными людьми в сообществе. В этом отношении развитие в некоторых странах специализированных судов по вопросам психического здоровья, широкие альтернативы помещению в тюрьму, настойчивое

лечение в сообществе с использованием разнообразных возможностей и правил, наряду с более продуманная политикой расселения, указывают, в каком направлении следует двигаться обществу, чтобы устранить несправедливость, вызванную деинституционализацией, и способствовать стабилизации психически больных в сообществе. В то же время оценка программ антистигматизации говорит о том, что некоторые из этих инициатив помогают в изменении отношения общества к психическим болезням и повышают осознание необходимости соблюдения прав человека при лечении и контроле над психически больными во многих странах.

ЭТИЧЕСКИЕ СПОРЫ

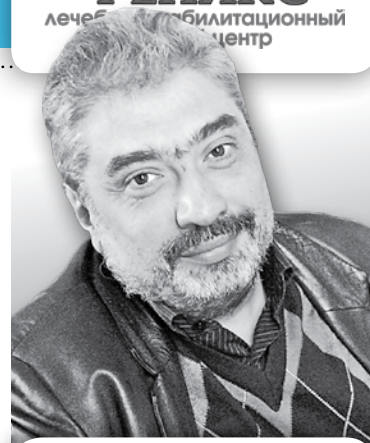
В связи с тем, что судебная психиатрия как бы принадлежит к медицине и праву, ее практика полна общеизвестных этических дилемм. Судебный психиатр – прежде всего, клиницист, обладающий теоретическими и практическими знаниями в общей и судебной психиатрии и имеющий опыт принятия рациональных решений на основе четких научных представлений. Согласно закону, судебный психиатр должен знать правовые определения, процессуальные нормы и кодексы, а также правовые прецеденты, относящиеся к определенному вопросу или рассматриваемому случаю. Судебный психиатр должен обладать знаниями относительно правил проведения судебных заседаний и уметь представить свои заключения ясно и в строгом соответствии с вопросом, в том числе в трудной ситуации перекрестного допроса. Наличие знаний одновременно и в области психиатрии, и в области права делает судебную психиатрию особой специальностью и определяет особые этические основания для ее специалистов. Эта двойственность проявляется с самого начала в том, что судебный психиатр соглашается принять участие в экспертизе, в том, как судебный психиатр обращается с подэкспертным и в том, какие разъяснения он обязан ему дать. На этой стадии для судебного психиатра наиболее важно, чтобы подэкспертный не оказался введен в заблуждение и не думал, что раз судебный психиатр представляет медицинскую профессию, значит их отношения должны строиться по принципу «врач-пациент», где от врача ожидают, что он будет делать все возможное для блага пациента и всегда будет действовать только

ему на пользу, в то время как пациент уверен в сохранении медицинской тайны и соблюдении конфиденциальности. В судебной психиатрии между врачом и пациентом устанавливаются отношения оценки, которые требуют от оценивающего соблюдения нейтральности, а тот факт, что судебный психиатр не обещает пациенту соблюдение конфиденциальности, означает, что какие-то сведения могут подвергаться опасности интересов пациента и принести ему вред, независимо от его здоровья и несмотря на то, что эксперт является врачом. Вследствие этого, деятельность судебных психиатров может даже приводить к криминализации психически больных пациентов.

Некоторые специалисты считают, что функции социального контроля, возложенные на судебных психиатров, выводят их за пределы этических принципов медицины и психиатрии. Эти специалисты сомневаются, что в своей работе судебные психиатры действуют как врачи. Такая точка зрения вызывает много споров. Выступая в суде, судебный психиатр требует, чтобы власти относились к нему как к врачу и, прежде всего, как к врачу, который должен следовать этическим принципам медицины, однако окончательные результаты его деятельности – экспертные выводы – обычно используются в интересах других сторон. Это налагает на судебного психиатра этическое обязательство особенно внимательно изучать мотивы и возможные действия тех, кто заказал ему проведение экспертизы, в том числе способы, которыми были получены представленные сведения. Следует тщательно изучать, каким образом эксперт пришел к определенному мнению, как готовились юридически значимые материалы (доклады, свидетельства, экспертные доказательства) и – самое важное – исследовать, каким образом будут использованы экспертные выводы.

