

Дело Макарова: 2
человек осужден!
За что?..

Подростков 5
тестируют
на употребление
наркотиков

Известия 6-7
Российского
общества
психиатров

Идеальных 9
детей
не бывает!
И не должно быть!



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

В НОМЕР!

Подростков тестируют на употребление наркотиков

Ежегодно в России от употребления наркотиков погибает 100 тыс. молодых людей. Большинство из них умирают в страшных муках. При этом родители могут и не догадываться, что именно их ребенок пополняет эту печальную статистику.

В Ростовской области наблюдается рост распространенности дезоморфина – страшного наркотика, который изготавливают кустарным способом из лекарственных препаратов. Основной контингент потребителей – молодежь 15–30 лет. В 2010 г. из незаконного оборота изъято в 5 раз больше дезоморфина, чем в 2009 г. Зависимость от наркотика проявляется после первой–второй дозы. Срок продолжительности жизни наркомана, начавшего употреблять дезоморфин, – 1–3 года. Ухудшение ситуации привело к тому, что в России на федеральном уровне был поставлен вопрос о необходимости тестирования студентов и школьников на предмет употребления наркотиков. Инициаторами нового подхода к профилактике наркотизации выступили государственные органы и общественность.

(Окончание на стр. 5)

ПОЗДРАВЛЯЕМ ИМЕНИННИКОВ В СЕНТЯБРЕ-ОКТЯБРЕ!

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

поздравляют
с Днем рождения

РОГОЖНИКОВУ Любовь Васильевну
ВЫЧУЖИНУ Яну Владимировну
БУХАНОВСКУЮ Ольгу Александровну
Маркозьян Асю Семеновну.

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

№ 9-10⁽⁰⁶⁻¹⁷⁾ / 2011
сентябрь-октябрь

Новая

Психиатрия

БЕЗНАДЕЖНЫХ БОЛЬНЫХ НЕ СУЩЕСТВУЕТ!

МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО

«Двойным» заболеваниям необходима комплексная терапия!

Д. НЕФЕДОВ

Феномен «двойных» заболеваний представляет собой сочетание психической болезни (шизофрении, шизоаффективного психоза, биполярного аффективного расстройства) с болезнью химической или нехимической зависимости (табакокурением, кофеиноманией, злоупотреблением психоактивными веществами, игроманией, зависимостью от Интернет и т.д.), которые также называют «аддикциями».

ных» заболеваний: от генезиса на уровне молекулярной биологии до клинической практики, от методов профилактики до реабилитационных мероприятий.

– Я не устаю повторять, что практикующим психиатрам чаще всего приходится сталкиваться с ситуацией, когда пациент «подносит на блюдечке с голубой каемочкой» так называемые «явные» признаки, тогда как искусство врача заключается в выявлении скрытых проявлений заболевания, – поясняет Александр Бухановский, – которым пациент и его родственники, как правило, значения не придают. Оставшись невыявленными они ведут к неполной диагностике, что неминуемо приводит к низкой эффективности терапии.

Стоит добавить, что во время работы конгресса профессор Бухановский обнародовал официальное предложение, адресованное всем заинтересованным национальным психиатрическим ассоциациям, а также отдельным исследователям, суть которого – принять участие в подготовке объемного, энциклопедического труда, посвященного современному состоянию научных знаний в сфере химических и нехимических зависимостей. Работа над изданием в России, а именно в

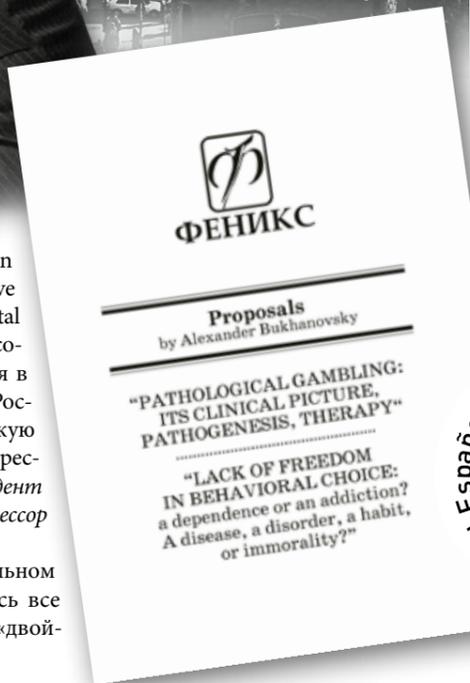
Ростове-на-Дону, уже началась.

II CONGRESO INTERNACIONAL DE PATOLOGIA DUAL

Проблема «двойных» заболеваний привлекает все большее внимание психиатрической общественности во всем мире. Это объясняется широким и интенсивным распространением «двойных» заболеваний, а также их серьезными последствиями (медицинскими, социально-экономическими, криминогенными и суицидальными). Именно данной теме был посвящен Второй международный конгресс «двойных» психических заболеваний («II

Internayional Congress On Dual Disorders: Addictive Behaviours and other Mental Disorders»), который состоялся с 5 по 8 октября в Барселоне (Испания). Российскую психиатрическую общественность на конгрессе представлял президент ЛРНЦ «Феникс», профессор Александр Бухановский.

На этом представительном форуме рассматривались все аспекты проблематики «двой-



SEPD

Afiliada a la WPA ad-hoc

- Должен сказать, что в деле Макарова собрано такое количество разнообразных нарушений на всех уровнях, что более модельной и яркой ситуации для иллюстрации того, как НЕЛЬЗЯ поступать, трудно найти!

Начнем с того, что девочку доставили в медицинское учреждение глубокой ночью, по «скорой помощи», с подозрением на компрессионный перелом позвоночника. Насколько я знаю, травмы такого рода требуют строгого соблюдения постельного режима, сопряженного с фиксацией тела и головы больного. Однако ребенка вывезли за пределы стационара для выполнения «дополнительных исследований», а затем вернули обратно. Причиной «дообследования» стали результаты анализа мочи, в которой лаборант якобы обнаружил мертвые сперматозоиды. Забор мочи, и это очевидно, производился с нарушениями требований, предъявляемым к подобным манипуляциям. Даже обнаружение мертвых сперматозоидов в моче не давало права никому из медиков вести допрос ребенка (а именно так должны быть названы действия медработников), – не забывайте, что девочка получила серьезнейшую травму, находилась в состоянии стресса и, кроме того, большую часть ночи не спала!

Мне представляется, что дежурная смена медицинского учреждения, в которое попала девочка, должна была (в случае каких-либо подозрений) сообщить о замеченных фактах в полицию, но ни в коем случае не проводить следственные и экспертные мероприятия самостоятельно. Действия, которые предприняла дежурная смена, это типичный произвол, а если принять во внимание выполненное девочке и фактически недобровольное гинекологическое обследование, которое, ко всему прочему, сопряжено со значительным психотравмирующим эффектом, – то это уже должностное преступление!

Я крайне удивлен тем фактом, что на очевидную недобровольность медицинских манипуляций, как и на выход их за рамки стандартов необходимой в данном случае медицинской помощи, не обратила внимание и никак не отреагировала страховая компания, застраховавшая ребенка в системе ОМС. А ведь действия медиков никоим образом не могут быть оправданы тем предварительным диагнозом, который был установлен девочке, и, более того, действия врачей скорее противоречили этому диагнозу!

– Как отнеслись к полученной информации органы следствия?

– Получив информацию из больницы, следователь тут же призвал на помощь психолога. Но в каком качестве? Известно, что психолог или психиатр могут выступать в рамках следствия лишь в качестве одного из трех действующих лиц: свидетеля (но привлеченный следователем психолог до момента встречи с девочкой не знал ни ее лично, ни обстоятельств дела), эксперта (на основании закона о государственной экспертизе) или специалиста (что регулируется УПК России). Однако следователь не наделил

ОБЩЕСТВО ПРОТИВ!

ДЕЛО МАКАРОВА: ЧЕЛОВЕК ОСУЖДЕН! ЗА ЧТО?...

ЗАПИСАЛ Д. НЕФЕДОВ

В основе любого обвинительного акта, тем более, когда к следствию приобщаются результаты экспертных исследований, должны лежать четыре основных принципа – объективность, научность, доказательность и законность. Уникальность Дела Владимира Макарова состоит в том, что все эти принципы в ходе следствия были в той или иной степени нарушены. Об этом мы беседуем с признанным авторитетом в сфере судебной психиатрии, профессором кафедры психиатрии и наркологии Ростовского государственного медицинского университета **Александром Бухановским.**



приглашенного им психолога ни одной из вышеперечисленных функций, что, кстати говоря, подтвердил позднее и сам психолог. Это означает, что привлеченный следователем психолог не был процессуальной фигурой!

Далее действия разворачивались так... Приглашенный психолог прямоком направился в палату к ребенку и начал крайне непрофессионально выяснять, знает ли девочка, что такое... мужские гениталии. Девочка, конечно, ответила, что спрашивать об этом попросту неприлично. Психолог сделал вывод о том, что девочка ЗНАЕТ о чем идет речь, но не хочет говорить по причине стрессового состояния. А с моей точки зрения, девочка проявила свои морально-этические качества, оказавшиеся выше, чем у психолога.

Я, кстати, часто говорю своим коллегам, что порой интеллект пациента оказывается выше интеллекта врача, и мы не имеем

права квалифицировать человека, мы должны лишь выявлять его заболевание.

