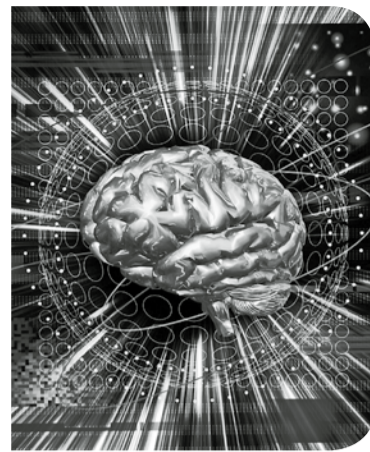


Недееспособность как правовая категория

Лекарственные средства и шизофрения

Известия Российского общества психиатров

Очередные задачи государственной кадровой политики в области детской психиатрии



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

АНОНСЫ

Издательство ЛРНЦ «Феникс»
готовит к выпуску в свет

монографию
**«Игровая зависимость:
клиника, патогенез, терапия»**
и учебное пособие
**«Клиника и терапия
игровой зависимости»**

Авторский коллектив
обоих изданий: Бухановский А.О.,
Солдаткин В.А., Мадорский В.В.,
Баранова И.В., Перехов А.А.,
Ковалев А.И., Мрыхин В.В.,
Бухановская О.А., Цыганков Д.Б.

Оба издания, посвященные систематическому изложению данных о клинике, патогенезе и терапии игровой зависимости, важны для создания системы адекватной диагностики и терапии, совершенно необходимы как руководства для практических врачей-психиатров и наркологов, часто встречающихся с этой патологией. Они знакомят читателя с современными представлениями о зависимости, ее этиологии, патогенезе и клинике.

Наряду с изложением литературных данных широко представлен клинический опыт авторов, основанный на хорошо продуманном сравнительном исследовании, что делает полученные результаты обоснованными и убедительными. Целый ряд клинических и терапевтических постулатов является новаторским, авторское право защищено патентами на изобретение. Бесспорный интерес вызывают способ оценки скорости развития игровой зависимости (патент №2358769), позволяющий выбрать тактику лечения расстройства, и способ детализированной оценки биоэлектрической активности головного мозга больных игровой зависимостью, предусматривающий применение условно специфической нагрузки (патент №2330610), позволяющий уточнить схему лекарственной терапии и оценить ее эффективность.

**ПОЗДРАВЛЯЕМ
ИМЕННИКОВ
В ФЕВРАЛЕ!**

Коллектив ЛРНЦ «Феникс»,
а также коллеги и сотрудники
кафедры психиатрии
и наркологии РГМУ,

**поздравляют
с Днем рождения**

Ольгу Владимировну ЗБАРСКУЮ
Анжелу Вадимовну СМУТОК
Гарри Ивановича БАГДАСАРОВА
Людмилу Владимировну
ВОЛОШИНУ
Александра Олимпиевича
БУХАНОВСКОГО
Яну Владимировну ГАЛКИНУ

Желаем благополучия
Вам и Вашим семьям,
профессиональных успехов
и здоровья! Будьте счастливы!

№ 2⁹/2011
февраль

Новая

ПСИХИАТРИЯ

БЕЗНАДЕЖНЫХ БОЛЬНЫХ НЕ СУЩЕСТВУЕТ!

ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО

СОЦИАЛЬНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПСИХИАТРА ПРОБЛЕМА №1

Подготовил П. БАГРОВ

Говорят, когда одного из бывших (и, кстати, наиболее прогрессивных в смысле понимания законов развития общества) генсеков советской эпохи Юрия Андропова спросили о перспективах советского строя, то он неожиданно заметил, что главной угрозой советскому образу жизни является не американский империализм, а невероятная нищета среднестатистического гражданина Советского Союза. Именно в этом коренится причина коррупции – извечной проблемы нашей страны.

На наш взгляд, суть проблемы выражена верно. Тенденция ухудшения экономического положения в стране в последние годы, безусловно, отразилась на системе здравоохранения страны и психиатрической отрасли как ее составной части (как бы не твердили о «стабилизации ситуации» с высокими трибун). Низкая заработная плата, плохая организация целого ряда служб и растущая социальная поляризация в массе населения России иногда приводят к тому, что факт наличия психиатрического диагноза у человека начинает использоваться для того, чтобы ущемить его в имущественных правах. Надо хорошо понимать, что психиатр обладает значительной силой в отношении личности человека как таковой. Эта невероятная сила дает психиатру возможность:

- инициировать недобровольную госпитализацию или недобровольное психиатрическое освидетельствование;

- наложить запрет для «лица с диагнозом» на определенные виды деятельности;
- ограничить дееспособность или обосновать недееспособность и невменяемость человека;
- отменить ранее совершенные этим человеком сделки;
- лишить человека возможности воспитывать собственных детей и жить с ними вместе и многое другое.

Причем, эта сила законодательно подкреплена. Поэтому особую роль в психиатрии играет мораль и этические принципы деятельности самого врача. Большинство врачей-психиатров, разумеется, – люди глубоко порядочные, но... изредка встречаются и «оборотни», способные поддаться ко-

Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе приобретает все большее значение в связи с постоянным возрастанием количеством дел гражданского судопроизводства.



Современное понимание гражданско-правового положения личности предусматривает максимальное соблюдение прав человека и, в частности, расширение прав психически больных.

Судья при наличии достаточных данных о психическом расстройстве гражданина назначает для определения его психического состояния судебно-психиатрическую экспертизу (СПЭ). Ее проведение по данной категории дел обязательно. При явном уклонении гражданина, в отношении которого возбуждено дело о признании его недееспособным, от прохождения экспертизы, суд на судебном заседании с участием прокурора и психиатра может вынести определение о принудительном направлении гражданина на СПЭ (ст.283 ГПК РФ).

Медицинское заключение, представленное в суд из психиатрической больницы и констатирующее стойкое хроническое психическое заболевание лица, не является документом, делающим ненужным назначение экспертизы.

рыстному интересу. Исходя из личных потребностей, а не интересов больного и закона, такие «специалисты» идут на сделку с совестью и преступление.

Недвижимость, финансовые и фондовые активы, а иногда просто личная неприязнь толкают всевозможных «заказчиков» из числа «среднестатистических обывателей» идти на прямую подкуп психиатров, подтасовку документов и фактических данных с целью ограничить дееспособность своих ближних (а иногда и близких!). С горечью приходится констатировать, что, если в советский период, таких «заказов» были единицы, то сейчас эта проблема приобретает значительный размах. Давайте разберем «природу» такого «заказа» на конкретном примере местного масштаба...

В районном суде одного из родов Ростовской области в настоящее время рассматривается дело о восстановлении дееспособности человека, который в течение двух лет являлся недееспособным. В эпицентре событий находятся три стороны – отец (назовем его Петров И.) и две его дочери: старшая – Маргарита и младшая – Валентина (имена изменены). Основная причина судебного разбирательства – спор о наследстве между двумя сестрами, ставшими в открытую оппозицию друг к другу.

Предыстория такова: будучи в преклонных летах, отец для совместного проживания на своей жилой площади пригласил на постоянное жительство семью старшей дочери – Маргариты, поскольку нуждался в уходе.

(Окончание на стр. 2)

Через некоторое время взаимоотношения между Петровым И. и Маргаритой, а также ее супругом, который порой позволял себе даже проявлять прямую агрессию в отношении тестя, стали резко ухудшаться и постепенно сделали жизнь Петрова в собственном доме просто невыносимой. Это привело к практически открытому противостоянию людей, живущих под одной крышей, – вплоть до того, что пожилой человек оказался перед необходимостью обеспечить себя сам – начиная с элементарной гигиены и заканчивая питанием. Помощь в это время пожилому отцу оказывала только младшая дочь – Валентина.

Такая «жизнь» в течение нескольких лет привела к пересмотру самим Петровым завещания в пользу младшей дочери – согласно новому завещанию все домовладение после смерти Петрова И. отныне переходило к Валентине. Тогда Маргарита обратилась к районному психиатру с заявлением о том, что ее отец страдает психическим расстройством. Районный психиатр заочно «проконсультировал» Петрова И. и поставил диагноз – слабоумие, что дало возможность Маргарите подать иск о признании отца недееспособным и ходатайствовать о назначении судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ).

После рассмотрения дела в суде, который, в соответствии с заключением экспертов, признал Петрова И. недееспособным, опекунский совет назначил Маргариту опекуном ее «психически больного отца», вследствие чего гражданин Петров И. перестал существовать. От его имени с этого момента выступала его дочь – Маргарита.

Удивительно, что при этом «недееспособный» продолжал выступать активным внештатным автором районной газеты, публикуя на ее страницах развернутые статьи по научным основам ведения сельского хозяйства, а также успешно «подрабатывал» агрономом-консультантом в крупном фермерском хозяйстве, кстати, крайне заинтересованном в сотрудничестве с ним. Как-то не вяжется все это со статусом «слабоумного».

Но, как бы там ни было, решение суда состоялось, и ранее переоформленное отцом (Петровым И.) завещание в пользу младшей дочери было признано «ничтожным», жилье осталось в распоряжении Маргариты и ее семьи.

Все это время младшая дочь продолжала оказывать отцу сильную помощь по хозяйству, проживая отдельно от него. Она-то и выступила против принятых СПЭ и судом решений. В дополнение ко всему вскоре выяснилось, что Петров И. был болен тяжелой формой рака. Петров, хорошо понимая степень тяжести своего онкологического заболевания и его неутешительный прогноз, желая снять несправедливый, по его мнению, психиатрический диагноз и восстановить свою дееспособность, обратился в лечебно-реабилитационный и научный центр «Феникс».

В центре «Феникс» было проведено комплексное обследование, отличавшееся глубиной и длительностью наблюдения, с применением новых технологий. После этого состоялся консилиум, с участием всех сотрудников кафедры психиатрии и нарко-



ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО

СОЦИАЛЬНАЯ
ОТВЕТСТВЕННОСТЬ
ПСИХИАТРА
ПРОБЛЕМА № 1

логии РостГМУ, специалистов ЛРНЦ «Феникс» и сотрудников медучреждения, в котором проводилась СПЭ, по результатам которой Петров И. лишился дееспособности. С разрешения самого обследуемого на консилиум были приглашены и присутствовали в течение всего времени его работы (а это около трех часов) обе дочери, а также лица, которые хорошо знали Петрова длительное время (в том числе в течение последних лет).

По результатам обследования был подготовлен подробный доклад. После оглашения доклада, обеим сестрам был задан один и тот же вопрос «Не нашли ли вы в сообщении докладчика каких-либо упущений, неправильно изложенных фактов, прочих неточностей?» Обе сестры согласились с тем, что все было изложено объективно.

Согласно последовавшему за этим разбору, обследовавшим Петрова врачом было объективно доказано и дано исчерпывающее заключение о том, что он (Петров И.) «психически здоров», а его поведение соответствует возрастной норме. В состоявшихся затем прениях все, в том числе и представители экспертного медучреждения также подтвердили, что обследуемый психически здоров.

Понятно, что после таких событий Валентина (младшая дочь) обратилась в суд с иском о восстановлении дееспособности своего отца (что впоследствии и произошло), а также о выселении Маргариты (старшей дочери) из дома своего отца. Маргарита же, в свою очередь, подала встречный иск – о признании Валентины недостойным наследником. Заодно Маргарита обратила свой гнев и против «Феникса», став инициатором многочисленных проверок со стороны разнообразных инстанций всех видов и уровней (ни одна из которых, кстати, так и не смогла усмотреть в деятельности «Феникса» нарушений). Что называется «коса нашла на камень»...

Неожиданно в «Феникс» поступило определение того же суда, из которого следовало, что судом возбуждено дело уже в отношении самого «Феникса». Суд вынес заключение о проведении судебно-психиатрической экспертизы и постановке перед экспертами ряда вопросов, о «лестности» которых вы, уважаемый читатель, можете судить сами:

«...Пользуясь правом, предусмотренным ч. 2 ст. 79 ГПК РФ, суд определил, что повторное за-

ключение эксперта требуется, для того чтобы выяснить:

• страдал ли Петров при жизни каким-либо психическим заболеванием, если да, то каким именно и с какого времени? Мог ли при этом понимать характер и значение своих действий и руководить ими?

• психическое состояние Петрова было стабильным или были периоды улучшения и ухудшения его состояния в течение периода с момента обращения его близких к районному психиатру до момента его смерти через шесть лет?

• страдал ли Петров И. на момент составления завещания психическим заболеванием, если да, то каким именно, мог ли он при этом понимать характер и значение своих действий и руководить ими?

• наблюдалось ли улучшение психического и физического состояния Петрова И. в период, когда он находился на обследовании в ЛРНЦ «Феникс», если да, то что, явилось причиной улучшения состояния, не связано ли улучшение состояния с применением каких-либо лекарственных препаратов, в том числе стимулирующего и наркотического характера?

• наблюдалось ли ухудшение психического и физического состояния Петрова И. после выписки его из ЛРНЦ «Феникс», если да, то какова причина ухудшения состояния, находилось ли ухудшение психического и физического состояния Петрова И. в причинной связи с его смертью?

• достаточно ли полученных при обследовании Петрова И. специалистами ЛРНЦ «Феникс» результатов для составления ими выписного эпикриза без учета исследований других специалистов, в том числе заключения судебно-психиатрической экспертизы с привлечением специалистов областного психоневрологического диспансера или иных медицинских документов?»

