

Особенная
клиника, в которой
работают
особенные люди

Известия
Российского
общества
психиатров

Нейро-
кибернетика:
40 лет во славу
русской науки

Сезонное
аффективное
расстройство



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

АНОНС

15-17 июня 2011 года
в Ростове-на-Дону

состоится
научно-практическая
конференция
с международным участием
под названием

**ПСИХИАТРИЯ:
БЫТЬ
ИЛИ НЕ БЫТЬ?!**

ПОЗДРАВЛЯЕМ
ИМЕНИННИКОВ
В АПРЕЛЕ!

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

поздравляют
с Днем рождения

**Инну Борисовну
БУХАНОВСКУЮ,
Анну Вячеславовну
ЦАПКИНУ,
Мадину Шамсудиновну
МОГУШКОВУ,
Александра Николаевича
СТРЮКОВА,
Оксану Владимировну
МЕЛЬНИКОВУ**

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

№ 4^{QD}/2011
апрель

Новая

ПСИХИАТРИЯ

БЕЗНАДЕЖНЫХ БОЛЬНЫХ НЕ СУЩЕСТВУЕТ!

ОСТРЫЙ ВОПРОС

Пьянство – беда России! Есть ли выход?

ГОФМАН А.Г., КОЖИНОВА Т.А., ЯШКИНА И.В.

Общепризнано, что в течение года преждевременно умирают в результате злоупотребления алкоголем (заболеваний внутренних органов и нервной системы, травм, суицидов, отравления алкоголем) сотни тысяч людей. Огромное количество преступлений совершается в связи с пьянством и в состоянии алкогольного опьянения. Сверхсмертность населения России (особенно среди мужчин) связывается именно с алкоголизмом. Колоссальный ущерб злоупотребление алкоголем наносит экономике, психическому и физическому здоровью подрастающего поколения. Никто никогда не опровергал эти печальные данные. Возникает вопрос, что же можно сделать в создавшейся ситуации, чтобы коренным образом изменить существующее положение.

В последнее время общественными и государственными организациями высказывается обоснованная озабоченность по поводу урона, который несет страна в связи с чрезвычайно высоким уровнем потребления алкоголя и последствиями массового злоупотребления спиртными напитками. Действительно, только по официальным данным, количество лиц, страдающих алкоголизмом и алкогольными психозами, в России приближается к 2% населения, а, по экспертным оценкам, примерно 6% населения обнаруживают признаки зависимости от алкоголя. На некоторых территориях (Мурманская, Магаданская области) количество зарегистрированных больных алкоголизмом уже превышает 5% населения. Видимо, в этих регионах истинная распространенность алкоголизма может быть втрое (!) выше (до 15% населения).

Есть два пути решения проблемы.

Первый состоит в том, чтобы контролировать качество продаваемых спиртных напитков, ограничивать их доступность для лиц, не достигших совершенно-

летия, ограничивать время продажи алкогольных напитков и места их потребления, применять административные санкции в необходимых случаях. Целесообразно запретить любой вид рекламы алкогольной продукции и энергетических напитков в средствах массовой информации и, в первую очередь, на телевидении, постоянно пропагандировать здоровый образ жизни. Может быть, необходимо создать профессиональную, с учетом современных требований дизайна, рекламу, наглядно показывающую негативные последствия алкоголизма и наркомании для здоровья самих зависимых и здоровья будущих поколений. Разумность этих мероприятий бесспорна, но могут ли они существенно изменить сложившееся положение вещей? Весь опыт СССР до 1985 года говорит о том, что эти мероприятия не могут препятствовать формированию зависимости от алкоголя в широких масштабах. Надежда на эффективность антиалкогольной

пропаганды и ограничение времени продажи спиртных напитков, как и сходные мероприятия, игнорируют тот факт, что этиловый алкоголь – психоактивное вещество, вызывающее патологическое пристрастие (зависимость) при более или менее длительном злоупотреблении им.

В СССР все так называемые профилактические антиалкогольные мероприятия проводились регулярно и достаточно интенсивно, но положение из года в год неизменно ухудшалось. Только со второй половины 1985 г. после известных постановлений об ограничении производства алкогольных напитков и их продажи населению ситуация начала существенно меняться. За несколько лет удалось предотвратить преждевременную смерть миллиона человек, в несколько раз уменьшить число ежегодно возникающих алкогольных психозов и самоубийств. Впервые за много лет число родившихся стало превышать число умерших. Как только по экономическим соображениям было отменено ограничение продажи спиртных напитков, ситуация резко ухудшилась, о чем свидетельствуют показатели 1993-1994 гг.

Второй путь – принципиально иной. Стратегическая линия должна предусматривать резкое ограничение продажи спиртных напитков. Все остальное, включая антиалкогольную пропаганду и поощрение здорового образа жизни, конечно, не отвергается, но рассматривается в качестве дополнительных мероприятий.

(Окончание на стр. 2)

ФОРУМЫ, КОНФЕРЕНЦИИ

14-17 апреля 2011 г. в г. Ереван состоится Региональный Конгресс Всемирной Психиатрической Ассоциации

Представительство Всемирной Психиатрической Ассоциации в Восточной Европе (ВПА, www.wpanet.org) приглашает принять участие в Региональном Конгрессе ВПА, который состоится с 14 по 17 апреля 2011 г. в г. Ереване (Армения).

Конгресс предоставляет прекрасную возможность для ученых и специалистов обменяться опытом, пообщаться и ознакомиться с новейшими достижениями в области психиатрии.

Президент Конгресса – президент ВПА, проф. Марио Мэй.

Локальные организаторы – Армянская психиатрическая ассоциация и Армянская медицин-

ская ассоциация. В работе Конгресса примут участие все члены Исполнительного комитета ВПА. С лекциями выступят Mario Maj (Италия), Pedro Ruiz (США), Hagop Akiskal (США), Norman Sartorius (Швейцария), Ahmed Okasha (Египет), Hans-Jürgen Möller (Германия) и др.

Членами оргкомитета Конгресса являются Н.Г. Незнанов, Ю.С. Савенко, В.Н. Краснов, А.О. Бухановский и др.

Более подробную информацию можно получить, обратившись в ЛРНЦ «Феникс» (г. Ростов-на-Дону) или в редакцию газеты «Новая психиатрия», по телефонам и адресу электронной почты, указанным в выходных данных «НП».

То, что удалось сделать в 1980-х годах, подтверждает опыт антиалкогольных мероприятий в России в начале двадцатого века. После резкого ограничения продажи спиртных напитков, начиная с 1913 г., сразу уменьшилось число алкогольных психозов, повысилась эффективность труда на производстве. Даже после разрешения продажи крепких спиртных напитков в 1925 г. уровень потребления алкоголя в СССР на протяжении многих лет оставался очень невысоким. Так, в 1940 г. годовое душевое потребление абсолютного алкоголя не превышало 2 л (в настоящее время фигурирует цифра в 18 л абсолютного алкоголя на душу населения).

Должна быть сформулирована цель всех мероприятий. Разумно считать, что возвращение к нормам потребления алкоголя перед началом Великой Отечественной войны (то есть к 2 л абсолютного алкоголя на душу населения в год), вполне достижимо на протяжении ряда лет. Начать можно с такого уровня продажи алкоголя, который существует в ряде стран, где не отмечается сверхсмертности от алкоголизма. Эта цифра, рассматриваемая ВОЗ как предельная, составляет 8 литров абсолютного алкоголя на душу населения (или 19,2 литра 40-градусной водки). Затем следует каждый год уменьшать эту дозу до достижения 2 л абсолютного алкоголя. Длительность периода ежегодного снижения уровня продажи алкоголя может составить 8-10 лет. При уровне потребления алкоголя в 2 л в год, все взрослое население будет иметь возможность употреблять ограниченное количество спиртного в дни рождения и в праздничные дни. Исчезнет возможность пить после окончания рабочего дня, в субботу и в воскресенье, при любой встрече со знакомыми и друзьями. Да и на свадьбах и новосельях будет употребляться ограниченное количество спиртного.

В таких условиях постепенно будет формироваться здоровый образ жизни, когда реальные достижения не будут подменяться их иллюзорным воплощением, что происходит в состоянии опьянения.

Конечно, такой подход предусматривает введение государственной монополии на производство и продажу спиртных напитков, а также строгие меры по наказанию за самогонварение и продажу незаконно изготовленного алкоголя населению. В принципе, к самогонварению надо будет относиться примерно так, как к изготовлению наркотиков, их продаже и распространению. Переход к ограничению продажи спиртных напитков целесообразнее всего осуществить с помощью талонной системы, когда каждый взрослый получит возможность приобрести в течение года определенное количество крепких или эквивалентное количество не очень крепких спиртных напитков. Все отрицательные последствия талонной системы (спекуляция талонами, их подделка, употребление суррогатов алкоголя) не идут ни в



ОСТРЫЙ ВОПРОС

Пьянство – беда России! Есть ли выход?

какое сравнение с положительным эффектом от ограничения продажи спиртных напитков. Таким опытом располагает ряд зарубежных стран. Например, опыт Скандинавии, с учетом российской действительности, вполне можно использовать в России.

В условиях ограничения продажи спиртных напитков начнут решаться многие трудные проблемы. Прежде всего уменьшится смертность, но, кроме того, удастся предотвратить рождение детей с ограниченными умственными способностями, резко уменьшится число сирот и людей без определенного места жительства, резко снизится уровень правонарушений.

Пока остается только надеяться на возможность такого развития событий.

Что же мешает в настоящее время нормальной работе наркологической службы? Как показывают статистические данные, внебольничная наркологическая служба сталкивается с большими трудностями по привлечению больных к лечению. Это происходит, в основном, потому, что больные алкоголизмом избегают обращаться в наркологические диспансеры и кабинеты. Как только регистрируется заболевание, вступают в действие всеческие ограничения на профессиональную деятельность. Если эти ограничения сохраняются в полном объеме, то регистрация больных алкоголизмом (взятие на учет) будет в значительной мере происходить за счет тех, кто перенес алкогольный психоз и был в связи с психозом вынужденно госпитализирован.

Сейчас возникло парадоксальное явление: количество врачей-психиатров-наркологов не уменьшается, а частота их встреч с больными (количество посещений) явно недостаточна. Вряд ли можно считать нормальным, что врач психиатр-нарколог всего лишь 2,5 раза в году видит на приеме своего больного. Это совершенно недостаточно для организации амбулаторного лечения, в основе которого лежит психотерапия и проведение реабилитационных мероприятий.

Большим изъяном современной системы оказания помощи является отсутствие возможности проводить принудительное лечение (недобровольное лечение) больных алкоголизмом и наркоманиями. Конечно, основная масса больных должна лечиться добровольно, но существуют больные, которых в силу глубоких личностных изменений, отсутствия критики к заболеванию и интеллектуального снижения, можно лечить только на недобровольных началах. Именно эти больные пополняют



К СВЕДЕНИЮ...

В соответствии с постановлением Совета Министров СССР от 16 мая 1972 г. при заболеваниях или действий, связанных с опьянением, больничные листки при амбулаторном и стационарном лечении не оформлялись и пособие по временной нетрудоспособности не выплачивалось. В соответствии со ст. 34 Основ уголовного законодательства Союза ССР и союзных республик совершение преступления в состоянии опьянения является отягчающим обстоятельством. По решению суда лицо, которое вследствие злоупотребления спиртными напитками ставило свою семью в тяжелое материальное положение, могло быть ограничено в дееспособности и над ним устанавливалось попечительство...

главе которых стоит врач, а основная направленность работы – проведение реабилитационных мероприятий. Необходимо использовать положительный опыт работы советских лечебно-трудовых профилакториев и отбросить отрицательный опыт их деятельности, когда режим этих учреждений приближался к тюремному.

Многие вопросы невозможно решить без создания закона об оказании наркологической помощи. На протяжении многих лет ведутся разговоры о необходимости закона, но дело с места никак не может сдвинуться, скорее всего, в связи с бюрократическими препонами и отсутствием договоренности по некоторым важным вопросам.