Но вернемся к нашему делу... Привлеченный следователем психолог использовал почти все методы в процессе общения с девочкой, без учета возраста пациента. И это при том, что большинство этих методов как раз имеют определенные возрастные ограничения! И даже более того – трактовка их результатов весьма неоднозначна; она зависит не столько от испытуемого, сколько от профессионализма и личности самого психолога. Закономерный итог: психолог сделал нелепые заключения, обосновывая их нервным напряжением ребенка, не зная ряда обстоятельств из жизни девочки, например, того, что проблемы со здоровьем невротического характера отмечались у нее уже с четырех лет. Последующая судебно-психиатрическая экспертиза, выполненная специализированным учреждением (Детской

клинической психиатрической больницей), имеющим право на судебно-психиатрическое освидетельствование детей и подростков, показала, что с девочкой все в порядке, что она весьма развита и адекватно воспринимает происходящее вокруг. И, между прочим, мне совершенно непонятно, почему заключению этих признанных в области детской психиатрии экспертов ни следствии, ни суд должного внимания не уделили.

– А что касается полиграфолога?

– Здесь вообще все странно. Владимир Макаров принял самостоятельное решение пройти исследование на полиграфе. Он заплатил 250 тыс. рублей: 150 тыс. – полиграфологу и 100 тыс. – адвокату, которого порекомендовал сам полиграфолог (адвокат должен был присутствовать во время проведения исследования).

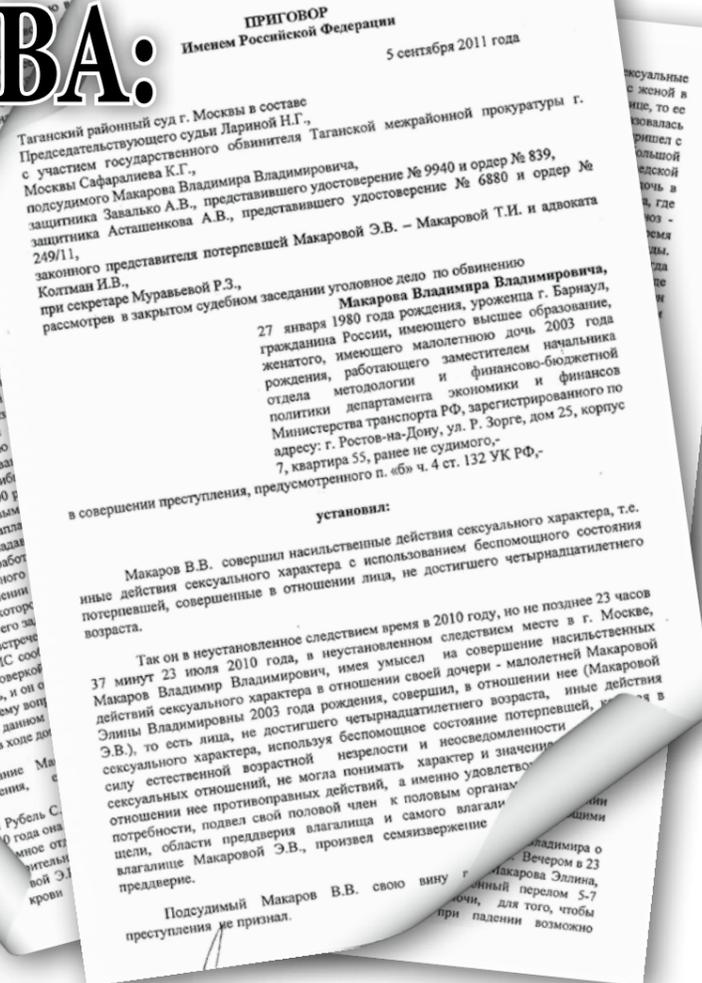
Полиграфолог выполнил исследование... Однако, вместо того чтобы выдать заключение об исследовании заказчику, он сказал ему, что для более полного заключения ему необходимо исследование повторить, и это обойдется... еще в 500 тыс. рублей! Макаровы попросили время на размышление... 10 дней... И, в конце концов, за неимением средств, они отказались от повторного исследования на полиграфе. Заключение при этом они так и не получили! Но вот что удивительно после того, как семья девочки отказалась предоставить требуемые 500 тыс., результаты НЕСОСТОЯВШЕГОСЯ первого исследования... легли на стол следователю

(это сделал сам полиграфолог!) Спрашивается: почему? При этом существует положение, согласно которому полиграф, не являясь доказательством в суде.

– И каков вывод?

– Заклячая все вышесказанное отмечу, что я впервые в жизни сталкиваюсь с ситуацией, когда место преступления отсутствует (а значит нет и результатов его осмотра!); инициатором возбуждения уголовного дела является лаборант, исследующий мочу (вкуче с врачами, грубо поправшими стандарты лечения, профессиональную этику и деонтологические принципы поведения). При этом в показаниях законных представителей ребенка – тех, кто был для нее самым близким всю ее жизнь, кто заботился о ее благополучии больше, чем о своем собственном, – нет даже намека на возможность сексуального насилия. Наоборот, они твердо заявили, что ничего подобного никогда не было и быть не могло! Сама «жертва» также категорически это отрицает. Что касается судебно-медицинского исследования, то оно не выявило на теле ребенка никаких следов сексуального насилия. Кроме того, самому осужденному ни на одном из этапов следствия не была назначена судебно-психолого-сексолого-психиатрическая экспертиза, что является обязательным при рассмотрении дел такого рода.

– Спасибо, Александр Олимпиевич. Пусть читатели сами сделают выводы из нашей беседы, лично я для себя их уже сделал...



«Новая психиатрия»

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

ОБЩЕСТВО ПРОТИВ!

Дело В. Макарова было основано на результатах всего лишь одного анализа. Дальнейшие проверки и экспертизы, проведенные следствием и защитой, показали полностью взаимоисключающие результаты.

Сам судебный процесс был закрытым, так как речь шла о насилии против несовершеннолетних. Съемки позволяли вести только во время оглашения приговора...

Журналистам с самого начала было непросто освещать этот процесс. Существовал большой риск заранее попасть под обаяние семьи обвиняемого и встать на его сторону, потеряв журналистскую беспристрастность. А между тем, именно психологический вопрос доверия был в этом деле едва ли не решающим: фактов крайне мало, и практически по каждому пункту только слово обвинения против слова защиты.

Следственный комитет накануне вынесения приговора даже обвинил прессу в ведении целенаправленной кампании по «обелению» Владимира Макарова. Обвинение напомнило свои доводы: во-первых, спермато-

ДОЙТИ ДО СТРАСБУРГА И ПОБЕДИТЬ!

ЖЕНА ВЛАДИМИРА МАКАРОВА – ТАТЬЯНА – НАМЕРЕНА ОБЖАЛОВАТЬ ПРИГОВОР В СТРАСБУРГСКОМ СУДЕ.

зоиды, во-вторых, результаты психологического обследования девочки – она нарисовала кошку, в которой специалист разглядел признаки скрытого насилия, и, в-третьих, детектор лжи – он показал виновность Владимира.

У судьи тоже не нашлось поводов не доверять, хотя запрошен-

ные прокуратурой 18 лет судья и снизила до 13. Владимира Макарова приговор буквально подкосил:

– Без события преступления обвинительный приговор... Я подавлен...

Супруга Владимира постоянно организовывала бесчисленные

экспертизы. Доказывала, что следов физического насилия нет. Несколько психологов обследовали девочку и пришли к тому же выводу. Наконец, назначенный судом всемирно известный по делу о семье Романовых эксперт Павел Иванов из Российского центра судебно-медицинской экспертизы никаких сперматозоидов в той самой моче не нашел.

Татьяна уверена – ее муж стал жертвой борьбы следователей за улучшение своей статистики в модной графе «педофилия». А что касается детектора лжи, то Владимир сам на него пошел, а там потребовали взятку. Не получив которую, написали, что он виноват. Весь этот год Татьяна не говорила дочери, где папа, но рано или поздно это придется сделать:

– Я думаю, что мне придется сказать о том, что произошла ошибка, – говорит Татьяна Макарова, – и папа будет некоторое время в тюрьме, но мы будем доказывать, что он этого не делал и что он скоро к нам вернется.

Вадим Яковенко, глава Следственного управления СК РФ по Москве: «Обвиняемый обратился к независимому эксперту для исследования на полиграфе, чтобы подтвердить свою невиновность. Обмануть аппарат подсудимому не удалось. Заключение подтверждает совершение насильственных действий сексуального характера в отношении ребенка». Яковенко рассказал «Интерфаксу», что Макаров угрожал следователю физической расправой как устно, так и посредством СМС-сообщений. «Впоследствии он (Макаров – прим. НТВ) принес свои извинения следователю. У следствия сложилось впечатление, что Макаров вел себя не как обвиняемый, отстаивающий свою правоту и невиновность, а как человек, использующий любые способы, которые позволяют избежать уголовной ответственности».

Ребенка обследовали врачи, следов физического насилия они не нашли. Психологи, как всегда в таких случаях, попросили маленькую Олю нарисовать кошку. Из рисунка девочки эксперты сделали вывод, что «ничего исключить нельзя». Это было фактически единственным доказательством, к которому добавились слова лаборантки. А ведь тех самых «сперматозоидов» никто, кроме нее, не видел. На этом и построено уголовное дело.

КЛУБОК МНЕНИЙ

Значение психиатрической экспертизы в уголовном процессе

А. БАЙДАКОВА

Суд над Владимиром Макаровым, осужденным по обвинению в изнасиловании собственной дочери, поставил вопрос о весе психиатрической экспертизы в уголовном процессе.

