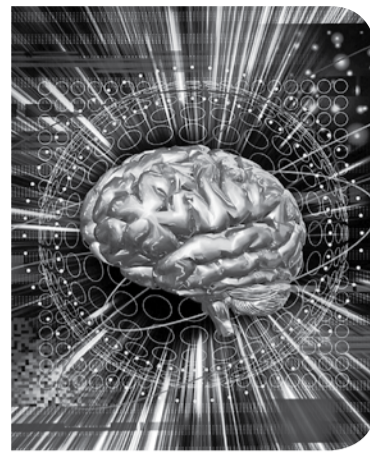


Молодые  
ученые-психиатры  
Дона  
объединяются! 4

Тревога:  
симптом, синдром,  
расстройство... 7  
(ПОПУЛЯРНЫЕ ЛЕКЦИИ)

О патогенезе  
стресса... 9

Ревнует  
значит любит?  
Или болен? 11



**ФЕНИКС**

лечебно-реабилитационный  
научный центр

НАШ АДРЕС:

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

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

№ 5-2010  
октябрь

Новая

# ПСИХИАТРИЯ

БЕЗНАДЕЖНЫХ БОЛЬНЫХ НЕ СУЩЕСТВУЕТ!

ЦЕНТР «ФЕНИКС»: «ЮБИЛЕЙНАЯ ЛЕТОПИСЬ: 20!»

Для рождения лечебно-реабилитационного научного центра существовал тогда целый ряд условий. Одна из «объективных» причин не исключает скрытого божественного промысла, ведь в эпоху перемен, жить в которую не пожелают и врагу, необходимость в душевных врачах огромна.

Внутренний ряд (не всех перечисленных) регалий одного человека. Что помогло добиться признания и успеха, которые бесспорны? Легко ли: создается клиника, присуждаются премии, даются звания, получают сертификаты, выдаются патенты, рождаются ученики, легко ли расставаться с выпестованным учеником, не оправдавшим надежд, быть руководителем организации... если по призванию ты врач?..

ТАК НАЧИНАЛОСЬ...

Наверное, правильнее всего будет сказать, что началось все с того, что Александр Бухановский осознал себя врачом. Даже сейчас он говорит, что, прежде всего, он – врач, психиатр, а все звания – это приложения и результат работы. Даже диссертации, и кандидатская, и докторская, – отражение и обобщение научно-практических результатов, обработанная эмпирическая база, накопленная постепенно очень заинтересованным в своей работе врачом. В таком случае говорят: «занимается любимым делом», «вкладывает душу в работу», «занимается тем, чем хочет». И в этом заключена формула успеха, за которым не гонятся, а который приходит сам, когда все готово. И «мир» начинает сам собой «крутиться» вокруг такого человека – «генератора» – идей, целей, учеников... Сам работает, других притягивает, заряжает, необратимо.

Об истории создания клиники, ее «родителях», организационных сложностях, пациентах, научных достижениях, нам рассказал сам А.О.Бухановский...

## От науки – к клинической практике

ПУБЛИКАЦИЕЙ ЭТОГО РЕТРОСПЕКТИВНОГО ОЧЕРКА МЫ НАЧИНАЕМ ЦИКЛ ЮБИЛЕЙНЫХ ПУБЛИКАЦИЙ, ПОСВЯЩЕННЫХ ИСТОРИИ ЛРНЦ «ФЕНИКС»

Н. РОШАНСКАЯ

21 июня 2011 года лечебно-реабилитационному научному центру «Феникс» исполняется 20 лет. Круглая дата. Солидный возраст для предприятия, созданного «с нуля» в лихие 1990-е. Эти годы стали вехой в развитии негосударственной медицины, позволив одним состояться в качестве ученого или практика, другим же – наоборот – кануть в небытие...

### КТО ЗАЙМЕТСЯ ПРОБЛЕМОЙ ТРАНССЕСУАЛИЗМА

У создания лечебно-реабилитационного научного центра есть предыстория...

Работа над пионерской в России проблемой транссексуализма (ставшей позже предметом докторской диссертации на эту тему, защищенной Бухановским в Государственном научном центре социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского), объединила целый ряд единомышленников-ростовчан – профессора Вадима Ивановича Русакова; личного друга А.О.Бухановского – профессора Николая Владимировича Ромашевского, а также профессуры из Москвы – хирурга-эндокринолога Ирину Голубеву, хирурга Алексея Окулова. Эти специалисты мирового уровня, делали блестящие операции по реконструкции пола.

Ромашевский занимался операциями на грудных железах и

на яичниках (в результате чего женский организм начинал вырабатывать мужские половые гормоны). Голубева обеспечивала гормональную коррекцию пола. В результате чрезвычайно тонких операций мужчина превращался в женщину, а женщина – в мужчину. У бывших мужчин появлялись молочные железы, и они, уже в новом статусе, были способны кормить грудных детей своим грудным молоком. После операции начиналась длительная реабилитационная работа по адаптации этих людей в обществе. Им помогали с решением разных вопросов. Когда они усыновляли детей, мы помогали им и в этом.

Коллектив «Феникса» проводил экспертизы спорных половых состояний. Как правило, к нам приходили люди, уже имеющие «гомосексуальные» семьи, по половой ориентации и по сути бывшие гетеросексуальными. Довольно часто партнеры наших пациентов даже не догадывались (!), что живут с подобными им по полу людьми.

Это была очень интересная работа. Результаты ее были феноменальны. Терминологического аппарата тогда ещё не было – одним словом, полная свобода для творчества (в научном смысле – интереснейшая вещь).

(Продолжение – на стр. 2-3)

ПОЗДРАВЛЯЕМ!



КОЛЛЕГИ, ПАЦИЕНТЫ, РЕДАКЦИЯ  
ГАЗЕТЫ «НОВАЯ ПСИХИАТРИЯ»

поздравляют

Ольгу  
Александровну  
Бухановскую

главного, настоящего, любимого,  
женственного и обаятельного,  
теплого и добросердечного,  
высокопрофессионального врача  
ЛРНЦ «Феникс», главного редактора,

С Днем  
Рождения!

Желаем Вам всего только доброго,  
созидательного, проникновенного,  
впечатляюще красивого,  
оптимистично заряженного,  
щедро одаренного, вдохновляющего,  
помогающего, душевного!  
Исполнения всего того, чего  
Вы желаете! Здоровья, удачи,  
благополучия и любви!



ПРИГЛАШАЕМ  
АВТОРОВ  
К СОТРУДНИЧЕСТВУ!

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



На вопросы отвечает врач-психиатр, нарколог, кандидат медицинских наук, доцент кафедры уголовного процесса и криминалистики юридического факультета Южного федерального университета, главный врач ЛРНЦ «Феникс» **Ольга Александровна Бухановская.**

– Что делать, если член семьи злоупотребляет спиртным и это сопровождается агрессивным поведением, неадекватными действиями и состоянием (например, галлюцинациями), но добровольно лечиться он не хочет?

– Лечение алкоголизма, протекающего без психотической симптоматики, проходит на добровольной основе. Когда в опьянении человек, страдающий алкоголизмом, проявляет агрессию (и она не связана с психозом), то это компетенция милиции, а не врача-психиатра-нарколога. Последний начинает действовать, если возникает алкогольный психоз, например, «белая горячка», алкогольный галлюциноз, алкогольное острое бредовое расстройство и т.п. В этих случаях, в соответствии с Законом, возможна *недобровольная госпитализация* в психиатрическую больницу. Для такой госпитализации не требуется согласие больного или его родственников. Однако, как любая форма *недобровольности*, она контролируется и санкционируется судом.

Есть еще одна форма защиты семьи – финансово-экономическая. Так, если алкоголик вводит семью в тяжелое материальное положение, истощает бюджет семьи, то возможно обращение в суд для оформления *ограниченной дееспособности*. Ограниченно дееспособный человек лишается права распоряжаться своими деньгами и совершать сделки. Такому гражданину назначается попечитель.

Многие родственники и близкие, особенно живущие вместе с больным алкоголизмом, имеют серьезные психологические, психические и психосоматические расстройства. Они называются созависимыми. В этих случаях значительную помощь им может оказать психотерапевт, владеющий навыками семейной психотерапии созависимых.



**ФЕНИКС**  
лечебно-реабилитационный  
научный центр

## ЦЕНТР «ФЕНИКС»: «ЮБИЛЕЙНАЯ ЛЕТОПИСЬ: 20!»

– Я очень благодарен ректору медицинского института, на базе которого мы работали, и коллективам всех клиник, на базе которых производились операции, – говорит Александр Олимпиевич. – Какое-то время все складывалось благоприятно. Нам шли на встречу. Поток пациентов становился все больше. В то время все работы выполнялись совершенно бесплатно. Но с некоторых пор начались проблемы. Нам начали мешать. Я обратился к ректору мединститута с предложением организовать на его базе подразделение, которое занималось бы теорией и практикой трансформации пола, и развивать это направление. Но мне было отказано. Один из проректоров, занимающийся очень далекой от транссексуализма проблемой, прямо сказал, что данное научное направление не актуально, и «занимайтесь-ка вы лучше алкоголизмом». К этому моменту у меня фактически была завершена диссертация.

## ТРОЕ В ОДНОЙ ЛОДКЕ

– Я всегда работаю самостоятельно, – продолжает А.О.Бухановский, – у меня никогда не было ни консультантов, ни руководителя... Прекращение нашей работы на базе мединститута усложняло завершение моей научной работы. Я попал в зависимое положение. Как человеку свободолобивому, гордому, честолюбивому, мне было тяжело выносить ограничения административной власти. Это было «время Горбачева», и можно было что-то создавать. Но у меня не было не то что предпринимательского опыта, но и представления об этом.

Я обратился к *Петру Крыжановскому*, сыну подруги нашей семьи, успешному бизнесмену, и к моему ученику *Алексею Андрееву* (сейчас заведующий мужским отделением горпсихдиспансера) с предложением создать свой медицинский психиатрический центр. Они согласились. Поэтому можно сказать, что у истоков «Феникса» нас стояло трое: Петр занялся организационной стороной, мы с Алексеем – научно-медицинской и практической. Это был первый шаг вхождения в бизнес. Создавая «Феникс», в первую очередь я хотел получить свободу и независимость научной и практической врачебной деятельности. И у нас получилось!

## От науки – к клинической практике

Продолжение. Начало на стр. 1



идея – **возрождение**. И сегодня один из девизов нашей деятельности: «Возрождаем к новой (здоровой) жизни!». (В связи с этим попутно вспомню, что с прошлого года наш торговый знак и марка запатентованы).

## ПЕРВЫЕ ГОДЫ

С 1991 по 1993 год первым местом работы новой клиники стал арендованный в горбольнице №4 Ростова-на-Дону кабинет, в котором были только стол и стул. Прием велся два-три дня в неделю. Первой медсестрой (по совместительству) стала работавшая в этом же кабинете ранее *Татьяна Ивановна Бутук*, которая взяла на себя много организационных хлопот. Сегодня это второй человек – один из руководителей «Феникса», который пользуется огромным уважением и доверием в коллективе.

Сначала «Феникс» работал в амбулаторном режиме. Первоначально основным направлением работы были, как и ранее, проблемы транссексуалов, приезжавших сюда со всей страны. Операции делали на базе Ростовского медуниверситета, а позже и на базе бывшей 10-й ростовской горбольницы. Оперировали –

В.И. Русаков, Н.В. Ромашевский и присоединившийся к ним *Лазарь Гамазович Мкртычев*. Зарабатываемые частной практикой деньги были смехотворны. Хотя, конечно, создавалась клиника поначалу все же не для заработка, главенствующими были медицинские научные интересы и желание, чтобы «никто не мешал». В «Фениксе» начали работать несколько сотрудников кафедры, пришла *Светлана Павловна Кравцова*, блестящий врач, доцент *Юрий Алексеевич Кутявин*.

Здесь же с первых дней работает и дочь Александра Олимпиевича – *Ольга Александровна*, которая, будучи студенткой мединститута, начинала свой трудовой путь в качестве простой санитарки, помогала во всем, сидела на приемах – ей было интересно всё! Жена Александра Олимпиевича – экономист по специальности – трудилась в «Фениксе» сначала на общественных началах, а когда ушла на пенсию, стала штатным экономистом центра.

И дело пошло. Потянулись люди: транссексуалы, больные наркоманией, шизофренией, страдающие депрессиями, маниакально-депрессивным психозом, эпилепсией. Это потребовало перехода на новую ступень развития: потребовалось новое помещение, процедурный кабинет, новое оборудование, чтобы оказывать психиатрическую помощь на самом серьезном уровне.

– Мы переехали в поликлиническое отделение СКЖД, – рассказывает Александр Олимпиевич. – Его главным врачом был *Александр Александрович Дрозд*.

Арендная плата выросла, что повлекло за собой и увеличение стоимости курса лечения. Но и больные, часто уже пролечившиеся в других регионах и после этого обращавшиеся к нам за помощью, были более тяжелыми, сложными. Однако мы были обязаны им помочь и брались за их лечение. Каждый раз проводили углубленное специальное обследование, четко рассчитывали прогноз и свои возможности;



## «Новая психиатрия»

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

### ЦЕНТР «ФЕНИКС»: «ЮБИЛЕЙНАЯ ЛЕТОПИСЬ: 20!»

в основе этого лежали не только опыт, но и знания, постоянно совершенствовать которые нас заставляла работа с пациентами.