Вряд ли кажется обоснованным отделение в современных условиях наркологии от психиатрии. И дело даже не в том, что достаточно часто возникают алкогольные психозы, а также отмечается сочетание психической патологии с зависимостью от алкоголя или другими ПАВ. Любая зависимость, согласно международной классификации болезней, является психическим расстройством и относится к этому надо, учитывая принципы оказания психиатрической помощи и опираясь на опыт и взгляды лучших представителей российской школы психиатров, а не на правила, диктуемые зарубежной практикой.

Формально все наркологические заболевания являются психическими заболеваниями, что фиксируется в международной

классификации болезней (МКБ-10). Однако, распространить положение закона об оказании психиатрической помощи на больных болезнями зависимости в полной мере вряд ли возможно. Сразу же возникает вопрос об оценке состояния больного во время выраженного тяжелого алкогольного опьянения, а также в состоянии выраженной наркотической интоксикации. Как, например, следует оценивать состояние человека во время героинового абстинентного синдрома или во время тяжело протекающего алкогольного абстинентного синдрома? Можно ли считать, что в этом состоянии только сам больной должен решать, необходимо ему лечиться или нет? Ведь нередко формируются состояния, когда возникает опасность для здоровья и жизни самого больного и окружающих. Можно ли приравнять интоксикацию некоторыми психоактивными веществами, когда на короткий отрезок времени возникает помрачение сознания и появляются обманы восприятия, к психозу или нет? Как следует относиться к больным алкоголизмом с выраженными изменениями личности, отсутствием критики к заболеванию и интеллектуальными нарушениями? Их следует приравнять при оказании помощи к душевнобольным или этого сделать нельзя?

Есть мнение, что дихотомическое деление всей психической патологии на тяжелые психические расстройства и нетяжелые весьма условно. Больной героиноманией, как и больной алкоголизмом при тяжелом течении абстинентного синдрома, может быть приравнен к душевнобольному, который опасен для себя или для окружающих. Эти вопросы не нашли адекватного отражения в нашем законодательстве и в отечественной литературе. С одной стороны, публично провозглашалось, что требовать от героиномана прекратить употребление наркотика, это все равно, что требовать от больного шизофренией... прекратить галлюцинировать. С другой стороны, алкоголизм и наркомании не принято относить к тяжелым психическим заболеваниям. Противоречие можно устранить, только детально оговорив в специальном законе об оказании наркологической помощи основания для регистрации заболевания (взятия на учет), снятия с учета, госпитализации на добровольном и недобровольном начале.

В законе должны найти отражение вопросы о недееспособности наркологических больных, о признании их инвалидами, об их правах при оказании амбулаторной и стационарной помощи. В настоящее время фактически отсутствуют необходимые правовые основы оказания стационарной наркологической помощи, ее длительности. Все эти вопросы трудно решить простым распространением закона об оказании психиатрической помощи на лиц, страдающих болезнями зависимости.

В законе должны найти отражение вопросы о недееспособности наркологических больных, о признании их инвалидами, об их правах при оказании амбулаторной и стационарной помощи. В настоящее время фактически отсутствуют необходимые правовые основы оказания стационарной наркологической помощи, ее длительности. Все эти вопросы трудно решить простым распространением закона об оказании психиатрической помощи на лиц, страдающих болезнями зависимости.

В законе должны найти отражение вопросы о недееспособности наркологических больных, о признании их инвалидами, об их правах при оказании амбулаторной и стационарной помощи. В настоящее время фактически отсутствуют необходимые правовые основы оказания стационарной наркологической помощи, ее длительности. Все эти вопросы трудно решить простым распространением закона об оказании психиатрической помощи на лиц, страдающих болезнями зависимости.

ПСИХОЛОГИЯ ОТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

Врач и вечно жалующийся пациент

На что пациенты обычно жалуются? Совершенно очевидно, что поводы для жалоб неисчислимы, но их можно разделить на три большие категории:

■ жалобы на «внутренние» факторы, связанные с болезнью или социальными условиями (страдание, затруднения, одиночество);

■ жалобы на «внешние» факторы, связанные с окружением (общество, семья, молодые люди, соседи и др.);

■ жалобы «интерактивного» характера, связанные с медицинскими процедурами (побочные явления при лечении, поведение врача).

Разумеется, данные проблемы могут быть и настоящими, но, бесспорно, существуют пациенты, которые при столкновении с теми же трудностями намного более склонны жаловаться, чем другие.

В этом случае жалоба, как правило, является выражением чувства беспомощности человека: жалуются, ибо не могут найти решения проблемы. В этом случае от собеседника ждут или советов (если жалующийся думает, что существуют решения проблемы, которые он в одиночестве найти не мог), или эмоциональной поддержки (если жалующийся думает, что решения его проблем не существует, но хочет облегчить душу и поделиться своими заботами), или того и другого вместе.

УВАЖАЙТЕ
ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА

В общем случае следует рассматривать каждую жалобу как послание. Проблема состоит в том, чтобы правильно расшифровать его смысл.

■ Желает ли пациент получить советы, или ему просто нужно, чтобы его выслушали и выразили сочувствие?

■ Жалуются ли он с целью упрекнуть врача в чем-то?

■ Не является ли жалоба «рукой помощи» врачу, дабы помочь ему задавать вопросы по проблеме, о которой он сам не решался спрашивать прямо?

Даже если существуют «хронические жалобщики», нужно с уважением относиться к каждой жалобе, по крайней мере, в первое время: следует показать, что пациенту дают право жаловаться, что врач предпринимает усилия с целью его понять и хочет ему помочь.

В надежде получить решение всех своих проблем пациенты часто обращаются к врачу с жалобами. Но есть среди них и такие, которые приходят на прием с единственной целью – высказать свои жалобы. То, что перед ним сидит человек, по долгу службы обязанный выслушивать и облегчать страдание другого, является для них непреодолимым соблазном.

Вот некоторые стратегии того, как поступать с жалобами:

1. Эмпатия (сопереживание). Эмпатией называется общая установка, как в психологическом, так и в поведенческом плане, выражающаяся в уважении точки зрения другого человека, даже если эта точка зрения не разделяется. Эта позиция, например, может выражаться в таком ответе пациенту, жалующемуся на лечение: «Я вижу, что побочные эффекты принесли вам стеснение, понимаю, что вы немного разочарованы. Но в то же время я думаю, что это – лучшее лечение из всех, которые имеются, и вот почему». В первой фразе врач показывает, что он не ставит под вопрос саму

жалобу и что он понимает эмоциональную реакцию пациента (разочарование). Действуя таким образом, он увеличивает шансы на то, что пациент прислушается к его словам, когда он будет приводить свои аргументы.

2. Общий подход. Парадоксально, но иногда хорошей тактикой бывает осведомиться о наличии других жалоб до того, как начать обсуждать уже высказанную, ибо это позволяет избежать игры в словесный пинг-понг по типу: «Хорошо, доктор, но есть еще это, это и это».

Выслушав жалобу, врач может начать задавать вопросы: «Согласен, вижу. Есть ли другие проблемы?».

После «управления» жалобами врач может приступить к «глобальной перестройке». Например, по поводу жалоб о побочных эффектах: «Хорошо, мы уже поговорили о проблемах, с которыми вам пришлось столкнуться из-за лечения, и с тем, что можно по этому поводу думать. Но мы еще не говорили о той пользе, которую принесло лечение. Принесло ли оно вам пользу?». Действуя таким образом, врач увеличивает вероятность того, что пациент положительно оценит основной результат лечения, на что нельзя было рассчитывать до диалога по поводу его сетований.

СОВЕТЫ ПОСЛЕ
ВЫСЛУШИВАНИЯ ЖАЛОБ

После любого диалога в связи с жалобой врачу лучше уклониться от советов или высказывания своей точки зрения. Пациент не может мгновенно одобрить позицию и совет врача: негативный эмоциональный заряд жалобы,

как правило, не позволяет сразу согласиться с другой точкой зрения. Именно поэтому советы и аргументы для «корректировки» мнения пациента должны звучать как предположения: «Вот как мне представляется положение вещей с учетом моего опыта. Я вам предлагаю подумать над этим, и мы поговорим об этом позднее».

ТИПИЧНЫЕ ОШИБКИ
ПРИ ОТВЕТЕ НА ЖАЛОБЫ

Жалоба пациента: «Доктор, это ужасно, после того, как вы изменили мое лечение, я себя чувствую все хуже и хуже».

Возможные (но нежелательные!) ответы:

■ **Игнорирование жалоб:** «Так-так, а как дело обстоит со сном?»

■ **«Узаконивание» жалоб:** «Вот как! Нужно все это пересмотреть, лечение будет снова изменено. Посмотрим, посмотрим...»

■ **Коррекция содержания жалоб:** «Я понимаю, но вы всегда немного преувеличиваете. Вы выглядите совсем неплохо...»

■ **Агрессивность:** «Вы всегда недовольны. Как бы там ни было, но в Вашем случае существует только этот вид лечения...»

В течение длительного времени думали (и такая точка зрения получила поддержку разных школ в психиатрии), что нужно систематически поддерживать стремление пациента высказывать свои жалобы. Многие из видов психотерапии сводились, впрочем, к годам (!) сетований пациента по поводу своего прошлого или настоящего перед лицом врача, который молчал. Сегодня же считается, что жалобы, несомненно, нужно выслушивать и относиться к ним с уважением, но не нужно их излишне поощрять. Чем больше человек жалуется, тем больше он привыкает реагировать на свои проблемы подобным образом, в ущерб более эффективным психологическим или поведенческим установкам.

В случае хронических жалоб, не направленных против врача, иногда стоит вступить в диалог, задав пациенту вопрос: «Приносит ли вам в глубине души облегчение то, что вы излагаете мне свои жалобы?».

(Продолжение темы в след. номере)

ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО

ПАРАДИГМА НЕДЕЕСПОСОБНОСТИ

В НИИ ПСИХИАТРИИ ПРОШЕЛ СЕМИНАР «ВОПРОСЫ ПРИЗНАНИЯ ГРАЖДАНИНА НЕДЕЕСПОСОБНЫМ И ВОССТАНОВЛЕНИЕ ДЕЕСПОСОБНОСТИ».

Семинар был организован общественной организацией инвалидов вследствие психических расстройств и их семей «Новые возможности». Московский офис организации расположен в помещении Института психиатрии Росздрава и его сотрудники работают в тесном взаимодействии с созданным недавно отделением внебольничной психосоциальной реабилитации. Такое объединение усилий общественной организации и специалистов-профессионалов дает хорошие плоды и можно с уверенностью сказать, что социальное восстановление лиц с психическими

проблемами и снижение влияния болезни на их жизнь постепенно выходит на новый качественно более высокий уровень. В работе отделения предусмотрен большой комплекс различных форм помощи, в том числе развитие навыков самостоятельного проживания, развитие социальных (успешное общение, уверенное поведение и самопредъявление, решение проблем) и трудовых (соблюдение трудовой дисциплины, планирование рабочего времени, взаимодействие с коллективом) навыков, а также кружковая работа (английский язык, компьютерная грамотность, типографское дело, участие в работе литературной

студии в обществе самопомощи «Новые возможности»). При этом повышается качество жизни больных и их близких.

Серьезной проблемой для многих людей с психическими расстройствами и их родственников по-прежнему является несовершенство российского института недееспособности. Задуманный как гуманная структура, призванная обеспечить реализацию прав тех людей, которые по своему психическому состоянию оказались беспомощными, он в последние годы превратился в источник серьезных злоупотреблений и нарушений прав граждан с психическими расстройствами, и вызывает справедливые нарекания как внутри страны, так и со стороны международных органов.

Общественные организации не впервые обращаются к обсуж-

дению этой темы, в последние два года НПА России инициировала целую серию круглых столов и конференций, касающихся обсуждения реформы российского института недееспособности с учетом международных рекомендаций. Семинар, организованный «Новыми возможностями», был адресован людям с психическими расстройствами и членам их семей, и перед собравшимися выступили юристы, работающие в области правового законодательства по недееспособности (Д.Г.Бартевев, Психиатрический правозащитный центр; М.Б.Ларионов, РООИ «Перспектива»), директор Института психиатрии Росздрава проф. В.Н.Краснов и исполнительный директор НПА России Л.Н.Виноградова. Проф. Краснов нарисовал широкую панораму ситуации с правами людей с психическими расстройствами в обществе, обрисовал основные болевые точки в этой области.