Основные дебаты в отношении двойственной роли, которую призваны выполнять судебные психиатры и психиатры, работающие в силовых структурах, например, в армии, связаны с использованием закрытых психиатрических больниц в бывшем Советском Союзе и в Китае, а также участием психиатров в допросах заключенных и задержанных, что может привести к оправданию пыток, особенно в связи с нынешней обеспокоенностью опасностью терроризма. Это включает предоставление допрашивающим конфиденциальной психиатрической информации, которая может быть использована для заострения слабостей и уязвимости заключенных, консультирование по поводу техники проведения допросов и активное участие в применении «техники обмана» для сбора необходимой информации. С этой точки зрения, судебные психиатры, также как общие психиатры всегда должны иметь в виду мотивацию тех, кто вызывает их для проведения экспертизы. Участие в чем-либо, что может привести к пыткам, является серьезным посягательством на этические принципы медицины. Судебным психиатрам следует ясно понимать, что их нарушение недопустимо, независимо от того, что требует начальство или заказчик.

По материалам «Независимого психиатрического журнала»

ФЕНИКС
Лечебно-реабилитационный
центр**Комментарий врача-психиатра, кандидата медицинских наук, доцента кафедры психиатрии Ростовского государственного медицинского университета А.Я. ПЕРЕХОВА:**

– Патография – достаточно лобовитная вещь. Попытки проанализировать личность в разрезе патологий делаются, скорее, из познавательного интереса, ведь доказательств душевного расстройства нет и не будет. Для того чтобы что-то доказать, исторической личности нужно было бы достаточно долго обследоваться у психиатров. Патография – очень популярный жанр: к примеру, об одном только Адольфе Гитлере написано больше тысячи трудов. Авторы рассматривают его личность с точки зрения особенностей психологии, психики, соматических заболеваний...

Нам всегда интересны биографии творческих людей. Многие из них обладали такими особенностями характера, что вызывали у современников мысль об отклонениях. Гениальность весьма часто оказывается на грани с психическим расстройством. Гении, так же, как и душевнобольные, отличаются от большинства. В истории было большое количество личностей, которые ради сверхценной идеи жертвовали чем угодно: богатством, близкими, даже собой. Если бы не было личностей, больных паранойей, то человечество не сделало бы огромного количества открытий.

Современное западное искусство – модернизм и постмодернизм – в огромной степени существует благодаря людям, создающим нечто нетрадиционное, выходящее за рамки. Многие из первых постмодернистов имели либо психические расстройства, либо выраженные особенности творчества. Вероятно, А.Н. Скрябин, придумавший цветомузыку, страдал душевным расстройством. Сальвадор Дали, напротив, не имел никаких психических отклонений, кроме выраженных особенностей личности по характеру. Но Дали нельзя назвать первым сюрреалистом, поскольку сюрреалисты были и до него.

Грань между талантом и гениальностью достаточно тонка. На мой взгляд, талант раскрывается в одной сфере деятельности. Гениальными можно назвать людей, которые в течение жизни сделали совершенно новые научные или творческие открытия в нескольких областях. Талантов – много, гениев – очень мало.

XX веке богат талантами. Но гениям в настоящее время трудно себя проявить, потому что идет процесс узкой специализации деятельности людей. Так устроена современная жизнь. Платон, Аристотель, Гиппократ – всех их можно назвать гениальными. Сама жизнь стимулировала их развиваться в направлении не только философии, но и политики, медицины. В наше время гений, в лучшем случае, реализуется как талант лишь в одной сфере. Таков феномен нашей цивилизации...