Результаты, которые получали специалисты «Феникса», почти всегда радовали их самих. Именно в это время в «Фениксе» появилось два новых девиза: «Невозможного нет – есть неспособные» и «Безнадежных больных не существует».

С этого времени вся документация клиники была приведена в соответствие с требованиями Министерства здравоохранения. Всё стало «как положено». Но даже в этот момент, считает Александр Олимпиевич, он до конца не понимал, что такое частная медицина.

– Какое-то время мне казалось: я – хозяин, и Центр должен работать так, как мне видится, а законы писаны не для меня, – делится воспоминаниями Бухановский. – Я строил организацию по наитию, мне пришлось иметь дело с документацией, распределять деньги, осуществлять траты...

По словам А.О.Бухановского, за двадцать лет истории его предприятия, он не заплатил ни одной взятки – ни копейки.

Постепенно все становилось на свои места, и вместе с тем приходило понимание различных, на первый взгляд, не существенных хозяйственных вопросов. В корне изменилось и отношение к правовым основам деятельности.

#### КАДРЫ РЕШАЮТ ВСЁ

– Где бы мы ни находились и с кем бы ни работали, мы создавали добрую атмосферу, и именно это было основой взаимоотношений, – продолжает Александр Олимпиевич. – Когда мы работали на территории поликлиники СКЖД, к нам пришла процедурная сестра Татьяна Сергеевна Калининченко, одна из лучших, о таких можно только мечтать.

Одной из первых в коллектив пришла подруга жены А.О.Бухановского (из бухгалтерии крупнейшей железной дороги) – главный бухгалтер Инна Евгеньевна Кондова, блестящий бухгалтер, честнейший человек.

– Ей я доверяю на миллион процентов! Я был всегда убежден, что бухгалтер – никому не нужная профессия: сидит – пишет что-то. Но теперь понимаю... без бухгалтера нет политики у предприятия. Она говорит мне, что можно, а что нет. Раньше если она мне говорила: «Ты не имеешь права...», я ей в ответ: «Я – хозяин, что хочу, то и делаю!». Я сделал – нас наказали. Теперь я знаю – бухгалтера надо слушать, – улыбается Александр Олимпиевич.

Примерно в это же время пришла в клинику и менеджер Галина Александровна Савченко, которая тоже внесла в становление «Феникса» большой вклад.

Справедливости ради надо сказать, что плата за лечение продолжала расти, но с первого дня работы у «Феникса» было много



#### НАША СПРАВКА

«Феникс» – первый частный специализированный психиатрический центр в России, известный далеко за пределами Ростова-на-Дону и юга России.

И это в первую очередь связано с именем его «отца» – всемирно известного ученого, заслуженного врача России, доктора медицинских наук, профессора, заведующего кафедрой психиатрии и наркологии РГМУ, врача-психиатра и врача-нарколога высшей квалификационной категории, члена президиума правления Российского общества психиатров, зам. председателя Общественного совета ГУВД Ростовской области, почетного члена Ассоциации Европейских психиатров, иностранного члена Американской психиатрической Ассоциации, члена Американской Академии психиатрии и права, члена Американской Академии судебных наук, члена редколлегии ряда научных журналов по психиатрии, воспитателя когорты талантливых учеников, укрепивших блестящую репутацию Центра в России и за рубежом, и, с другой стороны, занявших прочные позиции в ростовской, российской, мировой психиатрии, – Александра Олимпиевича Бухановского.

пациентов, которых лечили бесплатно. – Я не забуду пациента, – вспоминает Бухановский, – молодого парня, блестящего художника, у которого сейчас проходят персональные выставки. Он приехал к нам лечиться. И, вот, приходит к нам, через день-два после первого визита, мятый, неопрятный. Я его спрашиваю: «В чем дело?», а он мне отвечает, что ночует на вокзале, потому что у него нет денег... До конца обследования он жил у меня дома.

Где бы ни работали специалисты «Феникса», они всегда вовлекали людей в сферу своих научных интересов. Так, А.А.Дрозд, бывший студент А.О.Бухановского, невропатолог по специализации, соприкасаясь с работой центра, тоже начал заниматься наукой, съездил в составе делегации «Феникса» в Женеву на Европейский конгресс и приступил к работе над кандидатской диссертацией.

Применяя авторские методики, в «Фениксе» стали получать удивительные результаты. Клиника была экономически свободна – могла приобретать любые лекарства (которые и до сих пор некоторым медучреждениям недоступны), как только в них появлялась потребность.

В «Фениксе» начали обращаться солидные бизнесмены, высокие чиновники. Примерно в это же время родился еще один девиз центра: «Без развития медицинский бизнес умирает». И центр развивался, ему вновь потребовалось помещение. В это время ушел соучредитель предприятия – Петр Крыжановский, – его перестал интересовать медицинский бизнес. Ушел и А.Андреев, у которого не оказалось возможности совмещать деятельность в «Фениксе» с основным местом работы. Бизнес Бухановского стал семейным, в состав учредителей вошла Ольга Александровна Бухановская.

#### НОВАЯ СТРАНИЦА ИСТОРИИ

Пережив ряд почти непреодолимых обстоятельств, Бухановскому удалось «выбить» в муниципалитете помещение в очень хорошем месте – в центре города, на проспекте Ворошиловском, на условиях аренды.

Это был кабинет-приемная и один процедурный кабинет на три кушетки. Появилась регистратура. На новом месте начали лечить на контрактной основе. Стали возможными более серьезные формы работы, новые методы лечения.

В период с 1995 по 1998 годы значительно расширился штат центра. В это время в коллектив влились такие замечательные специалисты, как: детский психиатр А.И.Ковалев, эпилептолог В.С.Коваленко, нарколог А.Н.Стрюков, психиатр А.Я.Перехов, невропатолог-эпилептолог Г.Б.Кучмезова, терапевт Е.В. Антипова, психологи О.К. Труфанова и И.В. Баранова.

Когда «Феникс» съезжал из помещений поликлиники СКЖД, вместе с ним ушла на новое место работы и Т.С.Калининченко, виртуозная медсестра, которая, по словам очевидцев, умеет попадать в такие вены, которые и аппаратура-то не всегда находит. Она очень трепетно относится к больным. Именно она привела в центр Галину Моисеевну Пlochотниченко, которая хотя к медицине и не имела никакого отношения – всё же инженер по специальности, но выйдя на пенсию начала работать в «Фениксе». Сегодня это серьезный руководитель – главный менеджер научного центра.

#### ЗАБОТЯСЯ О КОЛЛЕКТИВЕ

– Я – очень семейный человек и поэтому хорошо отношусь к династичности в коллективе, – признается Александр Олимпиевич. – Людей в коллектив поэтому стараюсь подбирать так, чтобы это была одна семья. Члены коллектива часто приводили к нам



9–12 ноября 2010 г. в Москве состоится XV Съезд психиатров России

#### Основные проблемы для обсуждения на съезде:

- Совершенствование психиатрической и наркологической помощи в соответствии с формированием общественно ориентированной психиатрии, инновационные организационные формы, полипрофессиональный подход и междисциплинарное взаимодействие на различных этапах оказания помощи: анализ опыта и дальнейшие задачи.
- Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация. Проблема совершенствования системы последипломного образования специалистов, оказывающих психиатрическую и наркологическую помощь. Качество помощи в психиатрии и наркологии: обсуждение протоколов ведения больных.
- Детско-подростковая психиатрия: специфика фармакотерапевтических, психосоциальных лечебно-реабилитационных и психотерапевтических подходов.

своих знакомых, родственников. У нас все люди надежные, на них можно положиться в любой ситуации. Вот, скажем, Лена Филиппова, медсестра с 16 лет. Я ее знаю с первого дня ее работы в здравоохранении. Она была прекрасной процедурной сестрой. Помню, как она вышла замуж, родила двоих детей. Когда наш Центр открылся, я пригласил ее на работу. Сейчас Елена Викторовна – главная медсестра, с высшим сестринским образованием. Мы ей предложили получить высшее образование. Она училась «на отлично» четыре с половиной года. А у меня такой принцип: если человек учится на «пятерки», он получает премию (это, кстати, распространяется и на детей-отличников наших сотрудников).

А тем временем штат «Феникса» продолжал пополняться. Пришли новые люди: И.Ф.Нечаева, С.Н.Радченко, С.А.Каргин, Л.В.Волюшина, Н.А.Казьменкова, Е.В.Есипова, Е.В.Кутюкова, Л.Я.Олейникова, Л.А.Лозова, О.Б.Рудова, И.Ю.Бутук, А.В.Смуток.

#### РОСЛА КЛИНИКА – РОС АВТОРИТЕТ «ФЕНИКСА» В СТРАНЕ

Вскоре ЛРНЦ «Феникс» получил первую лицензию. Позже была получена лицензия и на судебно-психиатрическую практику. Было время, когда «Феникс» являлся единственным частным центром в России, который официально имел лицензию на проведение судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ). В центр начали официально обращаться по особо важным делам генеральная и областная прокуратура, милиция, ФСБ. Одно из первых дел – заказные убийства в Москве и Ростове-на-Дону. Специалисты центра проводили экспертизы по всем случаям серийных убийств в Ростовской области. Эти сложные, социально значимые проекты, крайне важные для правосудия, «Феникс» реализовывал оперативно, с серьезной доказательной базой и абсолютно безвозмездно...

Окончание в следующем номере

**О**сновная цель деятельности Совета молодых ученых (СМУ) – совершенствование и повышение качества психотерапевтической, медико-психологической помощи людям, страдающим психическими расстройствами.

**Главные задачи Ростовского отделения СМУ РОП:**

- развитие и поддержка интереса к науке у молодых специалистов;
- проведение мероприятий по расширению и углублению профессиональных знаний молодых специалистов, помощь в решении сложных клинических задач;
- реализация региональных и федеральных научно-исследовательских проектов;
- обучение и помощь при проведении научных исследований, подготовке статей, презентаций, публичных выступлений;
- поддержка и продвижение членов отделения с целью их активного участия в конференциях, школах молодых ученых, программах обмена;
- привлечение внимания врачей-психиатров и других специалистов к наиболее актуальным проблемам и перспективным направлениям психиатрической науки, с вынесением их на обсуждение общественности.

Членами Совета молодых ученых РОП могут быть как работающие специалисты-практики (психиатры, психологи, психотерапевты, наркологи, биологи и социальные работники), так и те, кто проходит обучение в ординатуре и аспирантуре. Возраст претендентов – до 40 лет включительно.

Очередное мероприятие РО СМУ РОП состоялось **20 октября**



## Молодые ученые-психиатры Дона объединяются!

**Анастасия ЗОЛотова, к.м.н.,  
председатель Ростовского отделения Совета молодых ученых**

В мае 2010 года в г. Ростове-на-Дону был создан Совет молодых ученых (СМУ) психиатров, который является региональным отделением Совета молодых ученых Российского общества психиатров. С этого времени Совет ведет активную работу, основные направления которой: научное, образовательное, информационное и организационное.

в аудитории общегития №2 (на ул. Пушкинской). Тема заседания звучала следующим образом: «Дизайн научного исследования, правила оформления научных статей, презентация выступлений и себя перед аудиторией» (см. тезисы доклада в статье, в нижней части этой страницы). Будут также рассмотрены правила проведения НИР, интерпретации результатов, порядок оформления научных публикаций, принципы создания презентаций; будут обсуждены законы и правила поведения перед аудиторией, техники выступления и подачи материала, также будут представлены приемы борьбы со страхом перед публичными выступлениями.

В качестве информационной базы доклада – обширная литература; опыт, полученный во время работы в школах молодых психиатров, на конференциях; данные молодых ученых из других регионов, полученные ими на занятиях в международных школах, посвященных научной деятельности молодых специалистов. Также в ближайшее время будет проведено неформатное заседание, на котором желающие члены Совета молодых ученых смогут принять участие в проведении праздника для детей-инвалидов и детей без психических расстройств, но с трудностями в адаптации, и их родителей.



### СОВЕТ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

**И**так. Приступая к работе, необходимо знать:

- 1) с какой целью проводится исследование?
- 2) каков клинический или научный характер исследования?
- 3) какая структура исследования подходит для реализации поставленной цели наилучшим образом?

#### С ЧЕГО НАЧАТЬ?

Для начала необходима **научная гипотеза**. На её основании выстраивается план работы, затем выявляются результаты. По своей доказательности исследования распределяются следующим образом:

- рандомизированное контролируемое исследование;
- нерандомизированное с одновременным контролем;
- нерандомизированное с историческим контролем;
- когортное исследование;
- случай-контроль;
- серии случаев;
- описание отдельных случаев.

Каждому типу исследования соответствует своя изучаемая проблема и цель исследования.

#### ОФОРМЛЕНИЕ РУКОПИСЕЙ

Существуют единые требования к рукописям, представляемым в медицинские журналы. В соответствии с ними статья должна содержать ряд структурных компонентов: введение, формулировку цели исследования, описание используемых в ходе исследования материалов и методов, данные о результатах исследования, их обсуждение и заключительные

## Мало провести научное исследование, его надо еще уметь подать!

**Анастасия ЗОЛотова, к.м.н.,  
Председатель Ростовского отделения Совета молодых ученых**

Обычно, молодой специалист, задумавшись о проведении какого-либо научного исследования, ставит перед собой вопросы: как спланировать исследование, с чего начать, каков порядок действий и как оформить результаты работы? Обобщить ответы на все эти вопросы можно, сформулировав принципиальную схему проведения типового исследования и организации его результатов (подготовки публикаций, презентаций, публичных выступлений), которую принято называть **дизайном исследования**.