ФЕНИКС
лечебно-реабилитационный
научный центр

К 20-ЛЕТИЮ ЦЕНТРА «ФЕНИКС»

Сложившийся в «Фениксе» коллектив – образец профессиональной команды, ставящей во главу угла не только и не столько профессиональный и коммерческий успех, сколько Пациента с большой буквы. И кому, как не среднему медицинскому персоналу, лучше всего известно, с каким грузом на сердце приходят сюда больные и какими они выходят из стен «Феникса». Об этом и о тех, кто долгие годы стоял у истоков клиники, наша беседа с ветераном ЛРНЦ «Феникс» – Татьяной Ивановной Бутук, на протяжении двух десятилетий выступавшей в качестве главного менеджера клиники.

– Татьяна Ивановна, я знаю, что Вы в центре «Феникс» – с первых дней его открытия...

– Да. Сколько лет центру, столько я в нем и работаю...

– И у Вас никогда не было желания поменять место работы?

– Никогда. Хотя трения в процессе работы, конечно, были. Это естественно. Были и переживания, и недовольство – приходилось порой спорить, доказывать что-то (я, вообще-то, человек, эмоциональный, но отходчивый), но бросать работу я и не думала. Даже, когда стал вопрос о переезде моей семьи в Москву, я долго собиралась с силами, чтобы сказать Александру Олимпиевичу о том, что мне придется покинуть «Феникс». Это было очень трудное решение.

– Помните, как начинали работать в «Фениксе»?

– Конечно. Был 1991 год и Александр Олимпиевич Бухановский договорился с руководством поликлиники, в которой я работала, об аренде небольшого кабинета с двумя стульями и одним столом. Естественно, возник вопрос, может ли кто-то из сотрудников поликлиники помогать принимать больных, вести запись пациентов, отвечать на телефонные звонки. Предложили мне, я согласилась.

– Вам предложили работать с врачом-психиатром частной практики и Вы без тени сомнения пошли на это? Ведь в то время, в начале 1990-х, Бухановского еще мало кто знал, во всяком случае в кругах непсихиатрической медицинской общественности?



Беседовал Д. НЕФЕДОВ

В 2011 г. лечебно-реабилитационный и научный центр «Феникс» (г. Ростов-на-Дону) отмечает 20-летие с момента своего основания. Эта известная своей психиатрической практикой как в России, так и за рубежом, клиника уже обогатила российскую психиатрическую школу добрыми традициями.

– Да, я о нем тогда еще не слышала, поэтому сначала рассматривала эту работу по вечерам в качестве подработки.

– Материально приходилось трудно на первых порах?

– Да, время было сложное. Но Александр Олимпиевич оказался интереснейшим человеком. Настоящим ученым-энтузиастом, который хотел работать; человеком, у которого планов было громадье. Ему в работе очень помогала его дочь – нынешний главный врач ЛРНЦ «Феникс» – Ольга Александровна, тогда еще студентка. А какие интересные

были темы у проводившихся исследований...

Я тогда в первый раз увидела транссексуалов. Познакомилась с проблемами, стоявшими перед этими людьми. Они приезжали к нам на обследование, консилиумы. Мы были свидетелями всех этих мытарств, связанных с операциями по смене пола, ведь они презжали уже с настоящими гражданскими семьями. Порой невозможно было поверить, что перед тобой стоит биологическая женщина. Мы помогали им, чем могли, участвовали в их судьбе и искренне радовались вместе с ними, когда приходи-

ло долгожданное разрешение на операцию. Мы присутствовали при рождении новой жизни. Ведь им настолько было трудно. Все их истории мы знали в подробностях, поскольку, приходя в «Феникс», они видели в нас тех, кто им может реально помочь. А у них была колоссальная потребность выговориться, и мы давали им такую возможность.

На этот же период приходятся и первые совместные с правоохранительными органами разработки, связанные с маниакальными состояниями («Дело Чикатило», «Дело лифтера», «Черные колготки» в Таганроге, множество других не менее громких дел), в которых Александр Олимпиевич принимал самое активное участие.

Кстати, направление исследования сексуальных преступлений, которым сейчас, между прочим, вплотную занимается Ольга Александровна Бухановская, всегда было отдельным и одним из основных в «Фениксе».

– Работать с людьми, страдающими такими расстройствами, Вам как женщине было не страшно?

– Вы знаете, тогда я об этом не задумывалась. Ведь сами преступники находились в СИЗО, где с ними и велась работа (правда, и к нам в центр приходили люди в специфическом болезненном состоянии).

– Среди них наверняка были и больные, находившиеся в ста-

дии острого расстройства, социально опасные...

– К счастью, в моей практике на меня «как-то не так», в основном, реагировали женщины. Помню одну девушку в состоянии острого психоза. Она решила (видимо, голоса нашептали), что у меня есть два сына (хотя у меня только дочь), и я на этих своих сыновей плохо влияю. Она говорила «Вы давите на них. Вы не даете им жить...». И вот, в течение двух недель, она, приходя, каждый раз меня спрашивала «Вы поменяли свое отношение к сыновьям? А то я, знаете ли, вас ненавижу...». Что касается агрессии со стороны пациентов-мужчин, то таких случаев я не припомню.

Разумеется, мы же все понимаем, что пациент может быть внешне агрессивен, но это лишь проявление его болезни – не черта личности. Из всех людей в таком состоянии, которых мне удалось повидать, я припоминаю лишь одного действительно агрессивного человека, но думаю, что это, скорее, была боль, за то, что он совершил, перестав в 30 лет принимать препараты (которые принимал с семилетнего возраста) и приезжать на регулярное обследование в «Феникс» – у него произошел тяжелый срыв.

– Александр Олимпиевич вел на первых порах прием самостоятельно?

– Нет. В кабинете вместе с ним работали Селецкий, Кутявин, Кравцова – учителя Александра Олимпиевича и его коллеги, ученые из Ростовского мединститута...

– В чем Вам видится особенность «Феникса» как частной психиатрической клиники?

– Самое главное – это люди, которые работали и работают в центре, люди, которые искренне переживают за результат лечебного процесса. Поверьте, здесь нет ни одного специалиста, который, когда у больного что-то идет «не так», не переживает за него. Здесь не говорят в трудном случае «Ну, понимаете, это болезнь...». Нет, здесь от души сопереживают и борются с недугом каждую минуту. Причем переживают и сочувствуют здесь все одинаково – от санитарок до профессоров.

– Вы считаете, что в «Фениксе» абсолютно все зависит от людей, работающих здесь. А от более внимательного отношения к больному как к клиенту в условиях частной, негосударственной клиники, у которой,

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

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

■ психосоматических расстройств:

- аэрофагии;
- психогенного¹ безудержного кашля;
- психогенной диареи;
- психогенной дизурии;
- психогенного метеоризма;
- психогенной икоты;
- психогенного нарушения дыхания;
- синдрома раздраженного кишечника;
- «невроза» сердца;
- психогенного болевого расстройства;
- психогенного «кома в горле»;
- психогенного зуда;
- психогенных нарушений сна;
- злоупотреблений:
 - слабительными;
 - анальгетиками типа аспирина и т. д.;
 - витаминами;
 - гормонами;
 - травами и народными средствами;
 - клизмами и пр.
- хронической усталости;

■ неврастении;

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

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

Комментарии психиатра к официальным документам, а также:

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

ФЕНИКС
лечебно-реабилитационный
научный центрВозрождаем
к новой жизни!

Медицинский центр «Феникс»



ЛРНЦ «Феникс» – это:

Медико-реабилитационная помощь при наркомании.

Медико-реабилитационная программа для одиноких и немощных.

Консультации по вопросам судебной психиатрии.

Защита прав пациентов центра, в том числе ведение дел о недобровольном освидетельствовании,

недобровольной госпитализации, пересмотре диагноза, снятии с психиатрического учета и др.

Защита и консультирование специалистов, осуществляющих психиатрическую и наркологическую помощь.

«Новая психиатрия»

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

К 20-ЛЕТИЮ ЦЕНТРА «ФЕНИКС»

разумеется, больше материальных возможностей для организации комфортного лечебного процесса, здесь ничего нет?

– Вы знаете, мне довелось поработать в травматологическом отделении еще в советское время; и я должна сказать, что, сталкиваясь с людьми (особенно пожилого возраста), я не испытывала какой-то брезгливости, отторжения, хотя они не всегда были опрятны, чисты. Больные из социально незащищенных слоев общества и в прежние времена благополучием не отличались – тоже жили бедно. Это, наверное, черта моего характера – ровное отношение ко всем без исключения больным, независимо от их социального статуса. В «Фениксе» таких, как я, большинство, это и делает его особенным. Помню глава одного семейства из Москвы, после прохождения у нас, в «Фениксе», курса лечения, сказала примерно следующее: «Может быть, обследование и лечение в Москве я получила бы и не хуже, но такой душевности в работе, такой самоотдачи: от врача до медсестры, там точно нет». Повторюсь – здесь особенный коллектив и особенный руководитель, вокруг которого сплачиваются отличные специалисты.

На днях, приехав из Москвы, я успела побеседовать со многими «фениксовцами», причем прямо на рабочем месте, и, знаете, у них, конечно, разные мнения о текущих распоряжениях руководства, режимных моментах, но о пациентах все как один – и проработавшая сестра и завстационаром – говорят с душой, с какой-то особой теплотой.

– А почему, по Вашему мнению, вообще появился «Феникс»? Не проще ли было именитым психиатрам работать в условиях действующего государственного или муниципального медицинского учреждения?

– Наверное, это стремление к независимости в работе. Работать так, как ты считаешь правильным. Обследовать больного не «по стандартам», а досконально, возможно, творчески (в хорошем смысле этого слова).

– Но ведь это, в свою очередь, налагает большую ответственность на практикующего врача. За частным медицинском не стоит огромная система официального здравоохранения, с ее непререкаемым авторитетом и административным весом, которая способна защитить в некоторых конфликтных ситуациях...

– Я считаю, что в ходе лечения врач всегда несет личную ответственность, независимо от того, работает он в большой областной больнице или в маленькой частной клинике. Только вот, кто как относится к этому грузу ответственности, каждый определяет для себя сам.

Любая неудача в «Фениксе», даже на ранних стадиях становления клиники переживалась всеми крайне тяжело. Наиболее сложные случаи выносились на обсуждение коллектива. Все разбиралось детально: от листов назначения до личностных качеств самого врача. Велась работа с родственниками. Поэтому судебных дел и скандалов в центре не случалось, хотя выполнение, скажем, психиатрической экспертизы часто связано с тем, что кто-то чем-то остается недоволен, – это естественно.

Александр Олимпиевич ответственность за все неудачи старался брать на себя. Он говорил, что это он сам недосмотрел, он сам недодумал. И другие врачи чувствовали эту защиту со стороны руководителя клиники.

– Чем, на Ваш взгляд, отличается контингент пациентов психиатрической клиники сейчас и в начале 1990-х?

– Тогда был поток алкоголиков; людей, страдающих наркоманией; тех, кто решал проблемы смены пола; были люди в состоянии депрессии. А, вот, психических больных так сказать «в чистом виде» было мало. В последние десять лет, наоборот, основная масса пациентов центра – люди с явными психическими расстройствами, причем среди них немало молодых.

– Общение с такого рода людьми не накладывает отпечаток на характер, эмоциональное состояние? Или Вы научились абстрагироваться от работы вне своего рабочего места?

– Думаю, что я умею отвлекаться от работы. Иногда, конечно, сам того не замечая, начинаешь исподволь размышлять о пациенте, переживать за его состояние... Но мне в этом смысле проще, поскольку моя дочь – тоже врач-психиатр. Она поможет советом, успокоит...

– Скажите, по итогам прошедших двадцати лет, сравняя центр «Феникс» образца 1990-х и его сегодняшнее состояние, все ли удалось сделать, или можно было что-то сделать лучше, по-другому? В каком направлении нужно продвигаться клинике дальше, на Ваш взгляд?