Удивительно, что, пытаясь разобраться в нюансах практической психиатрии, суд не удосужился обратить внимание на некоторые очевидные факты, которые сами по себе могут являться грубым нарушением законодательства: ну, скажем, незаконное установление психиатрического диагноза, признающего тяжелую психическую болезнь на основании «заочной» консультации. Почему это произошло, не понятно. Дело все еще далеко от завершения. И все мы с нетерпением ждем, каким же

По законодательству большинства штатов США, чтобы признать человека недееспособным, нужны обследование психиатра и суд. Судья назначает представителя недееспособного гражданина, который и будет в дальнейшем заключать сделки от его имени. В штате Нью-Йорк подобные вопросы (уже после установления судом недееспособности) рассматривают не судьи, а опекунские комиссии.

В Великобритании действует схожая схема, главное отличие ее в том, что недееспособное и госпитализированное лицо имеет право обратиться в суд с заявлением о незаконности госпитализации. Эти страны используют римскую правовую систему, когда каждое действие недееспособного должно быть оспорено в суде для его отмены.

Большинство стран Европы имеют схожую с российской схему с некоторыми отличиями. В ряде стран (Швейцария, Норвегия) существуют специальные суды, которые занимаются только вопросами установления недееспособности и последующим установлением опеки.

станет окончательный вердикт суда. Насколько все-таки легко порой некоторые «горе-врачи» могут так, «заочно», навесить на человека ярлык «психически больного» и «недееспособного». Смысл недееспособности – практически тождествен социальной смерти человека, ведь недееспособный человек, с точки зрения общества несо-

стоятелен, а значит беспомощен. Повторимся: психиатру дано уникальное право на основании набора признаков определять степень «нормальности» человека в социальном плане, и здесь недопустимы халатность, недостаточная квалификация или корыстный интерес, ведь за словом психиатра в данном случае стоит судьба человека.



– Давно назрела острая необходимость в дестигматизации ума общества и людей во властных структурах. Надо менять систему, активизировать медицинскую общественность. Стоит проработать вопрос организации независимой экспертизы и бесплатной адвокатской службы по защите интересов больных с психическими расстройствами. Жестче спрашивать с ответственных лиц за нарушение стандартов лечения, международных норм медицинского обслуживания. Это необходимо и уже перзрело, – резюмирует профессор А.О. Бухановский.

Ежегодно судебно-экспертными комиссиями в целом по России проводится более 30 тысяч судебно-психиатрических экспертиз по делам о признании граждан недееспособными. За 10 лет (с 1994 по 2004 г.) их число выросло в 3,4 раза. Более чем в 90% случаев эксперты выносят заключение о неспособности гражданина понимать значение своих действий или руководить ими. Увеличение числа случаев признания недееспособными лиц, страдающих психическими расстройствами, психиатры связывают с увеличением в последние годы числа имущественных сделок



Нужно сказать, что в гражданском судопроизводстве к психиатрам и другим специалистам в области охраны психического здоровья часто обращаются за консультациями с целью определить наличие психических или эмоциональных проблем у одной из сторон процесса. Эти консультации необходимы во многих случаях, начиная с освидетельствования для определения последствий повреждений, полученных третьей стороной в результате дорожно-транспортных происшествий, до оценки способности составить завещание или заключить договор, а также до психологической аутопсии с целью установления завещательной дееспособности в случаях самоубийства или внезапной смерти и оценки пригодности к определенной работе. В последнее время во многих странах результаты психиатрического обследования используются также для определения возможности получения пособий, предусмотренных страхованием на случай нетрудоспособности. В большинстве подобных ситуаций суть проблемы составляет определение способности и права выполнять какую-либо функцию или же оценка самостоятельного решения, принятого индивидом с психическим расстройством. Установление неправомерности, имеющее следствием заключение о недееспособности, становится основанием для общественного контроля за поведением индивидуума и используется для легитимизации применения социальных ограничений в отношении конкретного индивида. Это налагает на врачей дополнительную этическую ответственность: они должны гарантировать, что их решения основаны на тщательном анализе всех имеющихся клинических данных.

Правовое положение гражданина, как участника гражданских отношений, определяется такими его качествами, как правоспособность и дееспособность. Согласно закону правоспособность гражданина рассматривается как способность иметь гражданские права и нести обязанности (гражданская правоспособность) и признается в равной мере за всеми гражданами. Правоспособность гражданина возникает в момент его рождения и прекращается смертью (ст. 17 ГК РФ).

Гражданин, который вследствие психического расстройства не может понимать значения своих действий или руководить ими, может быть признан судом недееспособным в порядке, установленном законом. Над ним устанавливается опека. От имени гражданина, признанного недееспособным, сделки совершает его опекун. Если основания, в силу которых гражданин был признан недееспособным, отпали, суд признает его дееспособным. На основании решения суда отменяется установленная над ним опека (ст. 29 ГК РФ). Таким образом, в законе сформулированы критерии недееспособности: медицинский – психическое расстройство и юридический – неспособность понимать значение своих действий или руководить ими.

ЮРИДИЧЕСКИЙ ЛИКБЕЗ

НЕДЕЕСПОСОБНОСТЬ КАК ПРАВОВАЯ КАТЕГОРИЯ



ЧТО ДЕЛАТЬ?

В каких случаях гражданин, страдающий психическим расстройством, может быть признан недееспособным?

Способность иметь гражданские права и нести обязанности (гражданская правоспособность) признается в равной мере за всеми гражданами. Граждане могут иметь имущество на праве собственности, наследовать и завещать его, заниматься предпринимательской и любой иной не запрещенной законом деятельностью, совершать любые не противоречащие закону сделки и участвовать в обязательствах, избирать место жительства, иметь иные имущественные и личные неимущественные права (ст.17, 18 Гражданского кодекса РФ). Социальным содержанием правоспособности являются политическая, экономическая, культурная, личная и иные социальные свободы и соответствующие им обязанности лица в обществе. Правоспособность гражданина возникает в момент его рождения и прекращается смертью, она не зависит от возраста человека, состояния его здоровья.

В отличие от правоспособности, дееспособность в ст.21 ГК РФ определяется как способность гражданина своими действиями приобретать и осуществлять гражданские права, создавать для себя гражданские обязанности и исполнять их. Дееспособность предполагает осознанность и правильную оценку человеком совершаемых им действий, имеющих правовое значение, что, в свою очередь, зависит от степени психической зрелости лица. Зрелость же психики зависит от возраста и психического здоровья человека. В полном объеме дееспособность возникает с наступлением совершеннолетия, то есть по достижении 18-летнего возраста. При этом закон исходит из того, что именно с этого возраста человек достигает психической зрелости и приобретает тот жизненный опыт, который позволяет психически здоровому человеку правильно понимать (осознавать) и регулировать свои действия.

Дееспособность состоит из таких элементов, как:

- способность человека самостоятельно осуществлять принадлежащие ему права и нести обязанности;
- способность совершать сделки, приобретая тем самым новые права и возлагая на себя новые обязанности (сделкоспособность);

■ способность нести гражданскую ответственность за вред, причиненный его противоправными действиями (деликтоспособность).

Никто не может быть ограничен в дееспособности иначе, как в случаях и в порядке, установленных законом. В частности, не ограничивает дееспособность само по себе наличие у лица психического расстройства, нахождение его под диспансерным наблюдением или помещение в психиатрический стационар. Если же гражданин вследствие психического расстройства не может понимать значения своих действий или руководить ими, он может быть в соответствии со ст.29 ГК РФ признан судом недееспособным. Над ним устанавливается опека. При этом такое лицо полностью сохраняет правоспособность. Для признания лица недееспособным необходимо, таким образом, сочетание медицинского критерия (психическое расстройство) с юридическим (неспособность понимать значение своих действий или неспособность руководить ими), выражающим определенную степень расстройства психической деятельности.

Что следует учитывать при постановке вопроса о признании лица недееспособным?

Опека устанавливается для обеспечения и защиты прав и законных интересов, прежде всего, самого психически больного.

В случаях, когда самостоятельное осуществление больным своих прав наносит или может нанести ему или иным лицам серьезный ущерб, единственным действенным шагом может оказаться признание его недееспособным. При этом лишь своевременное назначение опекуна и его добросовестность способны восполнить недостающую дееспособность больного.

Избирая, однако, столь радикальный способ защиты прав больного, следует учитывать, что лишение человека дееспособности влечет для него серьезные правовые последствия. Недееспособный теряет право участвовать в выборах, самостоятельно совершать завещание, сделки, распоряжаться денежными доходами и имуществом по своему усмотрению, вступать в брак, быть усыновителем, состоять на государственной службе, подавать заявления в органы государственной власти, органы местного самоуправления, суд и др.

Такие лица без их согласия могут быть подвергнуты психиатрическому освидетельствованию и лечению, направлены в психоневрологический интернат. Согласия недееспособного не требуется и на расторжение с ним брака, усыновление его детей, обработку его персональных данных, совершение иных действий, например государственную дактилоскопическую регистрацию лица и др. Гражданство недееспособного следует гражданству опекуна.

В отдельных случаях, при значительном улучшении психического состояния больного, достижение целей защиты его прав возможно, наоборот, путем восстановления его дееспособности и снятия опеки.

Кто вправе подать заявление в суд о признании лица недееспособным?

Порядок признания лица недееспособным предусматривается Гражданским процессуальным кодексом РФ. Часть 2 ст. 281 ГПК РФ определяет круг лиц, правомочных возбуждать дело о признании гражданина недееспособным. Такими лицами являются: члены его семьи, близкие родственники (родители, дети, братья, сестры) независимо от совместного с ним проживания, органы опеки и попечительства, психиатрическое или психоневрологическое учреждение.

Должно ли лицо, подавшее заявление о признании больного недееспособным, оплачивать судебные издержки?

Заявитель освобождается от уплаты издержек, связанных с рассмотрением дела о признании гражданина недееспособным. Заявитель лишь уплачивает государственную пошлину (п.8 ч.1 ст.33319 Налогового кодекса РФ). Однако, если суд установит, что лицо, подавшее заявление, действовало недобросовестно в целях заведомо необоснованного лишения гражданина дееспособности, с него взыскиваются все судебные издержки (ч. 2 ст. 284 ГПК РФ).

Кто и когда назначает опекуна? Учитывается ли при этом желание подопечного?

Суд обязан в течение трех дней со времени вступления в законную силу решения о признании гражданина недееспособным сообщить об этом органу опеки и попечительства по месту жительства такого гражданина для установления над ним опеки (ст. 34 ГК РФ).

Органами опеки и попечительства являются органы местного самоуправления. Опекуном назначается в течение месяца с момента, когда указанным органам стало известно о необходимости установления опеки. При наличии заслуживающих внимания обстоятельств опекуном может быть назначен органом опеки и попечительства по месту жительства опекуна (ст.35 ГК РФ). Важным законодательным положением является правило, в соответствии с которым, «если лицу, нуждающемуся в опеке, в течение месяца опекун не назначен, исполнение обязанностей опекуна временно возлагается на орган опеки».

Эта норма направлена на недопущение случаев, когда лицам, признанным недееспособными, опекун по разным причинам так и не назначается.

Опекунами могут назначаться только совершеннолетние дееспособные граждане и только с их согласия. При этом должны учитываться их нравственные и иные личностные качества, а также способность к исполнению опекунских обязанностей; отношения, существующие между ними и лицами, нуждающимися в опеке (а если это возможно – то и желание подопечных).

В условиях роста количества афер и махинаций на рынке недвижимости часто возникает необходимость оспорить признание лица недееспособным. Как ни прискорбно, но недобросовестные психиатры и социальные работники, «предприимчивые» риэлторы и корыстные родственники или соседи, желающие завладеть чужими квадратными метрами, любыми путями стремятся оформить признание гражданина недееспособным. Жертвы подобных сделок оказываются выброшенными на улицу, ведь человек, официально оформивший опеку над недееспособными гражданами, быстро перепродает их жилье.

Порой при разрешении острых споров о наследстве возникает необходимость в посмертной судебно-психиатрической экспертизе и признании недееспособности после смерти. Или же наоборот, может понадобиться обжалование решения суда о признании недееспособным умершего человека.

Согласно ст. 29 Гражданского кодекса Российской Федерации суд может отменить признание недееспособным человека и аннулировать свое решение об опекунстве над недееспособным, если на то будут достаточные основания (выздоровление, улучшение состояния).

На основании результатов экспертного заключения психиатров суд принимает решение о разбирательстве и извещает участников процесса о времени и месте рассмотрения дела. На суде решается вопрос отмены признания гражданина недееспособным и снимается опека над недееспособными лицами. Окончательное решение отменить опекунство над недееспособным принимают попечительские и опекунские организации.

В любом случае следует проконсультироваться у юриста, прежде чем предпринимать какие-либо действия, по оспариванию недееспособности гражданина в суде.

Конечно, процесс восстановления статуса дееспособности, как и процедура признания недееспособности, является сложным и длительным, но успешный опыт ведения подобных дел позволяет правозащитникам оспаривать установление недееспособности граждан и возвращать их права.



В адвокатском сообществе появилась своя специализация для тех, кто занимается исключительно восстановлением статуса дееспособности у вполне здоровых граждан. Как указывается в докладах, число клиентов, пострадавших от рук «оборотней в белых халатах», растет с каждым годом. Счет идет уже на тысячи пострадавших в год. Российские суды охотно ущемляют граждан в правах, поскольку общее количество душевнобольных в стране действительно велико.

НЕДЕЕСПОСОБНЫЕ

В законе «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании» четко прописана процедура лишения человека дееспособности.

Дело о признании гражданина недееспособным вследствие психического расстройства может быть возбуждено в суде на основании заявления членов его семьи, близких родственников независимо от совместного с ним проживания, органа опеки и попечительства, психиатрического или психоневрологического учреждения.