выводы. Единые требования к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы (*Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Ann Intern Med 1997;126:36 №47*), подготовлены Международным комитетом редакторов медицинских журналов (МК РМЖ – *International committee of medical journal editors ICMJE CONSORT – Consolidated Standards Of Reporting Trials (JAMA 1996;276:637-39, Ann Intern Med 2001;134:663-94)*). **CONSORT** – это стандарты представления результатов, которые помогают докладывать о данных клинических исследований, что дает возможность судить о качестве и достоверности результатов проведенного исследования. Поначалу стандарты использовались для отображения результатов рандомизированных исследований, но с 2004 г. они применяются

и для других типов исследования. Более 500 журналов требуют соответствия статей, направляемых в их адрес, структуре **CONSORT**. Работая над статьей, необходимо определить, кто может считаться автором. **Автор** – это то лицо, которое проводило исследование, а также все те, кто помог в проведении исследования на любых его этапах.

**Название статьи** должно отражать суть работы и быть информативным, чтобы заинтересовать потенциального читателя. **Введение** отражает актуальность, изученность проблемы и отвечает на вопрос, почему данное исследование было проведено. В **материалах и методах** описывается, каким образом проводилось исследование, с помощью каких приборов, методик; кроме того, указывается место и время проведения исследования, что или кто

именно был исследовано, перечисляются критерии включения и исключения. В **результатах исследования** подробно излагают, что было обнаружено, в разделе обсуждения описывают, какое значение имеют эти результаты. Сначала представляются основные результаты, при этом не надо упускать «отрицательные». Для наглядности надо использовать таблицы и графики, отражающие результаты и динамику изменения показателей. В **выводах** следует кратко и четко подвести итог проделанной работы и сформулировать, что, имея результаты данного исследования, можно делать. В **практических рекомендациях** указывается, каким образом можно применить полученные результаты в практической сфере.

#### ВЫСТУПЛЕНИЕ В АУДИТОРИИ

После того, как исследование проведено и оформлено в виде публикации, необходимо с результатами работы выступить перед аудиторией.

Здесь уместен ряд пожеланий. Во-первых, одежда... Внешний вид – это проявление уважения к аудитории. Приветствуется строгий стиль (не стоит выбирать обувь с открытым мыском, предпочтительной считается одежда

светлых, но не ярких тонов). Во-вторых, поведение. Во время выступления необходимо вести себя спокойно. Возможно перемещение по аудитории, особенно если лекция длится более 40 минут.

В-третьих, содержание доклада. Его необходимо знать наизусть – это показатель мастерства владения информацией (в крайнем случае необходимо выучить хотя бы начало и конец доклада).

В-четвертых, во время доклада главные положения необходимо выделять голосом, а речь должна быть гладкой, без запинок и слов-паразитов.

Что касается демонстрации слайдов... На один слайд должно тратиться не более полутора минут. А вообще доклад должен содержать минимальное количество слайдов. Сами слайды должны быть информативными.

В последнем слайде укажите свою фамилию и инициалы, должность, научную степень, место работы, e-mail, номер мобильного телефона. Если вы сопровождаете свое выступление стендовым сообщением, то постарайтесь, чтобы стенд содержал конкретную информацию, не был перегружен текстом и данными...

*Придерживайтесь этих рекомендаций, и научная деятельность будет для вас успешной!*

ТОЧКА ЗРЕНИЯ

В соответствии с Тарифным соглашением специалисты филиала провели экспертизу качества оказания медпомощи в 138000 случаях, и почти каждый десятый выявленный дефект относится к фармакотерапии. Врачи-эксперты отмечают случаи лекарственной агрессии, которой способствует невероятно возросшее количество лекарственных средств, но, в основном, оно увеличивается за счет воспроизведенных лекарств – дженериков. На сегодняшний день у нас более 400 наименований аспирина, более 400 – анальгина. Зачем же нужен 451-й аспирин или 480-й анальгин? Покупать и перепродавать есть кому. На нашем рынке торгуют более 2500 оптовых организаций, контролировать их все очень сложно. А во Франции их всего четыре, в Великобритании – и вовсе три.

Обилие препаратов, помноженное на искреннее желание врача помочь больному, рождает проблему полипрагмазии – одновременного назначения 7-10 и более препаратов в курсовой терапии.

Научными медицинскими исследованиями установлено, а врачебной практикой подтверждено, что прием двух препаратов приводит к лекарственным взаимодействиям и их осложнениям у 6% больных, а прием пяти препаратов увеличивает их частоту до 50%. При одновременном употреблении десяти и более препаратов риск нежелательных лекарственных взаимодействий достигает 100%!

ПО ТУ СТОРОНУ  
РЕЦЕПТА

Считается, что более 20% лекарственных осложнений являются результатом нежелательного взаимодействия лекарственных средств (ЛС). У лиц старше 60 лет частота осложнений от лекарственных препаратов возрастает в два раза, а у 70-летних – в семь раз. К сожалению, на данный момент не существует адекватного мониторинга разнообразных вариантов взаимодействия препаратов.

Полипрагмазии в домашних условиях при амбулаторной лекарственной терапии и самолечении способствует избыточная сеть фармацевтической розницы. В Ростовской области 1800 аптечных учреждений различны форм собственности, а провизоры-аналитики оценивают коммерческую розницу в 200 млн долларов в год. Получается, что житель Донского края ежегодно тратит в среднем более 1200 рублей на аптечные товары. При этом контроль над ассортиментом безрецептурного отпуска далек от совершенства, и любой житель может купить сильнейший антибиотик, анальгетик, успокаивающие средства и антидепрессанты, нейролептики и транквилизаторы.

Недавно в Ростовской области изучались мотивы, которыми руководствуются врачи-кардиологи, назначая больным лекарствен-



# Врач в мире лекарств

В. ПАХАРИН

Лекарственная составляющая в затратах на стационарное лечение превышает 28 процентов тарифа по оплате за медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования. Только по счетам, оплаченным Ростовским филиалом страховой компании «Макс-М» почти 200 больницам и поликлиникам с начала года, – это 325 миллионов рублей.

ные препараты. Обработка данных опроса выявила различия в получении информации врачами городских и сельских больниц. Последние в 60% случаев черпают информацию из журнальных статей, проспектов фирм, у аптечных работников, и только 15% врачей ЦРБ узнают о новых ЛС на врачебных конференциях, днях специалиста и заседаниях научных обществ. Каждый второй врач городских специализированных отделений получил информацию непосредственно от представителя фирм или на семинарах!

Интересно, что мотивация назначения ЛС у врачей городских и сельских ЛПУ различна. Если городские врачи отдадут предпочтение более эффективным препаратам, даже подчас не очень дешевым, то сельские специалисты на первое место ставят финансовые возможности больного.

ФАЛЬСИФИКАЦИЯ  
ЛЕКАРСТВ  
И КАК ЕЕ ПОНИМАТЬ?

Уже добрый десяток лет на слуху и на виду у врачей проблема фальсифицированных лекарств. Постоянно открываются новые центры контроля качества лекарственных препаратов, но и они не в силах остановить поток контрафакта. К тому же, в печати каждый раз появляются разные цифры об объеме фальсификатов. Отслеживая количественные показатели низкокачественных или вообще негодных лекарств в течение месяца с помощью Интернета, я столкнулся с серьезными разночтениями. Кто-то писал об 1% таких препаратов, кто-то называл цифру в 20%, а то и все 30%! И все это, мягко говоря, тревожит, если не сказать пугает. Кроме того, проблема эта преувеличена и активизирована прессой.

Оказывается, что в 90% случа-

ев фальсифицированное лекарство – это выпуск товара под чужим товарным знаком – иными словами, использование чужого «раскрученного» бренда, и главное отличие такого фальсификата – неправильная информация о производителе, указанная на упаковке. Что касается отличий в составе, то их бывает трудно обнаружить даже в лабораторных условиях, и лишь серьезный химический анализ позволяет выявить дополнительные примеси или, например, отличие в составе вспомогательных веществ. О различиях в эффективности и безопасности в данном случае речь вообще не идет – эти параметры у большинства фальсификатов практически идентичны оригинальным препаратам. Другое дело, что среди фальсификатов встречается заниженное содержание действующего вещества или вообще использование плацебо. Но случаи, когда фальсифицированный препарат представляет серьезную опасность для здоровья, – большая редкость. Но как не попасть в эти 10%?

Аналитики фармбизнеса объясняют появление лекарственных подделок рядом негативных факторов. Прежде всего, слишком высокими ценами при неплатежеспособности основной массы населения. Цена поддельных препаратов, как правило, значительно ниже отпускных цен заводоизготовителя, поэтому наиболее простым способом приобретения фальсификата является поиск медикамента по оптимальной цене. Имеется такой риск и при проведении тендеров. К сожалению, одним из главных критериев выбора при государственных закупках средств является их цена. Но лекарство – товар специфический, привычная формула «рынок диктует цены» в данном случае не работает, и низкая цена

должна настораживать. Поэтому государственный мониторинг цен, создание банка данных о себестоимости основных ЛС могут стать важным подспорьем при государственных закупках в системе здравоохранения, поскольку это позволяет отслеживать колебание цен на тот или иной препарат.

Играет свою роль и несовершенство законодательной базы, слабый контроль за оборотом лекарственных средств в субъектах федерации, совершенствование технологий нелегального производства лекарств.

Не только пациенты, но и врачи не располагают регламентными документами, определяющими их тактику при подозрении на фальсификат. Сейчас в газетах много пишут о признаках, подтверждающих истинность денежных купюр, но ни одной публикации в этих же изданиях о признаках... поддельных медикаментов. Врачебному сообществу неизвестны факты завершения судебного преследования подпольных производителей фальшивых снадобий.

Не меньшую опасность представляет собой также обращение поддельных биологически активных добавок к пище (БАД), которые не охватываются понятием «лекарственное средство». Конечно, далеко не всегда в состав фальсифицированных БАД преступники включают сильнодействующие, психотропные и наркотические вещества, за обращение которых установлена ответственность в ст. 228 и ст. 234 УК РФ. Но в ряде исследований отмечается, что БАД очень часто содержат неизвестные науке ингредиенты растительного, животного и искусственного происхождения, последствия употребления которых просто не изучены.

Далеко не все врачи, а тем более пациенты, знают, что розничная торговля БАД может осуществляться только через аптечные учреждения, специализированные магазины по продаже диетических продуктов, продовольственные магазины. Иные продажи (дистанционные, сетевые и т.д.) не предусмотрены действующим законодательством. А именно при таких условиях продажи возможно распространение фальшивок.

Меры борьбы с фальсификатами в сфере оборота ЛС должны быть понятны всем. Нелепыми и беспомощными выглядят опубликованные в газетах рекомендации приобретать медикаменты только в крупных аптеках! А в малые прикажете не ходить? А ведь и там на стенах красуются копии действующих лицензий, которые должны гарантировать высокое качество товара. И утверждение, что крупные игроки фармбизнеса не заинтересованы в продаже поддельной продукции, вызывает лишь скептическую улыбку.

Не решена в Ростовской области и проблема выделения нормативного числа штатных

должностей клинических фармакологов, призванных организовывать рациональную, безопасную лекарственную терапию. В компетенции клинических фармакологов – назначение индивидуальных дозировок препарата, контроль эффективности, предупреждение побочных эффектов, которые, к сожалению, есть у всех лекарств. Этих специалистов должно беспокоить то, что врачи мало ориентированы на прием лекарственных препаратов другими способами, кроме парентерального. Далеко не все знают о транскутанном применении нитратов, не используется ректальный способ введения препаратов наперстянки, очень редко практикуются аэрозольные формы. Кстати, большого труда стоит убедить врачей-ординаторов в эффективности перорального приема антибиотиков. Традиционно, и у пациентов, и у медиков наиболее приемлемым считается инъекционный способ введения лекарств. Пациент, как правило, считает, что принять таблетки можно и в домашних условиях, а вот «уколы» – это обязательный атрибут больничного лечения.

ИНТЕРНЕТ-АПТЕКИ

Далеко не однозначно отношение врачей к виртуальной реализации лекарственных препаратов.

Понятны врачам преимущества интернет-аптек:

- большой географический охват целевой аудитории, высокая степень доступности;
- возможность предложить клиенту более широкий ассортимент, если в средней аптеке обычный ассортимент составляет 3-4 тысячи позиций, то в виртуальной аптеке может предлагаться до 15 тыс. наименований ЛС;
- затраты на содержание интернет-аптеки относительно невелики (фактически это стоимость хостинга, затраты на продвижение в поисковых системах, а также оплата работы сотрудника, занимающегося обновлением информации на сайте, и курьерской службы); с помощью интернет-аптеки можно устраивать различные промо-акции, сезонные распродажи;
- наличие интернет-аптеки повышает узнаваемость бренда компании на рынке, а значит, способствует росту продаж в офлайн-аптеке или аптечной сети.

Вместе с тем у медиков возникает много нюансов в понимании этой формы торговли. Например: торговать ли рецептурными препаратами? Если да, то на какой стадии проверять наличие рецепта и правильность его заполнения. Кто должен осуществлять доставку: провизор, фармацевт или обычный водитель?

Медикам вторят провизоры. Довольно сложно определить целевую аудиторию для создания такого проекта, говорят аналитики. Если приблизительные данные о числе пользователей Интернета в данном регионе получить можно, то ответить на вопрос, кто из них реально готов к осуществлению покупок через Интернет-аптеку, гораздо сложнее.