– Тогда это была маленькая съемная комнатка, куда прибегали после работы на прием сотрудники мединститута. А сейчас это большой научный и лечебный центр. На его базе защищают диссертации, оформляют патенты. Этот центр знают в области, в стране. Конечно, в последнее десятилетие – рост идет крайне интенсивный. «Феникс» вышел на международную арену. У нас появились больные из-за границы: из Германии, из США. Возникают новые цели, новые задачи, необходимо и дальнейшее совершенствование структуры. Следует более широко делегировать полномочия, развивать управленческий

механизм, ведь масштаб клиники обязывает к этому.

– В чем должно заключаться развитие управленческой составляющей, по Вашему мнению?

– Руководитель не должен стремиться «все делать сам». Расскажу такой случай. Однажды в одном из наших кабинетов (в «Фениксе») сломался стул. Дело – пустяковое. Стул выбросили, купили новый. Об этом каким-то образом узнал Александр Олимпиевич, и первый его вопрос был таков: «Татьяна Ивановна, что случилось со стулом? Почему мне никто об этом не доложил?». Я ответила: «Александр Олимпиевич, вы же мне поручили функции главной медсестры, менеджера центра, и я считаю, что Вас такие вещи, как санэпидрежим, состояние мебели, график работы санитарок и т.п. не должны отвлекать от работы. Вы должны видеть, что у вас в центре все функционирует в установленном порядке. Вот, если я буду не в состоянии организовать все это, тогда я приду к вам, попрошу совета. Но сейчас в этом необходимости нет». А он мне в ответ: «Как так?». Конечно, причина такого положения дел кроется в личных качествах руководителя, который хочет быть «в курсе всех событий» – но это работа «на износ». Себя и своих близких «в интересах дела» жалеем мы меньше всего... Кстати, даже во время общих собраний центра, куда приглашается и руководство – семья Алек-

сандра Олимпиевича, его родные, и коллектив клиники, наиболее строгий спрос – с самых близких людей. При этом по отношению к рядовым членам коллектива Александр Олимпиевич держит себя как добрый всепрощающий отец, ведь у него чрезвычайно развито чувство уважения к человеку. Именно поэтому многие «фениксовцы» идут со своими проблемами напрямую к нему, и они твердо уверены – Бухановский поможет: с учебой, с графиком отпусков, с деньгами, с чем угодно... Это уже не вытравишь... И я убеждена – Бухановский – в психиатрии останется до последнего, он без нее и она без него неполноценны.

– В заключение нашей беседы, расскажите о наиболее запомнившемся случае из Вашей практики?

– Знаете, это весьма печальные воспоминания, но я все же расскажу... Дело в том, что однажды мне удалось испытать непередаваемое чувство жалости к пациенту. Хотя, помню, один из коллег мне как-то сказал, что жалеть пациентов нельзя, поскольку жалость – проявление превосходства над человеком, а это недостойно. Хотя, может, это и не жалость была вовсе, а сочувствие...

Однажды к нам в центр молодой муж привел свою жену в состоянии острого послеродового психоза. У них всего два месяца назад родился малыш. У молодой семьи не было на тот момент финансовой возможности пройти курс лечения в нашем центре, даже при условии, что оплачивать надо было лишь лекарственные средства и необходимые диагностические процедуры (а они, действительно, весьма дороги). Молодую женщину пришлось по скорой помощи госпитализировать в психоневрологический диспансер. Мне врезался в память тот момент, когда ее усаживали в карету «скорой помощи»... Она кричала, что у нее маленький ребенок, что она его оставить никак не может, что ей нельзя в закрытый стационар. А лет ей было 20-25 всего. У меня навсегда осталась боль за этого парня, девушку, их ребенка, ведь я и сейчас уверена, что в «Фениксе» им наверняка помогли бы.



ЛИРИЧЕСКОЕ ОТСТУПЛЕНИЕ

Сегодня в «Фениксе» на постоянной основе работает 38 человек, а по рабочим соглашениям и в качестве консультантов – до 50, иногда уже 60 человек. Причем при подборе специалистов главный принцип – классность и профессионализм. Среди консультантов восемь профессоров – блестящих специалистов. Коллектив за прошедшие 20 лет вырос, а отношения в нем улучшились. За прошедшие годы в ЛРНЦ «Фениксе» сложились традиции, которые по-настоящему сплачивают коллектив.

– У нас есть два «святых» дня в году, – говорит А.О.Бухановский, – когда собираются сотрудники с семьями: Старый новый год и День рождения «Феникса» (третье воскресенье июня, он же День медицинского работника).

ИЗВЕСТИЯ

РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ПСИХИАТРОВ

ВЫПУСК
№ 3

ОФИЦИАЛЬНО

Решение XV съезда психиатров России

МОСКВА

9-12 ноября 2010 года

XV Съезд психиатров России решил:

1. Работу Правления Российского общества психиатров за истекший пятилетний период признать удовлетворительной.

2. Считать необходимым сосредоточить усилия членов общества на следующих направлениях:

2.1. Разработка и внедрение новых форм организации психиатрической помощи, предусматривающих полипрофессиональное бригадное обслуживание, разнообразные методы психосоциального лечения и реабилитации, развитие интеграции с общемедицинскими учреждениями, формирование системы службы с опорой на сообщество.

2.2. Конструктивное взаимодействие с другими психиатрическими, психотерапевтическими и медицинскими обществами и ассоциациями.

2.3. Конструктивное взаимодействие с общественными организациями, защищающими права граждан в связи с оказанием им психиатрической помощи, в том числе с общественными организациями пациентов и инвалидов вследствие психических расстройств, их родственников, а также оказание им постоянной поддержки в осуществлении работы по повышению их роли в социальной поддержке больных.

2.4. Постоянное и активное взаимодействие со средствами массовой информации для противодействия формированию необъективного и негативного представления о деятельности психиатрических служб и специалистах, работающих в психиатрических учреждениях, неуважительного отношения к лицам, страдающим психическими расстройствами. Регулярное проведение пресс-конференций, круглых столов и других мероприятий с целью информирования населения о реальной работе, проблемах и достижениях психиатров и психиатрических служб, преодоления стигматизации психически больных, критической и принципиальной оценки существующих предрассудков, суеверий, шарлатанства и лжецелительства, связанных с темой психического здоровья. Инициация судебных исков против СМИ и лиц, допускающих оскорбительные, клеветнические высказывания в адрес пациентов, врачей-психиатров или психиатрических учреждений. Мониторинг и документирование случаев травматизма сотрудников

психиатрических учреждений в результате действий психически больных.

2.5. Защита законных прав и интересов как лиц, страдающих психическими расстройствами, так и специалистов, оказывающих им помощь; оперативное реагирование на все возникающие известные (и тем более резонансные) случаи нарушения этих прав.

2.6. Активное участие в подготовке и принятии очередного пересмотра Международной классификации болезней, отстаивание при этом клинического принципа классификации в противовес существующему эклектизму, смешению собственно медицинских и психологических критериев. Разработка классификации психических заболеваний, опирающаяся, в первую очередь, на принципы клиницизма и психопатологической характеристики.

2.7. Рационализация системы льготного обеспечения психически больных лекарственными средствами, исключение «монетизации», то есть замены получения лекарств выдачей денежного пособия. Противодействие выборочному предоставлению преимуществ лекарственным препаратам тех или иных фармацевтических компаний. Утверждение клинической оценки как главного подхода к выбору лекарственного препарата и назначению адекватного и максимально безопасного лечения.

2.8. Оперативный анализ всех федеральных, региональных и местных законодательных и нормативных актов, имеющих отношение к оказанию психиатрической помощи населению. Обращение в органы исполнительной и законодательной власти с предложениями по внесению изменений в указанные акты, подача в установленном законом порядке апелляций к их изменению или отмене при выявлении несоответствия их Конституции РФ, законодательству РФ, конфликта законов РФ, нарушения прав больных, а также специалистов, оказывающих психиатрическую помощь, негативного влияния на деятельность психиатрических служб.

2.9. Проведение научного обоснования и широкого обсуждения профессиональной общественно-

стью системы льгот, гарантий и компенсаций сотрудникам психиатрических учреждений в связи с работой во вредных и опасных условиях труда с учетом социальных последствий пересмотра существующей системы.

2.10. Укрепление местных психиатрических обществ и ассоциаций, проведение постоянного обмена опытом их работы

3. Поддержать развитие нейрореабилитации как междисциплинарного направления психиатрической науки и практики, использовать в регионах опыт Московского городского нейрореабилитационного центра.

4. Установить размер ежегодного членского взноса Российского общества психиатров в размере 500 рублей.

5. Поручить Правлению общества:

5.1. Создать рабочую группу по рассмотрению дополнений и изменений в Устав, изменений организационной структуры РОП с учетом современных условий деятельности общественных организаций и актуальных задач психиатрической науки и практики. Провести Пленум Правления РОП по вопросам реорганизации структуры общества.

5.2. Создать рабочую группу по подготовке вступления Российского общества психиатров в Медицинскую Палату РФ в качестве коллективного члена, необходимых изменений в Устав общества и экспертной оценке перспектив такого членства.

5.3. Создать рабочую группу для подготовки обращения в Высшую аттестационную комиссию с предложением о включении в список научных дисциплин специальности «психотерапия».

5.4. Шире практиковать выездные Пленумы, заседания Президиума Правления и конференции с целью вовлечения более широкого круга специалистов в обсуждение актуальных проблем, использования регионального опыта.

5.5. При планировании научно-практических мероприятий, конференций предусматривать выделение нескольких наиболее актуальных проблем; экспертной группой в составе оргкомитета проводить отбор докладов с уче-

том их значимости и соответствия программе. Не перегружая докладами повестку дня, обязательно предусматривать в регламенте каждого заседания время для проведения дискуссий.

5.6. Подготовить и представить в Министерство здравоохранения и социального развития РФ следующие предложения:

■ о принятии положения о новых организационных видах помощи, альтернативной госпитализации, осуществляемых непосредственно в сообществе и в первичной медицинской сети; о порядке оказания психиатрической помощи в отделениях различного профиля; об оказании соматической помощи психиатрическим больным в психиатрических и общемедицинских учреждениях; о психосоматических и соматопсихиатрических отделениях; об организации трудовой занятости больных и системе их вознаграждения за труд при осуществлении социально-трудовой реабилитации;

■ об актуализации уже разработанных стандартов с привлечением к дальнейшей разработке стандартов широкой группы ученых и практиков из разных регионов страны;

■ о необходимости поручить специалистам ГНЦ ССП им. В.П. Сербского разработку утвержденного Приказом МЗСР РФ Положения о системе организации государственных судебно-психиатрических экспертных учреждений;

■ об оказании содействия в принятии Федерального закона об охране и обеспечения безопасности стационарных отделений судебно-психиатрической экспертизы для лиц, содержащихся под стражей, поручив разработку проекта этого законодательного документа специалистам ГНЦ ССП им. В.П. Сербского;

■ о безотлагательном восстановлении системы «прикрепления» тех территорий, которые не имеют собственного «стражного» отделения, к тем территориям, в которых подобные отделения имеются, что вытекает из требований ст. 11 Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ»;

■ об обеспечении в пределах своей компетенции государственной поддержки в Госдуме Российской Федерации разработанному специалистами ГНЦ ССП им. В.П. Сербского проекту Федерального закона «Об исполнении принудительных мер медицинского характера, предусмотренных Уголовным кодексом РФ»;

■ об обеспечении в полном масштабе федерального финансирования профессиональной подготовки и повышения квалификации государственных судебных экспертов, поскольку Федеральный закон «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ» (ст. 11-13, ст. 38) относит выполнение этой задачи к ведению тех федеральных органов исполнительной власти, которые имеют у себя соответствующие судебно-экспертные учреждения;

■ об изменении Списка профессиональных заболеваний, с заменой в нем устаревшего и давно изъятого из употребления термина «психоневрозы» современным, соответствующем МКБ-10 понятием «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные психические расстройства»;

■ о бедственном положении молодых врачей, обучающихся в интернатуре, ординатуре и аспирантуре; об установлении им стипендии на уровне, соответствующем хотя бы потребностям выживания и элементарного человеческого достоинства;

■ о необходимости пересмотра порядка деятельности Центральной аттестационной комиссии, как не отвечающего потребностям аттестации специалистов;

■ об изменении принципов сертификации специалистов, системы допусков к различным видам профессиональной деятельности в психиатрии, наркологии и психотерапии на основе выработанных профессиональным обществом критериев;

■ о необходимости сохранения клинического (врачебного) статуса у преподавателей медицинских вузов и НИИ клинического профиля с учетом их клинической (консультативной и лечебной) работы в общем объеме деятельности;

■ о пересмотре номенклатуры специальностей психиатрического профиля с введением в список медицинских специальностей «медицинской (клинической) психологии», «детской и подростковой психиатрии» и «детской и подростковой наркологии»;

■ о принятии Положения о Главном внештатном психиатре МЗСР в федеральном округе

5.7. Подготовить обращение в Генеральную Прокуратуру РФ с вопросом о недопустимости отсутствия службы защитников прав пациентов психиатрических больниц, предусмотренной Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

5.8. Подготовить обращение в Федеральное Собрание, Госдуму и Правительство РФ:

■ о пересмотре законодательных актов, допускающих «монетизацию льгот» для федеральных инвалидов в части их льготного лекарственного обеспечения;

■ о принятии Федерального закона об охране и обеспечении безопасности стационарной судебно-психиатрической экспертизы для лиц, содержащихся под стражей;

■ о законодательном регулировании принудительного лечения.