В России в последнее время идет кампания против педофилии, и не исключено, что общий настрой может влиять на судебные решения в ущерб объективности, которая здесь очень важна.

Заключение психолога Лейлы Соколовой о наличии косвенных признаков «вовлеченности в сексуальные отношения» дочери Макарова стало одним из основных пунктов обвинения. Есть ли основания настолько доверять мнению психолога? Корреспондент Радио Свобода (РС) попытался выяснить, как именно проводилась психологическая экспертиза по делу В. Макарова и насколько часто подобные экспертизы решают судьбу обвиняемых в педофилии.

ПОЧЕМУ «ОЗОН»?

Лейла Соколова, специалист Центра психолого-медико-социального сопровождения «Озон», встречалась с дочерью В. Макарова в больнице, где та лежала с ушибом позвоночника после падения со шведской стенки (именно в этой больнице были проведены анализы, показавшие,

что в моче девочки есть сперма. Последующие анализы этот факт не подтвердили. – РС). В рисунках девочки психолог обнаружила косвенные признаки «вовлеченности в половые отношения».

Что за признаки? Рисуя женскую фигуру, Эля изобразила грудь и талию.

– В суде психолог сказала, что в рисунках Эли она прослеживает явно выраженную сексуализацию, – сказал корреспонденту РС адвокат Владимира Макарова Аркадий Завалько. – Однако на вопросы адвокатов она ответила, что первоначальной беседы мало, что надо было бы с ребенком побеседовать еще раз.

После того как началось уголовное разбирательство и дело получило огласку, Лейла Соколова дала единственное интервью журналу «Большой город». Корреспондент Радио Свобода прослушал аудиозапись интервью, в котором психолог признается,

что для конкретных выводов требовалось несколько встреч с ребенком, о чем она сообщила следователю, но, правда, не написала об этом в своем заключении.

Расспросить Лейлу Соколову о подробностях этого дела не удалось. От общения с журналистами она уклоняется. Директор центра «Озон» Евгений Цымбал мотивировал это тем, что общение с журналистами небезопасно для психологического здоровья эксперта. По его словам, она – лучший специалист Центра и за ее экспертизу по делу Макарова он готов поручиться, хотя сам не общался с ребенком.

– Я уверен в одном: девочка была вовлечена в действия сексуального характера, – заявил Евгений Цымбал корреспонденту радио.

Евгений Цымбал, по его словам, имеет диплом врача-биофизика. До «Озона» Цымбал работал в психиатрии и в структурах Генеральной прокуратуры. Доктор имеет чин советника юстиции.

Центр «Озон» – государственное учреждение. В 2008 г.

он получил лицензию и государственную аккредитацию как «образовательное учреждение для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи». Центр регулярно получает от следственных органов заказы на обследование детей, которые, предположительно, пострадали от насильственных действий.

Репутация «Озона» среди специалистов по судебной психологии неоднозначная. В 2009 г. Ксения Филимонова судилась со свекровью, не позволившей ей видеться с собственной дочерью. С мужем Ксения была в разводе. Центр выпустил заключение о том, что девочке вредно видеться с матерью, хотя с самой Ксенией психолог не общалась, так как общение с ребенком посчитали достаточным:

– Заключение я отнесла в Центр имени Сербского и там написали длинное и подробное заключение о неправомерности этого заключения и глубоком непрофессионализме экспертиз, которые делает «Озон», – вспоминает Ксения Филимонова (по бывшему мужу – Пушкина). – Центр, в свою очередь, написал в ответ, что мнение Института Сербского ничего не значит.

Александр Шадура, эксперт Национального фонда защиты детей и бывший руководитель Центра помощи пострадавшим от теракта в Беслане, считает, что сейчас центр «Озон» – основной поставщик психологических экспертиз в судах по делам, связанным с насилием над детьми:

– Очень плохо, что «Озон» стал практически монополистом. Важно развивать институт негосударственной экспертизы, чтобы профессиональное сообщество имело больше возможностей участвовать в таких делах...

Ну и еще одна деталь: 12 августа 2011 г. прокуратура Москвы оштрафовала центр «Озон» на 170 тыс. рублей за медицинскую деятельность без лицензии. Евгений Цымбал утверждает, что такой деятельностью в Центре не занимаются.

ОППОНЕНТЫ «ОЗОНА»

После «Озона» Татьяна обращалась к целому ряду психологов с просьбой обследовать Элю. Их заключения противоположны «озоновскому»: и с ребенком, и с отношениями в семье Макаровых все нормально.

(Окончание на стр. 4)

Важная деталь. Обследование проводилось Л. Соколовой в рамках доследственной проверки, то есть не могло быть квалифицировано как судебно-психологическая экспертиза, которая может быть назначена только следователем.

В заключении Ростовского областного центра психолого-педагогической реабилитации и коррекции, который работал с девочкой той же осенью по запросу Уполномоченного по правам человека Ростовской области, говорится:

«1. Психологическое состояние Элины в настоящий момент неудовлетворительное, так как характеризуется наличием эмоциональных переживаний, которые могут быть связаны с актуальной жизненной ситуацией ребенка: сменой места жительства, разлукой с отцом, тревогой и переживаниями матери.

2. Психологический климат в семье благополучный. Девочка позитивно оценивает отношения, складывающиеся в семье, и отношение родителей к ней.

3. Отношение ребенка к отцу позитивное.

4. Сексуальное развитие ребенка соответствует возрастным нормам. Не выявлено повышенной значимости сексуальной сферы для ребенка и признаков сексуального насилия или использования...».



КЛУБОК МНЕНИЙ

Значение психиатрической экспертизы в уголовном процессе

Елена Забадыкина, преподаватель факультета психологии Российского педагогического государственного университета им. А. И. Герцена, напротив, уверена, что иногда психолог может установить факт насилия даже вернее, чем вещественные доказательства:

– Все случаи инцеста очень сложно расследуются, потому что родители имеют большую власть над ребенком, – говорит Елена Забадыкина. – Как можно вычислить, что произошло насилие? Именно с помощью психологической экспертизы. Например, с помощью рисунка семьи. Бывает, рисуют пап, у которых вместо рук – половые органы. Причем ребенок может не говорить, что ему плохо: с одной стороны, он понимает, что что-то не то происходит, а с другой стороны, говорит: «Я люблю папу». В данном случае психологическая экспертиза является единственным доказательством.

СКОЛЬКО «ВЕСИТ» ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА?

Корреспондент Радио Свобода попыталась выяснить, насколько в принципе можно опираться на выводы психолога в делах, подобных делу Макарова.

Уголовно-процессуальный кодекс не определяет границы применения психологической экспертизы, равно как и закон «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации». Однако специалисты по праву придерживаются мнения, что значимость выводов психолога часто преувеличивается, при том что доказать конкретные факты с помощью такой экспертизы нельзя. Психологическое обследование на том уровне, на котором оно существует в России, вообще не позволяет делать заключений о факте насилия над ребенком, говорит Николай Дворянчиков, профессор Московского городского психолого-педагогического университета, бывший сотрудник Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского:

– В отношении детей, которые подверглись насильственным действиям сексуального характера, всегда проводится комплексная психолого-сексолого-психиатрическая экспертиза. Устанавливается степень половой зрелости ребенка, состояние его психического здоровья и способность в полной мере осознавать характер и значение действий насильника. Но эта экспертиза не устанавливает самого факта насилия. Это задача следователя. В США, например, есть специальная методика анатомически

точных кукол, с которыми ребенок играет. И в этой игре ребенок, имеющий сексуальный опыт, явно его показывает. Но у нас такие методики не внедрены. Что касается проективных методик, к которым относится и анализ рисунков, то у них очень низкий уровень достоверности и надежности. Поэтому в ряде стран, в Европе, например, они просто запрещены в судебной экспертизе.

По словам Александра Шадуры, в случаях, подобных делу Макарова, доверять психологическим экспертизам можно с большой осторожностью:

– Для того чтобы экспертиза была решающим доказательством, эксперт должен быть несколько, от разных независимых экспертов, – считает А. Шадура. – Существует процесс психосексуального развития, и интерес ребенка к этой сфере нередко определяется просто тем возрастным этапом, на котором он находится. Вот почему очень важно учитывать совокупность разных фактов. К сожалению, у нас этим вопросом начали заниматься только недавно и большому количеству квалифицированных специалистов неоткуда было взяться. У тех экспертиз, которые я видел, крайне низкое качество: из пяти экспертиз только одна была грамотной. Я видел, например, заключения, где специалисты категорически заявляют, что два года назад над этим ребенком конкретный человек совершил действия сексуального характера. Но такие выводы сделать в принципе невозможно. Объективных, точных методик для обследования в этой сфере не существует. Психология все-таки наука описательная, а не точная. В России в последнее время идет кампания против педофилии, и не исключено, что общий настрой может влиять на судебные решения в ущерб объективности, которая здесь очень важна...

Опубликовано 09.09.2011 в 18:09, svobodanews.ru/content/article/24321217.html

МНЕНИЕ ИНТЕРНЕТ-СООБЩЕСТВА

А, может, он никакой не педофил?

В российской сети обсуждают дело Владимира Макарова, которого Таганский суд Москвы приговорил к 13 годам за изнасилование своей восьмилетней дочери. Настороженность вызвана тем, что следствие не представило убедительных доказательств его вины.