ТВОРЧЕСТВО
ПАЦИЕНТОВ

Зачем нужна любовь такая? –

Твержу я, слезы вытираю,
Слежу за мыслями в словах,
В душе давно ютится страх.
В твоих словах я вижу ложь
Но вряд ли ты меня поймешь,
Я убегаю от тебя,
Но не могу бежать, любя.
И вот спешу к тебе опять,
Но мне, ведь, даже не обнять,
Не посмотреть в глаза твои,
Я отрекаюсь от любви.
Но снова упираю взор,
Я в ненавистный монитор,
Кому нужна любовь моя?
Она – тебе и для тебя.
Она к тебе летит и тает,
Терзает, но не умирает...
И поднимает образ твой,
Который раз над головой.
Ты – ангел мой, ты – мой спаситель,
Ты только пальцем помани,
Ты позови в свою обитель,
В бреду лишь имя назови,
Лишь просто вспомни обо мне,
Увидь меня хоть раз во сне,
Последний раз, последний самый,
Пожалуйста, не отрекись,
Я знаю срок еще не малый,
Но, умоляю, отзовись!

Нет в сердце радости, моём,
Исчезли прежние желанья.
Быть может, дело и не в нём?
А в недостаточном старанье?

Раскрой же сердце, душу грей,
Шагай смелей любви навстречу.
Сама подумай, что милей:
Одной или вместе встретить, вечер?

Кто твой избранник? Это принц?
Иль, может, странник из мечтаний?
Будь мудрой и не рви страниц
Из прежних книг твоих желаний...

Ищи ответ в своей душе,
Не забывая, всё ж, о важном,
Или ты счастлива уже?
А, может, стоит ждать мне дальше?

ОБ АЛЕКСАНДРЕ
БУХАНОВСКОМ

Он известен во всем мире.
Живет в крошечной квартире.
У него полно наград,
И помочь всегда он рад.
Строгий, грамотный учитель,
В «Фениксе» он всем – родитель.
И больным он, как отец,
И ученый, и мудрец.
«Безнадежных нет на свете», –
И больные, словно дети,
На профессора глядят
И поправиться хотят.
Он найдет подход к любому.
Он поможет и поймет.
И к целителю такому
Валит толпами народ!

Лидия ЛАЗАРЕВА

ИСКУССТВО НА ГРАНИ

Гений и/или
безумец?

А. КОРОЛЬЧЕНКО

Человечество во все времена интересовала биография выдающихся личностей. Вопрос их отклонения от нормы волновал, волнует и будет волновать пытливые умы. Сегодня уже не вызывает скептической усмешки предположение, что признанные таланты страдали тем или иным расстройством психики. Тем более что известные художники, писатели, режиссеры и музыканты сами невольно разжигали страсти по этому поводу. При углублении в проблему возникает целый ряд вопросов: является ли психическое расстройство основой для гениальности? Или гениальность, в свою очередь, служит причиной болезни? Об этом можно долго спорить...

Каждый человек строит свою модель реальности. Мы преломляем окружающую действительность через призму своего сознания, определяющего нашу собственную психическую конституцию. Наше восприятие устроено таким образом, что реальность принимает формы, заданные внутренним миром.

В случае душевного расстройства реальность принимает форму соответствующей психопатологии. Психопатологи со времен З.Фрейда говорят о том, что в результате психической травмы у человека включаются защитные сублимационные механизмы. И иногда он, вместо того чтобы рыдать круглые сутки, создает великое произведение искусства. Галлюцинации и бред также относят к числу защитных механизмов, которые не дают психике нездорового человека разрушиться вдребезги.

«Как больная раковина порождает жемчужину, так шизофренический процесс может породить неповторимые духовные творения. И как мало тот, кто любит жемчужину, думает о болезни раковины, так же мало тот, кто впитывает животворящую для него силу художественных творений, думает о шизофрении, которая, быть может, была условием их возникновения».

Карл ЯСПЕРС

Немецкий поэт Фридрих Гельдерлин благодаря психозу сумел раскрыть свой поэтический талант. До этого он находился в конфронтации с окружающим миром и страдал от собственной нереализованности. Психотическая вспышка

ка помогла ему обрести уверенность в себе как в творческой личности. К нему пришло осознание того, что творить ему предназначено самой судьбой, и несправедливый окружающий мир после этого его уже не интересовал. Таким образом, болезнь позволила поэту выйти за рамки собственного «я», преодолеть страхи и остаться в мировой истории искусств. Впрочем, за бурным расцветом последовало угасание, и поэт вскоре скончался.