ВЫДАЮЩИЕСЯ НАУЧНЫЕ ЦЕНТРЫ РОССИИ



А.Б. Коган

Нейрокибернетика: 40 лет во славу российской науки

К ЮБИЛЕЮ НИИ НЕЙРОКИБЕРНЕТИКИ
ИМ. А.Б.КОГАНА ЮЖНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО
УНИВЕРСИТЕТА

В.Н.КИРОЙ, А.Г.СУХОВ

Александр Борисович Коган – один из крупнейших отечественных нейрофизиологов, который циклом работ, выполненных в 70-80 годах теперь уже прошлого столетия в Ростовском государственном университете совместно со своими учениками, привлек внимание научной общественности к новой научной дисциплине – нейрокибернетике. Сам термин «нейрокибернетика», по крайней мере, на русском языке впервые появился в 1959 г. в статье С.Н.Брайнеса и А.В.Напалкова. Однако суть нейрокибернетики была наиболее четко сформулирована именно А.Б.Коганом и О.Г.Чораяном в гипотезе, согласно которой объединение нервных клеток в рабочие механизмы, обеспечивающие процессы восприятия, переработки и передачи информации и организации (в том числе, осознанного) поведения животных и человека, основано на вероятностно-статистическом принципе. В ходе последующей проверки этой гипотезы с использованием разнообразных нейрофизиологических и нейроморфологических исследований и экспериментов, математического моделирования были сформулированы положения, ряд из которых не потеряли своего значения и сегодня. К началу 1970-х годов относится и проведение первой отечественной конференции по нейрокибернетике, которая состоялась в 1962 году в Ростовском госуниверситете. В 2012 году НИИ НК им. А.Б.Когана, а с ним и весь ЮФУ будут отмечать 50-летний юбилей конференции по нейрокибернетике, все 15 из которых в ранге всесоюзных и международных были проведены в нашей стране, с 1971 года – на базе института нейрокибернетики.

Создание института стало мощным импульсом для организации широкого фронта поисковых исследований, ранее выполнявшихся силами группы энтузиастов во главе с заведующим кафедрой человека и животных, проф. А.Б.Коганом, включавшей, наряду с сотрудниками кафедры и лаборатории биофизики, студентами, аспирантами и выпускниками разных факультетов Ростовского университета и Ростовского медицинского института. В качестве перспективной цели институту была постав-

Развитие любой науки связано с личностями людей, способных осознать, казалось бы, витающую в воздухе идею, и непосредственно «делающих» эту науку. Их продуктивный возраст редко превышает 40-50 лет. Примерно столько времени прошло с момента зарождения нейрокибернетики, и ровно 40 лет исполняется в 2011 году Научно-исследовательскому институту нейрокибернетики им. А.Б.Когана Южного федерального университета.



Стипендиаты института

лена задача на базе комплексных исследований принципов и механизмов организации работы мозга животных и человека создать опережающий научно-технический задел для решения проблемы синтеза принципиально новых технических систем адаптивного управления, а также разработки методов оптимизации функционального состояния человека-оператора. Уже тогда в проведение исследований на нейронном уровне было вовлечено более 70 научных сотрудников-нейрофизиологов – потенциал, который вряд ли имеется сегодня даже в самых крупных исследовательских центрах нашей страны. При этом на всех этапах исследований – от постановки задачи до проведения управляемых ЭВМ экспериментов и имитационного моделирования – работа экспериментаторов-нейрофизиологов проходила в тесном взаимодействии с представителями точных наук – математиками, физиками и инженерами. Значительный вклад в исследования, проводимые в НИИ Нейрокибернетики, внесли и выпускники Ростовского государственного медицинского института, в частности, д.б.н., проф. Кураев Г.А., д.б.н., проф. Чораян О.Г., д.б.н., в.н.с. Сухов А.Г., к.б.н., проф. Думбай В.Н., к.б.н., с.н.с. Тамбиев А.Э., к.б.н., с.н.с., Ткаченко Н.Н., к.б.н., с.н.с. Гусатинский

В.Н. и другие. Такое содружество профессионалов в разных областях не имело прецедента в мировой практике и дало свои плоды.

Среди достижений института последних лет:

- обоснование представлений о существовании нейронных ансамблей различного типа, механизмах их формирования и функционирования (д.б.н., проф. О.Г.Чораян, д.б.н., проф. В.Н.Кирой);

- выяснение морфофункциональных характеристик нейронных ансамблей проекционных зон коры, роли метаболитных влияний различных нейромодуляторов в регуляции функционального состояния нейронов и ансамбля в целом, электрических синапсов в синхронизации осцилляторной активности нейронов ансамбля (д.б.н., в.н.с. А.Г.Сухов, к.б.н., с.н.с. А.Е.Матухно, к.б.н., н.с. Е.Ю.Кириченко, к.б.н., м.н.с. Т.С.Сердюк);

- разработка метода терапевтического действия транскраниальной магнитной стимуляции (ТМС), синхронизированной с эндогенными ритмами ЭЭГ человека, для лечения депрессий и зависимых состояний (д.б.н., в.н.с. А.Г.Сухов, к.б.н., с.н.с. Д.С.Медведев);

- разработка модели фовеального зрения и алгоритмов поиска точек фиксации взгляда при рассмотрении изображений на основании изучения законо-

мерностей распределения точек фиксации взгляда в областях максимальной неоднородности ориентаций градиентов признаков изображения (с.н.с. А.И.Самарин, к.б.н., с.н.с. Л.Н.Подладчиков, к.т.н., с.н.с. Д.Г.Шапошников);

- изучение характеристик и электрографических проявлений различных свойств внимания, в том числе у детей с синдромом дефицита внимания (СДВ), их взаимосвязи с уровнем функциональной зрелости структур ЦНС, разработка методов коррекции СДВ в раннем возрасте (к.б.н., с.н.с. А.Э.Тамбиев);

- разработка пакета программ NeuroCAD 2.01, предназначенного для конструирования многомерных моделей нейронных сетей в норме и патологии, исследования пространственно-временной динамики активности нейронов, создание реалистических нейросетевых моделей, имитирующей временную динамику реальной активности нейронов (к.т.н., с.н.с. Р.А.Тикиджи-Хамбриян).

Одним из приоритетов деятельности института всегда было сотрудничество с ведущими отечественными и западными научными и медицинскими центрами. В настоящее время проводятся совместные исследования с рядом университетов и научно-исследовательских институтов Москвы, Санкт-Петербурга и других городов России, в том числе, ИВНДиНФ РАН, биологическим факультетом и факультетом психологии МГУ, Мурманским морским биологическим институтом (ММБИ), Калмыцким госуниверситетом. Совместно со 124-й лабораторией СКВО была создана компьютерная экспертно-диагностическая система медико-криминалистической идентификации личности, хорошо зарекомендовавшая себя при опознании погибших в районах боевых действий на территории России. За выполненную работу пятеро сотрудников института награждены орденами и медалями России. Институт активно сотрудничал и сотрудничает с Институтом физиологии труда Дортмундского университета (Германия), Миддлсекским университетом (Великобритания), Дрексельским университетом, Университетом Лос-Анджелеса, Коннектикутским университетом, Университетом штата Вашингтон, Университетом Дж. Вашингтона (США), Медицинской школой университета Хоккайдо (Япония), Институтом исследования рака г. Осло (Норвегия), Университетом г. Тампере (Финляндия), Венским



Электронный микроскоп

университетом. Основой для такого сотрудничества являются не только идеи, развиваемые в институте, но и современное оборудование, в частности, просвечивающий электронный микроскоп Tescan G2 Spirit Bic TWIN с разрешающей способностью до 1-2 нанометров, высокоточная система регистрации и анализа глазных движений SMI iView X Hi-Speed 1250, 32-канальная система Plexon MAP 32, предназначенная для регистрации нейронной активности у животных в условиях свободного поведения, многоканальные электроэнцефалографы отечественного и зарубежного производства и др.

Воспользовавшись благоприятной тенденцией, связанной с ростом интереса к нейронным исследованиям, теми принципиально новыми возможностями, которые появились в связи с созданием Южного федерального университета, институт активно перевооружился, что позволяет ему постоянно выигрывать проекты в рамках РФФИ, РГНФ, Роснауки (объем которых за последние годы превысил 30 млн руб.), развивать международное сотрудничество, информационную, технологическую и приборную базу, стабилизировать штатную структуру, привлечь к работе талантливую молодежь, доля которой среди научных работников превышает 25%, повысить продуктивность своей деятельности.

Результаты проводимых в институте фундаментальных исследований используются для реализации инновационных проектов. Так, были разработаны и внедрены:

- Биометрическая система для организации санкционированного доступа в помещения и здания на основе распознавания изображений лиц. В отличие от существующих аналогов, система способна распознавать лица инвариантно к условиям освещенности, размеру и ракурсу в режиме реального времени. Система работает в автоматическом режиме, оптимизируя описания изображений лиц авторизованных пользователей по мере работы с ними, что исключает возможность их «подделки» с использованием макияжа и масок.

- Система FOSTS (Foveal Systems for Traffic Sign Recognition), предназначенная для распознавания дорожных знаков инвариантно к погодным условиям, скорости и полосы движения автомобиля, а также расстоянию до знака. В основе работы системы лежат алгоритмы определения формы знака, классификации по цвету и форме внешнего контура и формирования специфического описания с помощью оригинального подхода, основанного на позиционировании пространственно-неоднородного сенсора в центре информативной части знака.

(Окончание на стр. 8)

Анализ крови и болезнь Альцгеймера

Учеными из Института Скриппса (США) разработан новый метод, способный обнаруживать присутствие иммунных молекул, характерных для болезни Альцгеймера, в образцах крови больных. Хотя полученные учеными данные носят пока предварительный характер, они доказывают, что этот революционный метод может быть использован для разработки биомаркеров для целого ряда заболеваний.

Исследование было проведено под руководством профессора Томаса Кодадека, его результаты опубликованы в журнале Cell. Суть исследования заключается в том, что для обнаружения антител-биомаркеров необходимы антитела – вещества, такие как белки вирусов или бактерий, стимулирующие иммунный ответ. Ранее не существовало способа выявить антитело (тип адресной иммунной молекулы) без знания антигена, вызывающего его выработку. Однако новое исследование опровергает традиционные взгляды и позволяет успешно обнаруживать признаки заболевания в образцах крови пациентов, используя вместо антигенов синтетические молекулы – пептиды.

Эти синтетические соединения имеют много преимуществ – их можно легко модифицировать и быстро производить в относительно больших количествах при низкой себестоимости.

– Д-р Кодадек использовал новый подход для выявления антител-биомаркеров заболевания человека, который позволяет обойти традиционный, но трудный шаг по выявлению естественных антигенов или антигенных имитаций, – комментирует исследование д-р философии и медицины Джеймс Андерсон, директор отдела координации, планирования и стратегических инициатив Национального института здравоохранения США, финансирующего большую часть этой работы. – Результаты, описанные в статье, демонстрируют большие возможности этого подхода для быстрой разработки диагностических биомаркеров для целого ряда серьезных заболеваний.