Мы обозначили очень важную проблему для медицины и для психиатрии особенно. Редакция планирует продолжить тему дискуссией, к участию в которой приглашаются не только специалисты, но и потребители лекарственных средств.



Врачом лечебно-диагностического научного центра «Феникс» стать не просто: нужно соответствовать эталонам. Подбор кадров здесь, словами руководства, «жесточайший». И уж если кандидата приняли в коллектив, будьте уверены: он не просто и не только отличный врач. История одного из самых молодых врачей «Феникса» – готовый сценарий фильма. В ее основе, несомненно, история любви.

#### ИСТОРИЯ ДОКТОРА ДХАВАЛА

В далекой жаркой Индии в бедной семье рос мальчик с поэтически звучащим именем Дхавал Мавани. И этот мальчик мечтал стать... психиатром. Как в настоящей сказочной истории, у мальчика был дядя, обеспеченный человек, владелец небольшой психиатрической клиники. С детства Дхавал зарабатывал на жизнь, в свободное от учебы время работая там. На каникулах он мог работать по 12 часов: раздавал еду и лекарства, выполнял поручения врачей. Учеба в медицинском вузе в Индии стоила дорого, и думать об этом приходилось заранее. Дхавал видел острую потребность своей родины во врачах. Врачу в Индии почти поклоняются.

Изучать медицину Дхавал приехал в Россию, в ростовский мединститут. На четвертом курсе начал посещать научный студенческий кружок при кафедре психиатрии, сильной кафедре под руководством А.О.Бухановского, ученого с мировым именем. Проницательный профессор Бухановский за романтической влюбленностью индийского студента в психиатрию быстро рассмотрел потенциал хорошего врача-психиатра. И уже на пятом курсе Дхавал Мавани был допущен мэтром на амбулаторные приемы и клинические разборы в центре «Феникс».

Часто бывая в разных странах, и в Европе, и в США, Александр Олимпиевич обратил внимание на то, как часто за границей встречаются индийские врачи, занимающие высокое положение в психиатрическом сообществе. Говоря с их руководителями, Бухановский понял, что основа этого – индийский менталитет. Индийских врачей отличает большая работоспособность, стремление дойти до истоков знаний, высокий уровень ответственности, острый ум, интеллигентность, этические качества, умение чувствоваться в проблемы любого человека, понять его.

Очень скоро профессор убедился в том, что все эти качества присущи и его начинающему коллеге. После получения диплома врача-психиатра Дхавал поступил в ординатуру при кафедре психиатрии. И одновременно стал сотрудником лечебно-реабилитационного научного центра «Феникс». Работа была очень интересной, но не легкой, требовала много сил и времени, а главное – нужно было продолжать учиться, познавать новое. Благо – было к кому обратиться за советом и помощью. Дхавал убежден: ему повезло, потому что «Феникс» стал его второй семьей. Все сотрудники центра с теплотой и вниманием относятся к молодому врачу, а профессор Бухановский заботится о нем по-отечески.

Находясь среди врачей-ученых, доктор Мавани естественно погрузился в науку – в

# Пусть всегда сбываются мечты...

Е. СТАРЧЕНКО

Утро в клинике «Феникс». Врач одновременно проводит электросудорожную терапию и форсированное инсулинокоматозное лечение. Специалистов такого уровня в Ростовской области единицы, и почти все они работают в «Фениксе». Среди них и молодой врач – Доктор Дхавал.

изучение современных форм болезненных зависимостей, особо заинтересовавшись неизученной областью – зависимостью от Интернета. Полученные практические результаты и теоретические обобщения послужили поводом к диссертации. И научные результаты уже не раз представлялись коллегам на международных конференциях.

Сегодня Доктор Дхавал вполне самостоятельный специалист, прекрасно разбирающийся в проблемах смежных разделов медицины и любящий своих больных.

#### ИСТОРИЯ ЛИДИИ. ИСТОРИЯ ЛЮБВИ

В то время, когда в Индии Дхавал жил с мечтой стать врачом, на юге России, в Ростове-на-Дону, маленькая девочка Лида лечила своих кукол, мечтая, став взрослой, изобрести «лекарство от смерти». Все в семье Лиды Лазаревой – от прапрадеда до племянницы – были медиками. И, казалось, профессия для нее была «на роду написана». В этом никто не сомневался. Но другая одаренность девочки повлияла на выбор профессии: уже в три года, едва научившись читать, она начала сочинять рассказы и стихи. И поэтому когда время пришло выбирать, она изменила семейным традициям и стала журналистом.

Осенью 1999 года, когда Лидия впервые встретила Дхавала, она и представить не могла, что это ее суженый...

Во время одного из спортивных занятий в спортзал вошел обаятельный смуглый парень. Достаточно было одного взгляда, чтобы в нем отразилось восхищение девушкой. Не сводя глаз с Лидии, юноша обратился к тренеру на английском, но тот не знал иностранного. И тогда Лида пришла на помощь, начав переводить.

Потом молодые люди разговорились, и девушка узнала, что иностранца зовут Дхавал, что он приехал в Россию изучать медицину. Через неделю Лида встретила нового знакомого в бассейне. После тренировки он ждал ее у входа. Смущаясь, протянул девушке шоколадку и сказал, что постоянно

думает о ней, и каждый день ходит в тренажерный зал, в надежде там ее увидеть. Иностранец был очень мил, и потому в вежливой просьбе показать Ростов Лидия отказать ему не смогла.

Целый день гуляли они по городу. На прощанье девушка согласилась дать Дхавалу номер домашнего телефона (мобильного у нее, как у многих, 11 лет назад еще не было). Вскоре Лидия простудилась и не выходила из дома целую неделю. Новый друг, волнуясь, часто звонил ей. И, не зная языка, каждый раз произносил на ломаном русском: «Хочу Лидию!» (какой-то «юморист» из окружающих Дхавала зло над ним пошутил, посоветовав произносить фразу из неизвестного фильма). Как удивилась и разгневалась мама девушки, услышав такие слова, да еще произносимые с сильным иностранным акцентом!

Дхавал понял, что сделал что-то не так. И все же рискнул навестить ту, в которую влюбился с первого взгляда. Когда мама открыла ему дверь, из комнаты выбежал любимец семьи – добродушный керри-блю-терьер Орфей. Но в Индии собак в комнате не держат; мохнатое ласковое существо показало Дхавалу «монстром», которого «натравили строгие родители девушки на назойливого ухажера». Это потом Орик, так домашние зовут пса, стал ему лучшим другом. Теперь о своем былом страхе Дхавал вспоминает с улыбкой.

Через год, летом, Дхавал уехал в Индию навестить родных. У родителей – мелких коммерсантов – тогда были проблемы с деньгами; платить за обучение они больше не могли и настаивали на том, чтобы Дхавал остался в Индии. Узнав об этом, Лидия расплакалась. Его родители были от всего сердца тронуты их любовью... Дхавал объездил всю Индию и все-таки нашел благотворительный фонд, который частично спонсировал ему учебу. Счастливым, он вернулся в Россию.

После занятий приходилось все время работать, потому что деньги нужны были и на учебу, и на проживание. И все равно



он каждый день спешил к своей Лидочке, называл ее «солнышко мое». А Лида училась в университете, на журфаке. Все шло к свадьбе. Свадьба получилась интернациональная: были друзья-однокурсники Дхавала из Индии, подруга Лиды приехала из Израиля, украинцы, белорусы, русские... – веселей не было свадьбы! Жаль только родители Дхавала не смогли на ней присутствовать – очень дороги билеты из Индии в Россию. И у молодоженов было теперь общее желание – побывать в Индии.

Прошло восемь лет. И Лида, и Дхавал получили дипломы. Дхавал осуществил свою мечту – он врач-психиатр и, к тому же, занимается наукой, а Лида – своей любимой работой, пишет статьи, стихи и еще успевает приготовить обед к приходу мужа. Все свободное время они вместе. А в прошлом году они съездили в Индию и там сыграли свадьбу еще и по индийским обычаям – ведь они когда-то пообещали это родителям Дхавала.

#### ИНДИЙСКАЯ СВАДЬБА

Перед тем как Лида вошла в отчий дом, родители Дхавала обошли ее с горящей свечой, произнося загадочные слова. Она спросила: «Зачем?». Ей ответили, что так делают всегда, когда невеста приходит первый раз в дом жениха. На следующий день поехали покупать свадебную одежду. Невесте подобрали красивое красное платье, расшитое вручную. Накупили украшений. Штук 40 браслетов на руки, два браслета на ноги, сережки и ожерелье. Для Дхавала Лида выбрала золотистое свадебное одеяние, золотистый тюрбан и такие же свадебные туфли.

В десять часов вечера сестра Дхавала Дхара начала готовить невесту к свадьбе. Хной она вывела замысловатые узоры на руках и ногах Лидии. Провозились до трех ночи. (Эти узоры выглядели как изящные татуировки и держались после свадьбы еще две недели). Поспать им удалось только четыре часа.

Утром 22 января 2009 года (как раз в день рождения Дхавала) молодые поехали оформлять документы на приобретение Лидией второго имени – индийского. Имя было выбрать трудно: индийские астрологи вычислили, что ей подходят имена, начинающиеся только с буквы «Т», а на эту букву так много женских имен в Индии, и

каждое что-то означает. Невеста звонила в Россию, советовалась с российскими родственниками, советовалась с индийскими родственниками. В конце концов, Лида стала «Тринаяни», в переводе с индийского – «богиня, имеющая третий глаз».

После оформления всех документов, отец Дхавала купил гирлянды из живых цветов и сладости – прасад. Цветы выглядели как подснежники и восхитительно пахли. Когда приехали домой, Дхара вплела их в волосы невесты. До свадьбы оставалось несколько часов, а молодые все еще готовились. После душа Дхара намазала Лиду ароматическими маслами, помогла ей одеться и накраситься.

До места проведения священного свадебного обряда ехали два часа на огромном джипе. И вот, наконец, в 16.00 по местному времени, началось «индийское венчание». Сначала подписали свадебные документы. Потом Лида и Дхавал сели на пол рядом со священником в позе лотоса. Человек пятнадцать индийских родственников расположились на скамейках вокруг них, и священник начал свой обряд. Сначала он читал вслух на санскрите, потом заставлял молодых повторять за ним фразы. Почти все это время жених и невеста сидели в позе лотоса. Ног не чувствовали. Наконец, они надели друг на друга гирлянды из цветов, и их друг Игорь, сложив вместе концы их шарфиков, положил туда лепестки розы и денежную купюру «на счастье», и завязал из этого большой узел, привязав новобрачных друг к другу.

Молодых осыпали лепестками роз. Разрезали торт, и каждый из присутствующих съел своим долгом покормить Лиду с Дхавалом: гости брали по кусочку сладкого чуда и с добрыми пожеланиями угощали новобрачных. Потом новобрачные поехали в индуистский храм. Там помолились, отведали яств и кушаний с праздничного стола и отправились домой.

Вот так через восемь лет после российской свадьбы Дхавала и Лиды состоялась их индийская свадьба. Теперь влюбленным можно отмечать бракосочетание два раза в год. Они вместе уже 11 лет, но все также сильно любят друг друга, понимают друг друга, помогают во всем друг друга.

Счастья и успехов Вам,  
Дхавал Мавани  
и Лида-Тринаяни! Пусть всегда  
сбываются Ваши мечты!



хиятрия, и психосо-  
матика обречены на  
хаос в диагностиче-  
ских и терапевтиче-  
ских подходах. Эти  
исследования могут  
и должны объяснить,  
почему у тревожных  
больных выявленные  
нейрохимические  
изменения в систе-  
ме ГАМК и бензо-  
диазепиновых ре-  
цепторов, а также в  
норадренергических  
и серотонинергиче-  
ских системах ЦНС существенно отличаются от аномалий, обнаруживаемых при депрессии; почему имеются значительные нейрофизиологические различия структуры сна (Nutt D.J. *Neurobiological mechanisms in generalized anxiety disorder. J Clin Psychiatry* 2001; 62 (suppl. 11): 22–27). Необходимо найти объяснение и такому факту: обследовав более 2,5 тысяч соматических больных, Wells et al. (Wells KB, Golding JM, Burnham NA: *Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. Am J Psychiatry*. 1988, 145:980) пришли к выводу, что единственными психическими расстройствами, четко и независимо связанными с хронической соматической патологией, были тревожные. Это указывает на то, что связь хронических соматических болезней с тревогой возникает легче, чем с другими психическими расстройствами, в том числе депрессией.