Год назад, когда дочка Макарова попала в больницу с ушибом позвоночника, ей сделали анализ мочи, в котором обнаружили «неподвижные сперматозоиды». Ни осмотр девочки, ни экспертиза ДНК факта изнасилования не подтвердили. Отрицают его и сама девочка, и ее мать. Несколько независимых экспертиз, проведенных по инициативе семьи, никаких отклонений у ребенка не нашли. Рассказывает знакомый семьи пользователь портала Сноб.ру Денис Гуцко:

– Ничто из вышеперечисленного не стало для следствия доводом для признания Макарова невиновным. Упорство Татьяны, отстаивающей невиновность мужа, интерпретировалось в самых скабрёзных выражениях.

– Вам не надоело? – сказал ей как-то сотрудник Следственного комитета, пребывая в хорошем настроении. – Вы же понимаете, что он съедет, иначе нас тут всех поувольняют. А с такой статьей, как у вашего мужа, в тюрьме и месяца не живут. Начинайте уже устраивать личную жизнь.

Один из адвокатов, от услуг которого ввиду его полной бесполезности Тане пришлось отказаться, сказал ей проще и прямо:

– Зачем вы вообще начали сотрудничать? Подождали бы два-три месяца, вам бы назвали сумму – небольшую, тысяч в триста, – и он бы спокойно вышел. А теперь все, они разозлились...

Блогер портала inliberty.ru Станислав Львовский пытается понять, что стоит за нежеланием суда разобраться в деле:

– В том, что Макаров невиновен, убеждены все – его жена, друзья семьи, журналисты, в том числе журналисты «рептильного» Первого канала. Вина его очевидна только для суда, который, кажется, в этой ситуации действует вполне независимо (впрочем, в том что суд действительно считает Макарова виновным, я тоже сомневаюсь). Всем известно, сколько в России выносятся оправдательных приговоров. Доля их колеблется вокруг 1%. Все понимают, что показатель этот ни с чем не сообразен – любой специалист объяснит, что процент ошибки даже в более формализованных системах, чем российское правосудие, – выше. Приговор Макарову – яркое свидетельство того, что выдаваемая обществом и государством

санкция на насилие в отношении тех или иных групп в ситуации, когда общество жаждет насилия, – неизбежно расширяется, захватывая не только виновных, но и вообще непричастных. Пора забыть – и надолго – слова «суд разбирается». Наша судебная система не занята производством правосудия. Впрочем, и карательной ее называть неправильно. Беда в том, что она по большей части – за вычетом дел, связанных с отъемом собственности или откровенно заказных политических, – не является ничем инструментом. Это такая сошедшая с ума опасная машина, которую отдельные люди научились использовать в своих целях, – но только до тех пор, пока они сами случайно не сунут руку куда не надо, – тогда их тоже затянет вовнутрь.

Ольга Серебряная
svobodanews.ru/content/article/24322738.html

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

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

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

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

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

Комментарии психиатра к официальным документам, а также:

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

ФЕНИКС
лечебно-реабилитационный научный центр

Возрождаем к новой жизни!

Медицинский центр «Феникс»

ЛРНЦ «Феникс» – это:

Медико-реабилитационная помощь при наркомании.

Медико-реабилитационная программа для одиноких и немощных.

Консультации по вопросам судебной психиатрии.

Защита прав пациентов освидетельствованных, дел о недобровольной госпитализации, пересмотре диагноза, снятии с психиатрического учета и др.

Защита и консультирование специалистов, осуществляющих психиатрическую и наркологическую помощь.

По экспертным оценкам, в России не менее 2,5 млн человек употребляют наркотики, причем 70% – молодежь в возрасте до 30 лет. В последние пять лет нижняя планка возраста, с которого наркотики начинают пробовать, опустилась до уровня 11–12 лет, это учащиеся 5–6 классов.

ПОДРОСТКОВАЯ НАРКОЛОГИЯ: РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ

Проведение тестирования – одна из эффективных профилактических мер. Во-первых, это позволит вывести наркоманию «из тени», получить информацию о реальной ситуации по употреблению молодежью наркотических средств. Во-вторых, – снизит количество лиц, вовлеченных в употребление наркотических веществ, особенно – несовершеннолетних, пробующих наркотики из любопытства. В-третьих, это создаст предпосылки в обществе для атмосферы нетерпимости по отношению к наркомании, повысит информированность населения о ее проблемах и последствиях.

Инициатива проведения тестирования в Ростовской области принадлежит лично Губернатору Василию Голубеву. В декабре прошлого года на заседании антинаркотической комиссии, Губернатор дал поручение о выделении из областного бюджета денежных средств для создания системы раннего выявления наркопотребления среди молодежи, отметив, что «важно видеть не только вершину айсберга, на и его подводную часть».

– Специфика наркомании состоит в латентности. Как правило, родители узнают о том, что их ребенок наркоман слишком поздно. Распространение, потребление наркотиков проходит скрыто, а последствия этого – губительны для общества, – пояснил заместитель Губернатора Вадим Артемов.

В октябре 2011 г. медицинское экспресс-тестирование началось на территории Ростовской области. Его пройдут более 30 тыс. учащихся государственных образовательных учреждений начального и среднего профессионального образования.

По сведениям областного наркологического диспансера наиболее вероятной группой риска по первым прогам приобщения к наркотикам являются обучающиеся учреждений начального и среднего профессионального образования. В связи с этим с октября 2011 г. тестирование на предмет употребления наркотических средств началось именно с этой категории лиц. Преимущество такого рода исследования состоит в том, что заболевание можно выявить на раннем этапе и своевременно начать проводить профилактическую работу с подростком и его семьей.

В 2012 г. тест на наркотики будет предложено пройти школьникам 10–11 классов и выборочно – студентам вузов. В 2013-м – учащимся 8–9 классов, воспитанникам детских домов, школ-интернатов, студентам вузов.

Вся процедура (в экспресс-тесте используются специальные полоски, смоченные слюной) будет проходить на добровольной основе, после письменного согласия молодых людей. С 15-летнего возраста ребенок может сам дать информированное согласие

Подростков тестируют на употребление наркотиков

Окончание.
Начало на стр. 1

Как показал мониторинг наркоситуации в образовательной среде, проведенный в 2010 г. министерством образования Ростовской области, 18% подростков хотя бы один раз употребляли наркотики, а доля учащихся, регулярно употребляющих наркотики, составляет 4%.

на проведение тестирования. За тех, кому еще не исполнилось 15, решение примут родители или их законные представители.

В донских учебных заведениях была организована работа по подготовке к проведению тестирования обучающихся на предмет употребления ими наркотиков. В большинстве учреждений уже прошли разъяснительные беседы среди учащихся. Проинформированы родители и педагоги.

Оценка уровня распространения наркомании будет проводиться только на основании статистических данных. Образовательным учреждениям будет известно лишь общее количество положительных тестов при абсолютном соблюдении врачебной тайны. Обучающимся, отказавшимся от прохождения тестирования на общих основаниях, будет предложено проведение добровольного анонимного обследования в наркологическом диспансере Ростовской области.

Предварительные опросы родителей показали рост их заинтересованности в том, чтобы в образовательных учреждениях не было обучающихся с наркозависимостью. 80% обучающихся выразили желание пройти тестирование, об этом сообщила министр общего и профессионального образования области Лариса Балина.

1 октября прошел заключительный этап телемарафона «Тестирование на наркотики: начни с себя!». Телемарафону предшествовали масштабные подготовительные мероприятия. Были оборудованы медкабинеты, сформированы списки, проведена разъяснительная работа с учащимися и родителями. Так, в первый день октября с инициативой поддержать решение учащихся выступили заместитель губернатора Игорь Гуськов, представители органов государственной власти, выдающиеся спортсмены, пред-

ставители духовенства и общественности.

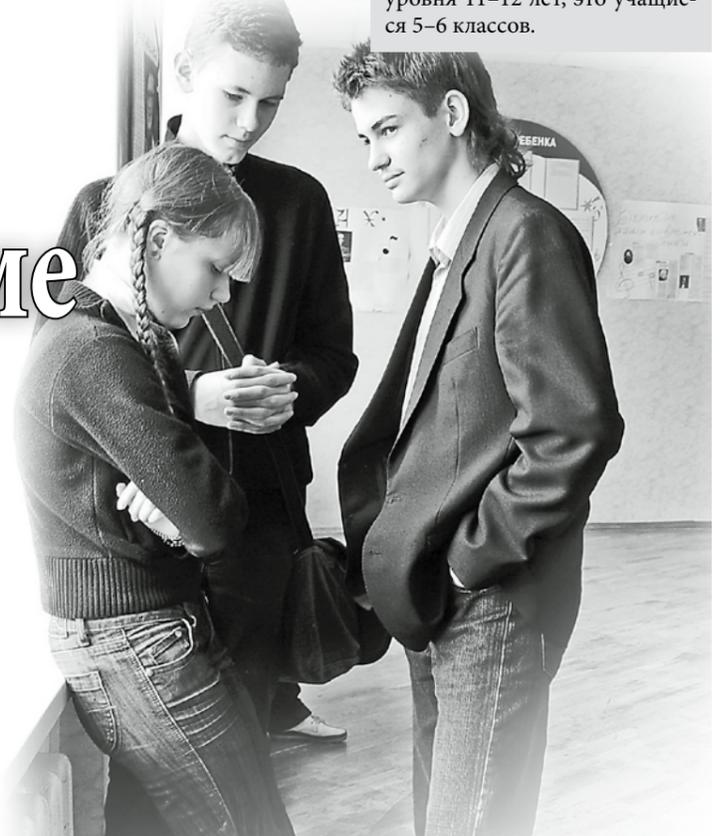
Вместе с тем, система раннего выявления наркомании – эффективное средство борьбы с этим злом в Ростовской области только складывается. В дальнейшем необходима большая работа по объединению реальных, конкретных действий органов власти, институтов гражданского общества, обычных граждан. Предотвратить распространение этого зла можно только «всем миром».