Число признанных недееспособными по причине душевного нездоровья в России растет с каждым годом. К такому выводу пришли сразу две правозащитные организации – Гражданская комиссия по правам человека и Независимая психиатрическая ассоциация России. Из подготовленных ими докладов следует, что до вступления в силу в 1992 году законов «О приватизации жилищного фонда РФ» и «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» недееспособными в стране признавались единицы в год. Теперь же в России разворачивается настоящая охота на одиноких стариков, для того чтобы завладеть принадлежащей им недвижимостью.

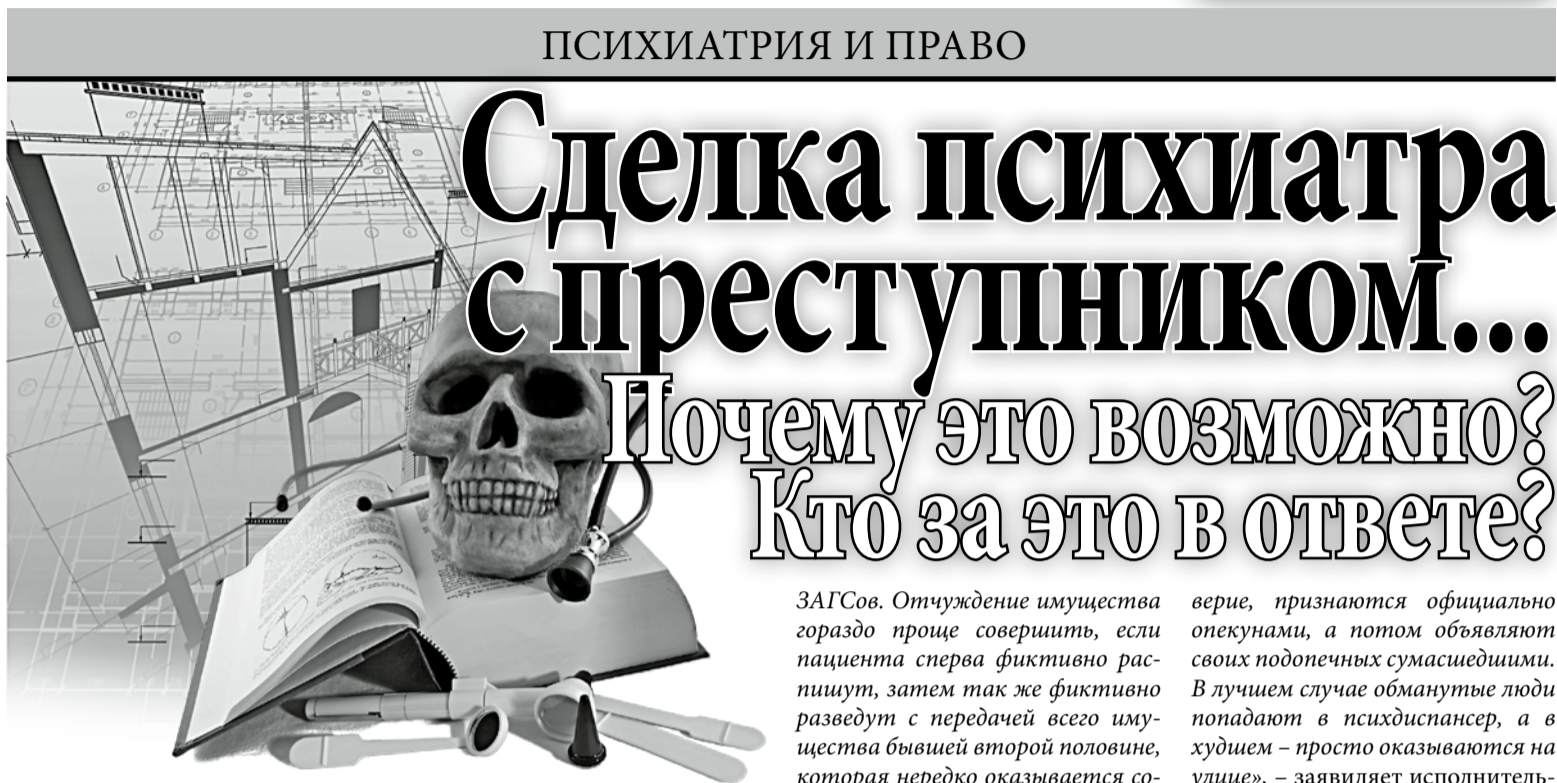
Судья в порядке подготовки к судебному разбирательству дела при наличии достаточных данных о психическом расстройстве гражданина назначает судебно-психиатрическую экспертизу. При явном уклонении гражданина, в отношении которого возбуждено дело, суд может принять решение о принудительном направлении на судебно-психиатрическую экспертизу. И теперь уже сотрудники добросовестных риэлторских агентств вынуждены приглашать психиатров на сделки с участием пожилых продавцов, чтобы засвидетельствовать их здравый ум и твердую память.

СОСЕДИ И СЕСТРЫ

В докладах упоминаются десятки дел, ставших известными правозащитникам только в последние годы. Все они связаны с судебными приговорами о признании недееспособности. Есть масса примеров, когда одиноких пожилых людей, проживающих в дорогих квартирах, судебным решением сперва признавали умалишенными, а потом другим решением суда дееспособность чуть позже возвращали. За это время их недвижимость уже была перепродана их опекунами.

АДВОКАТЫ

Обычно причиной признания человека недееспособным становятся имущественные споры между родственниками. «Например, пожилой человек отказывается составлять завещание в чью-то пользу или не дает вселиться в квартиру, – гово-



ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО

Сделка психиатра с преступником...

Почему это возможно?
Кто за это в ответе?КОРЫСТНЫЙ
ИНТЕРЕС

Врач-психиатр Вячеслав Лонгинов-Бор не понаслышке знает, как часто среди его пациентов оказывались бывшие владельцы дорогого жилья. «Я неоднократно сталкивался с тем, что на больничную койку людей отправляли риэлторы. Они сперва продают жилье одиноких людей, а потом задним числом требуют признать человека недееспособным», – отмечает врач. В этом случае, считает он, сделку о продаже недвижимости, заключенную больным человеком, надо признавать недействительной, как и все впоследствии заключенные акты о продаже.

По мнению юристов, наиболее действенный способ уберечься от сделки с недееспособным – застраховаться от нее. Страхование риска утраты права собственности широко распространено на Западе, где ни одна сделка не заключается без приобретения полиса.

Остаться без жилья одинокие пожилые люди могут и по вине психдиспансера. «Для того чтобы интернат или диспансер получил право опекуна над своим пациентом, достаточно, чтобы в суде медсестра или врач из лечебницы заявили, что за их подопечным никто, кроме медперсонала, не ухаживает. В этом случае реальных родственников, которые готовы были бы ухаживать за больным даже в домашних условиях, в расчет никто уже не берет», – подчеркнул В.Лонгинов-Бор. Он отметил, что во врачебной практике нередко сталкивался с тем, как люди, благополучно преодолев стадии обострения, вновь могли вернуться домой и жить самостоятельно, но интернаты, больницы и диспансеры их уже не отпускали из-под своей опеки. Ведь квартиры бывших пациентов в лучшем случае были сданы в аренду, а в худшем – проданы. «Чтобы заключить сделку о продаже какой-либо недвижимости подопечного, врачам приходится вступать в сговор даже с сотрудниками местных

ЗАГСов. Отчуждение имущества гораздо проще совершить, если пациента сперва фиктивно распишут, затем так же фиктивно разведут с передачей всего имущества бывшей второй половине, которая нередко оказывается сотрудником того же медучреждения», – отмечает В.Лонгинов-Бор. По его словам, среди медперсонала психдиспансеров уже давно в ходу соответствующие термины – «предсделка» и «сделкоспособность».

АГЕНТЫ
ДЛЯ ДУШЕВНОБОЛЬНЫХ

Чаще всего в суд с просьбой о признании недееспособности обращаются родственники пожилых владельцев квартир. К примеру, в Москве работает несколько фирм, специализирующихся на такого рода аферах. «Еще недавно по радио то и дело звучала реклама агентств, предлагающих социальную помощь одиноким пенсионерам. Дарят пожилым людям цветной телевизор или несколько тысяч рублей, легко входят в до-

верие, признаются официально опекунами, а потом объявляют своих подопечных сумасшедшими. В лучшем случае обманутые люди попадают в психдиспансер, а в худшем – просто оказываются на улице», – заявляет исполнительный директор Независимой психиатрической ассоциации России Любовь Виноградова. По ее словам, многие крупные риэлторские агентства Москвы не брезгают такими способами завладения недвижимостью. Исправить ситуацию теоретически могла бы психиатрическая экспертиза продавца при каждой крупной сделке с недвижимостью, но принимать соответствующий закон в России сейчас вряд ли станут. Ведь это резко усложнит условия работы рынка недвижимости. Правозащитники и психиатры в своих докладах рекомендуют провести в стране реорганизацию местных комиссий об опеке и попечительстве, многие из которых, зачастую не глядя или за деньги, назначают пожилым людям недобросовестных опекунов.

По материалам www.pra.ru

КУДА МОЖЕТ ОБРАТИТЬСЯ САМ НЕДЕЕСПОСОБНЫЙ
В СЛУЧАЕ НАРУШЕНИЯ ЕГО ПРАВ
ИЛИ ПРИЧИНЕНИЯ ЕМУ ВРЕДА?

Данный вопрос в законодательстве не регламентирован, хотя и представляет практическую значимость. Заметим, однако, что недееспособное лицо не вправе само обращаться в суд, органы государственной власти, органы местного самоуправления. Жалобы и заявления в защиту его прав должны подаваться его опекуном. Однако, на наш взгляд, не должна исключаться возможность обращения недееспособного в органы опеки, минуя опекуна. Оснований к тому может быть достаточно. Орган опеки, будучи специализированным органом, обязан принять недееспособного гражданина с устным или письменным заявлением (жалобой) и принять по нему необходимые меры. В ситуации, когда заявление недееспособного будет свидетельствовать о явной декомпенсации его болезненного состояния, орган опеки может решить вопрос о направлении подопечного в психиатрический стационар, а также подвигнуть опекуна недееспособного на активизацию его полномочий.

Недееспособный, как следует из закона, вправе обратиться к прокурору. Прокуратура является правозащитным органом. Согласно ст. 45 ГПК РФ прокурор может подать заявление в суд в защиту прав, свобод и законных интересов гражданина только в случае, если гражданин по состоянию здоровья, возрасту, недееспособности и другим уважительным причинам не может сам обратиться в суд. В заявлении должно содержаться обоснование невозможности предъявления иска самим гражданином (абз. 2 ч. 3 ст. 131 ГПК РФ).

Недееспособный без каких бы то ни было предусмотренных законом препятствий и ограничений вправе обратиться в правозащитные общественные организации. Большой опыт в оказании действенной помощи указанной категории граждан имеет Независимая психиатрическая ассоциация России и ЛРНЦ «Феникс» (Ростов-на-Дону).

В предусмотренных законом случаях заявления в суд в защиту нарушенных или оспариваемых прав и законных интересов недееспособного может быть подано органами государственной власти, органами местного самоуправления, организациями или гражданами независимо от просьбы заинтересованного лица или его законного представителя (ч. 1 ст. 46 ГПК РФ).

ФАРМАКОТЕРАПИЯ

Лекарственные средства и шизофрения

ОТ РЕДАКЦИИ

Современные лекарственные препараты почти во всех случаях шизофрении позволяют добиться существенного улучшения состояния пациента, а в некоторых случаях – фактически полного восстановления психического здоровья.



Ирина БОЙКО

Психофармакотерапия – весьма важный метод лечения психических болезней и, в том числе, шизофрении. При этом назначение лекарственных препаратов – тонкое искусство, которое является компетенцией врача. Во всех отраслях медицины существуют определенные стандарты лечения. Например, если у человека инфаркт миокарда – все врачебные действия четко расписаны и понятны. В психиатрии же процесс лечения настолько индивидуален и необычен, что стандартизировать его гораздо сложнее. Прежде всего потому, что лекарственная терапия в психиатрии является одним из элементов комплексных программ, в которых, наряду с ней, применяются и нелекарственные, так называемые психо-социальные методы реабилитации.

Как известно, назначению лекарств предшествует анализ целого ряда показателей и характеристик, доказывающих диагноз: половые различия, возраст пациента, этап течения заболевания, перенесенные соматические заболевания, родовые травмы, характер и тяжесть течения заболевания и др. Подбираются в конечном итоге лекарства с оптимальной для данного пациента формой действия. То есть в каждом конкретном случае необходимо очень внимательно изучать историю болезни пациента, его настоящий статус, особенности личности; чем он перед этим лечился, на что давал позитивную реакцию и т.д. Поэтому очень важно, чтобы пациент и его близкие понимали, насколько сложно подобрать ему лечение, чтобы пациент был партнером врача в этом процессе.

При назначении лекарственной терапии следует учитывать еще и комплекс нюансов, связанных с критической оценкой пациентами болезни, своего состояния, ведь они могут не принимать или не понимать болезнь. И тогда процесс лечения осложняется.

Поэтому все силы следует направить на достижение информированного согласия пациента на получение назначенной ему фармакотерапии, формирование приверженности этой терапии, установлению конструктивных взаимоотношений с лечащим врачом. Иногда пациенты, даже

не имея критического отношения к болезни принимают лечение (особенно пациенты с более длительными сроками течения заболевания), так как не хотят страдать, попасть в больницу.

НОВОЕ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Количество применяемых в психиатрической практике лекарственных препаратов год от года растет, открываются и внедряются в практику новые препараты, так называемые «атипичные антипсихотики», новейшие классы антидепрессантов, ноотропов – средств, улучшающих память.