**Вывод: современная российская психиатрия остро нуждается в глубоком, с опорой на традиционные клинические подходы, клинико-феноменологическом и патогенетическом исследовании проблемы устойчивой тревоги. Только тщательно проведенные исследования могут позволить ответить на вопрос, оправданно ли выделение тревожного синдрома и существует ли отдельная нозологическая единица – тревожное расстройство.**

**Вывод: современная российская психиатрия остро нуждается в глубоком, с опорой на традиционные клинические подходы, клинико-феноменологическом и патогенетическом исследовании проблемы устойчивой тревоги. Только тщательно проведенные исследования могут позволить ответить на вопрос, оправданно ли выделение тревожного синдрома и существует ли отдельная нозологическая единица – тревожное расстройство.**

Лекция подготовлена с использованием литературы:

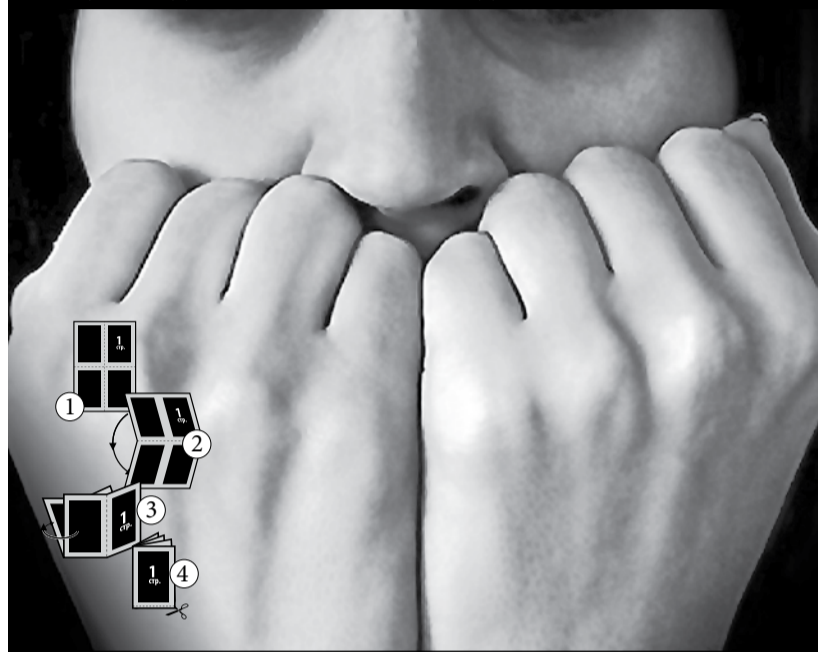
1. Аведисова А.С. Тревожные расстройства. В кн: Александровский Ю.А. «Психические расстройства в общей медицинской практике и их лечение». – М: ГЭОТАР-МЕД, 2004. С. 66-73.
2. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине: руководство для врачей. – М.: МИА, 2001.

В.А. СОЛДАТКИН,

врач-психиатр, врач-нарколог, кандидат медицинских наук,  
ассистент кафедры психиатрии и наркологии  
Ростовского государственного медицинского университета,  
доцент кафедры уголовно-правовых дисциплин  
Института управления бизнеса и права

# Тревога: симптом, синдром, расстройство?

ЛЕКЦИЯ ПОДГОТОВЛЕНА К XV СЪЕЗДУ ПСИХИАТРОВ РОССИИ



ПРОБЛЕМНАЯ ЛЕКЦИЯ

защитную реакцию на чрезмерную и угрожающую наруше-  
нием гомеостаза тревогу, прием, по-видимому, при депрессии устанав-  
ливается стабильное патологическое состояние, при котором тревога с  
ее биологическими патогенетическими механизмами сохраняется, но не  
переходит «красную черту», за которой возникает угроза существования  
организма. При деперсонализации происходит блокирование всех прояв-  
лений тревоги.  
В «Общей психопатологии» под редакцией А.О.Бухаровского указы-  
вается, что тревога – симптом типотимического ряда, который входит в  
структуру невротических, тревожно-депрессивных, острых бредовых,  
аффективно-оревотических синдромов и помраченности сознания.  
В «Национальном руководстве по психиатрии» (Лихачева Н.И. Назна-  
нальное руководство / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незна-



Пер. с нем. Л.О. Акмяна. – Москва: Практика, 1997. – 1056 с. (Allgemeine  
*Psychopathologie*, 1913) речь идет о «беспредметных чувствах», под которы-  
ми понимается стихийное влечение переживания, генезис которых  
доступен психологическому пониманию. Раздельная тревога (Anxiety) и страх  
(Furcht), К. Ясперс приводит детальное описание этих феноменов, подчер-  
кивая частоту витального компонента и связь с физическими ощущениями.  
ми. Указывается, что беспредметная тревога характерна для депрессив-  
ных состояний.  
В «Руководстве по психиатрии» под редакцией А.В.Снежневского (Снеж-  
невский А.В. *Руководство по психиатрии*. – М.: Медицина, 1983) в главе, по-  
священной симптоматике психических расстройств, тревога вообще не упо-  
минается. Идет речь о страхе, который описывается как симптом, имеющий  
различную выраженность: от чувства внутренней напряженности до состоя-  
ния ужаса. Указывается, что страх может иметь эндогенное, психогенное или  
соматогенное происхождение. В классических «Кругах» А.В.Снежневского  
психопатологических синдромов тревожного синдрома нет.  
В «Руководстве по психиатрии» под редакцией А.С.Тиганова (Тиганов  
А.С. *Руководство по психиатрии*. – Т. I. – М.: Медицина, 1999) дается  
сохраняющаяся тревога рассматривается в качестве тревожной депрессии.  
Ю.Л. Нгулер (Нгулер Ю.Л. *Практические аспекты психофармакотера-  
пии: трудности и успехи // Психиатрия и психофармакотерапия: жур-  
нал для психиатров и врачей общей практики*. – №1. – С. 16-18.)  
подчеркивает, что дефиниция тревоги остается крайне неопределенной.  
Она рассматривается как: эмоциональная реакция; черта личности; опре-  
деляющий компонент личностных расстройств; симптом в структуре  
психотических синдромов. Известна концепция автора, в соответствии  
с которой в патогенезе коморбидности депрессии и деперсонализации  
большую роль играет тревога с ее биологическими и патогенетическими  
механизмами. Подтверждением этому служат данные о коморбидности  
депрессии, тревожных расстройств и деперсонализации. Различия, по  
мнению Ю.Л.Нгулера, заключаются в том, что пусковым механизмом  
деперсонализации становится острая интенсификация тревога, а вероят-  
ность возникновения депрессии повышается при хронической тревоге. В  
структуре развернутого депрессивного синдрома всегда имеются симпто-  
мы тревоги, в то время как при хронической тяжелой деперсонализации  
тревога, как правило, не проявляется, хотя при острой деперсонализа-  
ции могут присутствовать отдельные симптомы тревожных расстройств.  
При депрессии, так же как и при тревоге, отмечается снижение болевых  
и некоторых других порохов чувствительности, а при деперсонализации  
болевые пороги резко повышены. Согласно выдвинутой гипотезе, и де-  
прессии, и деперсонализацию можно рассматривать как патологическую



Прочитав название лекции, большинство российских психиатров полагают, ответят – симптом, причем симптом в составе депрессивного синдрома. Этот постулат является традиционным для отечественной психиатрии, он закреплен в базовых руководствах, изучение которых формирует научное мировоззрение врача. Между тем, ситуация не является однозначной, и далека от полной ясности, что препятствует и полноценной диагностике пограничных психических расстройств, и их адекватной терапии. Весьма важна эта проблема и в сфере психосоматики: психиатрия должна предоставить соматической медицине четкие ориентиры диагностики и адекватные алгоритмы решения проблемы, однако не в полной мере владеет ими сама.

В определении тревоги как таковой особых затруднений и разногласий нет. Под тревогой понимают эмоциональное состояние, характеризующееся волнением, беспокойством, стеснением и напряжением, локализованными в груди. Сопровождается предчувствием и боязливым ожиданием надвигающейся беды, пессимистическими опасениями, обращенными в будущее – в отличие от страха, диффузными, неконкретными (Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е. *Общая психопатология. Пособие для врачей.* – Ростов-на-Дону, 1998).

Современная классификация психических расстройств – МКБ-10 – предполагает диагностику, в качестве «стержневого» в рассматриваемой проблеме, генерализованного тревожного расстройства (ГТР). Основным диагностическим указанием является наличие тревоги, которая носит стойкий (по крайней мере, несколько недель) характер, не ограничивается определенными средовыми обстоятельствами. Симптомы обычно включают: опасения, моторное напряжение, вегетативную гиперактивность.

Соматические проявления хронически высокого уровня тревоги разнообразны и включают симптомы, связанные с хроническим мышечным напряжением – головные боли, миалгии, боли в спине и пояснице (часто трактуемые, как «остеохондроз»), мышечные подергивания и др. Часто единственной жалобой при ГТР бывает стойкая слабость, также обуслов-

жалобами. Тревога носит нестойкий характер, подвержена колебаниям в течение дня, соответствует «системе личностных координат».

**Фобический вариант ГТР (эго-синтонный)** характеризуется выраженной, фиксированной и малокорректируемой идеаторной тревогой (мыслями, опасениями и др.), воспринимаемой как тягостное и чуждое личности состояние (с ощущением отчуждения психических процессов, в том числе контролируемости тревоги). Присутствие сопротивления чрезмерному характеру тревоги феноменологически сближает ее с навязчивыми явлениями.

**Тонический вариант ГТР (эго-дистонный)** характеризуется преобладанием «мучительного» моторного компонента тревоги (мышечным напряжением, невозможностью расслабиться и т.д.) и постоянным чувством озабоченности по поводу необходимости контролирования своих психических процессов (мышления). При этом сомато-вегетативные проявления тревоги отсутствуют.

Автор установила, что выраженность социальной дезадаптации нарастает в ряду – сомато-вегетативный, аффективный, тонический и фобический типы ГТР, с преимущественным снижением функционирования в определенной сфере жизнедеятельности (социальной – при фобическом и тоническом типе ГТР; трудовой – при аффективном и фобическом, и семейной – при сомато-вегетативном ГТР).

Клинически важным представляется вывод о том, что аффективный тип ГТР почти в 2/3 случаев сочетается с депрессивными расстройствами. Сомато-вегетативный тип ГТР сочетается только с одним вариантом коморбидных нарушений – паническим расстройством без агорафобии. Фобический тип ГТР сочетается со всеми вариантами коморбидных нарушений. Тонический тип ГТР сочетается преимущественно с обсессивно-компульсивным расстройством и социофобией.

Клинические особенности различных типов изолированного ГТР, по мнению автора, представляют собой неразвернутые стертые проявления симптома, которая при коморбидном ГТР получает дальнейшее развитие. Это позволяет прогнозировать тенденции течения заболевания – в одних случаях с преимущественной вероятностью формирования тревожно-фобических расстройств (менее благоприятного), в других – депрессивных нарушений (более благоприятного). Ю.Э.Лесс предположила, что это обусловлено разными патогенетическими механизмами клинических проявлений генерализованной тревоги (варианты развития депрессивного и тревожного расстройства).

Представляется, что приведенная работа открывает существенное и значимое направление изучения проблемы. Без выполнения масштабных исследований вопроса, существует ли тревожное расстройство, или устойчивая тревога представляет собой вариант атипичной депрессии, и «большая» пси-

Важным диагностическим указанием ГТР является отсутствие сопутствующих депрессивных состояний и критериями депрессивного эпизода. Генерализованное тревожное расстройство и симптомы тревоги в общей популяции составляют 6,5%, в общем же население ГТР в течение жизни и в общей популяции составляет 10-15%. В нашей стране эпидемиологическая ситуация совершенно иная. По данным 2009 года, в Ростовской области, население которой составляет 424810 человек, диагноз ГТР установлен у 67 пациентов, т.е. распространенность расстройства составляет 15,7 на 100 тысяч населения, что в 344 раза меньше, чем на Западе. Объяснить этот факт можно тем, что в России распространенность тревожного расстройства иными методами диагностики и, скорее всего, депрессивными и личностными расстройствами.

Важным диагностическим указанием ГТР является отсутствие сопутствующих депрессивных состояний и критериями депрессивного эпизода. Генерализованное тревожное расстройство и симптомы тревоги в общей популяции составляют 6,5%, в общем же население ГТР в течение жизни и в общей популяции составляет 10-15%. В нашей стране эпидемиологическая ситуация совершенно иная. По данным 2009 года, в Ростовской области, население которой составляет 424810 человек, диагноз ГТР установлен у 67 пациентов, т.е. распространенность расстройства составляет 15,7 на 100 тысяч населения, что в 344 раза меньше, чем на Западе. Объяснить этот факт можно тем, что в России распространенность тревожного расстройства иными методами диагностики и, скорее всего, депрессивными и личностными расстройствами.

Основная цель исследования – выявить особенности клинической картины тревожного расстройства в зависимости от типа ГТР. В зависимости от этого выделяются 4 клинических типа ГТР – аффективный, сомато-вегетативный, фобический и тонический, различие которых заключается в преобладании различных компонентов тревоги (аффективного, сомато-вегетативного, фобического и тонического). Автор пришла к выводу о неоднородности изолированного ГТР, которую подтверждает анализ ГТР (выборка – 118 чел.).

Основная цель исследования – выявить особенности клинической картины тревожного расстройства в зависимости от типа ГТР. В зависимости от этого выделяются 4 клинических типа ГТР – аффективный, сомато-вегетативный, фобический и тонический, различие которых заключается в преобладании различных компонентов тревоги (аффективного, сомато-вегетативного, фобического и тонического). Автор пришла к выводу о неоднородности изолированного ГТР, которую подтверждает анализ ГТР (выборка – 118 чел.).

Основная цель исследования – выявить особенности клинической картины тревожного расстройства в зависимости от типа ГТР. В зависимости от этого выделяются 4 клинических типа ГТР – аффективный, сомато-вегетативный, фобический и тонический, различие которых заключается в преобладании различных компонентов тревоги (аффективного, сомато-вегетативного, фобического и тонического). Автор пришла к выводу о неоднородности изолированного ГТР, которую подтверждает анализ ГТР (выборка – 118 чел.).