Основное ожидание от внедрения обязательного тестирования – выявление факта употребления подростком наркотиков. С помощью тестирования можно будет также получить информацию о реальной ситуации с употреблением наркотических веществ среди молодежи.

Тестирование будет проведено специалистами наркологических служб минздрава Ростовской области в два этапа. Первый (который начался в октябре текущего года) – диагностика обучающихся, подтвердивших желание пройти тестирование, которая проводится экспресс-методом диагностики слюны с использованием тест-полосок. Эти тесты, занимающие совсем немного времени, пройдут прямо в школах и вузах, в специально подготовленных кабинетах. Второй этап – дополнительные обследования обучающихся, у которых выявлена склонность к употреблению наркотических веществ, он включает организацию лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий. Проводится этот этап на базе наркологической службы.

– На лечение наркомании сегодня трагически огромные средства, – считает министр здравоохранения Ростовской области Татьяна Быковская. – Эффективность увеличится, если столько же будет направляться на профилактику. Если это произойдет, шанс

По данным ВЦИОМ, противники идеи введения тестирования школьников на наркотики ссылаются именно на то, что данная мера нарушает права человека (31%) и является малоэффективной (23%). 9% россиян полагают, что это может травмировать психику ребенка. По мнению 6% опрошенных, в школе число наркоманов не столь велико, чтобы проводить поголовное тестирование.



Как пояснила главный нарколог Ростовской области Елена Малышко, 10 лет назад регион был на пятом месте по числу состоящих на официальном учете людей. Сегодня, в российском рейтинге, регион находится на 25-м месте.

настроить ребенка на то, что он может быть свободен от наркотиков, возраст.

Из бюджета области на проведение тестирования выделено свыше 13,5 млн руб. На эти средства минздравом области приобретены расходные материалов (тест-полоски), разработаны информационные материалы для обучающихся, специалистов, родителей. Министерством внутренней и информационной политики области организована информационно-пропагандистская кампания в прессе и на телевидении.

Более половины средств выделенных бюджетом на организацию и проведение тестирования учащихся на предмет употребления наркотиков, потрачено на закупку двух мобильных лабораторий для областного наркодиспансера. Это позволит не только расширить охват участников тестирования диагностическими исследованиями, но и провести его в максимально деликатном режиме. Мобильные лаборатории позволят специалистам приезжать к учебным учреждениям, а не везти детей в стационар. После окончания тестирования лаборатории найдут свое применение в основной деятельности областной наркологической службы.

Стоит отметить, что министр здравоохранения Ростовской области Татьяна Быковская лично вычеркнула из списка мест, где будут проходить тесты, районные больницы.

– Нарколог будет беседовать с родителями индивидуально, – объясняет Т. Быковская. – Мы

ожидали большее количество отказов от прохождения теста. Но, как показывают предварительные данные, родители нас поняли правильно.

Как свидетельствуют социологи, больше всего сторонников идеи массового тестирования оказалось среди зрелого населения в возрасте от 35 до 59 лет. 87% опрошенных, у которых есть дети школьного возраста, также активно высказываются за тестирование учащихся на наркотики.

По мнению заместителя руководителя аппарата Государственного антинаркотического комитета – начальника управления по ЮФО генерал-лейтенанта полиции Вячеслава Овечкина, во всем мире метод экспресс-диагностики уже доказал свою эффективность.

– Распространение наркотической заразы в учебных заведениях является одним из основных путей вовлечения молодежи в ряды наркоманов. Во всех школах цивилизованного мира проводится такое тестирование, поэтому я думаю, что мы не будем отставать от тенденций современности. Основным моментом проведения тестирования по выявлению потребителей наркотиков является соблюдение прав молодежи. Тестирование проходит на конфиденциальной основе. Результаты тестирования являются врачебной тайной. Полной информацией о личности тестируемого и результатах его диагностики располагает только медработник образовательного учреждения, который доводит необходимые сведения до самого учащегося и его родителей, строго соблюдая конфиденциальность. Основной упор в работе наркологические службы делают на первичную профилактику, потому что 65–70% наркоманов и токсикоманов пробуют наркотики в подростковом возрасте до 18 лет.

ИЗВЕСТИЯ

РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ПСИХИАТРОВ

выпуск №6



ОФИЦИАЛЬНО

В 2013 г. должна состояться очередная Всероссийская Школа молодых ученых в области психического здоровья. Положительный опыт участия в работе Школы иностранных молодых специалистов будет использован и в дальнейшем. Насыщенная научная программа, с привлечением лекторов, ведущих специалистов, в том числе из-за рубежа, а также культурная программа являлись несомненным достоинством Школы.

Важно, что в течение ближайших двух лет планируется проведение региональных школ молодых психиатров с целью улучшения знаний молодых специалистов, в том числе и в Ростове-на-Дону.

По восстановленной с 2007 г. традиции суздальских школ, под эгидой Российского общества психиатров и Московского НИИ психиатрии Минздравсоцразвития с 28 сентября по 1 октября 2011 г. в этом красивейшем городе была проведена III Всероссийская школа молодых ученых в области психического здоровья.

Психиатрия XXI века: Традиции и инновации



Ростовскую область представляла делегация молодых психиатров: сотрудники лечебно-реабилитационного научного центра «Феникс» (А. В. Дьяченко, А. В. Цапкина, Д. А. Рубан, Г. Д. Мачавариани, А. В. Столбовская, Н. Г. Шамолдаева, О. Я. Симак, М. С. Склярва), а также студенты Ростовского государственного медицинского университета.

Особенностью этой Школы стало большое внимание к проблемам образования психиатров, перспективам его развития, сравнению имеющейся системы подготовки молодых специалистов в России с зарубежным опытом. Научная программа включала в себя широкий спектр проблем: от нейробиологических механизмов стресса и психических заболеваний до вопросов эпистемологии и методологии психиатрии, а также обсуждения МКБ-11.

Это мероприятие можно рассматривать не только в качестве места встречи близких по духу и профессии людей, площадки для

обмена опытом и знаниями, но и в качестве своеобразного мастер-класса, ведь несмотря на то, что возрастной ценз участников декларировался как 30–35 лет, в работе Школы приняли участие и маститые профессора, известные деятели отечественной психиатрической отрасли.

Хотя нынешняя Школа молодых ученых стала единственной за прошедшие четыре года, в кругах психиатрической общественности форум молодых психиатров уже приобрел статус традиции.

В кулуарах этого представительного собрания разгорались жаркие дискуссии по проблемам диагностики и лечения психиатрических недугов, представлялись различные взгляды на природу заболеваний. Так, «фениксовцы», во главе с Антоном Дьяченко, презентовали свой взгляд терапии различных форм зависимостей, что вызвало живой интерес со стороны коллег из других регионов страны. При этом оригинальность трактовки

этих типов психиатрических заболеваний уже сегодня позволяет говорить о сформировавшейся в Ростове-на-Дону научной школе исследования химических и нехимических зависимостей.

Отдельного внимания заслуживает культурная программа, организованная принимающей стороной. Ее яркость и неординарность наверняка сохранится в памяти гостей суздальской Школы молодых ученых на многие годы.

– Наверное, одним из самых важных результатов нашей работы в рамках Школы молодых ученых можно считать тот невероятный эмоциональный и энергетический заряд, который мы получили от осознания (и осязания) того, что мы, российские психиатры, все вместе – и авторитетная профессура, и те, кто делает только первые шаги в психиатрической практике, – занимаемся одним большим и важным делом, – говорит врач-психиатр ЛРНЦ «Феникс» А. В. Дьяченко. – Без этого коллектив-

ного стремления вперед, без совместного научного поиска, мне думается, невозможно эффективное развитие отечественной психиатрии в это динамичное время.

Всего за четыре дня в работе Школы приняло участие около 230 человек из России, Германии, Швеции, США, Латвии, Литвы, Белоруссии. Программа Школы состояла из лекций, семинаров и круглых столов. Кроме того, был проведен предшествующий открытию Школы симпозиум по фармакотерапии психических расстройств, поддержанный генеральным спонсором – фармкомпанией «Гедеон Рихтер». Председателями выступили С. Н. Мосолов, З. Ример (Венгрия). Доклады сделали З. Ример, В.Э. Медведев, а Э. Э. Цукарзи в форме лекции-викторины знакомил молодых ученых с возможностями использования широкого спектра лекарственных форм. Данный семинар был интересен и полезен всем участникам Школы. Вопросы фармакотерапии и

улучшения качества жизни пациентов являются неотъемлемыми составляющими программы обучения молодых специалистов.

ДЕНЬ ПЕРВЫЙ

28 сентября прошло открытие Всероссийской школы. С приветственными словами к участникам обратились профессор В. Н. Краснов, профессор П. В. Морозов, председатель совета молодых ученых Российского общества психиатров Я. А. Кочетков, председатель совета молодых ученых-психиатров Самарского государственного медицинского университета Д. А. Смирнова.

Лекционную часть открыл профессор П. В. Морозов с докладом «Quo Vadis? (Куда идешь?)», в котором обозначил основные вопросы, в том числе перспективы развития, стоящие перед мировой психиатрией.