Однако существуют и традиционные нейролептики – основные препараты, лечящие шизофренический спектр расстройств (они по сей день не потеряли своей актуальности), особенно наш «золотой фонд» – Аминазин, Галоперидол, Трифтазин, Тизерцин. Это ключевые препараты, которыми эффективно лечат пациентов; причем никем пока что не доказано, что атипичные антипсихотики по своим свойствам лучше, чем эти давно известные лекарственные средства (ЛС). К сожалению, эти ЛС в ряде случаев вызывают побочные эффекты, что влияет на готовность пациентов использовать их в ходе лечения; заболевший, страшась осложнений, часто прекращает прием лекарств.

Из числа атипичных антипсихотиков, в течение последних лет

наиболее широко стали применяться такие препараты, как Азалептин, Инвега, Рисполепт, Рисполепт-конста, Зипрекса, Сероквель, Солиан, Зелдокс, Абилифай и др. Их качество постепенно улучшается. Они действуют как традиционные нейролептики, но побочные эффекты при их приеме менее выражены, не развивается нейролептический синдром: скованность, сухость во рту, неусидчивость и пр. Существенно улучшается и качество жизни пациентов. Находясь на лечении или поддерживающей

терапии атипичным антипсихотиком, при условии, что доза препарата адекватна, пациент способен длительное время принимать поддерживающую терапию. В случае обострения или обнаружения его первых признаков увеличение дозы атипичного антипсихотика не вызывает выраженных побочных эффектов и позволяет в амбулаторных условиях предотвратить рецидив, купировав его на начальном этапе.

Традиционные нейролептики и атипичные антипсихотики – два класса базовых препаратов для лечения шизофрении и сходных расстройств.

СО МНОЮ ЧТО-ТО ПРОИСХОДИТ...

Перейдем к классу **антидепрессантов**. Наиболее широкий спектр терапевтической активности наблюдается у так называемых трициклических антидепрессантов, к которым относятся Амитриптилин, Мелитрамин, Анафранил. Эти препараты обладают самым мощным антидепрессивным действием. Их применяют преимущественно в психиатрических стационарах для лечения депрессий средней и высокой степени. В этих случаях нередко используют внутривенное или внутримышечное введение лекарственных средств.

В последнее время появились новые классы антидепрессантов – **селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина** (Прозак, Паксил, Ципрамил, Золофт и др.), антидепрессанты мелотонинэргического действия (Вальдоксан). Механизм их антидепрессивной активности основан на моноаминовой теории депрессии, в соответствии с которой большинство депрессий развиваются из-за нарушений передачи нервного импульса в связи с

дефицитом медиаторов (прежде всего – серотонина) или понижением чувствительности к ним. Они начинают действовать не сразу, а через 7-14 дней. Именно поэтому на начальном этапе фармакотерапии депрессий, помимо антидепрессантов, используют седативные (успокаивающие) средства – **транквилизаторы или нейролептики**.

Лечение депрессии – непростое искусство. Врач должен учитывать не только клинические особенности этого заболевания, но и характерологические черты пациента, различные психологические и социальные аспекты его депрессии. Если депрессия сопровождается тревогой, антидепрессант должен обладать дополнительным противотревожным действием. С пациентом в таких случаях необходимо проводить регулярную психотерапию успокаивающей и релаксирующей направленности. Если диагностируется депрессия анергического типа, когда помимо симптомов депрессии, отмечается апатия, снижение энергии, активности, слабость, повышенные утомляемость и истощаемость, необходимы антидепрессанты со стимулирующей активностью. Активизирующая психотерапия в таких случаях должна сочетаться с активным привлечением пациентов к различным социальным мероприятиям, общению с людьми.

Подбор антидепрессанта – очень тонкое дело. Как ключ к замку, антидепрессант должен подойти к определенному типу депрессии.

В случае недостаточной эффективности или появления нежелательных явлений необходима смена антидепрессанта, но не ранее чем через три недели с момента начала лечения. В редких случаях депрессия оказывается терапевтически резистентной (нечувствительной к лекарствам). В этих ситуациях применяют специальные мероприятия по преодолению такой резистентности. Антидепрессанты нельзя отменять резко и преждевременно! Это почти всегда приводит к обострению депрессивных расстройств. Эти препараты следует продолжать принимать и после выхода из депрессии, когда настроение уже стабилизировалось на привычном для человека «нормальном» уровне. В зависимости от особенностей заболевания, проявившего себя депрессией, общая продолжительность приема антидепрессантов должна быть не менее 6-9 месяцев.

ОПТИМИСТИЧЕСКИЙ ПРОГНОЗ

Когда в состоянии пациента наблюдается частая, непредсказуемая, беспричинная и крайне изматывающая смена депрессивных и маниакальных состояний,

показано назначение нормотимиков. **Нормотимики** – это класс препаратов, позаимствованный психиатрами у неврологов. Поэтому их правильнее называть не психотропными, а нейротропными медикаментами.

Неврологи широко применяют их для лечения эпилепсии и различного рода невралгий. Психиатры же обнаружили, что они стабилизируют сферу эмоций человека в тех случаях, когда болезнь проявляется преимущественно расстройствами настроения (например, при биполярном аффективном расстройстве). Некоторым нормотимикам приписывают также профилактическое действие; их применяют в периоды ремиссий эндогенных заболеваний для предупреждения рецидивов. Наиболее часто применяется **Карбамазепин** (Финлепсин), а также **соли вальпроевой кислоты** (Денакин) и **соли лития** (Седалит). К нормотимикам относят также **Топамакс** и **Ламиктал**. Сами эти препараты не лечат и не снимают тяжелых состояний, но они помогают удерживать пациента в нужных рамках обычного настроения.

Еще один класс препаратов – транквилизаторы. К ним относятся такие известные лекарства, как **Феназепам**, **Реланиум**, **Седуксен**, **Тазепам**, **Нозепам**, **Альпразолам**. Эти препараты применяют при пограничных состояниях – невротических расстройствах личности, тревожных расстройствах. Как правило, все они обладают седативным действием, ведь основная задача транквилизаторов – снятие тревоги, достижение баланса, уверенности в себе. Часто транквилизаторы назначают как снотворное. Транквилизаторы – единственные психотропные препараты, к которым может развиться привыкание, поэтому общая продолжительность их приема не должна превышать трех недель. На сегодняшний день, с учетом современного состояния психофармакологии, курсовое лечение этими препаратами стало нецелесообразным и необоснованным, поэтому общепринятым при назначении этих средств является принцип «минимальной достаточности».

Существуют и очень мощные транквилизаторы, такие как **Клоназепам**. Этот препарат купирует сильные тревожные состояния, панику, возбуждение. Есть транквилизаторы с умеренным противотревожным действием, они успокаивают несильную тревогу и существенно не влияют на профессиональную деятельность: **Элениум**, **Афобазол**, **Тазепам**. Существуют дневные транквилизаторы, не вызывающие сонливости, они созданы для того, чтобы человек мог работать, водить машину, принимая их с утра и в обед. Это **Мезапам**, **Грандаксин**.

Достоинства современных лекарственных препаратов заключаются в том, что, сохранив такую же, как и у их предшественников эффективность, они оказались на порядок более безопасными и переносимыми, что позволяет принимать их длительно с противорецидивной целью. Это значительно расширяет возможности профилактики психических расстройств. Если пациент после приступа болезни отказывается от приема поддерживающей терапии, то, как правило, рецидив наступает в пределах года (обычно через 3-4 месяца).

ИЗВЕСТИЯ

РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ПСИХИАТРОВ

ВЫПУСК
№ 1



ФОРУМЫ, КОНФЕРЕНЦИИ

Первый в 2011 году пленум РОП был посвящен неврозам

В первых числах февраля в Санкт-Петербурге состоялось пленарное заседание Российского общества психиатров (РОП) под председательством д.м.н., профессора, директора Санкт-Петербургского НИПНИ им. В.М.Бехтерева, президента РОП Н.Г.Незнанова.

Тема пленарного заседания была обозначена следующим образом: «Неврозы – психические расстройства нозологической природы или психопатологические синдромы различных психических регистров». Ростовскую делегацию на пленуме по традиции возглавлял д.м.н., профессор А.О.Бухановский.

В работе пленума приняли участие д.м.н., заслуженный деятель науки РФ, профессор Б.Д. Кар-

васарский, д.м.н., заслуженный деятель науки РФ, профессор Ю.В.Попов, президент Российской психотерапевтической ассоциации, Р.К.Назыров, профессор Ю.А.Александровский, видные деятели отечественного и международного психиатрического сообщества – С.А.Алтынбеков, М.Аммон, I. Burbiel, В.В.Макаров, В.Д.Менделевич, М.М.Решетников, А.А.Чуркин, В.М.Шкловский, Э.Г.Эйдемиллер и другие.

В рамках торжественной церемонии избрания Почетных докторов института им. В.М.Бехтерева участниками заседания были заслушаны две актуальные лекции: профессора С.Тиано («Предпосылки изменений личности в раннем детском дошкольном возрасте») и профессора В.М.Шкловского («Комплексный подход в нейрореабилитации»).

Темами секционных заседаний стали: «Проблема коморбидности при невротических расстройствах: клиничко-патогенетические и терапевтические аспекты», «Психотерапия невротических расстройств», «Неврозы и зави-

симости», «Принципы «негативной» и «позитивной» диагностики невротических расстройств по данным мультидисциплинарных исследований», «Диагностика и терапия невротических и психосоматических расстройств» и др.

На завершающем этапе пленума было проведено несколько дискуссионных круглых столов по актуальным темам организации психиатрической отрасли: «Саморегулирующие организации как инструмент профессионального развития психотерапии в новых экономических условиях», «Положительные и отрицательные следствия применения МКБ-10 в клиничко-патогенетическом, диагностическом и терапевтическом аспектах невротических расстройств», «Перспективы выделения психотерапии в самостоятельную научную дисциплину»; прошел сателлитный симпозиум «Эмоционально-аффективные расстройства и сексуальная дисфункция».

В ходе работы пленума также состоялось заседание Президиума правления РОП и заседание Координационного совета Российской психотерапевтической ассоциации.

ПОЗДРАВЛЯЕМ!



РЕДАКЦИЯ «НОВОЙ ПСИХИАТРИИ» И КОЛЛЕКТИВ ЛРНЦ «ФЕНИКС» ОТ ВСЕЙ ДУШИ ПОЗДРАВЛЯЮТ

д.м.н., заслуженного деятеля науки России, профессора, руководителя отделения психотерапии неврозов Санкт-Петербургского НИПНИ им. В.М.Бехтерева, главного психотерапевта Минздрава России

Бориса Дмитриевича Карвасарского с 80-летием!

Б.Д.Карвасарский – ученик и последователь известного психиатра, психотерапевта и медицинского психолога В.Н.Мясищева. В настоящее время Б.Д.Карвасарский является ведущим в стране ученым в области неврозов, психотерапии и медицинской психологии. С 1965 по 1975 гг. Б.Д.Карвасарский одновременно преподавал в Ленинградском государственном университете, занимал должность профессора факультета психологии (с 1970 по 1975 гг.). С 1982 по 1993 гг. одновременно работал в Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования. Организовал кафедру психотерапии, ставшую ведущей в России; на базе этой кафедры были созданы четыре новых кафедры (психотерапии, медицинской психологии, сексологии и детско-подростковой психотерапии), причем кафедра медицинской психологии является первой самостоятельной кафедрой в системе учреждений последипломного образования. Три из этих четырех кафедр МАПО возглавляются его учениками.

В настоящий момент Борис Дмитриевич выполняет большую общественную работу: в качестве Главного психотерапевта, Руководителя Федерального научно-методического центра по психотерапии и медицинской психологии (занимает этот пост с 1986 г.), Президента созданной им профессиональной Российской Психотерапевтической Ассоциации, Председателя Проблемной комиссии «Медицинская психология» Российской академии медицинских наук. Он положил начало созданию широкой инфраструктуры психотерапевтической и медико-психологической службы в России. Являясь Главным психотерапевтом Минздрава РФ заложил основы широкой современной инфраструктуры психотерапевтической помощи населению. Создал институт главных психотерапевтов в регионах РФ, организовал их подготовку и усовершенствование.

ПОСВЯЩЕНИЕ КАРВАСАРСКОМУ

Рядовые невротики так же, как VIP-ные, Встали дружно в колонны, шеренги, ряды, Чтобы жизнью расцветить квалы однотипные, Чтобы хором сказать, как мы Вами горды!

Слава Богу, что с Вами живем параллельно мы, Что сверяется Вашей и наша судьба – Живает цветами она акварельными, И в любые условия входит борьба!

Шевелюра хохлячья и брови «по-Брежневу», Эти палсы руками и вдумчивый слог... Оставайтесь в строю! Уважите по-прежнему Нам лишь цели работ и маршруты дорог!

«Крыша едет», но дом-то стоит! Основательный!

Президент РПА видит каждый этап! Человеческих судеб архитектор внимательный, Карвасавец Вы наш! Аутентичный наш!

Не теряйте задора и шика гусарского, Юбилей – не рубец, а ступенька всего! Осенят врачей знамена Карвасарского – И врачи оправдают надежды его!

В.КАПУСТЯНСКИЙ

Здоровья и бодрости духа желаем Вам и Вашим близким, Борис Дмитриевич! Надеемся, что в недалеком будущем мы будем вновь иметь возможность восторгаться результатами ваших научных исследований и достижений Вашего Центра!

ВНИМАНИЕ!

28 сентября – 1 октября

2011 г.

в г.Суздале под эгидой Российского общества психиатров состоится

ВСЕРОССИЙСКАЯ ШКОЛА МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

В Программе: лекции известных российских и зарубежных ученых, а также семинары, круглые столы, тренинги и сателлитные симпозиумы под руководством и с участием ведущих специалистов в области охраны психического здоровья.