– Это исследование кладет конец представлению о том, что единственным способом выявить потенциально полезное антитело в образце крови является использование специфического антигена, – говорит сам Т.Кодадек. – Так как проблема выявления антигена оказалась очень трудной, мы решили изъять его из уравнения.

(Окончание на стр. 11)

«Новая психиатрия»

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



ФЕНИКС
лечебно-реабилитационный
научный центр

ВЫДАЮЩИЕСЯ НАУЧНЫЕ ЦЕНТРЫ РОССИИ

Нейрокибернетика: 40 лет во славу российской науки

(Окончание.
Начало на стр. 7)

Система DNA-expert Lab, предназначенная для автоматизации обработки результатов ДНК-анализа в судебно-медицинских и криминалистических лабораториях при решении задач идентификации личности. Программное обеспечение разработано на основе рекомендаций Комиссии по ДНК международного общества судебных генетиков (ISFG). Программа выполняет сравнительный анализ профилей ДНК на основе оценки отношения правдоподобия гипотез и байесовского метода расчета апостериорной вероятности. Программное обеспечение производит необходимые статистические расчеты с использованием популяционных частот генетических признаков.

Только за 2010 г. сотрудниками института опубликованы 92 научных работы, в том числе, монография и более 20 статей в высокорейтинговых журналах, сделано 25 докладов на престижных международных научных конференциях, защищено три

кандидатских диссертации. Два молодых сотрудника института получили премию Губернатора Ростовской области. Институт активно участвует в образовательной деятельности ЮФУ. В настоящее время в нем специализируются 40 студентов различных факультетов, обучаются 6 аспирантов. По окончании обучения в университете лучшим из них будет предоставлена работа в институте.

Забота о привлечении и создании условий для эффективной работы молодежи – один из приоритетов в деятельности института на протяжении последних лет. Возможности для этого появились в связи с расширением международных связей института, наличием грантов РФФИ и РГНФ, проектов по линии Федерального агентства по науке и, наконец, созданием Южного федерального университета. Все это позволило не только финансово поддерживать талантливую молодежь, но

принять и реализовать принципиальное решение о закреплении молодых ученых (в том числе, аспирантов) на штатных научных должностях. В настоящее время 10 штатных сотрудников НИИ НК не достигли возраста 25 лет. 19 молодым ученым института, среди которых 4 имеют ученую степень, не исполнилось и 35 лет. Они активно участвуют в фундаментальных исследованиях и прикладных разработках, активно публикуются, в том числе, в престижных отечественных и зарубежных журналах. Сегодня эта молодая гвардия составляет более трети всего штатного состава научных сотрудников института. В 2010 г. Ученым советом института было принято решение об

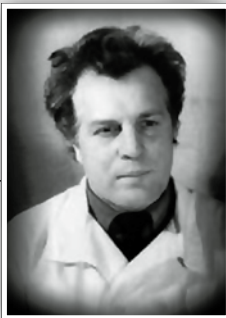
учреждении пяти премий имени проф. А.Б.Когана для молодых ученых, работающих на штатных должностях, в возрасте до 25 лет. В преддверии Нового 2011 г. каждому победителю был выдан сертификат. Очевидно, что творческий потенциал слов «кибернетика» и «нейрокибернетика» еще далеко не исчерпан. Они продолжают сохранять свое очарование и притягательность для нового поколения исследователей, что является залогом существования и развития НИИ нейрокибернетики им.А.Б.Когана Южного федерального университета.

Коллектив института полон творческих сил и в преддверии 40-летнего юбилея с оптимизмом смотрит в будущее.

ЗАМЕЧАТЕЛЬНЫЕ ПСИХИАТРЫ

Владимир Федорович Войцех

Ю.С.САВЕНКО



Владимир Федорович Войцех сумел достойно продлить научную и практическую деятельность суицидологического центра, созданного Айной Григорьевной Амбрумовой. Обладая совершенно другим обликом, характером, манерой держаться, стилем личности и поведения, по сравнению с яркой, острой, решительной, стеничной Айной Григорьевной, Владимир Федорович существенно укрепил завоеванные позиции, придал деятельности центра присущую ему самому основательность, расширил его связи, а своими многочисленными работами завоевал уважение и расположение коллег.

Владимир Федорович автор 120 научных работ и ряда монографий, в частности фундаментальной «Клинической суицидологии». Под его руководством защищено 5 кандидатских диссертаций и 4 подготовлены к защите. До конца жизни, мужественно преодолевая тяжелую болезнь, он не оставлял работу.

С Владимиром Федоровичем мне довелось близко пообщаться

в 1970-1974 гг. и позже, уже с 1990 года, вначале помогая ему, тогда начинающему сотруднику Института, в научной работе, заинтересовал перцептивными тестами и пробудил энтузиазм, позволивший ему разработать несколько серий собственных оригинальных рисуночных тестов. Его увлеченность и редкая добросовестность не могли не приносить успеха во всем, за что бы он не брался. Вер-

ность друзьям, верность слову, верность своему делу, открытый благородный дружелюбный характер снискали ему всеобщую любовь. На него во всем можно было положиться.

На посту фактического председателя комиссии по рассмотрению жалоб Минздрава России Владимир Федорович безбоязненно принимал на себя ответственность за непопулярные, но справедливые решения. Все чиновничье, казенное, формальное было глубоко чуждо его натуре. Как член этой комиссии, я хорошо помню, как в самых трудных и сложных коллизиях он всегда оставался на высоте положения.

Суицидологическая служба под его началом достигла значительных успехов. В 2008 г. мы выпустили совместное методическое руководство для военных психологов «Предотвращение суицидов в армии». Помимо МВД и Минобороны, он также постоянно курировал МГТУ им. Баумана. Он весь отдавался работе – мягкий, вдумчивый, основательный, принципиальный, надежный друг.

НАША СПРАВКА

Владимир Федорович родился в 1941 г. в селе Урицкое Кустанайской области, в 1965 году окончил с красным дипломом Карагандинский медицинский институт.

До 1968 года работал врачом-ординатором, а затем – заведующим отделения Карагандинской областной психиатрической больницы. В 1968-1970 гг. – врач-ординатор Московской психиатрической больницы №5 (Троицкое-Антропово).

Осенью 1970 г. поступил в аспирантуру Московского НИИ психиатрии в отдел аффективной патологии Ольги Петровны Вертоградской, а в 1973 г. защитил кандидатскую диссертацию «Зрительные галлюцинации и нарушение процессов восприятия при них», работал младшим, а с 1977 года старшим научным сотрудником.

В 1990 г. защитил докторскую диссертацию «Прогноз при депрессиях» и стал ведущим научным сотрудником, а 1995 года – руководителем отдела суицидологии.

В 2006 г. получил звание профессора.

нием более психически полноценных соучастников они могут участвовать в краже или поджоге, иногда могут совершить сексуальный деликт. При таком общественно опасном поведении какое-либо понимание противоправности отсутствует, грубо нарушена критическая оценка своего состояния, инкриминируемого деяния и самой судебно-психиатрической экспертной ситуации. Поэтому в отношении лиц с имбецильностью принимается решение о невозможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий или руководить ими, то есть о невменяемости.

Если судом рассматривается вопрос об их способности понимать значение своих действий и руководить ими, о недееспособности и учреждении опеки, то принимается решение о недееспособности.

При решении вопросов вменяемости, дееспособности, возможности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания, степень умственной отсталости определяется путем тщательного клинического изучения всей личности подэкспертного. Важное значение в этих случаях имеет не только наличие или отсутствие определенного объема знаний, но и способность ориентироваться в конкретной ситуации, способность устанавливать определенные связи с окружающими, важна адаптация к новым условиям, возможность трудового приспособления. Одним из существенных условий является умение оперировать понятиями. Большую роль в этом смысле играет степень развития речи: чем более развита речь, чем более широко подэкспертный с дебильностью пользуется понятиями, тем выше обычно оценивается степень его интеллектуального развития. Важно учитывать и характер совершенного правонарушения, а также те условия, при которых оно было совершено. Лица с дебильностью нередко понимают определенные конкретные требования закона, не требующие какой-либо сложной интеллектуальной оценки. Требования закона, основанные на более сложных отношениях и заключениях, часто ими не осознаются, особенно в юношеском возрасте. Поэтому считать их вменяемыми в отношении некоторых правонарушений следует с большой осторожностью. Опасные действия могут быть следствием эмоционально-волевых нарушений, импульсивности, невозможности подавлять влечения, когда умственно отсталые лица часто не в состоянии осмыслить противоправное значение своих действий, не могут понять, какие требования к ним предъявляются законом, не могут контролировать свое поведение.




УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ

В.В. ГОРИНОВ, д.м.н., профессор,
ФГУ «Государственный научный центр социальной
и судебной психиатрии им. В.П. Сербского»
Минздравсоцразвития России, г. Москва

ЛЕКЦИЯ

психическая деятельность в судебно-психиатрической клинике встречаются в крайних формах умственной отсталости. Лица с легкой и средней формами умственной отсталости имеют дефицит знаний, имбецильность, умственную отсталость. Умственная отсталость характеризуется нарушением способности воспринимать окружающую действительность, ориентироваться в ней, устанавливать связи с окружающими, адаптироваться к новым условиям, выполнять трудовые обязанности. Одним из существенных условий является умение оперировать понятиями. Большую роль в этом смысле играет степень развития речи: чем более развита речь, чем более широко подэкспертный с дебильностью пользуется понятиями, тем выше обычно оценивается степень его интеллектуального развития. Важно учитывать и характер совершенного правонарушения, а также те условия, при которых оно было совершено. Лица с дебильностью нередко понимают определенные конкретные требования закона, не требующие какой-либо сложной интеллектуальной оценки. Требования закона, основанные на более сложных отношениях и заключениях, часто ими не осознаются, особенно в юношеском возрасте. Поэтому считать их вменяемыми в отношении некоторых правонарушений следует с большой осторожностью. Опасные действия могут быть следствием эмоционально-волевых нарушений, импульсивности, невозможности подавлять влечения, когда умственно отсталые лица часто не в состоянии осмыслить противоправное значение своих действий, не могут понять, какие требования к ним предъявляются законом, не могут контролировать свое поведение.

СТЕПЕНЬ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

Умственная отсталость характеризуется нарушением способности воспринимать окружающую действительность, ориентироваться в ней, устанавливать связи с окружающими, адаптироваться к новым условиям, выполнять трудовые обязанности. Одним из существенных условий является умение оперировать понятиями. Большую роль в этом смысле играет степень развития речи: чем более развита речь, чем более широко подэкспертный с дебильностью пользуется понятиями, тем выше обычно оценивается степень его интеллектуального развития. Важно учитывать и характер совершенного правонарушения, а также те условия, при которых оно было совершено. Лица с дебильностью нередко понимают определенные конкретные требования закона, не требующие какой-либо сложной интеллектуальной оценки. Требования закона, основанные на более сложных отношениях и заключениях, часто ими не осознаются, особенно в юношеском возрасте. Поэтому считать их вменяемыми в отношении некоторых правонарушений следует с большой осторожностью. Опасные действия могут быть следствием эмоционально-волевых нарушений, импульсивности, невозможности подавлять влечения, когда умственно отсталые лица часто не в состоянии осмыслить противоправное значение своих действий, не могут понять, какие требования к ним предъявляются законом, не могут контролировать свое поведение.



Согласно современным научным представлениям, понятие «умственная отсталость» имеет собирательное значение, которое объединяет самые разные по своему происхождению формы патологии психической деятельности. В их число включают формы умственной отсталости, связанные с повреждением мозга генетическими, органическими, интоксикационными и иными вредностями. Выделяют формы, обусловленные влиянием неблагоприятных социальных и культурных факторов: неправильное воспитание, педагогическая запущенность, отрицательные соматические и психогенные влияния, дефекты зрения и слуха.