# О патогенезе стресса и неспецифических системах в адаптации организма к стрессу

При отсутствии патологических расстройств, но, одновременно, при наличии уже каких-то пограничных явлений, эти знания еще больше позволяют специалисту предупредить дальнейшее развитие патологического процесса, в том числе состояние дезадаптации, возникающей при острой или хронической длительной стрессовой ситуации.

Участие высшей нервной деятельности (ВНД) в нормальных физиологических процессах организма, а также и при психических расстройствах (невротических, стрессовых, психогенных, реактивных состояниях) под влиянием стрессовых ситуаций было доказано научными наблюдениями известных отечественных ученых – И.М.Сеченова, И.П.Павлова, их учеников и последователей (А.Г.Иванова-Смоленского, О.В.Кербикова, С.Г.Жислина, П.Г.Сметаникова, В.В.Ковалева и другими).

Учитываются индивидуальные особенности ВНД, опосредованные в значительной степени наследственно обусловленными соотношениями основных нервных процессов: силы, подвижности и уравновешенности. Постстрессовые болезненные состояния развиваются вследствие «перенапряжения» процессов возбуждения или торможения в условиях применения очень сильных или длительных действующих раздражителей, высокой сложности задач, «столкновения» («сшибки») полярных мотиваций. В такой ситуации нарушаются *реципрокные* тормозные взаимодействия между корой и подкорковыми структурами мозга, а также между передним (трофотропным, парасимпатическим) и задним (эрготропным, симпатическим) отделами гипоталамуса – высшего центра регуляции вегетативных функций и важного отдела лимбической системы.

В основе клинической симптоматики психогенных постстрессовых, невротических расстройств с позиций церебрального патогенетического механизма лежит срыв ВНД с перенапряжением внутреннего торможения, раздражительного процесса, либо их подвижности под влиянием психических травм и различных «перегрузок» как сверхсильных, непереносимых для данной нервной системы раздражителей. Клиника постстрессовых невротических расстройств определяется как особенностями срывной ситуации (перенапряжением возбуждения, торможения или их подвижности), так и типом

(фенотипом) ВНД больного. В соответствии с этим находятся и более конкретные патогенетические механизмы каждого из невротических состояний.

В частности, при неврастении, клиника которой идентична клинике и посттравматического стрессового расстройства, синдрому эмоционального выгорания и другим состояниям, при которых наблюдается постепенное истощение энергетических ресурсов в организме под воздействием острых или хронических стрессовых влияний на ЦНС, речь идет об общих (но неструктурных) нарушениях ВНД, которые составляют ее патогенетические механизмы. У уравновешенных и лиц с холерическим темпераментом они состоят в резком, патологическом преобладании раздражительного процесса над внутренним условным торможением (в силу его первичного срыва вследствие патогенных воздействий) у лиц в преморбиде отличающихся безудержным холерическим или (в особо тяжелых ситуациях) сангвиническим темпераментом. Клинически это проявляется чрезвычайной раздражительностью, повышенной аффективностью, утратой самообладания по малейшему поводу, нарушениями сна и другим образом, то есть гиперстенической формой болезни.

Продолжающееся воздействие психотравмы на ЦНС, постепенно приводит к крайнему дефициту внутреннего торможения (в результате чрезмерной его траты), начинает катастрофически ослабевать и раздражительный процесс. Последний ведет к появлению в коре головного мозга на короткое время фазовых состояний и даже запредельного торможения, которые быстро снимаются, обеспечив экстренное восстановление корковых клеток, в первую очередь, во второй сигнальной системе. Но это не создает условий для их восстановления. Повторяется переход от крайнего возбуждения их капитуляции к состоянию торможения – раздражительной слабости.

При продолжающемся патогенном воздействии на нервную систему психотравмы формируется относительно устойчивое преобладание патологического индукционного и запредельно-охраняемого торможения в капитуляцией процесса возбуждения. Клинически это проявляется повышенной утомляемостью, резким снижением работоспособ-

Е.Ю.СОКОЛОВ, кандидат медицинских наук, врач высшей категории, психиатр-психотерапевт, наркологический диспансер №3, г. Москва

Знания о генезисе протекания физиологических изменений при столкновении организма со стрессовыми ситуациями дают возможность врачу не только владеть практической информацией многообразных клинических проявлений болезненных состояний в психиатрии (и не только), но и иметь более четкое, доказанное научное представление о коренной природе возникновения и развития имеющегося патологического процесса. Это дает возможность специалисту более проникновенно, душевно, пристальнее взглянуть на пациента, чтобы полнее раскрыть его болезненное душевное состояние.



ности, расстройствами сна, гипостеническими синдромами (астено-депрессивный и астено-ипохондрический).

При развитии истерического невроза под влиянием психотравматизации имеет место преобладание подкорковых структур над корой вследствие ее функциональной слабости, явное преобладание в коре головного мозга первой сигнальной системы над второй и патологическая выраженность отрицательной индукции. В коре головного мозга у больного вспыхивает очаг сильного возбуждения, который тут же охватывается со всех сторон мощной отрицательной индукцией, как бы по принципу гипнотического рапорта. Этот механизм лежит в основе внушаемости и самовнушаемости.

Обеспечение усиленной функциональной способности систем и тканей организма в чрезвычайной для него ситуации является необходимой основой существования живых систем. Дух соревновательности, самоконтроль и положительная мотивация – таковы средства психического и физического сопротивления, которые помогают выстоять в условиях быстро меняющихся жизненных, в том числе и стрессовых, ситуаций.

**В общих чертах нейрогуморальный патогенез срочного стресса заключается в следующем:**

а) запуск срочного стресса осуществляется через центры гипоталамуса с последующей ак-

тивацией симпто-адреналовой системы и выбросом катехоламинов: адреналина (мозговая часть надпочечников) и норадреналина (мозговая часть надпочечников и медиатор симпатического возбуждения). Запуская стресс, эти гормоны действуют через усиление кровообращения и метаболизма;

б) механизм гемодинамического обеспечения стресса: тахикардия, увеличение минутного объема сердца, повышение артериального давления, ускорение кровотока, перераспределение крови к мозгу, мышцам, сердцу; усиление свертывания крови; усиление газообмена;

в) механизм метаболического обеспечения стресса:

- происходит образование глюкозы и гликогена под влиянием гормона глюкагона, что приводит к гипергликемии в мозге, мышцах;
- усиление расщепления жирных кислот с освобождением энергии; усиление газообмена, расширение бронхов.

■ ■ ■

*Долговременный стресс или общий адаптационный синдром (ОАС) – это общая неспецифическая нейрогормональная реакция организма в ответ на действия экстремальных агентов, направленная на долговременное повышение резистентности к ним, механизм которой связан с действием адаптивных гормонов гипофиза и коры надпочечников. ОАС, как известно, включает в себя, по Г.Селье, три стадии:*

стадия тревоги (с фазами шока и противотока), резистентности и истощения. Каждая стадия характеризуется определенными нейро-эндокринными изменениями.

Симпто-адреналовая и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая системы с их эндокринно-нейрональными системами являются участниками адаптивных процессов.

Перестройки, направленные на выживание и сохранение особи при неблагоприятных воздействиях, приводят к неизбежным повреждениям внутренних органов на фоне стрессового фактора избыточной интенсивности, которые в стадии истощения оборачиваются прямо противоположными первоначальной цели эффектами в отношении индивидуального состояния и здоровья.

Особую опасность в плане повреждения внутренних органов представляют катехоламины вследствие их интенсивного биологического действия. Устранение катехоламинов из крови осуществляется путем осуществления захвата пресинаптическими окончаниями симпатической нервной системы или в результате ферментативного метаболизма. Более длительные периоды действия адреналина означают более устойчивые противострессорные качества организма и лучшую приспособляемость к неблагоприятным условиям жизнедеятельности.

Кроме негативных последствий – стресс-вызванных перестроек функционирования организма в соматической сфере – хронический стресс приводит к нарушениям и в психической сфере. Неадекватное состояние головного мозга, в первую очередь индоламинаовой и катехоламинаовых, приводит к необоснованному переключению систем организма на более интенсивный уровень функционирования, предназначенный для особых условий.

Усиленный тип функционирования адаптационных систем характерен для тревожных состояний. Несмотря на то, что ткани и органы несколько адаптируются к постоянно высокому концентрации гормонов стресса, негативные последствия их действия сказываются на состоянии организма.



## ВЕЛИКИЕ В ЗЕРКАЛЕ ПСИХИАТРИИ

ЖИЗНЬ И БОЛЕЗНЬ  
Винсента Ван Гога

Окончание статьи. Начало – в предыдущем номере

А.В.ГОЛЕНКОВ

Во всей доступной литературе о Ван Гоге описывается эпизод его не вполне адекватного поведения: родителям невесты он предложил – «...сколько я продержу руку на огне этой лампы, столько минут пусть Кее (невеста, кузина, дочь пастора Стриккера) будет здесь и выслушает меня! Больше мне ничего не надо! И на глазах у охваченных ужасом родителей тут же протянул руку в огонь». Следы от ожогов на руках потом долго еще были предметом пересудов.

Жители Эттена обзывали Винсента бездельником и развратником. Отец считал его никчемным, конченным человеком, обвинял в безнравственности за то, что он влюбился в кузину и перестал ходить в церковь. Пастор даже «стал поговаривать об учреждении опеки над сыном, о лишении его гражданских прав по причине его невменяемости».

Ван Гог страдал нарушениями сна с ранними пробуждениями. Известно, что он, едва проснувшись, для улучшения состояния сразу начинал рисовать. В письмах сохранились переживания того периода болезни: «...как бесконечно печальна жизнь! И все же я не могу отдаться во власть печали, я должен найти какой-то выход, я обязан работать...», «...чтобы возместить ущерб, я должен напряженно работать; когда все иллюзии утрачены, работа – потребность и одна из немногих оставшихся радостей. Работа дает, таким образом, покой и душевное равновесие...».

Очень тяжело он перенес смерть отца: «мне легче умереть, нежели жить. Умереть тяжело, но жить еще тяжелее». На фоне идей самообвинения и самоуничтожения он отказался от своей части наследства. Здоровье его уже было подорвано лишениями (он сидел на одном хлебе и много курил, чтобы обмануть голод)... Один за другим у него выкрошились двенадцать зубов, пищеварение расстроилось, он кашлял, у него началась рвота. «Я быстро превращаюсь в старикашку – сморщенного, бородатого, беззубого – это в 34 года».

Он почти ничего не ест, зато много пьет кофе и понемногу – спиртное. Пристрастился к абсенту, к этому мутному и ядовитому напитку... Четыре дня подряд пьет только кофе – 23 чашки. Зачастую сидит на одном хлебе... Винсент пребывал в состоянии нервной тревоги, которая теперь редко его отпускала, – спокойствие не давалось.

С одним из художников, шотландцем Александром Ридом, он задумал совершить совместное самоубийство.

Пароксизмальные состояния с эпизодами внезапного ужаса, специфическими ощущениями в эпигастриальной области, флуктуациями сознания появились у Ван Гога в Париже (1886-1888), на фоне приема абсента. Имеются свидетельства о периодических инициальных спазмах в руке, изумленном и пристальном взгляде, сопровождающихся спутанно-амнестической фазой сознания. В тот период у него «всегда были головокружения и страшные кошмары...».

У Ван Гога всегда чередовались периоды стремления к уединенности и тишине с периодами,

когда его влекло к городскому оживлению и пестрой толпе; потом, утомившись, он опять жаждал погрузиться в тишину, а потом снова начинал тосковать по возбуждающим «инъекциям» города... «Бывал то крайне молчалив, то необузданно шумлив и разговорчив». Повышенная возбужденность, выражающаяся в склонности к шумным спорам и даже ссорам, скорее, являлась следствием абсента, которым Ван Гог в Париже стал злоупотреблять, тогда как раньше не питал пристрастия к алкоголю.

Мысль о долге часто угнетала Винсента. Он то и дело возвращался к мучительной мысли о том, что никогда не вернет брату потраченных на него денег: «довольно грустная перспектива твердить самому себе, что, может быть, моя живопись так никогда и не будет представлять собой никакой ценности».

В конце 1888 г. Ван Гог в течение двух месяцев жил и работал вместе с Гогеном. Вечером они регулярно посещали дом терпимости и кафе, где всегда заказывали абсент. На фоне его потребления у Ван Гога развиваются галлюцинации, послужившие причиной ссоры с Гогеном и «ярости против самого себя», в результате которой он отсек себе левое ухо, положил его в конверт и отдал проститутке. После этого довольно крепко уснул, позднее с трудом воспроизводил произошедшие с ним драматические события.

Был впервые в жизни госпитализирован в психиатрическую лечебницу с «приступом буйного помешательства». Его поместили в изолятор: он топал ногами, у него слуховые и зрительные галлюцинации. Врач-практикант Рей квалифицирует состояние как особую форму эпилепсии (доктор Юрпар подтвердил: «Буйное помешательство с общим бредом»). «Два дня спустя, 1 января Винсент был уже в полном сознании. Вначале он не вспоминал о своем приступе. Только постепенно он начал сознавать, что в его жизни произошла катастрофа».

7 января 1889 г. Винсент окончательно выписался из лечебницы. «Настроение у него подавленное, несколько дней он не может написать письмо Тео. По

ночам его мучают бессонница и странные кошмары, которые он скрывает от доктора Рея. Он боится спать один, не уверен в том, что ему удастся заснуть. Обильно посыпает камфарой свой матрац, разбрасывает ее по комнате».