Сама по себе болезнь не может создать гениальность. Зерна одаренности в личности должны быть заложены изначально. Психотическая вспышка может послужить лишь катализатором для пробуждения творческих начал. Но вполне возможен и обратный вариант развития событий, когда созидательные способности напроочь покидают человека.

Патография занимается анализом творчества известных личностей с психопатологической точки зрения. Исследуя биографический материал, ученые предполагают, каким расстройством страдала та или иная историческая личность. Сколько ученых – столько и мнений, поэтому патографий существует великое множество, и в точности нельзя

определить, насколько они отражают реальную ситуацию.

По мнению исследователей, Анна Ахматова страдала агорафобией (боязнью открытых пространств) и не всегда была способна сама перейти дорогу. Осип Мандельштам пережил психотический эпизод и пытался покончить с собой, кроме того, он страдал от невроза в тяжелой форме. В биографии Сергея Есенина присутствуют случаи алкогольного психоза. Педантичный Брюсов страдал зависимостью от морфия. Хулиганство Маяковского произошло из потребности сверхчувствительной личности в психологической защите. Известно, что, боясь всевозможных инфекций, поэт всегда носил с собой мыльницу. Достоевский, помимо общеизвестной эпилепсии, был азартным игроком. Гончаров постоянно терзался изматывающим страхом смерти, беспомощности и тяжелыми депрессиями. Последние годы жизни Врубеля прошли в психиатрической клинике. Август Стриндберг мучился ярко выраженным бредом ревности и манией преследования.

СПИСОК ПРЕДПОЛАГАЕМЫХ
ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
ИЗВЕСТНЫХ ЛИЧНОСТЕЙ

Исаак Ньютон (1642) – биполярное расстройство, депрессия, шизоидные симптомы, паранойя.

Сэмюэл Джонсон (1709) – обсессивно-компульсивное расстройство, синдром Туретта.

Генри Кавендиш (1731) – аутизм.

Уильям Блейк (1757) – биполярное расстройство, галлюцинации.

Роберт Бернс (1759) – тревожное расстройство.

Людвиг ван Бетховен (1770) – биполярное расстройство.

Лорд Байрон (1788) – биполярное расстройство.

Джон Китс (1795) – биполярное расстройство.

Ганс Христиан Андерсен (1805) – биполярное расстройство.

Чарльз Дарвин (1809) – паническое расстройство, агорафобия.

Авраам Линкольн (1809) – депрессия.

Эдгар Аллан По (1809) – депрессия, паранойя, алкоголизм.

Альфред Теннисон (1809) – тревожное расстройство.

Роберт Шуман (1810) – биполярное расстройство.

Чарльз Диккенс (1812) – депрессия, биполярное расстройство.

Шарлотта Бронте (1816) – тревожное расстройство, депрессия.

Флоренс Найтингейл (1820) – биполярное расстройство, галлюцинации.

Шарль Бодлер (1821) – биполярное расстройство.

Лев Толстой (1828) – депрессия.

Людвиг Больцман (1844) – биполярное расстройство.

Георг Кантор (1845) – биполярное расстройство.

Юхан Стриндберг (1849) – депрессия.

Ван Гог (1853) – шизофрения, биполярное расстройство.

Никола Тесла (1856) – обсессивно-компульсивное расстройство.

Общероссийская медицинская
информационно-аналитическая
газетаНовая
Психиатрия

УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ:

Лечебно-реабилитационный
научный центр «Феникс»

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР:

О.А. Бухановская

ОТПЕЧАТАНО:

Типография
«Военный вестник Юга России».
Тираж 999 экз. Заказ № 1237.

АДРЕС РЕДАКЦИИ:

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 – 11.05.2010 в 10.00,
фактически – 11.05.2010 в 10.00.