Организаторы: Российское общество психиатров, Московский НИИ психиатрии Росздрава, Департамент здравоохранения Владимирской области.

ОРГКОМИТЕТ КОНФЕРЕНЦИИ, ТЕЛ. 963-14 13
8 916 675 82 07 (Людмила Николаевна Горобец)
8 916 391 56 25 (Яков Анатольевич Кочетков)

ОФИЦИАЛЬНО

О ближайших перспективах деятельности РОП

На заседании Президиума правления РОП, посвященном организационным вопросам и планируемым мероприятиям на 2011 года, был заслушан доклад об итогах XV съезда психиатров России. В качестве первоочередных задач были выделены следующие:

- оптимизация структуры общества;
- активизация деятельности региональных отделений РОП;
- совершенствование информационного обеспечения.

По предложению Председателя правления РОП были утверждены руководители комиссий и научных секций правления. Было принято решение разослать в региональные отделения предложения по организации структуры общества для обсуждения и получения предложений с последующим рассмотрением этого вопроса на Пленуме Правления.

Зам. председателя правления В.Н.Краснов сообщил о том, что руководство Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) предложило рассмотреть вопрос о проведении в России очередного съезда ВПА.

На заседании Президиума выступил В.К.Шамрей с информационной об активизации деятельности А.Кашпировского, обсуждалась позиция РОП по этому вопросу.

Обсуждались, в том числе, и технические проблемы работы Президиума. Учитывая объективные трудности, связанные с обеспечением сбора на заседания всех членов Президиума, Н.Г.Незнанову было предложено создать рабочую группу – исполком, включающую представителей РОП, его заместителей и секретаря, для оперативного принятия срочных организационных решений.

На заседании также выступили Ю.А.Александровский (Москва), А.А.Чуркин (Москва), Е.В.Макушкин (Москва), А.И.Аппенянский (Москва), Н.Д.Букреева (Москва), В.М.Шкловский (Москва), Ю.В.Попов (Санкт-Петербург), А.О.Бухановский (Ростов-на-Дону), В.В.Макаров (Москва).

Заседанию Президиума предшествовал круглый стол с участием Президента Национальной медицинской палаты (НМП) Л.М.Рошала и председателя Комитета Госдумы РФ по собственности В.С.Плескачского, темой которого стало развитие в России саморегулируемых общественных организаций, а также перспективы НМП. Реализацией одного из решений XV съезда психиатров России стало вступление Российского общества психиатров в Национальную медицинскую палату России.

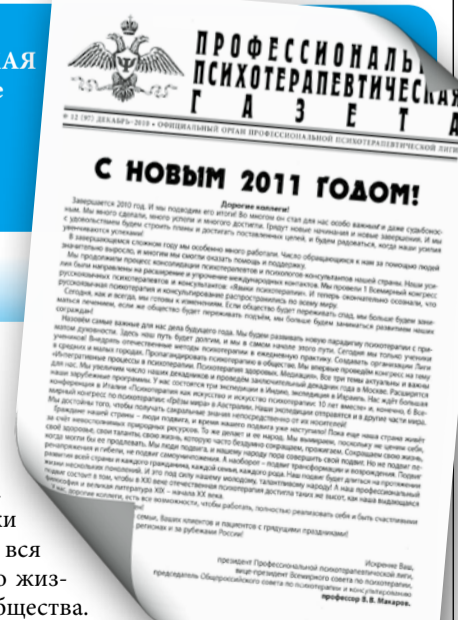
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ГАЗЕТА – это единственное ежемесячное издание, содержащее все новости профессионального сообщества.

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

На сайте ППЛ в разделе «Издания» можно познакомиться и скачать все выпуски «Профессиональной психотерапевтической газеты» за 2001-2008 гг., а также отдельные выпуски 2009 года. В нашей газете – вся оперативная информация о жизни профессионального сообщества.

По вопросам подписки на электронную и бумажную версию «Профессиональной психотерапевтической газеты» можно обращаться к исполнительному директору Профессиональной психотерапевтической лиги:

Инге Юрьевне КАЛМЫКОВОЙ –
моб. тел. 8-963-750-51-08, служ. тел. (495) 675-15-63



РЕФОРМА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

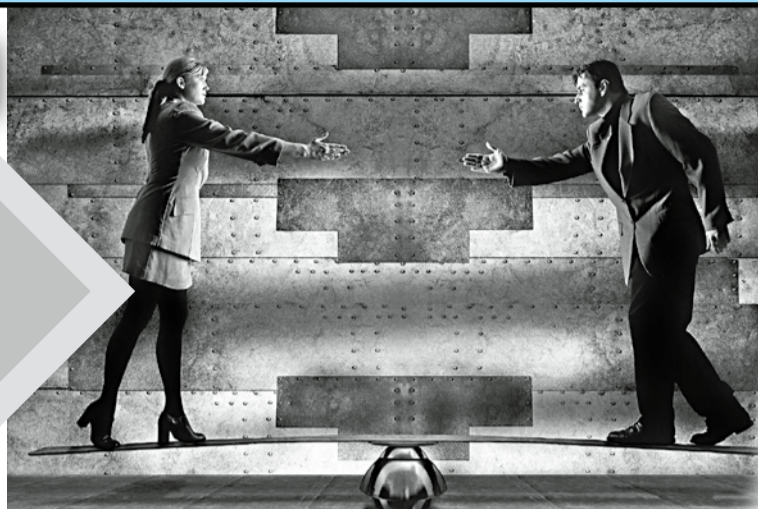
ОТ РЕДАКЦИИ

Данная публикация посвящена активно обсуждаемой ныне на Западе проблеме деинституализации системы психиатрической помощи – перехода ее из под контроля госминистерств в сферу социальной помощи, с дальнейшей заменой системы психиатрических диспансеров на общественные психиатрические службы, что должно сделать врача-психиатра более доступным для населения, а также сослужить хорошую службу в деле борьбы со стереотипами общества по отношению ко всей психиатрической отрасли в целом. Однако при реализации этой концепции возникает целый ряд сложностей, о которых и ведет речь в своей статье автор. (Материал подготовлен на основе публикации в издании «Всемирная психиатрия», Т. 8, № 2/06/09).

МЕЖДУНАРОДНЫЕ КОНТАКТЫ

Международные форумы в области психиатрии в 2011 г.

13-й международный конгресс Международной Федерации Психиатрической Эпидемиологии «Психическое здоровье и глобальный экономический кризис: психические расстройства, насилие, болезни зависимости в условиях стресса» 30 марта – 2 апреля 2011 г. Тайвань www.ifpe2011.com
19-й Европейский конгресс по психиатрии «От исследований к практике» Ежегодный конгресс Европейской психиатрической ассоциации 12–15 марта 2011 г. Вена (Австрия) www.epa-congress.org
Региональный конгресс Всемирной Психиатрической Ассоциации «Психическое здоровье в изменяющемся мире» 14–17 апреля 2011 г. Ереван (Армения) http://www.apnet.am/2010-conference/first_announcement.pdf
16-я Международная конференция Ассоциации детской и подростковой психологии и психиатрии (APPAC) «Нейропсихиатрические, психологические и социальные достижения и вызовы времени» 17–20 мая 2011 г. Афины (Греция) www.appac.gr
10-й Всемирный конгресс по биологической психиатрии (WFSBP) 29 мая – 2 июня 2011 г. Прага (Чешская Республика) www.wfsbp-congress.org
Тематическая конференция ВПА «Переосмысляя качество в психиатрии: образование, исследования, профилактика, диагностика и лечение» 9–12 июня 2011 г. Стамбул (Турция) www.wpaist2011.org
14-й Международный Конгресс Европейского общества детской и подростковой психиатрии (ESCAP) «С надеждой на лучшее будущее: Психическое здоровье детей, подростков, семьи в обществе» 11–15 июня 2011 г. Хельсинки (Финляндия) www.escap2011.fi
3-й Всемирный конгресс по психиатрии Азиатской Федерации Психиатрических Ассоциаций 31 июля – 4 августа 2011 г. Мельбурн (Австралия)
Специальная расширенная Программа для молодых психиатров 28–29 июля 2011 г. с возможностью получения поддержки http://www.afpapsy.com, http://www.afpapsy.com/AFPA_files
21-й Всемирный Конгресс по психосоматической медицине «Новый взгляд на психосоматическую медицину: вне границ и научных рамок» 25–28 августа 2011 г. Сеул (Южная Корея). Срок подачи тезисов: 30 апреля 2011 г. www.icpm2011.org
24-й Конгресс Европейской Коллегии Нейропсихофармакологии (ECNP) 3–7 сентября 2011 г. Париж (Франция). Срок подачи тезисов: 15 марта 2011 г. www.ecnp.eu
15-й Всемирный Конгресс по психиатрии «Мировая психиатрия к 2011 г.: наше наследие и наше будущее» Главное международное событие Всемирной Психиатрической Ассоциации 18–22 сентября 2011 г. Буэнос-Айрес (Аргентина) www.wpa-argentina2011.com.ar
Всемирный конгресс Всемирной федерации психического здоровья 17–21 октября 2011 г. Кептаун (ЮАР) www.wmhc2011.com
ПО ВОПРОСАМ УЧАСТИЯ В ПОЕЗДКАХ, ОРГАНИЗОВАННЫХ РОССИЙСКИМ ОБЩЕСТВОМ ПСИХИАТРОВ, НА МЕЖДУНАРОДНЫЕ КОНГРЕССЫ ОБРАЩАТЬСЯ К ЧЛЕНУ ПРАВЛЕНИЯ – Майе Александровне Кулыгиной (mkulygina@yandex.ru)



Зарубежный опыт
Диспансер или общественная служба?

George CHRISTODOULOU,
Hellenic Centre for Mental Health and Research, Athens, Greece,

Предоставление психиатрических услуг претерпело множество изменений в соответствии с доминирующими научными идеями, социальными изменениями, политическими решениями, экономическими соображениями и рядом других параметров.

То, что было хорошо сто лет назад, более не является хорошим и на самом деле может быть очень плохим. Возьмем в качестве примера психиатрическую больницу. Когда психиатрическая больница была введена в психиатрии, это служило хорошей цели, и этой целью была интеграция психиатрии в общую медицину. Этот вид предоставления психиатрических услуг был поддержан научным сообществом того времени, поскольку являлся подлинным освобождением пациентов от насмешек на улицах и от того, чтобы быть средством развлечения для всех остальных граждан... Система, действительно, работала в течение значительного периода времени. Однако, спустя некоторое время (в основном, по причинам, связанным с недостаточным финансированием и нехваткой персонала), функция психиатрической больницы начала ухудшаться: проявились негативные свойства, и она приобрела свое нынешнее значение. Это неизбежно привело к постепенному отказу от психиатрической больницы и к усилиям, направленным на организацию психиатрии совместно с общественными организациями. Тенденция была подкреплена пониманием того, что дезинтеграция личности пациентов с шизофренией была не столько следствием болезни, сколько, в значительной степени, институциональной жизни (в психиатрической больнице) пациентов. Большой вклад также внесли преобладавшие в то время гуманистические отношения в обществе.

Создание общественных психиатрических служб приходило

различными темпами в Европе и в других местах, но тенденция, как представляется, была универсальной во всех странах. Характерно, что даже в уставах Психиатрической ассоциации стран Восточной Европы и Балкан, ассоциации, состоящей из обществ психиатров с традиционными психиатрическими службами, создание этих служб в сообществе получило признание и приоритет с согласия всех учредителей психиатрических ассоциаций (www.paeeb.com).

В последние годы раздаются голоса, оспаривающие эти принципы, особенно практическую деятельность общественной психиатрии. Основные пункты критики следующие:
■ Все чаще признается, что переход от психиатрической больницы к обществу не может быть применен ко всем больным. Некоторые пациенты должны размещаться в специальных подразделениях или небольших психиатрических больницах, уход за каждым пациентом должен быть индивидуальным и решаться, исходя из особенностей каждого пациента.

■ Идея состоит в том, чтобы не закрывать больницы, и рассматривать это как большое достижение. Закрытие больницы не должно быть самоцелью. «Любой дурак может закрыть психиатрическую больницу», – отметил в 1980-е годы старший чиновник здравоохранения Великобритании. Закрытие больницы не должно подчиняться политическим, «неавторитарным» идеологиям или финансовым интересам, которые удовлетворяют менеджеров. Имеет значение только благополучие пациента. Если ка-

чество жизни пациента лучше и степень удовлетворенности выше в больнице по сравнению с обществом, у нас есть этические обязательства позволить нашим пациентам сделать информированный выбор и продолжать лечение в условиях по своему выбору. Психиатрическое сообщество должно набраться мужества, чтобы высказать мнение, основанное на доказательствах, по этому очень важному вопросу. Это правда, что под термином «психиатрическая больница» скрываются некоторые из уродливых форм больниц, но также верно, что под термином «общество» часто скрывается тюрьма или улица.

■ Прежде чем закрывать больницы, совершенно необходимо учредить соответствующие альтернативные возможности в обществе для проживания, реабилитации и, если возможно, трудоустройства. Необходимым условием является непрерывный мониторинг со стороны независимых институтов и готовность (и смелость) корректировать, резко менять или даже обращать вспять план деинституционализации, в соответствии с рекомендациями контролирующего органа.

■ Каждая программа деинституционализации должна иметь диахронический компонент. Неразумно начинать программу реабилитации без гарантированного адекватного и постоянного притока ресурсов для поддержки пациентов в обществе. Каждому решению должно предшествовать тщательное и ответственное планирование, и очень важно осознать, что без последовательной и диахронической поддержки реинституционализация в больнице или, еще хуже, институционализация в обществе ждут своего решения за дверью.