В лекции профессора В. И. Крылова «Клиническая психопатология и доказательная медицина (к проблеме методологии диагноза)»



«Новая психиатрия»

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



были подробно изложены проблемы диагностики психических расстройств в аспекте современных требований к установлению диагноза. Профессор Н. Н. Петрова в своей лекции затронула проблемы образования в психиатрии, планы развития на будущее. В первый день работы Школы состоялся круглый стол «Проблемы психиатрического образования в Восточной и Западной Европе» с участием иностранных коллег. Профессор J. Hanson выступил с кратким докладом об образовательном процессе в Швеции. Молодые ученые из Швеции, Латвии, Литвы, Беларуси рассказали о постдипломном обучении у них на родине. Российские коллеги проявили повышенный интерес к данной проблеме и задавали множество вопросов. Параллельно с этим круглым столом проходил семинар компании МедАванте «Преимущества и ограничения применения метода психометрической оценки состояния пациентов в рамках психофармакологических исследований». В рамках Школы были затронуты и проблемы психотерапии. Так, Я. А. Кочетков провел обучающий семинар «Основы когнитивно-поведенческой терапии», в котором участвовало большое количество молодых ученых. В сателлитном симпозиуме «Переносимость препаратов» профессор А. С. Аведисова и профессор В. Лернер (Израиль) затронули важные проблемы психиатрии, касающиеся фармакотерапии, и, таким образом, продолжили линию обучающих семинаров по данной теме.

ДЕНЬ ВТОРОЙ

Второй день работы школы открыла лекция профессора D. Hellhammer (Германия), который изложил теорию развития заболеваний и поделился практическим опытом диагностики с учетом лабораторных исследований. Профессор В. Н. Краснов в лекции «Развитие классификации психических расстройств: от МКБ-10 к МКБ-11» рассказал о недостатках и достоинствах современной классификации психиче-

ских расстройств, об особенностях диагностики в российской психиатрии. Особый интерес вызвала лекция J. Williams (США), в которой были затронуты проблемы многоосевой диагностики психических расстройств в DSM-IV, важность дизайна клинических исследований. Как и в прежние годы, в рамках образовательной программы Школы, был проведен разбор сложного и вызвавшего оживленные дискуссии клинического случая, подготовленного коллегами из Владимирской областной психиатрической больницы. Ведущим выступил профессор В. И. Крылов. В обсуждении принимали участие профессор П. В. Морозов, профессор С. Н. Моисов, профессор В. Лернер (Израиль). Участникам Школы особенно запомнился круглый стол, посвященный диагностике и терапии пограничного расстройства личности. Ведущими выступили профессор А. Ш. Тхостов и профессор А. Е. Бобров. Данный круглый стол был проведен в форме активной беседы со слушателями о предмете психологии и психиатрии, о том, что собственно, есть личность, ее норма и патология. После обсуждения этих вопросов были рассмотрены критерии DSM-V «пограничной» личности, а также возможности помощи пациентам данной диагностической категории. Участники Школы, в том числе психологи, делились своими наблюдениями по представленной проблеме, в частности, опытом когнитивно-поведенческой психотерапии. Большой интерес у участников Школы вызвала лекция профессора И. Л. Дворецкого «Медицина, психиатрия и искусство», проходившая в форме беседы.

ДЕНЬ ТРЕТИЙ

В третий день школы с лекцией «Биопсихосоциальный подход в диагностике и лечении психических расстройств в детской психиатрии» выступил профессор P. A. Rydelius (Швеция). Повышенный интерес участников вызвала лекция профессора В. В. Калинина «Нейропсихиатрический и эволюционный аспект коморбидности аффективных и тревожных расстройств». Профессор П. В. Морозов в увлекательной форме изложил историю вопроса формирования понятия «синдром Кандинского-Клерамбо».

В лекции профессора А. Б. Шмуклера «Структурно-функциональная рассогласованность различных отделов головного мозга при шизофрении» была рассмотрена роль различных факторов в развитии шизофрении, показаны структурно-функциональные изменения, особенности нейрокогнитивного дефицита, влияние терапии на когнитивные функции. Во второй половине дня состоялся симпозиум «Современные проблемы психофармакотерапии» (председатели – профессор С. Н. Моисов, профессор Л. Н. Горобец), а также семинар «Расстройства привязанности в детском возрасте», который проводил профессор G. Nagreg (США).

В рамках Школы, преимущественно в третий день, проводились практические секции для молодых ученых, где они получили возможность не только представить собственный научный проект перед ведущими специалистами, но получить ценные замечания старших коллег. В частности, для победителей проводился конкурс постерных докладов, а лучшие из научных работ были представлены авторами в рамках сессии молодых ученых с устными сообщениями. Кроме того, был проведен конкурс научных проектов. К участию в нем допускались все желающие молодые специалисты, представители разных городов и стран, которые разделялись на равные по количеству команды. По заданию организаторов, проекты готовились в течение всей Школы несколькими командами в свободное от основной программы время. Проекты презентовались в предпоследний день Школы представителями каждой из команд на английском языке перед международной комиссией. Данный вид работы является нововведением Всероссийской школы, он получил высокую оценку как среди молодых специалистов, так и среди профессорско-преподавательского состава за формирование мотивации у молодых ученых к совершенствованию профессиональных навыков, поддержанию интереса к участию в научных исследованиях и умения сделать доклад на иностранном языке, соответствующий общепринятым в мировой практике требованиям.

КУЛЬТУРНАЯ ПРОГРАММА

В рамках культурной программы Школы было проведено торжественное заседание клуба «Веселых и находчивых», посвященное

психиатрии будущего и психиатрическим классификациям. В данном мероприятии участвовали команды из Москвы, Самары, Томска, Ростова-на-Дону, а также два иностранных русскоговорящих участника, которые вошли в сборную команду Московского НИИ психиатрии. При выборе победителя жюри оказалось в непростой ситуации, так как каждое из выступлений было ярким, запоминающимся и по-настоящему самобытным. Была и сатира, и юмор в выступлениях от команд из Самары, сборной Ростова-на-Дону и Томска, и всем запомнившаяся презентация мультфильма команды НЦПЗ РАМН, и даже небольшая постановка старой доброй сказки, пересказанной сборной командой Московского НИИ пси-

хиатрии. По отзывам участников, проведенное мероприятие имело большую воспитательную ценность в связи с задачами формирования профессиональной идентичности у молодых специалистов, а также неформальному общению между участниками Всероссийской школы.

В заключительный, четвертый, день работы Школы, состоялась лекция профессора З. И. Кекелидзе «Комплексная психиатрическая помощь после чрезвычайных ситуаций». Завершающим мероприятием Школы молодых ученых в области психического здоровья стало заседание Совета молодых ученых Российского общества психиатров (СМУ РОП). Председателями выступили профессор П. В. Морозов и Я. А. Кочетков. Были подведены итоги работы Школы в Суздале, обсуждались оргвопросы, проблемы взаимодействия молодых психиатров друг с другом, необходимость международного сотрудничества.