Любая вредность, действующая на организм, не закончивший своего формирования, физиологического роста, может привести к общей или частичной задержке его развития. Достаточно длительное и сильное патологическое воздействие на незрелый мозг может привести к отклонениям в его дифференцировании, а, следовательно, и к нарушениям в психическом развитии ребенка. Выраженность и формы умственной отсталости зависят от времени влияния повреждающих биологических и неблагоприятных социальных факторов, локализации и распространенности болезненного процесса, а также его интенсивности. Умственная отсталость характеризуется рядом общих клинических признаков. Ведущий признак – общее недоразвитие всех сложных форм психической деятельности. При этом патологическом состоянии – врожденном или приобретенном в возрасте до трех лет – страдают интеллект, мышление, восприятие, память, внимание, речь, двигательная и эмоционально-волевая сферы.

Причины умственной отсталости заключаются в неправильном формировании или в поражении головного мозга на ранних этапах его развития. Поэтому отличительной чертой умственной отсталости от приобретенного слабоумия является то, что умственная отсталость представляет собой не снижение функций психики вследствие психического заболевания, а их первоначальное недоразвитие. В случаях приобретенного слабоумия болезненное расстройство психической деятельности возникает у полноценного до этого человека, причем во время обследования удается выявить остатки прежних навыков и знаний. У лиц с приобретенным слабоумием речь более развита, уровень абстрактного мышления более высок, имеется резкое несоответствие между интересами и устремлениями больного до развития слабоумия и после этого.

При умственной отсталости страдают те функции психики, которые обеспечивают нормальное развитие человека. Привести к повреждению головного мозга, обуславливающему умственную отсталость, могут различные факторы, действующие на зародыш и плод в период внутриутробного развития, во время родов или

Несмотря на общий признак умственной отсталости – недоразвитие всей психики в целом – лица с дебильностью и по своим личностным, и по социальным особенностям имеют свою индивидуальность, что существенно отличает их от страдающих имбецильностью или идиотией. Они часто поступают в массовую общеобразовательную школу, но уже в самом начале своего обучения успевают очень плохо, не могут полноценно усвоить даже элементарный учебный материал. В ряде случаев неплохая механическая память, усидчивость, настойчивость родителей и усилия педагогов позволяют больным освоить программу начальной школы, обучение в старших классах им недоступно. Их интересы сконцентрированы преимущественно на удовлетворении физиологических потребностей, их мало занимает общественная жизнь, еще в меньшей степени интересуют отвлеченные вопросы и события.

Лица с дебильностью все же способны обобщать данные жизненного опыта, делать несложные умозаключения и практические выводы. В несложных жизненных ситуациях, учитывая предшествующий практический опыт, они проявляют достаточную целенаправленность и активность. Чем легче степень дебильности, тем большим словарным запасом и набором отдельных понятий оперирует подэкспертный. Большинство больных с дебильностью с возрастом все более правильно оценивают складывающуюся ситуацию, лучше контролируют свои поступки, с учетом накопленного жизненного опыта могут адекватно изменять свое поведение, у них нарастает уровень критических способностей. При умеренной и легкой дебильности они достаточно хорошо адаптируются к повседневным требованиям, выбирают для себя виды деятельности, самостоятельно организуют свой быт, не нуждаются в помощи психиатра, «растворяются в обществе, становясь вполне конкурентноспособными».

Вследствие характерной для умственной отсталости истории развития этого патологического состояния, его соматических и психопатологических симптомов, установление правильного диагноза в судебно-психиатрической клинике не представляет трудностей в отличие от распознавания некоторых других психических расстройств, например, шизофрении. Более сложной бывает судебно-психиатрическая диагностика, когда необходимо оценить глубину умственной отсталости и степень ее влияния на возможность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий или руководить ими в уголовном процессе; способность понимать значение своих действий или руководить ими при решении вопросов дееспособности. Задача облегчается лишь при судебно-психиатрических экспертизах лиц с идиотией или имбецильностью. При идиотии, ввиду тяжелого психического состояния, не может быть никакого противоправного поведения, как и не может быть ситуации, когда они могут быть истцами или ответчиками. Больные полностью беспомощны, нуждаются в постоянном уходе и надзоре, в учреждении над ними опеки. Если же в отношении них совершаются какие-либо противоправные действия, то они как потерпевшие не могут правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значения для дела, и давать о них правильные показания.

Лица с умственной отсталостью в степени имбецильности при совершении общественно опасных действий не могут сознательно регулировать свое поведение, такие их действия характеризуются импульсивностью, неосознаваемой подражательностью, внушаемостью и пассивной подчиняемостью другим лицам. Под влия-

Умственная отсталость широко распространена среди населения всего мира, в зависимости от различных причинных факторов. В зависимости от степени тяжести поражения головного мозга различают три степени умственной отсталости: идиотию, имбецильность и дебильность. Идиотия характеризуется глубоким нарушением психической деятельности, отсутствием способности к самостоятельному выполнению элементарных действий. Имбецильность характеризуется умеренным нарушением психической деятельности, отсутствием способности к самостоятельному выполнению элементарных действий. Дебильность характеризуется легкой степенью нарушения психической деятельности, отсутствием способности к самостоятельному выполнению элементарных действий. Умственная отсталость может быть вызвана различными факторами: генетическими, органическими, интоксикационными, социальными и культурными. В зависимости от времени возникновения различают врожденную и приобретенную умственную отсталость. Врожденная умственная отсталость возникает в результате поражения головного мозга во время внутриутробного развития или во время родов. Приобретенная умственная отсталость возникает в результате поражения головного мозга в результате различных заболеваний, травм, интоксикаций, инфекционных заболеваний и др. Умственная отсталость характеризуется общим недоразвитием психической деятельности, отсутствием способности к самостоятельному выполнению элементарных действий. Основные признаки умственной отсталости: общий интеллект ниже среднего уровня, нарушение способности к обучению, нарушение способности к самостоятельному выполнению элементарных действий, нарушение способности к самостоятельному выполнению элементарных действий, нарушение способности к самостоятельному выполнению элементарных действий. Умственная отсталость характеризуется общим недоразвитием психической деятельности, отсутствием способности к самостоятельному выполнению элементарных действий. Основные признаки умственной отсталости: общий интеллект ниже среднего уровня, нарушение способности к обучению, нарушение способности к самостоятельному выполнению элементарных действий, нарушение способности к самостоятельному выполнению элементарных действий, нарушение способности к самостоятельному выполнению элементарных действий.

1. ИДИОТИЯ (греч. – невежество) является наиболее тяжелой степенью умственной отсталости. У больных с идиотией практически полностью отсутствуют способности к самостоятельному выполнению элементарных действий. Больные идиотией характеризуются глубоким нарушением психической деятельности, отсутствием способности к самостоятельному выполнению элементарных действий. Основные признаки идиотии: общий интеллект ниже среднего уровня, нарушение способности к обучению, нарушение способности к самостоятельному выполнению элементарных действий, нарушение способности к самостоятельному выполнению элементарных действий. Умственная отсталость характеризуется общим недоразвитием психической деятельности, отсутствием способности к самостоятельному выполнению элементарных действий. Основные признаки умственной отсталости: общий интеллект ниже среднего уровня, нарушение способности к обучению, нарушение способности к самостоятельному выполнению элементарных действий, нарушение способности к самостоятельному выполнению элементарных действий.

АНАТОМИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Сезонное аффективное расстройство

В.Э. МЕДВЕДЕВ, к.м.н., отдел по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств Научного центра психического здоровья РАМН, г. Москва

Сезонное аффективное расстройство (САР) – рекуррентные депрессивные фазы, манифестирующие в осенний и/или зимний периоды года.

Диагностическими критериями САР принято считать:

■ четкую временную связь между развитием депрессивного эпизода и определенным временем года (осень-зима);

■ регулярное становление ремиссии или переход в гипоманиакальное состояние (также в определенное время года: весна-лето);

■ преобладание сезонных депрессивных эпизодов над несезонными минимум в три раза и ежегодное повторение сезонных депрессий в течение не менее двух лет подряд.

Клиническая картина САР характеризуется определенным симптомокомплексом, включающим проявления негативной эффективности: апатию, астению, ангедонию, дисфорию, девитализацию, моральную анестезию, а также гиперсомнию, гиперфагию и увеличением массы тела и (часто) инвертированный суточный ритм.

Общепринятого мнения о природе сезонных депрессий до настоящего времени не существует. Согласно основным психопатологическим подходам, САР рассматривается как самостоятельное заболевание. В некоторых исследованиях представлены данные о коморбидности САР ряду психических заболеваний и расстройств личности.

Очевидно, что настроение, уровень активности, аппетит человека меняются в зависимости от освещенности, так как на свету происходит подавление выработки мелатонина эпифизом.

Схема центрального звена патогенеза САР представлена на рисунке (см.).

Существуют два варианта клинической картины сезонных депрессий: с гиперстезическим соматовегетативным комплексом и с анестетическим соматовегетативным комплексом.

САР с гиперстезическим соматовегетативным комплексом, как правило, манифестирует в возрасте 15-25 лет и представляет собой биполярное расстройство продолжительностью в среднем до 4 мес. Время начала,

СЕЗОННОЕ АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО

Современные критерии САР

Сезонный характер обострений

Манифестация и/или доминирование соматовегетативных расстройств (диссомния, патология пищевого поведения, вегетативные, соматоформные нарушения)

длительность фазы и выраженность симптоматики зависят от погодных-климатических условий, а протекают они по типу «клише», то есть без утяжеления психопатологических расстройств и снижения качества ремиссий.

САР с анестетическим соматовегетативным комплексом манифестирует в возрасте 30-40 лет и представляет собой монополярное расстройство продолжительностью в среднем до 9 мес. Данный вариант САР не зависит от погодных-климатических условий, и в его течении отмечается нарастание тяжести и увеличение продолжительности депрессий, сниже-

С гиперстезическим соматовегетативным симптомокомплексом

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА СЕЗОННЫХ ДЕПРЕССИЙ

С анестетическим соматовегетативным симптомокомплексом

ние качества ремиссий. В катамнезе 2/5 наблюдений – по типу «двойной депрессии».

Психотропные препараты являются эффективным средством лечения и профилактики САР. Терапия и профилактика САР проводится препаратами различных психофармакологических классов: антидепрессантами (классическими и атипичными), анксиолитиками бензодиазепинового ряда, а также нормотимиками. Выбор психотропных средств и методы терапии определяются типологией САР.

ЦЕНТРАЛЬНОЕ ЗВЕНО ПАТОГЕНЕЗА САР



ПИСЬМО В РЕДАКЦИЮ

Автор уточняет

ПИСЬМО В. СКАВЫША (АВТОРА ПУБЛИКАЦИИ О ПСИХИЧЕСКОМ ЗДОРОВЬЕ Н.В.ГОГОЛЯ)

«Я сделал удивительное «открытие», что ваша газета «Новая психиатрия» есть в Интернете.

Это здорово!!! Прочитал первый номер газеты за 2011 год и вторую публикацию о личности Гоголя (где я в роли защитника Фетюковича в суде истории над душой гения) в заочно-посмертной психиатрической экспертизе над личностью Гоголя, но... чуть-чуть расстроился...

В конце статьи, после короткой цитаты из книги Сергея Тимофеевича Аксакова «История моего знакомства с Гоголем», я привожу воспоминания Ивана Сергеевича Тургенева.

С актером Михаилом Щепкиным в гости к графу А.П.Толстому, на Никитский бульвар, ходил

слушать чтение «Резизора» перед актерами Малого академического театра писатель И.С.Тургенев, а вовсе не старший из Аксаковых.

Как-то надо бы исправить досадное недоразумение и опечатку.

Зимой 1852 года в Москве Иван Сергеевич Тургенев единственный раз в своей жизни видел и слушал живого классика – Николая Васильевича.

Этот личный контакт с Гоголем оставил неизгладимый отпечаток в личности самого И.С.Тургенева на всю жизнь. (И.С.Тургенев сам об этом пишет).

Привожу отрывок того текста: Вот свидетельство поэта В.А. Жуковского: «Настоящее его призвание было монашество. Я уверен, что если бы он не начинал

свои «Мертвые души», которых окончание лежало на его совести и все ему не давалось, то он давно бы стал монахом и был бы успокоен совершенно, вступив в ту атмосферу, в которой душа его дышала бы легко и свободно. Вспоминает С.Т.Аксаков: «Отсюда начинается постоянное стремление Гоголя к улучшению в себе духовного человека и преобладание религиозного направления, достигшего впоследствии, по моему мнению, такого высокого настроения, которое уже не совместимо с телесною оболочкою человека...».