■ Должны быть приняты во внимание культуральные проблемы. То, что подходит пациентам в западных обществах, не всегда хорошо для других пациентов. Такие параметры, как методы, степень и темпы деинституционализации должны рассматриваться в соответствии с культуральным окружением каждого пациента.

■ Необходимо также понимать, что деинституционализация является лишь одним из аспектов психиатрической реформы, принадлежащим третичной профилактике. Тем не менее, первичная профилактика психиатрических расстройств важна в той же степени или даже больше. Жаль, что этот важнейший этап профилактики (самая настоящая профилактика) не учитывается как приоритет, которого заслуживает. К сожалению, не разработаны в необходимом объеме первичная медико-санитарная помощь, генетическое консультирование, профилактика в школе, в семье, на рабочем месте, дородовая и послеродовая помощь, профилактические мероприятия для уязвимых групп, таких, как женщины, пожилые лица и маломужские люди.

● ● ●
Заключая все вышесказанное отметим, что несмотря на то, что тенденция к созданию общественных психиатрических служб сегодня кажется универсальной, тем не менее, прежде чем закрывать психиатрическую больницу, необходимо создать соответствующие альтернативные возможности в обществе...



ДЕТСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

Очередные задачи государственной кадровой политики в области детской психиатрии



Ю.С.ШЕВЧЕНКО, зав. кафедрой детской психиатрии МАПО

Как это не горько звучит, но сегодня количество и качество специалистов, работающих в сфере охраны психического здоровья детей и подростков в целом и в детской психиатрии, в частности, не поддается никакой критике.

(приказ Минздравсоцразвития (МЗСР) РФ от 30 марта 2010 г. № 199н». Наверное, если уж для косметологии нужна сестра-специалист, то для психиатрии детский врач-специалист нужен не меньше. Характерно, что почти каждый новый министр здравоохранения лично соглашался с доводами в пользу восстановления специальности детского психиатра, по их поручению усилиями сотрудников, к примеру, нашей кафедры готовился соответствующий блок документов, но потом это кем-то «спускалось на тормозах».

При этом, если, отсутствуя как специалист, «детский психиатр» официально еще существует как должность, то «детский психотерапевт», «детский медицинский психолог» официально не прописаны ни в перечнях специальностей, ни в списке должностей. Хотя разрабатываемые по распоряжению того же МЗСР РФ «стандарты» подразумевают их участие в лечебно-реабилитационной помощи детям и подросткам. Этикие «поручики Кижэ» от медицины. В Германии, на которую мы часто равняемся, обсуждаемая специальность звучит как «детский психиатр-психотерапевт». Российский же менталитет таков, что об официально отсутствующей специальности не стоит и думать. Как говорится: «Есть человек – есть проблема, нет человека – нет проблемы». Отсюда печальный факт – врачи на местах, годами совмещающие должность общего и детского специалиста, ни разу в жизни не

повышали своей квалификации на профильной кафедре, хотя это никак не нарушило бы их карьерный рост, поскольку официально и детский и взрослый специалист называются «врач-психиатр», безо всяких дополнительных указаний. Специалист, прошедший интернатуру сейчас, уже не может рассчитывать на обучение в клинической ординатуре, что, естественно, не способствует его профессиональному росту (зато экономит средства местных органов здравоохранения). Найти разумный компромисс в создавшейся ситуации не позволяет «порочный круг», заставляющий чиновников жестко и формально придерживаться собственных огрехов в управлении, а порой действовать в противоречие собственным же решениям. Так, почему-то врач-психотерапевт или врач-нарколог уже не могут совмещать должность психиатра, хотя по положению эти специальности могут приобрести только психиатры. Не решив до сих пор вопроса о медицинской психологии, МЗСР РФ распорядилось изъять «медицинскую психологию» из названия кафедр академий усовершенствования врачей, аргументируя это тем, что данная специальность отсутствует в списке медицинских. Следующий шаг – прекращение проведения циклов усовершенствования по медицинской психологии. Порочный круг окончательно замыкается.

Еще две, далеко не последние субъективные проблемы – конкуренция между кафедрами в борьбе за курсанта и повсеместное, на

всех уровнях, пренебрежение чиновников к мнению профессионалов. Как сказал один из наших коллег при обсуждении резолюции научной конференции: «Министерство не любит, когда ему что-то рекомендуют!».

На круглом столе в Государственной Думе, в своем сообщении, посвященном актуальным вопросам подготовки кадров для службы детского психического здоровья, мы обобщили вышесказанное в следующих предложениях к законопроекту «Лечение и реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья».

Минздраву РФ:

■ «узаконить» подготовку кадров, введя в номенклатуры медицинских специальностей и должностей: специальность «детский психиатр»; субспециальности и должности «детский психотерапевт» и «психиатр раннего возраста» (микрорпсихиатр); специальность (субспециальность) и должность «детский клинический (медицинский) психолог».

Центральным и региональным органам здравоохранения:

■ интенсифицировать первичную подготовку психиатров для детско-подростковой службы через существующие формы обучения: четырехмесячная перекалфикация; интернатура по детско-подростковой психиатрии для выпускников медицинских вузов, клиническая 2-3-годичная ординатура по детско-подростковой психиатрии и психотерапии. Перспективно-оптимальной моделью подготовки детского психиатра-психотерапевта считать следующую: интернатура по общей психиатрии (1-й год обучения); ординатура по детско-подростковой психиатрии (2-3-й годы обучения); специализация по детской и семейной психотерапии (4-й год обучения); стационарная и амбулаторная практика с супервизией (5-й год обучения). Подготовка по микрорпсихиатрии, детско-подростковой наркологии, судебной психиатрии, психосоматической медицине и т.п. может потребовать дополнительный год обучения по специальной программе и на соответствующих научно-клинических базах.

Обязать всех врачей-психиатров, работающих по совместительству на ставках детского или подросткового психиатра, в ближайшее время (в рамках очередного планового усовершенствования) пройти стационарный или выездной цикл по детско-подростковой психиатрии на одной из кафедр по переподготовке и повышению квалификации российских медицинских вузов. При этом получение допуска к работе в качестве детского психиатра никак не должно мешать их карьерному росту по основной специальности,

а более того, повышать их профессиональный статус.

Руководителям учреждений последиplomного образования:

■ с целью обеспечения возможности углубленного обучения специалистов не в ущерб их карьерным запросам ввести в соответствующие нормативные документы положение, разрешающее кафедрам последиplomного образования проводить сертификационный экзамен по основной специальности на циклах «тематического» (а не только «общего») усовершенствования. Предусмотреть в перспективных планах подготовки специалистов здравоохранения первичную специализацию, сертификацию и усовершенствование медицинских (клинических) психологов для работы в учреждениях службы психического здоровья детей и подростков.

Кафедрам детско-подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии академий последиplomного образования:

■ расширить практику проведения циклов усовершенствования по общим и специальным вопросам диагностики, лечения и реабилитации детей с нарушениями психического здоровья для смежных специалистов (педиатров, неврологов, логопедов, школьных психологов, социальных педагогов и пр.), в том числе работающих в учреждениях иных (не медицинских) ведомств.

ЦИТАТА

Hans TROEDSSON, бывший директор отдела ВОЗ по охране здоровья детей и подростков:

– В настоящее время признается, что многие психические расстройства, наблюдающиеся у взрослых людей, возникают в детском возрасте. В подростковом возрасте значительно возрастает распространенность многих психиатрических проблем, таких как депрессия и суицидальное поведение. До 20% детей и подростков во всем мире страдают проблемами психического здоровья, приводящими их к инвалидности. Имеющиеся данные указывают на то, что за последние несколько десятилетий общая распространенность психиатрических проблем среди детей не увеличилась. В то же время частота случаев депрессий, по данным самоотчетов, возросла, так же как и частота случаев вновь поставленных диагнозов. Многие психические расстройства носят рецидивирующий или хронический характер...

Первая субъективная проблема, вытекающая из этого факта, заключается в том, что мало кто из руководящих работников отдает себе отчет в опасности такой ситуации для будущего страны. Есть и те, кто намеренно «не замечает» данной проблемы, подменяя заботу о главной цели функционирования системы здравоохранения – укреплении здоровья нации, выполнением административно-бюрократической установки на то, что «медицина должна быть экономной». Так, нередко случаи, когда врачи, приезжающие на оплачиваемые государством циклы повышения квалификации из других регионов в Москву, Санкт-Петербург или Челябинск, на специализированные кафедры детской психиатрии и психотерапии вынуждены делать это за свой счет и во время собственного отпуска, поскольку у администрации лечебного учреждения в котором они работают на их учебу, якобы, нет средств для оплаты проезда и командировочных расходов. Те же врачи, которые учатся по месту жительства, посещают занятия от случая к случаю, поскольку вынуждены продолжать лечебную работу в своих отделениях. Другой пример, в ответ на пожелание, высказанное врачами одной из ведущих детских клиник Москвы, посетить заседания детской секции очередного Съезда Российского общества психиатров, главный врач ответил: «Берите отгул за свой счет...», хотя в этот день можно было бы организовать дежурства по отделениям, а врачей отправить в «местную командировку» или оформить их пребывание на Съезде как «методический день». Создается впечатление, что бюрократам-управленцам грамотные и включенные в профессиональное сообщество специалисты не нужны – дилетантами-одиночками легче управлять.

Вторая субъективная проблема последиplomного образования связана с сохраняющимся в силе нелепым распоряжением Минздрава еще 1995 года, которое отменило специальности детского и подросткового психиатра. Кстати, на Украине данные специальности сохранились со времен СССР. Вместе с тем, благодаря усилиям Т.Б.Дмитриевой была введена специальность «Судебная психиатрия». Получается, что преступники для Минздрава важнее детей и, только попав под суд, ребенок и подросток имеют шанс получить консультацию узкого специалиста. В этом году в номенклатуру специальностей были введены «Реабилитационное сестринское дело», «Сестринское дело в косметологии» и пр.

НАША СПРАВКА

Состояние психического здоровья детей и подростков имеет важнейшее значение для развития любого общества. В России неблагоприятное состояние психического здоровья отмечается у 40-80% школьников (См.: Е.В. Макушкин, Н.В.Вострокнутов, 2009; В.Ф. Шалимов, 2009; Н.К.Сухотина, 2010).

В современных условиях необходимо развитие внебольничных форм психиатрической помощи на основе полипрофессионального взаимодействия специалистов.



«Характер» – термин греческого происхождения, который означает совокупность существенных свойств, особенностей предмета. Это «отпечаток» человека. Зная его, мы можем с определенной долей уверенности предсказывать поведение человека в той или иной ситуации.

Люди отличаются друг от друга индивидуальным своеобразием. Иногда их черты характера чрезмерно усилены, хотя и находятся в границах нормы. Один, например, страшно ревнив, другой – педантичен до мелочности; эта – всегда экзальтирована, а та – боязлива и пессимистична. Такое одностороннее умеренное усиление некоторых черт характера называется его акцентуацией. Акцентуация – это вариант нормы. Но иногда такие отклонения настолько выражены, что люди (носители этих отклонений) и сами страдают от своей аномальности, или же от нее страдают окружающие. Носителей такого характера называют психопатами.

В обыденной жизни слово «психопат» имеет осуждающий, порицательный оттенок. Действительно, некоторые психопаты из-за своей вспыльчивости, неуживчивости, эгоцентризма, непостоянства, сутяжничества вызывают негативное отношение к себе со стороны окружающих. Однако не следует думать, что все психопаты таковы. Один из основоположников учения о психопатиях русский психиатр П.Б.Ганнушкин писал: «В истории общественной жизни, в истории государств, в истории науки, искусства, литературы пограничные типы сыграли громадную роль».

Существует довольно распространенное мнение, что? определяя тип темперамента, мы как бы оцениваем его «сорт»: например, сангвиник – обладатель первосортной нервной системы, а меланхолик – представитель последнего сорта. Такое мнение является далеким от действительности. Ведь самый факт существования этих типов говорит о том, что из всех других возможных они прошли отбор и выдержали испытание эволюцией. То же касается и характеров. Даже некоторые психопатические черты характера при нерезкой выраженности могут стать ценными качествами человека. Психастенические черты характера могут проявиться в виде высокого чувства долга, добросовестности. Легкие истерические черты могут улучшить приспособляемость к внешней среде, не говоря уже о том, что они обогащают некоторые художественные дарования, особенно актерские.

Психопатия не является болезнью. Это склад характера, правда, характера патологического, то есть возникшего в результате врожденной или рано приобретенной биологической неполноценности нервной системы, вызванной наследственными факторами, алкоголизмом родителей («дети субботы» у французских психиатров), родовыми травмами, тяжелыми болезнями раннего детства. Большое влияние на

с чужим мнением, не переносящие критики в свой адрес. Нередко отзывчивые и разносторонние, они производят впечатление блестящих и одаренных, однако слишком поверхностны и легкомысленны. Общительные, что называется «душа общества», они – постоянные распорядители танцев, пикников, инициаторы сомнительных приключений. Они предприимчивы, изворотливы, болтливы. Блестяще, почти с психопатологической достоверностью описан психопат такого рода Н.В.Гоголем в образе Ноздрева.

Неустойчивые. Это люди среды. Слабовольные, внушаемые и податливые, они легко попадают под влияние среды. В дурной компании быстро спиваются, становятся картежниками, мошенниками и пр. В благоприятных социальных условиях они приобретают положительные трудовые установки и внешне не отличаются интересами и поведением от окружающих. Правда, в таких случаях их характеризует капризная неустойчивость настроения, которая может проявляться в быстрой вдохновляемости, сменяющейся ленью, в неаккуратности и неорганизованности. На них нельзя положиться. С ними каши не сварить. Они постоянно требуют наставника, который бы подбадривал и корректировал их поведение.