М. А. Боброва, И. Л. Медведев,
Л. Лазарева, Д. В. Нефедов

СПИСОК ПОБЕДИТЕЛЕЙ

1. Бардюркина В.А. Механизмы психологической защиты и копинг-поведение у больных дистимией, ГУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1».
2. Биличенко А.С. Исследование количественных параметров ээг у детей и подростков с расстройствами аутистического спектра, НОЦ «Нейробиологической диагностики психических заболеваний детей и подростков».
3. Бородкина Л.В. Специфика восприятия ситуаций межличностного взаимодействия при депрессивных расстройствах, Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования.
4. Булатова М.В., Кузьмин Д.Ю. Клинико-психопатологические характеристики органического расстройства личности у подростков, ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Москва.
5. Вторая Т.В., Антохин Е.Ю. Особенности перфекционизма и социальной поддержки у больных шизофренией с первым психотическим эпизодом, ГУЗ «Архангельской областной психоневрологической больницы», ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия последипломного образования».
6. Втюрина М.В. Анализ суицидальных попыток путем самоотравления на примере токсикологического центра г.Новгорода с 2008 по 2010 г., кафедра психиатрии и медицинской психологии ГОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, г. Нижний Новгород, Российская Федерация.
7. Гантман М.В., Кунижева С.С. Депрессии у пожилых лиц, ухаживающих за пациентами с болезнью Альцгеймера, Научный центр психического здоровья РАМН, Москва.
8. Жданок Д.Н. Использование теста Роршаха для моделирования ситуации когнитивной неопределенности у пациентов с шизофренией, Новосибирский Государственный Медицинский Университет Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии.
9. Карпова Д. А. Психосемантический анализ восприятия образа женщины у лиц, совершивших агрессивные сексуальные преступления, ФГУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского Минздравсоцразвития», г. Москва.
10. Корнихина С. В. Першина Н. П. Реабилитационная помощь пациентам, страдающим алкогольной зависимостью в условиях наркологического стационара, ОГУЗ «Тамбовская психиатрическая больница», г. Тамбов.
11. Кузнецов И.В. Взаимосвязь когнитивных стилей с содержанием бредовых образований, ФГУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского», г. Москва.
12. Максимова П.А. Умеренные когнитивные расстройства как фактор прогноза психического состояния после каротидной эндартерэктомии, ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ, г. Самара.
13. Марачев М.П. Атипичная депрессия при биполярном и монополярном аффективном расстройстве, ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» Минздравсоцразвития России, Москва.
14. Мезенцева О.Е. Клинико-психологические аспекты доманифестных состояний у больных первым приступом юношеского эндогенного приступообразного психоза, Научный центр психического здоровья РАМН.
15. Павличенко А.В. Классификация психических расстройств в общесоматическом стационаре, кафедра психиатрии и медицинской психологии Российского государственного медицинского университета, Москва.
16. Петрачкова И.Р. Предварительные данные о выявлении депрессивных расстройств и суицидальных тенденций у пациентов первичной медицинской сети, Сибирский госмедицинский университет, Томск.
17. Плотникова Н.С. Психические расстройства в дооперационном и раннем послеоперационном периодах у пациентов общирюргического отделения, ГОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Тюмень.
18. Полозова Т.М. Терапевтические мишени ривастигмина при умеренных когнитивных расстройствах у пациентов с сахарным диабетом типа 2, ГУЗ «Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер», Воронеж.
19. Пронина М.В., Кропотов Ю.Д., Поляков Ю.И., Пономарев В.А. Особенности независимых компонентов когнитивных вызванных потенциалов больных шизофренией, Учреждение Российской академии наук Институт мозга человека им. Н.П. Бехтерева РАН, Санкт-Петербург.
20. Простаков А.И. Однообразие в состояниях патологического горя: вопросы распространенности, типологии и динамики, Новосибирск.
21. Ремизова Е.А. Анализ личностных характеристик и качества жизни пациентов с сахарным диабетом 1 типа, ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».
22. Румянчева Е.Е., Лебедева И.С., Зверева Н.В., Семенова Н.А., Каледа В.Г., Бархатова А.Н., Ахадов Т.А. Некоторые особенности модели психического (theory of mind) у больных юношеского возраста с расстройствами круга шизофрении, 1 Учреждение Российской академии медицинских наук Научный Центр психического здоровья РАМН, Москва, Россия, 2 НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, Москва.
23. Русаковская О.А. Специфика исследования при комплексной психолого-психиатрической экспертизе в спорах о воспитании, ФГУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского» Минздравсоцразвития России, Москва.
24. Самылкин Д.В. Особенности тормозных процессов, связанных с фильтрацией сенсорной информации, у больных шизофренией, ФГУ «ГНЦ ССП им.В.П.Сербского Минздравсоцразвития России», Москва.
25. Ситчихин П.В. Клинико-эпидемиологические особенности динамики контингента недееспособных лиц в г. Краснодаре за период 2000-2010 гг., Государственное учреждение здравоохранения «Специализированная психиатрическая больница №7» департамента здравоохранения Краснодарского края.
26. Степанчук Ю.Б. Эффективность вальдоксана в терапии умеренных и тяжелых депрессивных расстройств непсихотического уровня, Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева.
27. Усова А.А. Клинико-социальные факторы, ассоциированные с опасностью больных шизофренией, Омская государственная медицинская академия, Омск.
28. Хромов А.И., Зверева Н.В. Динамика когнитивного развития у детей и подростков при эндогенной психической патологии: роль возраста и давности заболевания, Научный центр психического здоровья РАМН, Москва.
29. Четверикова С.Н., Ландышев М.А., Федотов И.А., Шизофреноподобный синдром при болезни Дарье, Рязанская областная клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Баженова.
30. Шаповалов Д.Л. Использование краткой шкалы оценки психического статуса и монреальной когнитивной шкалы для оценки выраженности нейрокогнитивного дефицита у амбулаторных пациентов с параноидной шизофренией, ГУЗ «Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер», Воронеж.
31. Шмигель М.В., Левчук Л.А., Лебедева Е.В., Симуткин Г.Г., Иванова С.А. Изучение связи полиморфного локуса гена мозгового нейротрофического фактора (bdnf) с депрессивными расстройствами, Учреждение РАН «Научно-исследовательский институт психического здоровья сибирского отделения РАМН, Томск.



Дорогие лекарства и недорогие аналоги

Тема дженериков – более дешевых аналогов эффективных и дорогих лекарств – весьма остра России. Все понимают, что в цену оригинального лекарственного средства (ЛС) заложено многое: поиск и синтез основной молекулы, расходы на доклинические лабораторные исследования и клинические испытания, затраты на продвижение ЛС на рынке и, конечно, стоимость производства (которое должно соответствовать критериям GMP, GMP, GCP) готового препарата.

В случае дженериков затраты идут лишь на производство, которое (кстати) не всегда соответствует GMP. Необходимо также выполнить сравнение биоэквивалентности и/или клинической эффективности по сравнению с оригинальным препаратом. Такие дженерики, между прочим, стоят не дешево. Например, дженерики Эгис, ГедонРихтер, и ряда других фармкомпаний проходят клинические испытания и им вполне можно доверять. Так, эгисовский *Кетилепт* ничем не уступает *Сероквелю*.

Большинство же отечественных и индийских производителей занимаются лишь фасовкой таблеток или штамповкой их из китайских субстанций, поэтому логично возникают сомнения в их качестве, поскольку даже наличие мельчайших примесей способно влиять на фармакокинетические параметры лекарства.

Цена на оригинальные препараты со временем и появлением все новых дженериков снижается. Если сравнить, к примеру, цены пфайзеровского *Золофта*, эгисовский *Стимулотона* и верофармовского *Торина*, то очевидно, что качественный дженерик не дешевле оригинала, правда российские дженерики не сильно отстают от импортных.

Выбор терапии должен осуществляться, исходя из критерия «эффективность – стоимость – переносимость», так как иногда доступных дженериков на рынке нет, а пациенту лечение оригинальными ЛС не по карману. В этих случаях возможна замена прописанного лекарства на аналог со сходным механизмом действия: например, *Цитралекса* (*Эсциталопрам*) на недорогой *Циталопрам*, у которого много дженериков. Или *Инвечи* – *Палиперидона* (метаболит рисперидона) на дженерик *Рисперидон*. В то же время у *Рисполепта*, по мнению многих врачей, весьма неудачный дженерик – *Сперидан*. Ситуацию может изменить модернизация здравоохранения России. Что ж подождем...

«Новая психиатрия»

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



ФЕНИКС
лечебно-реабилитационный
научный центр

РАЗГОВОР ПО ДУШАМ

Почему общество не доверяет психиатрам?

Почему люди не испытывают доверия к государственным психиатрическим клиникам, однако при этом стремятся попасть на лечение в столичную или зарубежную клинику?

К ПСИХИАТРУ

Причин обратиться к врачу несколько. Перечислим их:

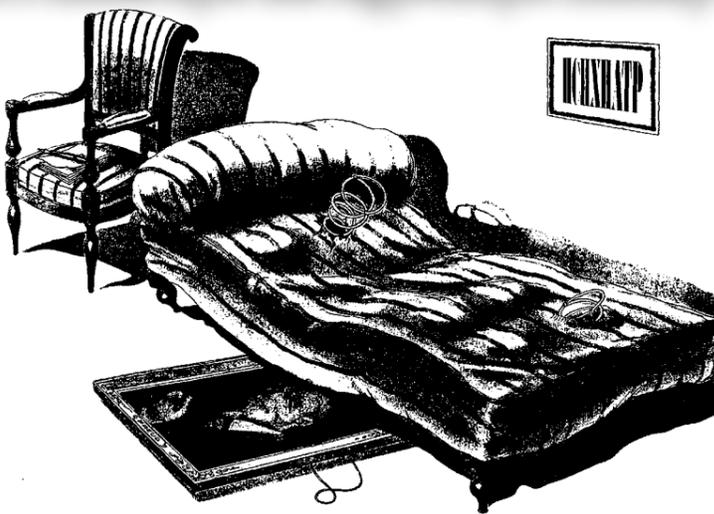
1. В обществе бытует бытовательское отношение к психиатрам: если человек идет к психиатру, значит он «псих», в то же время никто себя «психом» считать не хочет.
2. У многих присутствует страх того, что он «сходит» или уже «сошел с ума», и врач-психиатр, по их мнению, этот факт подтвердит.
3. Люди опасаются, что статус психиатрического больного повлияет на их социальное положение или отношение окружающих к ним самим.

4. Сложившееся общественное мнение о системе психиатрической помощи в России и странах СНГ весьма тенденциозно и стереотипизировано.

5. Люди опасаются потерять дееспособность.

Что касается того, почему пациентам легче ехать за тридевять земель, чем обратиться к местному частному психиатру, то здесь срабатывает традиционное недоверие к «провинциальным» специалистам, основанное на скудном личном опыте, домыслах и мнениях окружающих. Кроме того, столичные доктора, по мнению потенциального пациента, не смогут испортить репутацию жителю другого региона. На самом деле отличные специалисты работают как в государственных учреждениях, так и в частных клиниках (причем первых значительно больше, как в государственных, так и в коммерческих клиниках). Иной раз частнику платят больше за то, что он якобы больше знает, что он проходил «коучинг», «тренинги» и «сертифицированные курсы», – но все это вещи специфические, и часто негативно влияют на самого специалиста. На текущий момент, к примеру, модный НЛП и «расстановки по Хелленгеру» к терапии и лечению психических заболеваний не имеют никакого отношения. Выбирая врача, имейте прежде всего холодный рассудок, выясните его квалификацию:

- выясните, в каком вузе он учился, сторонником какого научного направления является;
- как он видит вашу проблему и пути ее решения;
- перед началом терапии поинтересуйтесь научными данными в пользу выбранного подхода, так как немало научных направлений не имеют под собой науч-



ной и исследовательской базы, а строятся лишь на догадках о сущности человеческой психики. Если терапия после 7–10 сессий не дает положительного результата, и при этом вам не понятен сам ход терапии, а также то, как все это может помочь улучшить ваше состояние, то лучше обратитесь к другому специалисту.