Психическое состояние остается довольно нестабильным, настроение постоянно меняется в течение коротких промежутков времени: «Лихорадочное возбуждение, угнетенное состояние духа, новая вспышка энтузиазма и опять упадок сил. Потом начинает казаться, что его хотят отравить. В начале декабря 1889 г. расстройство его вновь помрачается...».

Сведения о психическом расстройстве Ван Гога быстро распространяются среди жителей Арля. Окружающие постоянно его третируют, подвергают ostrакизму: «Тронуть!» кричат ему вслед и кидают камни... Ходит в меховой шапке, в одежде, испачканной краской, в жару носит теплое пальто и шейный платок... Позднее жители написали петицию мэру городка, требуя отпустить Ван Гога в психиатрическую лечебницу. На фоне лечения наблюдается лишь незначительное улучшение. По-прежнему «глубокая печаль тяготит его душу». Порой его «охватывает беспричинная странная тоска, а иногда чувство пустоты и усталости в мозгу».

«Если бы не твоя дружба, я без сожаления пошел бы на самоубийство, и, как я ни труслив, я все-таки кончил бы им». Самоубийство – это та «отдушина», через которую «нам дано выразить протест», – пишет он в письме брату в 1890 году.

Когда состояние ухудшалось, Ван Гог становился импульсивным, возбужденным, мог ударить надзирателя либо предпринимал попытки самоубийства. В одном из таких эпизодов ему казалось, что за ним гонится толпа, преследует полиция... Пытался отравиться красками из тюбиков, было дано противоядие...

Самоубийство Ван Гога было обдуманным и подготовленным актом. Он взял пистолет у знакомого под предлогом поохотиться на ворон, несколько дней носил его с собой. «Винсент ходит мрачный, встревоженный, – при-



знается трактирщику, что ему больше невмоготу, что у него нет сил жить». очередной приступ «безысходной тоски», очевидно, явился последней каплей, приведшей к осуществлению задуманных суицидальных замыслов.

Ван Гог относится искусствоведами к постимпрессионизму. Данное направление, появившееся в середине 80-х годов XIX века, пришло на смену импрессионизму (от франц. *impression* – «впечатление»).

Ван Гог стал художником в 27 лет, после начала психического расстройства. Депрессивное (аффективное) состояние так или иначе просматривается в названиях и сюжете его произведений. «Скорбь», «Горюющий старик», «Плачущая женщина», «Меланхолия» и т.п. – так Винсент называл свои работы, являющиеся воплощением безрадостности и горя. Рисунок «Скорбь», как следует из текста письма Ван Гога брату Тео, «...лучшая из тех фигур, которые я нарисовал, поэтому я решил тебе ее послать...я не постыдился показать тебе себя несколько меланхоличным. Я хотел этим сказать, как в книге Мишле: Но остается в сердце пустота, которую ничто уж не заполнит».

Его работам свойственна «страстная эмоциональность», «остродраматическое восприятие жизни», они выдержаны в «сумрачной гамме» (первая половина 80-х годов XIX века); с 1888 года – «болезненно-напряженная, предельно экспрессивная манера, построенная на контрастных цветах, порывистом ритме, на свободной динамике пастозного мазка». Винсент работает и над натюрмортом. Он пишет череп с сигарой, злоеущий образ, окрашенный какой-то жуткой иронией, настоящий вызов смерти; картина брызжет могучим, почти сатанинским весельем...».

Сезанн (1886) ознакомился с работами Ван Гога, покачал головой и воскликнул: «Ей-богу, это живопись безумца!». Современников его картины разочаровывали и вызывали насмешки: «все эти

холодные серые тона, которые считаются изысканными, хотя на самом деле они плоские, неинтересны, по-детски беспомощно составлены». Его лучшие полотна одновременно драматичны и приподнято праздничны», – считает Н.А.Дмитриева.

После посещения Парижа и влияния импрессионистов палитра его картин изменилась. Он полностью изгнал из своей палитры темные тона. Как пишет Н.Смирнов, в ней есть два основных цвета – желтый и синий. Первый – от нежно-лимонного до ярко-оранжевого – отождествлялся в его сознании с понятием «жизнь». Второй – от голубого до почти черного – выражал «бесстрастную вечность», «фатальную неизбежность» и «смерть».

Многочисленные диагностические суждения врачей неоднозначны и очень вариабельны, достигают трех десятков вариаций. Знакомая с ними, можно сказать, что обсуждался почти весь спектр частной психиатрии: расстройства адаптации, пограничное психическое расстройство с трансформацией в психоорганический синдром, эпилепсия с аффективными расстройствами и психозом, дисфорическое расстройство, циклоидный психоз, органическое расстройство. Среди других диагнозов встречаются: диффузный менингоэнцефалит, шизофрения, психическая дегенерация и конституциональная психопатия, алкоголизм и другие. Психоаналитики предлагали свое толкование душевных расстройств и отдельных его проявлений в виде самоповреждения, получивших название – «синдром Ван Гога».

ОТ РЕДАКЦИИ. Очевидно, что вопрос о диагнозе Ван Гога остается открытым. Это служит поводом для продолжения дискуссии. К какому ответу склоняетесь Вы: психическое расстройство или гениальность?

ТИПОЛОГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

# Ревнует значит любит? Или болен?

Записала Н. РОШАНСКАЯ

О видах ревности, причинах ее возникновения, о проявлениях ревности как болезни рассказывает врач-психиатр ЛРНЦ «Феникс» кандидат медицинских наук **Виктор Александрович СОЛДАТКИН**.

– Проблема ревности действительно сложная и важная для психиатрии, для общества в целом, – рассуждает Виктор Александрович. – Очень непростая задача для врача-психиатра и для психолога – установить, с каким «видом» ревности – «обычной» или «патологической» – в каждом конкретном случае он имеет дело. Важно и человеку, столкнувшемуся в жизни с проявлением ревности партнера, знать, нужно ли ему обращаться к врачу. Поэтому я начну с определения. Единого, признаваемого всеми, понятия не существует. Поэтому хотелось бы обратиться к чисто языковым формулировкам данного феномена. Мне нравится словарное определение В. Даля, хотя оно и не медицинское, но четко отражающее суть проблемы: «Ревность – слепая и страстная недоверчивость, мучительное сомнение в верности и любви партнера». В других, известных источниках авторы пользуются более красочными определениями, вспомнить хотя бы Шекспира, который представлял ревность как «чудище с зелеными глазами, глумящееся над двумя своими жертвами». Это очень хорошее сравнение, точно выражающее мысль о том, что от ревности страдают оба: и ревнивец, и тот, кого ревнуют; это беда, которая возникает в семье и которая, как правило, требует достаточно активной помощи. В том, что ревность встречается часто, знает любой специалист, и психолог, и психотерапевт, и психиатр – мы это знаем по частоте обращений. Статистики же, к сожалению, нет: ни отечественной, ни мировой. И это понятно, потому что проблема настолько интимна, насколько и сексуальность. Ревность как феномен, к тому же, «тонет», «прячется» за другими диагностическими обозначениями и в психиатрии, и в психотерапии. Но то, что это явление значимое, доказывает и обыденный, и наш профессиональный опыт.

## РЕВНОСТЬ КАК ПРЕДМЕТ ПСИХОЛОГИИ

Психологи смотрят на проблему ревности с одной стороны, психиатры и психотерапевты – несколько с другой, но все единодушно в том, что ревность бывает «двух видов» – «нормальная» и «патологическая». Под «нормальной ревностью» принято понимать реакцию человека на факт измены, который стал ему известен. Однако есть люди, ко-

торые отличаются повышенной ревностью, даже если никакого «факта» нет. Некоторые жены описывают своих мужей: «по любой мелочи он дает такую реакцию, вспоминает что-то...». Но это не выходит за рамки нормального реагирования, не достигает степени болезни. На мой взгляд, есть и вторая разновидность нормальной ревности, которая также не достигает степени болезни, но вытекает из личности. Ее причины имеют психологическую природу. Многими авторами доказано, и я солидарен с ними, что ревность к любви имеет мало отношения. И поэтому фраза «ревнует значит любит», на взгляд и психолога и психиатра, не совсем уместна. Ревность в подобных случаях обусловлена ощущением сниженной самооценки, низкой самооценкой, общим чувством вины или вины, следующей из представления о себе: «я вообще не могу представлять ценность», либо, с другой стороны, связана с повышенными ожиданиями и стремлением к власти, к полному обладанию, к желанию диктата в семье... Это, как правило, обусловлено не болезнью, а характерологическими личностными чертами. Зачастую такие случаи проявления ревности – это удел психологии. Жить или не жить с «нормальным ревнивцем» – зависит от свободы выбора партнера: тот, кто принял решение в пользу «жить», как правило, приспосабливается к особенностям супруга и старается не актуализировать (обходить) острые углы в его характере. Но и подвергнуть супружеские взаимоотношения эффективной психологической или психотерапевтической коррекции – никогда не лишне. Если есть проблема во взаимоотношениях, преодолеть ее можно только изменившись, и наиболее действенный путь в позитивном направлении – метаморфозы внутренние, психологические, взаимные.

## РЕВНОСТЬ КАК БОЛЕЗНЬ

В поле зрения врачей попадают люди, ревность которых начинается «зашкаливать» за рамки нормы, достигая степени болезни. В этом случае она может протекать в трех вариантах: «навязчивая ревность», «сверхценная ревность» и «бред ревности». Психиатрия имеет дело с этими тремя формами проявления патологической ревности. Причем по количеству пациентов, соотносимых с одним из этих видов, примерно поровну. **Навязчивая ревность.** Это ситуация, когда, помимо воли

пациента, ему в голову приходят мысли о возможной измене или неверности спутника жизни. Он пытается отогнать эту мысль, он понимает, что она лишена здравого смысла, нет подкреплений этой мысли, что она мешает и только отравляет его жизнь. Но, как от любой навязчивости, избавиться от этой мысли сложно, это требует всех душевных и духовных сил, это изматывает. И человек срывается на партнере, затем приходит к раскаянию, прося извинений, принимая доводы своей второй половины. Однако, через некоторое время после разрядки и облегчения, мысли возвращаются, и ревнивец вновь и вновь начинает мучить своего партнера. Навязчивая ревность, как правило, имеет исходную точку – событие, факт, обнаружение действительной измены, часто этому служит клевета. Иначе говоря, навязчивую форму ревности провоцирует какая-то пусковая, болезненно ранящая информация.

**Сверхценная ревность** гораздо более устойчивая, менее подвластная эмоциональным колебаниям. Как любая «сверхценная идея» эта ревность обусловлена появлением устойчивой мощной убежденности. Она достаточно логична и для самого человека, и для того, кто его слушает, потому что он находит ряд фактов, событий, которые в какой-то мере подкрепляют его подозрения или уверенность. Сверхценная идея потому так и называется, что приобретает для этого человека самое важное значение. То есть все другие стороны жизни, все другие аспекты отходят на второй план, и человек практически всю свою жизнь подчиняет проверке этой идеи, очень часто с подсознательным желанием обнаружить ее опровержение. При этом виде ревности появляется несколько тревожных признаков, которые психиатра всегда волнуют, потому что это сигналы весьма выраженного неблагополучия нервной системы. Как для сверхценной идеи, так и для бреда ревности, характерны два очень важных феномена: первый – «детективное поведение», когда человек в рамках проверки или опровержения данной гипотезы начинает вести себя как детектив, ставит диктофоны, видеокамеры, нанимая определенных людей, чтобы подтвердить или опровергнуть искомое; второй – агрессия. Почти все ревнивцы, особенно те, которые достигли уровня патологической ревности, проявляют агрессивные действия: от избиений, нанесения физических травм до тяжелых вариантов, таких как убийство. Подобных случаев до-

статочно много, их участники проходят судебно-психиатрическую экспертизу, после совершения правонарушения. При этом высока частота аутоагрессии – самоповреждений, демонстративно-суицидальных повреждений, например порезов вен, и истинных суицидов как следствия непереносимости жить в плену убеждения в измене партнера.

Третий вид – самый тяжелый и неблагоприятный – **бред ревности**. Бред – это появление неподдающегося коррекции, устойчивого умозаключения, которое руководит человеком, определяя все его поведение. Отличие бреда ревности от сверхценной ревности в том, что в нем появляется нелепость. Это главный критерий их разграничения. Есть очень хорошая фраза классика: «Бред теряет психологическую понятность – либо возникновения, либо содержания». В случае бреда ревности содержание высказываний больных еще может быть психологически понятным: пациент уверен в измене, он находит то, что значимо для него, нельзя сказать, что его доводы нелепы. Например, он обнаружил волос, который по цвету не совпадает ни с его волосом, ни с волосом его жены, значит, есть вероятность, что кто-то из мужчин прикасался к его жене и оставил свой волос. Она опоздала, хотя должна была и обещала быть вовремя. Он видел, как она выходила из чужой машины. Она говорила с ним по телефону, а на фоне были слышны мужские голоса.

Это доводы, которые для него очень значимы, и нам тоже психологически понятны. Но непонятна основа возникновения этих его, возникших на ровном месте, переживаний. Таким образом, для диагностики бреда ревности большое значение приобретает критерий психологической непонятности возникновения соответствующих мыслей.