Эпилептоиды. Названы так потому, что их черты характера схожи с таковыми при эпилепсии. Немецкий классик-психиатр Э.Крепелин писал об эпилептиках как о людях «с Библией в руках и камнем за пазухой», подчеркивая характерное для них сочетание ханжества со злобной мстительностью. Вспомним Смердякова из «Братьев Карамазовых», который «характером был надмен и как будто всех презирал». «В детстве он очень любил вешать кошек и потом хоронит их с церемонией... все это потихоньку, в величайшей тайне. Григорий поймал его однажды за этим занятием и больно наказал розгой. Тот ушел в угол и косился оттуда с неделю».

Эпилептоидные психопаты деспотичны, капризны, властны, взрывчаты, эгоцентричны. Во всем винят окружающих. Близкие нередко говорят о них: «вредный», «мелочный», «злой», «из-за пустяка разойдетесь, дерется, ругается, несколько часов не успокоится». Они капризны, требуют, чтобы близкие нянчились с ними. «Со звериной силой» наказывают за тройки детей, за неряшливость – жен. Угрюмые, черствые, мстительные, трусливые, лицемерные, угодливые, упрямые, властолюбивые. Из-за корысти они могут заискивать перед сильным, а перед слабым становятся тиранами. Им свойственен педантизм, скопидомство, чистоплотность.

Шизоиды. Термин введен в психиатрию Э.Крепмером, который сделал прекрасные описания этих психопатов. Они отличаются эмоциональной парадоксальностью. То есть, сочетанием повышенной чувствительности и эмоциональной холодности с одновременной отчужденностью (сочетание «дерева и стекла»). Об этой особенности своего характера А.Стринберг писал: «Я тверд, как лед, и однако полон чувств до сентиментальности». Они способны тонко чувствовать и эмоционально реагировать на воображаемые образы. Пафос и готовность к самопожертвованию ради торжества отвлеченных идей сочетаются у них с полной невозможностью понять и откликнуться на горе и радость близких людей. Они замкнуты, скрытны, отрешены от действительности. «Многие шизоидные люди, –

на грубость и нетактичность окружающих, терпящая, когда на них повышаются голоса, сваливает их с ног. Смирные, тихие, они не выносят споров, болезненно реагируют на чуждые взгляды, жесткие режущие замечания, раздражаются. Они лишены естественной боязливости, падают в обморок при виде крови. Малодушны, уязвимы, легко поддаются самолюбивым. Малодушны, уязвимы, легко поддаются самолюбивым. Малодушны, уязвимы, легко поддаются самолюбивым. Малодушны, уязвимы, легко поддаются самолюбивым.

Астенические психопаты, в отличие от возбудимых, от особенностей своего характера страдают прежде всего сами. Это мимозоподобные натурны, чрезмерно чувствительные, уязвимые, самолюбивые. Малодушны, уязвимы, легко поддаются самолюбивым. Малодушны, уязвимы, легко поддаются самолюбивым. Малодушны, уязвимы, легко поддаются самолюбивым.

Возбудимые (взрывчатые) психопаты характеризуются вспыльчивостью, недержанностью. Предобавительные к другим людям, они не терпят критических замечаний, раскаты в свой адрес. Малейшему поводу у них может возникнуть агрессивная реакция: ослепительная злость, они кричат, окружающие жалятся, осыпая их оскорблениями, швыряют предметы, в истеричеки начинают саркастично, с пафосом, разговаривают, в своем поведении и в отношении к другим, в частности, к родителям, к детям, к друзьям, к близким, к коллегам, к соседу.

Обратимся к конкретным формам психопатии. Среди некоторых психопатов существуют мнение, что каждая психопатия «психопатическая» по своему: сколько существует психопатий, столько и психопатий. Однако это типичное проявление психопатии. У конкретного человека они проявляются по-разному. Принимая во внимание то, что психопатия – это типичное проявление психопатии. У конкретного человека они проявляются по-разному. Принимая во внимание то, что психопатия – это типичное проявление психопатии. У конкретного человека они проявляются по-разному.

Империцизм – обычное явление психопатии, беззаботность и веселые люди. Это люди, не терпящие стеснения своей свободы, не считающиеся с чужим мнением, не переносящие критики в свой адрес. Нередко отзывчивые и разносторонние, они производят впечатление блестящих и одаренных, однако слишком поверхностны и легкомысленны. Общительные, что называется «душа общества», они – постоянные распорядители танцев, пикников, инициаторы сомнительных приключений. Они предприимчивы, изворотливы, болтливы. Блестяще, почти с психопатологической достоверностью описан психопат такого рода Н.В.Гоголем в образе Ноздрева.

«Однако за этой угрюмостью обаятельно тешится бодрящая добота, в тесноте и одиночестве, в величайшей тайне. Григорий поймал его однажды за этим занятием и больно наказал розгой. Тот ушел в угол и косился оттуда с неделей».

Империцизм (конституционально-депрессивный). Это природолюбивые психопаты, часто выражают симпатии к окружающим. Это люди, не терпящие стеснения своей свободы, не считающиеся с чужим мнением, не переносящие критики в свой адрес. Нередко отзывчивые и разносторонние, они производят впечатление блестящих и одаренных, однако слишком поверхностны и легкомысленны. Общительные, что называется «душа общества», они – постоянные распорядители танцев, пикников, инициаторы сомнительных приключений. Они предприимчивы, изворотливы, болтливы. Блестяще, почти с психопатологической достоверностью описан психопат такого рода Н.В.Гоголем в образе Ноздрева.

Паразитоиды. Эти люди выделяют свою склонность к сверхценным образам, «первое любовника» при действительном снижении потенции. Это люди, не терпящие стеснения своей свободы, не считающиеся с чужим мнением, не переносящие критики в свой адрес. Нередко отзывчивые и разносторонние, они производят впечатление блестящих и одаренных, однако слишком поверхностны и легкомысленны. Общительные, что называется «душа общества», они – постоянные распорядители танцев, пикников, инициаторы сомнительных приключений. Они предприимчивы, изворотливы, болтливы. Блестяще, почти с психопатологической достоверностью описан психопат такого рода Н.В.Гоголем в образе Ноздрева.

Паразитоиды. Эти люди выделяют свою склонность к сверхценным образам, «первое любовника» при действительном снижении потенции. Это люди, не терпящие стеснения своей свободы, не считающиеся с чужим мнением, не переносящие критики в свой адрес. Нередко отзывчивые и разносторонние, они производят впечатление блестящих и одаренных, однако слишком поверхностны и легкомысленны. Общительные, что называется «душа общества», они – постоянные распорядители танцев, пикников, инициаторы сомнительных приключений. Они предприимчивы, изворотливы, болтливы. Блестяще, почти с психопатологической достоверностью описан психопат такого рода Н.В.Гоголем в образе Ноздрева.

ЗАНИМАТЕЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Грифонаж, или приключения нашего подсознания

Все люди рисуют... Одни делают это талантливо и с удовольствием, посвящая любимому занятию массу времени, другие терпеть не могут «все эти искусства», но, так или иначе, «бессознательные» рисунки сопровождают нас всю жизнь. В любом возрасте рисунок – это тот мир, в котором человек пытается быть самим собой. Задумавшись под мерный плеск волн, мы рисуем галочки и кружочки веткой на песке. Черкаем в блокноте во время нудного совещания или болтая по телефону, выводим человечков и вензеля на полях конспекта – обычное явление, ни у кого не вызывающее удивления. Люди выплескивают этот продукт подсознания машинально, не задумываясь о его значении.

Психологи, изучая феномен грифонажа, обнаружили целый ряд закономерностей, связывающих грифонаж с чертами личности его автора. Например, Пушкин любил рисовать на полях лица и фигурки людей, а это явный признак общительности и жизненной легкости, повышенной коммуникативности и динамизма. Такие люди смотрят на жизнь просто, но в то же время им свойственна немалая жизненная мудрость. Разве это не совпадает с особенностями характера поэта, о которых мы знаем по воспоминаниям его современников? Джон Кеннеди неизменно чертил на клочках бумаги остроколючие парусные лодки, что, по мнению специалистов, указывает на большую энергию, настойчивость и немалую сексуальную силу. И действительно: президент США слыл известным ловеласом. Борис Ельцин, говорят, при разговоре с подчиненными рисовал прямые пересекающиеся линии, что характеризует его как человека прямолинейного и упрямого, вызывающего раздражение окружающих и конфликтующего не только с другими, но и с самим собой.

По наблюдению психологов, мужчины больше склонны рисовать геометрические фигуры, а женщины – людей и лица.

Объемные фигуры, например, говорят о том, что их автор – личность многогранная, способная принимать нетрадиционные решения и совершать непредсказуемые поступки.

Квадратные формы любят изображать люди консервативные, обожающие порядок во всем. Таких людей практически невозможно сбить с толку и в чем-либо переубедить.

Треугольники обычно рисуют те, кого принято называть лидерами, а также «правдоискателями» (люди, не умеющие «сглаживать» острые углы в отношениях).

Окружности выводят люди эгоцентричные и самодостаточные; такие люди обычно являются хорошими семьянинами, но имеют довольно мало друзей.

Замысловатый орнамент выдает человека неорганизованно-го, который, увлекшись внешней

стороной дела, часто забывает, ради чего он все затеял.



Большие рисунки – во всю страницу – признак откровенности, доверчивости; маленькие – наоборот, говорят о застенчивости, сосредоточенности на себе. Нарисованные звезды означают страстное желание получить то, чего человек лишен.

Активная сексуальная позиция обычно проявляется в изображении змей, свечей или метаний стрелы в цель. А теперь поговорим об этом более подробно...



СТРЕЛЫ И МОЛНИИ. Выражают гнев или агрессивную реакцию на какое-то препятствие, которое человек не в состоянии в данный момент преодолеть. Это самый простой для рисования символ, так же как и подчеркивание слов. Они чаще всего обозначают связи. У человека в жизни что-то «не стыкуется», не складывается, он не может разобраться в отношениях с другими людьми или сам в себе и при помощи стрелочек пытается воссоединить разрозненное и задать жизни определенное направление.

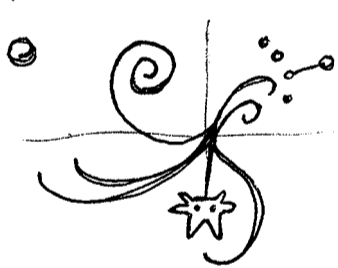


ЦВЕТЫ И ВИНОГРАДНЫЕ ЛОЗЫ могут означать мысли о долгах. Лампочка или солнце – чувство тепла и света.

БУКВЫ И ЦИФРЫ. Это почти всегда попытка придать большую значимость разговору или человеку, чье имя или телефон они записывают (возможно, отношения с этим человеком кажутся слишком обыденными, шаблонными). Может быть, автор хотел бы нарисовать самого человека, но он стесняется, считая, что не обладает достаточными способностями.

ЛИЧНАЯ ПОДПИСЬ. Люди часто расписываются автоматически, это нормально. Что может быть привычнее собственной росписи? И раз за разом оставляя на листе свой вензель, вы тем самым как бы утверждаете – «Все идет своим чередом, все – нормально, все – в полном порядке, все – как всегда!».

СЛОВО В РАМКЕ. Если вы часто обводите слова таким образом, что у вас получается что-то типа транспаранта или «запретительной» таблички на столбе, то знайте: вы чего-то страшно хотите, но думаете, что вам этого нельзя. Этот мотив в рисунках часто присутствует у безответно влюбленных людей, а также у тех, кто по какой-либо причине вынужден отказываться от секса.



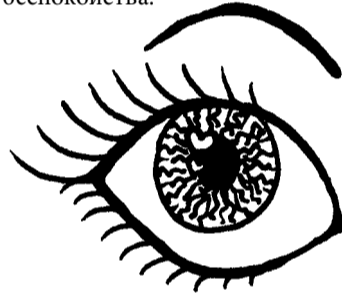
СПИРАЛИ, КРУГИ, ВОЛНИСТЫЕ ЛИНИИ. Чужие проблемы не слишком вас заботят или даже мешают. Если вы вынуждены заниматься чужими делами, то пытаетесь покончить с ними как можно скорее, потому что все ваше внимание в настоящий момент сосредоточено на собственной персоне. Возможно, вы переживаете легкий кризис.



ЗВЕЗДЫ. Если вы рисуете звездочки, то хотите оказаться в центре внимания, для вас важно быть ярким и всегда замеченным. Это показатель оптимистической натуры. Даже перед лицом трудностей такой человек не сразу опустит руки. Но если у вашей звезды слишком много лучиков

или вы изображаете их отдельно от нее, то это может свидетельствовать о депрессивных переживаниях.

ЦВЕТОЧКИ, СОЛНЦЕ, ГИРЛЯНДЫ. Вы – натура ранимая, обладающая огромным воображением. Но на душе у вас вовсе не так весело, как это может показаться. Скорее наоборот. Вы больше всего мечтаете о дружбе и нежности, а мысли, которые вертятся в голове, невольно переносятся на бумагу: «Обратите на меня внимание!» Поспешите навестить хороших друзей или по крайней мере постарайтесь в ближайшее время находиться среди людей. Те мелочи жизни, мимо которых другие люди пройдут, не обратив на них особенного внимания, могут стать причиной ваших огорчений, волнений или беспокойства.



ГЛАЗ. Самая распространенная часть лица, появляющаяся в автоматических рисунках, – это глаз. Глаз вообще давно известный символ (так называемый архетип), и означает он почти всегда одно и то же. Стоит вспомнить Недреманное Око Толкиена или Филипа Дика («Око небесное»). Глаз – это параноический образ контроля. Человек, рисующий глаз, чувствует, что он несамостоятелен, на него постоянно кто-то давит, он не может принимать важные решения.