Вернемся в зимнюю Москву 1852 года.

Гоголь, читая о своей «измене» искусству в газете, сетовал И.С.Тургеневу: «Я и прежде всегда же высказывал убеждения, как и теперь!.. С какой же стати упрекать меня в измене, отступничестве... Меня? « – И это говорил автор «Ревизора», одной из самых отрицательных комедий, какие когда-либо являлись на сцене! Мы

с Щепкиным молчали. Гоголь бросил, наконец, книгу на стол и снова заговорил об искусстве, о театре; объявил, что остался недоволен игрою актеров в «Ревизоре», что они «тон потеряли», и что он готов им прочесть всю пьесу с начала до конца. Щепкин ухватился за это слово и тут же уладил, где и когда читать. Какая-то старая барыня приехала к Гоголю; она привезла ему просфору с вынутой частицей. Мы удалились. Дня через два, происходило чтение «Ревизора» в одной из зал того дома, где проживал Гоголь. Я выпросил позволение присутствовать на этом чтении. Покойный профессор Шевырев также был в числе слушателей и – если не ошибаюсь – Погодин».

Уважаемая редакция, ничего страшного и непоправимого не случилось. Не ошибается только тот, кто ничего не делает!!! Извините за педантизм и доставленные хлопоты.

С уважением, врач-психиатр, к.м.н. Владимир Скавыш

НОВОСТИ НАУКИ

(Окончание. Начало на стр. 8)

Анализ крови и болезнь Альцгеймера



Для проверки концепции Т.Кодадек и его коллеги использовали сравнительный скрининг комбинаторных библиотек синтетических молекул – пептоидов – против образцов сыворотки, полученных от мышей с заболеванием, аналогичным рассеянному склерозу человека, и от контрольных животных. Те синтетические молекулы, которые удерживали больше иммуноглобулинов G (IgG), главного типа антител из образцов крови больных животных, были определены в качестве потенциальных агентов для связывания диагностически значимых молекул. Результаты проверки обнадеживали.

Затем исследователи перешли к образцам сыворотки шести пациентов с болезнью Альцгеймера, шести здоровых людей и шести пациентов с болезнью Паркинсона. Было идентифицировано три пептоида, которые связывали по меньшей мере в три раза больше IgG антител из всех шести образцов, полученных от пациентов с болезнью Альцгеймера, чем из любого контрольного образца или образцов, взятых у пациентов с болезнью Паркинсона. Результаты показали, что два из этих пептоидов связывали одни и те же IgG, в то время как третий связывал другие антитела, в результате чего ученые получили, по меньшей мере, две молекулы-кандидата на роль биомаркеров этого заболевания.

– Мы использовали пептоиды в качестве приманки для IgG антител, – объясняет Т.Кодадек. – Некоторые из этих синтетических молекул узнают антиген-связывающие сайты специфичных для заболевания антител достаточно хорошо, чтобы извлечь их из образцов крови, хотя они почти наверняка не связывают их так же хорошо, как естественные антигены. Эта способность пептоидов должна помочь обойти необходимость обнаружения естественных антигенов.



ФЕНИКС
лечебно-реабилитационный
научный центр

ОБЩЕРОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКАЯ ГАЗЕТА

«Новая психиатрия»

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

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЭССЕ

Таинство сна...



Сон... Таинственный, непостижимый, иногда сладкий, а иногда пугающий. Для кого-то необходимый и оздоравливающий, а для кого-то глупый и бесполезный. Одна третья часть нашей жизни. Невозможно поверить, но неужели такие колоссальные потери времени необходимы нам только для восстановления физических и эмоциональных сил?!

НАРУШЕНИЯ СНА

Иногда по разным причинам сон нарушается. Наши предки, вставшие с петухами и ложившиеся спать с заходом солнца, усваивающие за целую жизнь меньше информации, чем мы вынуждены «проглатывать» за год, практически не страдали нарушениями сна. Тонкий природный механизм, обеспечивающий смену сна и бодрствования, разрушается современным образом жизни, ее бешеным ритмом, обилием впечатлений, информационной перегрузкой и недостатком физической активности.

Часто нарушения сна называют **бессонницей**. Что же такое бессонница? Собственно говоря, термин «бессонница» не совсем точно отражает смысл явления. В крайнем случае, речь может идти о недосыпании, о поверхностном, неглубоком или чересчур коротком сне. И хотя бессонницу принято считать заболеванием, на самом деле это не болезнь, а лишь симптом других заболеваний.

Нарушения сна встречаются довольно часто – ими страдают около половины взрослого населения Земли. Расстройства сна включают проблемы засыпания, частых или ранних пробуждений, поддержания сна и адекватного уровня бодрствования, сонливости в течение дня, а также расстройства дыхания и движения во сне.

Причинами нарушения сна могут быть:

- неразрешенные конфликты;
- тяжелая ситуация в жизни;
- чувство беспокойства, тревога;
- боль;
- высокая температура;
- сексуальные проблемы;
- повышенное артериальное давление;
- употребление стимуляторов;
- переедание;
- перемена климата;
- изменение обстановки (новая кровать, необычное окружение).

Сон является зеркалом психологического здоровья человека. Нарушения сна, как правило, сопровождают любое депрессивное или тревожное состояние. Более того, стойкие нарушения сна, ночные пробуждения, сопровождающиеся чувством тревоги, беспокойства, являются одним из главных диагностических критериев депрессии. Иногда такие нарушения сна могут быть единственным явным или ведущим симптомом маскированной депрессии. Такие люди засыпают с трудом, просыпаются рано, зачастую посреди ночи, их тяготит мрачное настроение, состояние

тоски и безнадежности, порой страха, нередко с мыслями о собственной никчемности и даже суицидальными размышлениями.

Негативные переживания «захватывают в плен», не позволяя расслабиться и уснуть. Внутренние переживания работают как «часовая бомба», заставляя человека находиться в постоянном напряжении, в ожидании «взрыва», и даже сами мысли об отсутствии сна усиливают эффект безнадежности.

Измученный бессонницей человек начинает бояться постели, уверенный в том, что, как только он коснется головой подушки, желание спать улетучится. Дремота прерывается малейшим звуком, и порой засыпание растягивается до двух-трех часов. Другой вариант – частые ночные пробуждения, после которых долго невозможно уснуть. Сон кажется поверхностным и неглубоким, а поутру человек чувствует себя разбитым и невыспавшимся, его одолевает желание бросить все дела, забыть в тихий угол и наконец уснуть.

Людам свойственно недооценивать негативное влияние

«...Калугин заснул и увидел сон, будто он сидит в кустах, а мимо кустов проходит милиционер. Калугин проснулся, почесал рот и опять заснул, и опять увидел сон, будто он идет мимо кустов, а в кустах притаился и сидит милиционер.

Калугин проснулся, подложил под голову газету, чтобы не мочить слюнями подушку, и опять заснул, и опять увидел сон, будто он сидит в кустах, а мимо кустов проходит милиционер...

...Тут Калугин проснулся и решил больше не спать, но моментально заснул и увидел сон, будто он сидит за милиционером, а мимо проходят кусты. Калугин закричал и заметался в кровати, но проснуться уже не мог. Калугин спал четыре дня и четыре ночи подряд и на пятый день проснулся таким тощим, что сапоги пришлось подвязывать к ногам веревочкой, чтобы они не сваливались. В булочной, где Калугин всегда покупал пшеничный хлеб, его не узнали и подсунили ему полуржаной...» (Даниил Хармс)

плохого сна и не воспринимать расстройства сна как болезнь, несущую серьезные физические и психические последствия. Однако патология сна усиливает негативные эффекты других хронических заболеваний, ослабляет организм человека и подрывает нервную систему. Недостаток или отсутствие полноценного сна, в свою очередь, негативно сказываются на состоянии психического и физического здоровья человека. Так, при стойком лишении сна у человека могут возникать проблемы с мышлением, дисфункции памяти, зрительные и слуховые нарушения.



Сущность сна и сновидений многие века занимала человеческие умы. В зависимости от воззрений сон понимался или как мистическое состояние, или как специфическая работа мозга. В древнеиндийском эпосе «Упанишад», созданном за тысячу лет до нашей эры, уже говорилось о трех формах существования: бодрствовании, сне глубоком и сне со сновидениями.

История представлений о сущности сна уходит в глубокую древность. Тайных чар древнегреческой богини ночи Нюкты опасался сам громовержец Зевс. Ее силу множили сыновья-близнецы – бог сна Гипнос и бог смерти Танатос. Они не случайно названы близнецами: погруженность в сон и уход в мир вечного покоя виделись древним грекам как родственные состояния. Не меньшим ореолом преклонения был окружен бог сновидений Морфей – разгадыванием его тайных посланий, получаемых людьми во время сна, занималась особая каста дельфийских жрецов-предсказателей.

Во все времена ученые разных стран уделяли сну особое внимание. Древние египтяне называли сон малой смертью. Действительно, спящий напоминает мертвого, замедляются многие физиологические процессы, тем не менее он продолжает свою жизнь, переносясь из привычного реального мира в призрачный мир образов, мир, созданный его воображением.

Таким образом, сон понимался исследователями двояко: и как естественный физиологический процесс, и как проявление глубинной работы подсознания. Иначе и быть не могло, так как в понятии «сон» представлены разные стороны человеческого существования. Чтобы дифференцировать их, было принято рассматривать отдельно сон – как восстановительный процесс и сновидения – как отображение каких-то образов во сне.

СОН КАК ЯВЛЕНИЕ

Многие люди склонны относиться к сну, как к пророческим. Разгадывание «вещих» снов было распространено с глубокой древности. Еще во II веке нашей эры грек Артемидорус составил первый заслуживающий внимания сонник, в котором толкование снов производилось в соответствии с обликом, характером, именем и социальным положением человека. Дело каждого – верить сонникам или нет, но нелишнее вспомнить двух великих психологов, развивших теорию сновидений. Зигмунд Фрейд через «свободные ассоциации» добивался от пациентов того, чтобы они могли сами увидеть то, что им мешает, то, о чем они сами не знают. К. Юнг говорил: «Абсолютной глупостью является вера в существование готовых, систематизированных справочников по толкованию снов, в которые можно просто заглянуть и отыскать любой конкретный смысл. Ни один образ из сна не может быть отделен от той личности, которой этот сон приснился...».

Медицинская информационно-аналитическая газета, №4(11) 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 – 11.04.2011 в 10.00, фактически – 11.04.2011 в 10.00.

СТИХОТВОРНОЙ СТРОКОЙ



РАЗГОВОР ВРАЧА С НАРКОМАНОМ

Я тебя не намерен
Ни учить, ни пугать.
В своей правде уверен,
Я хотел бы понять,

Как с неправдой своею
Прожил ты столько лет,
Как «торча» и «балдея»,
Породил столько бед.

Беды, горе, потери...
Мать ночами не спит...
В призраке «кайфа» ты верил –
Призрак громом грозит.

Саван соткан из дыма,
В папиросе гашиш,
Ты не в жизни, ты – мимо,
Не живешь ты – «торчишь».

Люди рады заботам,
Люди жаждут добра,
В муках творчества кто-то
Не заснул до утра.

Ты ведь мучился тоже,
Ты ведь тоже не спал,
Был заботой встревожен:
Ты вчера не достал...

Свою «травку» не добыл,
Обманул твой кумир,
Ты в тревоге и злобе
На себя, на весь мир.

Больно, мутно, тяжело,
Разум топит туман...
Счастье – радость затяжки
Для тебя, наркоман.

Отрезвевшим рассудком
Посмотри на себя,
Этой истинной жуткой
Пусть ударит тебя.

Твое тело дряхлеет,
И черствеет душа,
Постепенно слабеет
Ум, забывается спеша.

Отрезвление – ужасно,
Ломка души и костей,
Но светла и прекрасна
Радость трезвых людей.

Пробудилась тревога
В протрезвевшей душе –
Значит к светлой дороге
Сделал шаг ты уже.

И все дальше ненастье,
Ты себя превозмог.
Норма жизни есть счастье,
Трезвость – счастья залог.

Ю.А. Кутявин