Для бреда ревности также характерны несколько известных феноменов, которые позволяют психиатру судить о том, что болезнь вышла на значимый клинический уровень. Во-первых, одним из характерных симптомов бреда ревности являются допросы. Это допросы «с пристрастием», когда ночами обсуждается одна и та же тема, иногда допросы достигают степени почти пыток, когда применяют и физическое истязание, и свет в лицо, и связанные руки, – к сожалению, такие рассказы от своих пациентов мы слышим часто. При этом очень часто, – это другой характерный повторяющийся признак бреда, – звучит тема: «Признайся – я все прощу. Не лги мне – меня

раздражает именно ложь, а скажи, как было, с кем, когда, и я тебе все прощу. Я давно хочу все забыть. Я хочу лишь подтверждения». Когда все это становится невыносимым, и жена (или муж) говорит: «Да! ...было... было тогда-то... с тем-то...», – придумывая детали, ожидая, что произойдет развязка, в последний раз будет драка, но все закончится... После этого ревность приобретает колоссально больший объем, и процесс становится совсем необратимым. Требование «ты только скажи да или нет, я все прощу» при бреде ревности встречается почти всегда.

Бреду свойственно и детективное поведение. Еще один атрибут, свойственный бредовому мужскому варианту ревности – так называемый «феномен приписанного потомства». Характерные мысли пациента: «она была мне не верна», «гуляла», «изменяла», «значит, и дети», соответственно, «родились не от меня». Нужно заметить, что в пылу ссор, скандалов, конфликтов, вымотанная всем этим женщина, чтобы отомстить ревнивцу, доставить ему боль, может бросить: «Да! и дети не от тебя!». И даже однократно «выстрелившая» фраза становится «легендой» для развития целого направления, целой фабулы: «Действительно, и дети не от меня! я так и знал!», и теперь он должен воспитывать не «его детей»; возникают «подтверждения» – и внешность детей не похожа – он начинает рассматривать фотографии: «Да, я не так выглядел в этом возрасте».

Следующим симптомом бреда ревности является постоянное неуклонное расширение фабулы бреда, то есть жена не просто «была неверна», «изменяла», но в целом «пропащая», «гуляющая», «недостойная», «распутная», «использующая любой момент, чтобы изменить»... Развитию фабулы сопутствуют основные признаки бреда ревности – нелепость и нелогичность. Все авторы, которые когда-либо писали о бреде ревности, замечали, а мы очень часто встречаемся с этим в практике: фабула бреда склонна к расширению; она углубляется стремительно и достигает гротескного выражения. Почти всегда появляется тема инцеста: «она настолько падшая, настолько пропавшая, что и с братьями...» и «ты помнишь, с тем родственником, и с тем...».

И, наконец, еще один опорный для нас, психиатров, признак дифференциальной диагностики (отличающий этот вид от всех других видов ревности, в том числе и патологических) – это расширение тематики с исчезновением чувства стыда. При так называемой нормальной ревности, а зачастую даже и при сверхценной, человеку очень дискомфортно обсуждать эту тему с кем бы то ни было, кроме партнера, которого он ревнует, он избегает огласки. В бреде – напротив, и это очень важно: об этом говорится легко, без тени стыда, и вслед за ним вытекает желание «вывести неверного на чистую воду» – желание разоблачения. Этот больной рассказывает об «измене» супруга (супруги) везде, где его будут слушать, не гнушается рассказывать на работе, с целью «чтобы начальство наказало изменника», пишет в газеты, сообщает в других СМИ... Желание придать максимальной гласности – один из важных признаков бреда ревности.



**ФЕНИКС**  
лечебно-реабилитационный  
научный центр

# «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

## В ФОКУСЕ – СОЦИУМ

# Путь к свободе

Л. ЛАЗАРЕВА

Открою вам один секрет: я курю. Причем не просто курю: я – заядлая курильщица. Уже пятнадцать лет. Раньше это не было для меня проблемой. Несколько лет назад, когда я была помоложе, то курила просто так – что называется «для понта». А потом втянулась: сигареты стали обязательным условием моего существования. Увы, без них я уже не представляла свою жизнь. Я стала «никотиновым наркоманом». Две сигареты вместо полноценного завтрака, две – после кофе, и еще 22 – в течение дня.

стия, всю жизнь подсознательно мечтаю о «случайной сигаретке».

Очень странное хобби: занимаясь им, вы мечтаете прекратить этим заниматься, а когда вы этим не занимаетесь – мечтаете вновь к нему вернуться. Курильщик презирает себя в каждый общенациональный день отказа от курения; каждый раз, когда случайно читает предупреждение Минздрава; когда проходят кампании по борьбе с раком или за чистый воздух; когда у него в очередной раз заболит где-то в груди; каждый раз, когда он оказывается единственным курильщиком в компании некурящих.

Но однажды я решила сделать шаг к здоровью, к здоровью своему и моих близких.

### ЧТО РЕКОМЕНДУЮТ ВРАЧИ

■ Решите для себя «я бросаю курить» и воспринимайте это как подарок самому себе. Определите свои мотивы отказа от курения и запишите их на листе бумаги. Каждый день просматривайте этот список, проговаривая его вслух или про себя. Список можно редактировать, меняя порядок причин или добавляя новые.

■ Будьте готовы к приступам тяги к сигарете – они проходят быстрее, если отвлечься и переключить внимание. Найдите свой способ (работа по дому, телефонный звонок некурящим приятелям, прогулка, занятия спортом и т.д.), поразмыслите, как можно по-другому действовать в каждой из ситуаций, которые раньше «ав-

томатически» сопровождались курением.

■ Наблюдайте за некурящими, учитесь у них, смелее просите о помощи своих близких и друзей. Вам будет легче отказаться от сигарет, если вы и сами сможете бросить курить кому-нибудь из своих родственников, сослуживцев и знакомых.

■ Выбросьте пепельницы, зажигалки и все, что напоминает о курении. Если сразу не удастся совсем отказаться от сигарет, не делайте глубоких и частых затяжек, как можно меньше держите сигарету во рту. Уменьшение количества ежедневно выкуриваемых сигарет или переход на «легкие» сигареты не снижает риска для здоровья. Стремитесь к полному отказу от курения.

■ Больше двигайтесь и больше бывайте на свежем воздухе. Так организм быстрее справится с последствиями хронического отравления табаком – и не появятся лишние килограммы. Ходите пешком в хорошем темпе, не пользуйтесь лифтом, регулярно делайте зарядку, занимайтесь спортом, танцами – выбирайте то, что вам интересно.

■ Правильно питайтесь: регулярно, небольшими порциями, выбирайте продукты, богатые клетчаткой и дающие чувство сытости (фрукты, овощи, каши) и белком (нежирные молочные продукты, рыба). Пейте больше жидкости, если нет противопоказаний, – минеральную воду, зеленый чай, натуральные соки.

### Я РЕШИЛА!

Итак, я приняла решение, что буду истово придерживаться этих советов. Кроме того, видя мою решимость, муж был готов мне помочь и подарил на 8 марта электронную сигарету (конечно же, в дополнение к моим любимым цветам). Кстати, основные различия между электронной сигаретой и обычной таковы: во-первых, она не содержит смол и других канцерогенных веществ, во-вторых, в ней отсутствует процесс горения, а, следовательно, нет выделения более 4000 химических веществ, присутствующих при курении обычных сигарет. В-третьих, она безопасна для окружающей среды и пассивных курильщиков. Кроме того, я заключила сама с собой соглашение: перед тем, как закурить, делаю что-либо полезное для своего здоровья и красоты (или для уюта в моем доме). Например, для себя – 10-20 приседаний или 20 упражнений для пресса или 10 минут занятий на велотренажере. Какой у меня будет пресс уже через неделю! Для дома – за сигарету – вымою полы на кухне или пропылесосу комнату, или же, крайнее, – вымою санузел.

Через неделю я почувствовала, что дом мой прямо-таки блестит, а количество выкуриваемых за день сигарет уменьшилось в два раза (я же не железная!). Что делать дальше? Я иду в парк и покупаю ярко-желтый (символизирует счастье и радость) или голубой (символизирует мечтательность) воздушный шарик, привязываю к нему оставшиеся сигаретки, пишу записку: «Я свободна!» и отпускаю шарик с остатком своей вредной привычки в нежно-голубое небо. И он улетает далеко-далеко. Прощай! Я свободна.



## ПСИХИАТРЫ УЛЫБАЮТСЯ

Поликлиника. Из кабинета психиатра выходит врач, останавливает проходящую мимо медсестру и спрашивает:

– Леночка, какое сегодня число?

– 12 апреля, День космонавтики. А в чем дело?

– Да я тут с больным беседую, надо проверить – ориентируется ли он во времени.

– Доктор, я пересмотрел много американских фильмов!

– Это не страшно, это не болезненно.

– Но я помню всех режиссеров и актеров начиная с 30-х годов!

– Ну, вы просто фанат Голливуда, это не страшно.

– Для меня уже негры не на одно лицо!

– Оп-па...

Разговор психиатра:

– Ты почему из своего отделения выписываешь полувылеченных больных?

– Так у меня же полставки!

Заходит пациент-флегматик к психиатру-холерику. Доктор показывает пациенту чернильные пятна Роршаха:

– Скажите, что вы видите? Пациент скучающим голосом:

– Пятна... Доктор ерзает:

– Нет, ну может вы видите голую женщину или ребенка?

Тот – спокойным тоном:

– Пятна вижу... Доктор начинает нервничать:

– Ну все-таки, постарайтесь... необычных животных каких-нибудь или растения видите?

Больной немного более оживленно, но без особых эмоций:

– Да нет. Просто пятна... Доктор горячится:

– Персонажи сказок, фильмов... Послушайте, если вы не будете сотрудничать, я не смогу вам помочь!

И продолжает уже с нескрываемым раздражением:

– Что, совсем-совсем ничего не видите?

Снова скучающий тон:

– Так, ведь, пятна... Доктор бессмысленно перекалывает бумаги и ручку с одного места на другое:

– Всё! Идите к окулисту, пусть он вас лечит!!!

Легкий наклон головы:

– А я где?

Мои попытки бросить курить начались после того, как, гуляя с мужем, я попала в очень неловкую ситуацию. Мы были на Центральном рынке, когда я, закулив, отошла от людей в сторону. Муж стоял рядом. Неожиданно, проходящая мимо дама внушительных размеров остановилась возле нас и начала поучать мужа: «Как ты можешь встречаться С ТАКОЙ? Глянь, девушка, а курит! Брось ты её, найди нормальную. Столько вокруг хороших женщин!» Муж ответил: «Вообще-то, это моя жена, с которой я уже десять лет вместе. Да, она курит, это ее недостаток, но в остальном – она идеальна».

После неприятного инцидента, я стала пытаться завязать с сигаретой. Но это оказалось совсем не просто. Что я только не пробовала: и никотиносодержащие таблетки (из-за которых я чуть не попала в реанимацию, случайно допустив передозировку), и никотиновые «жвачки», к которым я чуть было не пристрастилась, никотиновые пластыри, иглотерапия и даже... гипноз. С помощью гипноза, кстати, я не курила целую неделю. Правда, потом начала курить с удвоенной силой.

И вот, что я думаю. Единственное, что мешает человеку бросить курить – это страх. Страх, что без сигареты, без этой небольшой опоры, никогда уже ни еда, ни встреча с друзьями не принесут нам удовольствия. Страх, что мы никогда не сможем сосредоточиться, справиться со стрессом или быть уверенными в себе. Страх, что наша личность и характер изменятся. Но более всего курящие боятся, что станут рабами своего запретного пристра-

Газета «Новая психиатрия» объявляет фотоконкурс под названием

## «ПСИХИАТРИЯ ВЧЕРА, СЕГОДНЯ, ЗАВТРА»

К УЧАСТИЮ В КОНКУРСЕ ПРИГЛАШАЮТСЯ ВСЕ ЖЕЛАЮЩИЕ!

Условия: фото должны предоставляться в электронном виде.

К фото необходимо приложить данные о конкурсante: ФИО, год рождения, специальность (вид занятия), сообщение о том, является ли конкурсонт больным или родственником больного.

Ваши работы мы ждем по адресу ЛРНЦ «Феникс»: info@centerphoenix.ru. Принятые к конкурсу фото не возвращаются!

Победителей конкурса ждут денежные призы: 1-е место – 10 тыс. руб., 2-е место – 5 тыс. руб., 3-е – 3 тыс. руб.

Подведение итогов пройдет на Международной конференции по проблемам психиатрии с 15 по 17 июня 2011 г.

После определения победителей конкурса будет проведена выставка.

Самые интересные в каком-либо отношении фото будут публиковаться в газете «Новая психиатрия».



### ТВОРЧЕСТВО ПАЦИЕНТОВ



Елена Д., бывший пациент ЛРНЦ «Феникс»



**УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ:**  
Лечебно-реабилитационный научный центр «Феникс»  
**ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР:**  
О.А. Бухановская  
**ОТПЕЧАТАНО:**  
Типография «Военный вестник Юга России».  
Тираж 3000 экз. Заказ № 2905.

**АДРЕС РЕДАКЦИИ:**  
344010, г. Ростов-на-Дону, пр. Ворошиловский, 40/128.  
Тел. (863) 267-48-15.  
Тел./факс: (863) 267-38-67.  
Мнения авторов и редакции могут не совпадать. Рукописи не рецензируются и не возвращаются. Распространяется бесплатно по реестру редакции. Перепечатка допускается лишь с разрешения редакции. Подписано в печать по плану – 28.10.2010 в 10.00, фактически – 28.10.2010 в 10.00.