СЕТКИ. Вы чувствуете, что попали в рискованное или же неловкое положение. Каждая решительная, жирная линия – это атака, которую вы не решаетесь предпринять. Если под конец вы обведете свой рисунок – это значит, что с проблемой покончено по крайней мере внешне. Вы чаще всего склонны проглатывать обиду и раздражение. А это таит в себе опасность: у вас в душе накапливается разочарование, и вы чувствуете себя все более несчастным. Вам не хватает решимости заявить о себе.



ПЕРЕПЛЕТЕНИЕ СЕРДЕЦ. Вы переполнены чувствами. Хочется расцеловать весь мир. Не надо держаться так холодно и скрывать свои чувства. Выскажите их! Если поля изрисованы

Грифонаж (франц. griffonage, буквально – маранье, каракули, от griffonner – писать каракулями, рисовать на скорую руку), ряд беглых набросков, как правило, импровизационного характера. Существует грифонаж с различной степенью законченности отдельных изображений. Термин «грифонаж» обычно употребляется применительно к произведениям графики. Наиболее распространен грифонаж пером, а также в офорте. Грифонаж нередко встречается на полях рукописей даже известных людей (например, у Леонардо да Винчи, А.С.Пушкина).

сердечками, это говорит о романтической и сентиментальной натуре автора.

КРЕСТЫ. Женщины обычно придают им вид украшений, у мужчин они более строгих очертаний. Но в обоих случаях они выражают чувство вины, возникшее, скорее всего, в ходе телефонного разговора. Что-то вас тяготит: или вы себя укоряете сами, или вас упрекнул собеседник. Надо непременно обсудить причину. Правда, не обязательно сию же минуту. В противном случае вам предстоит еще долго мучиться.

ЧЕЛОВЕЧКИ. Это изображение – признак беспомощности или желания уклониться от какой-то обязанности. Люди обычно рисуют человечков в момент, когда им следовало бы сказать решительное «нет», но они не могут заставить себя произнести это слово. Так что человечка надо воспринимать как предупреждение и сказать себе: «Не сдавайся! Откажись, иначе потом будешь сокрушаться из-за собственной слабости!»

ПЧЕЛИНЫЕ СОТЫ. Такой рисунок говорит о стремлении к спокойствию, к гармонии, к упорядоченной жизни. Также он может означать и желание создать семейное гнездо.

ШАХМАТНЫЕ ПОЛЯ. По видимому, вы оказались в весьма неприятном или по крайней мере затруднительном положении. Вы мечтаете о ясном и надежном пути, который выведет вас из него. В данный момент не следует что-либо скрывать или замалчивать. Если такие изображения появляются часто, то вы, вероятнее всего, страдаете от скрытых комплексов.

ПЕРЕПЛЕТЕНИЕ КРУГОВ. Вам кажется, что вы находитесь вне каких-то важных событий, вам хочется в чем-то поучаствовать, присоединиться к какой-то общности. А вот переплетение сердец означает, что вы переполнены чувствами и готовы дарить любовь и тепло всему миру. Не сдерживайте себя, и окружающие ответят вам взаимностью.

ДОМИКИ. Изображение домика или домашней мебели раскрывает любовь к теплой домашней атмосфере. Такие рисунки встречаются у одиноких женщин или холостяков. Эти рисунки показывают стремление обрести домашний уют и семейное тепло. Домики говорят об уверенности в себе. Лестница может означать напряжение и неуверенность.

Размашистые рисунки говорят о свободе мысли, а «скромные» наброски – о целеустремленности.



ФЕНИКС
лечебно-реабилитационный
центр



**ПРИГЛАШАЕМ
АВТОРОВ
К СОТРУДНИЧЕСТВУ!**

Молодые ученые, желающие заявить о себе и своей работе, а также все те, кто считает психиатрию (теоретическую и практическую), психологию и психотерапию областью своих научных интересов! Ждем ваши письма!



ТВОРЧЕСТВО
ПАЦИЕНТОВ

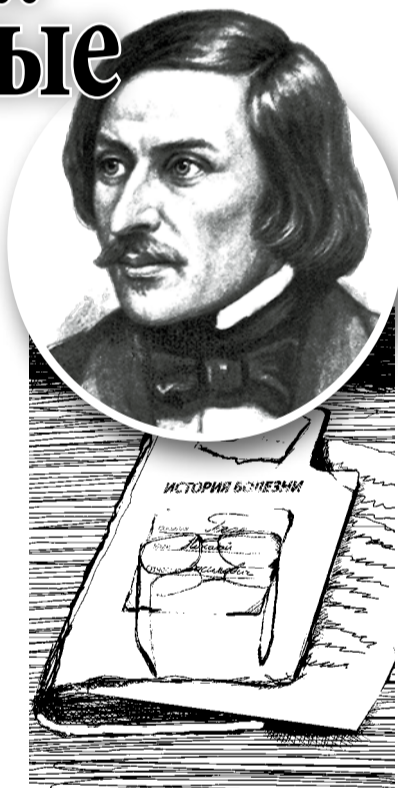


ТРИПТИХ. Выполнено в технике карандашной графики. Диагноз автора – шизофрения.

ЛИЧНОСТЬ В ЗЕРКАЛЕ ПСИХИАТРИИ

Смех
сквозь...
незримые
слезы

Этой публикацией мы завершаем цикл эссе Владимир Скавыша, посвященный патографии психического расстройства Н.В.Гоголя. Начало исследования – в №№ 6-7 (2010) и №1 (2011).



Свидетельства современников Николая Васильевича Гоголя и, не в последнюю очередь, медиков, наблюдавших писателя в последний период его жизни, имеют особую ценность для нашего исследования.

Степень тяжести состояния Гоголя можно хорошо понять из показаний фельдшера А.В.Зайцева (рукопись этих показаний хранится в Рукописном фонде Литературного музея г.Москвы: «В 1852 году судьба забросила меня в Москву с больной госпожой моей Е.А.Беляковой, отправленной из Симбирска, после двухлетнего лечения нашими симбирскими знаменитостями, в Первопрестольную. Иноземцев, тогдашнее медицинское светило первой величины, осмотрев больную и пожалв плечами, сказал (конечно, не при больной), что лечить уже поздно, что больная безнадежна и что здесь медицина бессильна, и отказался от лечения. Но в Москве нашлись тогда еще знаменитости, – это были Овер и Клименков, они начали лечение; Овер и Клименков ездили к больной каждый день, ну, словом, они «старались». Больную я привез в Москву в январе, а в конце августа Овер и Клименков посоветовали ей ехать в деревню лечиться сельским воздухом, и я увез из Москвы полуживой скелет, с пустой шкатулкой... больная вскоре отправилась к праотцам. В один из визитов врачи нашли нужным

припускать больной к известному месту пиявки; это было возложено на меня как на фельдшера, что я и выполнил в присутствии врачей.

Благодаря, быть может, этой случайности, я имел возможность видеть дней за пять до смерти нашего великого писателя Гоголя; случилось это по следующим обстоятельствам. Понравилась ли мои манипуляции с пиявками около больной моей, или судьбе было угодно, чтобы я увидел Николая Васильевича, – только на другой день, после обычного визита к больной, Овер просил ее, чтобы она позволила мне ехать к одному больному, которому врачи нашли также нужным припустить пиявки. По получении разрешения я отправился на Са-

довую, в дом графини Толстой, где в то время жил Гоголь.

Когда я явился к больному, – Овер и Клименков были уже там, и мы начали свои «истязания». Как ни сопротивлялся, как ни молил, чуть не со слезами, Гоголь врачей, чтобы они оставили его в покое, но все было напрасно: медиксы и не думали отступать, а делали свое. Когда я припускал к носу Гоголя пиявки, больной стонал, даже кричал, но Овер и Клименков держали его за руки во все время, пока пиявки высасывали кровь, словом, «мы усердствовали» (да простит мне тень великого Гоголя! Я не повинен был в крови этого праведника!). Когда «истязания» окончились, – врачи уехали, я же оставался при больном до прекращения кровотечения. Спустя некоторое время больной успокоился и спросил меня: кто я? Я в коротких словах передал ему свою незатейливую автобиографию. Будучи им обласкан, я осмелился сказать ему, что читал некоторые из его сочинений и что вообще люблю почитать и даже пробую писать, конечно, для себя, и что у меня написано маленькое стихотворение на смерть моей давно умершей матери. Гоголь просил, чтобы я прочел его и сделал некоторые поправки. Вот эти четыре строки:

*А этой скорби будет много
В печальной жизни сироты,
Но будет мать молить у Бога,
Чтоб нес с терпением ее ты...*

Подчеркнув кое-что карандашом, Николай Васильевич со слезами в голосе сказал: «Да, скорби будет очень много»; затем, посмотрев на меня долгим, испытующим взглядом, в глазах его стояли слезы, он тихо промолвил: «Читай, друг мой». Николай Васильевич подарил мне томик своих сочинений, в котором были две повести: «Портрет» и «Невский проспект», и, взявши со стола ермолку, шитую серебряными нитями по голубой шелковой материи, подал ее мне со сло-

вами: «Возьми это на память обо мне», тихо-тихо сказал «прощай» и повернулся к стене лицом; я заметил, что Гоголь плакал. Я вышел от него тоже с глазами, полными слез... На четвертый день я услышал, что Гоголь умер... Ермолку эту я храню, как святыню, а книга, подаренная им, погибла во время пожара. На следующий затем день, во время обычного визита, Овер рассказывал при мне больной моей, как они с Клименковым измучились с этим больным Гоголем:

– О! Это сумасшедший какой-то! И этого человека считают многие талантом, а сочинения его превозносят чуть не до небес, в особенности эти его «Умирующие души», – со смехом в голосе сказал Овер.

– «Мертвые души» написал Гоголь, – с затаенной злобой в душе осмелился возразить я Оверу.

– Но это все равно, «умирающий или мертвый души», – с иронией сказал эскулап.

Считаю не лишним передать здесь виденный мною факт, которого я был невольным свидетелем. После одного визита к моей больной Овер, проходя со мной по анфиладе комнат, делал мне некоторые наставления относительно больной, и когда мы дошли до передней, доктор, развернув зажатый в правой руке гонорар, вдруг остановился с нахмуренным челом и приказал лакею подать ему стакан воды; лакей подал на подносе требуемое. Овер взял стакан и, сделавши два глотка, бросил на поднос бумажку с заметным неудовольствием, сказав ему: «Это тебе за холодный вода». Лакей подал ему дорогой елот, доктор вышел на крыльцо в сопровождении, сел на пару сытых рысаков, запряженных в дышло, лакей застегнул богатую медвежьей полостью саней, и лошади быстро умчали его от подъезда... Я передал, конечно, виденное мною в лакейской. Выяснилось, что по ошибке доктору вместо пятидесяти рублей за визит дали только десять рублей. Больная после того, как узнала, что произошло, страшно перепугалась, боясь, как бы врачи не прекратили своих визитов к ней, и в тот же день я ехал к Оверу с пакетом, в котором вез ему пятьдесят рублей. Недаром говорят, что Москва деньгу любит...

«Как сладко умирать!»
Как шепчет праведник: «Пора!» –
Своей душе, прощаясь тихо,
Пока царит вокруг овра
Печальная неразбериха,
Вот так безропотно сейчас
Простимся в тишине – пора нам!
Коцунством было б напоказ
Святыню выставлять профанам...
«Жизненный путь самого сэра Донна,
если не житие, то повесть
о покаявшемся грешнике, сменившем эле-
гии, сонеты, сатиры на проповеди в
Лондонском соборе апостола Павла»

Искусство помогает выжить в мире, где властвует зло, а добро гонимо. На наш взгляд, все недуги Гоголя вызваны телесными (соматическими) причинами: малярия, гастроэнтерит (брюшной тиф). Реакция личности – смирение, несение креста, терпение, а творчество – это «смех сквозь слезы». На искусство Гоголь смотрел как на подготовительный урок понимания Евангелия. В письме к отцу Матфею от 9 мая 1847 года он писал: «Мне кажется, что, если кто-нибудь только помыслит о том, чтобы сделаться лучшим, то он уже непременно потом встретится со Христом, увидевши ясно, как день, что без Христа нельзя сделаться лучшим, и, бросивши мою книгу, возьмет в руки Евангелие» (XIII, С. 303). Это – итог, к которому он пришел в ходе раздумий над своими сочинениями.

Зимой 1852 года Гоголь посещал храм, исповедовался, приобщался Святых Даров, соборовался, беседовал с друзьями, умер в духовном просветлении. О чем говорит предсмертный автограф: «Друзьям моим. Благодарю вас много, друзья мои. Вами украсилась много жизнь моя. Считаю долгом сказать вам теперь напутственное слово. Не смущайтесь никакими событиями, какие ни случаются вокруг вас. Делайте каждый свое дело, молясь в тишине. Общество тогда только поправится, когда всякий частный человек займется собою и будет жить как христианин, служа Богу теми орудиями, какие ему даны, и стараясь иметь доброе влияние на небольшой круг людей, его окружающих. Все придет тогда в порядок, сами собой установятся тогда правильные отношения между людьми, определяются пределы законные всему. И человечество двинется вперед... Будьте не мертвые, а живые души. Нет другой двери, кроме указанной Иисусом Христом, и всяк прелазый иначе есть тать и разбойник...».

Медицинская информационно-аналитическая газета, №2 (9) 2011
Св-во ПИ №ГУ61-00385 от 15.08.2010, выдано
Управлением Роскомнадзора по Ростовской области

**Новая
Психиатрия**

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 – 28.02.2011 в 10.00,
фактически – 28.02.2011 в 10.00.