Еще один весьма важный вопрос: почему, когда речь заходит о каком-то косметическом дефекте, мы тотчас бежим к косметологу или пластическому хирургу, а если «на душе кошки скребут», мы, напротив, ничего не делаем и ждем, когда «все само пройдет»? Часто россияне вместо психолога и психиатра выбирают бутылку и закадычного друга/подругу или же священника. Знаменитое «поплакаться другу в жилетку» часто является определяющей «стратегией обывательской психотерапии». А вот в США, наоборот, люди сразу обращаются за помощью к специалисту-медику. Получается, что отношение к психиатрической помощи – это, скорее, вопрос общественного убеждения, мировоззрения, чем что-либо иное.

Вы можете спросить, но разве плохо поплакаться в жилетку? Отнюдь. Это здорово, когда есть такая возможность, когда вообще есть друзья. Но почему к другу надо идти с бедой? Почему бы не пойти к нему с радостью, со счастьем, а проблему отдать на откуп специалистам.

К ПСИХОЛОГУ

В чем разница между «советами» друга или родственника и профессиональной помощью психолога/психотерапевта? Наши друзья *предвзяты по отношению к нам* в самом прямом смысле

этого слова. Они любят нас, они имеют о нас определенное, *свое* представление, они *субъективны* по отношению к нам. А субъективность часто мешает взглянуть на проблему отстраненно, «незамыленным» глазом. Наши друзья и родные – все они уже «давно и с головой в ситуации». Они переживают, стремятся помочь и защитить во что бы то ни стало.

А что делает психолог? По сравнению с нашими близкими, конечно, он выглядит неким до-

статочно отстраненным и прохладным третейским судьей. Но в этом-то и кроется его сила. Психолог может хотя бы постараться быть объективным просто в силу того, что между ним и клиентом нет тесных эмоциональных связей, привязанности, личных отношений, сформированного годами знакомства мнения и т.д. и т.п.

Важным моментом является то, что от друзей мы часто ожидаем *советов*. Порой именно за советами мы к ним и приходим. Психолог, если он профессионал, советов не дает! Это очень важно! И не потому, что ему «жалко», а потому что любой прямой совет будет являться навязыванием своего мнения, своего взгляда на жизнь, в то время как пациент должен сделать свой выбор и принять собственное решение.

По большому счету, психолог, это человек, который обучает профилактике душевной психогигиены. Пока человек жив, у него происходят какие-то события. События порождают определенные переживания, чувства. Чувства приводят нас к тем или иным выводам, поведенческим проявлениям. Более того, замечено, что качество жизни во многом зависит именно от того, что мы думаем про нашу жизнь.

Обращайтесь к психологам и психиатрам! Не бойтесь поведать тайны своей души постороннему человеку, если он профессионал. К друзьям же идите с радостью, разделяйте с ними яркие и счастливые моменты жизни, наслаждайтесь совместным общением.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

ЭСТ – безопасно и эффективно

Долгое время суть некоторых методов лечения психиатрических заболеваний не было принято широко обсуждать в прессе. В результате в обществе сформировалось мнение о «закрытости» психиатрической отрасли здравоохранения. Считаем, что пришло время ввести заинтересованную общественность в курс дела, хотя бы в первом приближении.

К сожалению, среди пациентов психиатрического профиля и их родственников совершенно отсутствует понимание механизма **электроудорожной терапии (ЭСТ)**.

В настоящее время ЭСТ является «методикой выбора» при депрессиях (в основном тяжелых, эндогенных) и кататонических состояниях при шизофрении. Помимо этого, ЭСТ дает очень хороший результат при абстинентных состояниях (включая опиоидные наркомании).

В настоящее время эта терапия применяется в массовом порядке, процент осложнений – минимален! Согласие на ЭСТ дается лично пациентом (за исключением очень тяжелых состояний – тогда вопрос о проведении ЭСТ решается консилиумом врачей-психиатров).

Следует раз и навсегда уяснить: ранее известная ЭСТ весьма и весьма отличается от ее новой ипостаси?

Так, в настоящее время, перед сеансом прибегают к масочному наркозу. Кроме того, при этом вводится миорелаксант. Пациент ничего не чувствует. А контроль припадка при этом осуществляется по «контрольной» руке, перетянутой жгутом. Процедура абсолютно безболезненна, а все манипуляции производятся в специальном реанимационном зале.



СЕМЕЙНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Идеальных детей не бывает! И не должно быть!



А. КОНОВАЛОВА

Вместе с рождением нового человека, на свет появляется мечта его родителей о том, каким идеальным их чадо станет в будущем. Но идеального на свете не бывает. Лариса Гейденрих, педагог-психолог Областного центра психолого-педагогической реабилитации и коррекции, помогла нам разобраться в нюансах воспитательного процесса.

Многие люди, считают, что в наши дни вырастить идеального ребенка невозможно, так ли это?

– Идеальных или близких к идеалу детей не бывает, это совершенно неправильное психологическое понятие. Дети соответствуют образу жизни и уровню развития того общества, в рамках которого они растут. Конечно, современная детвора отличается от сверстников 1990-х и 2000-х, но если мы будем сравнивать их по какому-то одному параметру, то мы можем увидеть как деградацию, так и значительный прогресс. Скажем, современные дети мало читают, тем не менее, их сверстники эпохи СССР не умели так же хорошо пользоваться электронной техникой. Поэтому наши дети все же прогрессируют, а не деградируют. Просто условия сейчас иные.

– Существует множество факторов, которые влияют на формирование ребенка. Какой из них важнейший, на Ваш взгляд?

– Один из факторов – личностные особенности ребенка (физиологические и психологические). Важный момент – семья и то, что происходит в ней: взаимоотношения между родственниками, отношение к ребенку, воспитанность и образованность родителей. Не менее важный фактор – социальный, а именно: ближайшее окружение ребенка

(детский сад, школа) и обстановка вокруг в более широком смысле – город, регион, в котором ребенок проживает. Все это влияет на формирование личности человека. Социальные сети, средства массовой информации также играют немаловажную роль, круг общения постоянно расширяется. Раньше дружили с теми, кто живет по соседству, или с одноклассниками. Сейчас, благодаря Интернету, дети могут общаться друг с другом, находясь в разных полушариях. И эти виртуальные приятели тоже могут выступать в качестве важного фактора развития ребенка. Поэтому выделять единственный и важнейший фактор все же нельзя. В какой-то момент времени один из этих факторов может влиять на личность ребенка в большей или меньшей степени.

– Маяковский в известном стихотворении на конкретных примерах разобрал вопрос о том, что такое хорошо и что такое плохо, с точки зрения маленького человека. А как бы Вы ответили на этот вопрос?

– В определенном возрасте большое влияние на ребенка оказывают родители. И дело даже не в том, что они говорят, а то, как они ведут себя. Если родители говорят ребенку о том, что гневаться нехорошо, а сами периодически скандалят, то воспитательный эффект от их слов будет незначителен. Правила должны быть одинаковыми для всех. Иначе малыш может сделать неправильный вывод: «мне нельзя злиться, потому что я маленький». Важно не только говорить ребенку, как себя правильно вести, но и помогать ему справиться с трудными ситуациями, контролировать и правильно выражать свои чувства.

– Давайте представим себе такую ситуацию – родители воспитывали ребенка, но получили в результате «не то, что хотели». Возможно ли «перевоспитать» человека?

– К сожалению, существуют особенности характера, которые откорректировать практически невозможно и с которыми придется считаться всю оставшуюся жизнь. Важно, чтобы родители понимали это, и не пытались «сломать» ребенка. Часто, вместе с рождением ребенка, у родителей рождается мечта, о том, каким он должен быть. Но ребенок – не копия родителей (хотя так хочется, чтобы ваш ребенок реализовал то, что не смогли воплотить в жизнь вы сами). Дети живут в другое время, и, соответственно, у них есть свои собственные задачи и цели. Не стоит забывать, что в течение подросткового периода влияние родителей постепенно снижается и если родители вовремя не обратят внимание на проблемы во взаимоотношениях с подростком, не попробуют изменить свое отношение к нему, то проблем станет больше.

– В каком возрасте изменить человека уже нельзя?

– Здесь дело, скорее, не в возрасте, а в желании изменений. Люди по-разному могут совершенствоваться: используя психологическую помощь, читая специ-

альную литературу или посещая какие-то семинары. Нужно, чтобы человек сам этого захотел.

Как правило, с 14 лет, получив паспорт, ребенок может сам обратиться за психологической помощью. Это происходит редко. Причем обращаются обычно не за тем, чтобы изменить себя, а чтобы решить какие-то проблемы. В студенческий период люди уже больше задумываются о самосовершенствовании и «изменении себя». И даже в зрелом возрасте,

если есть желание, человек может измениться.

– Можете дать несколько советов, как воспитать пусть не идеального ребенка, но человека с правильно выстроенной системой ценностей?

– Ничего нового не скажу. В первую очередь нужно любить ребенка, но не баловать. Сегодня дети страдают не от недостатка любви, а от переизбытка материальной стороны жизни. Внимание заменяется подачками, всевозможными благами. Также не стоит предъявлять к ребенку завышенные требования и ожидания. Поощрение инициативы и личных желаний тоже важный аспект. И родители, конечно, не должны стремиться быть идеальными. Хорошие родители – это те, которые понимают ребенка, создают ему необходимые условия для жизни, участвуют в решении его проблем, не мешая ему при этом взрослеть и учиться самому преодолевать сложности, становиться самостоятельным, независимым.

ЛРНЦ «ФЕНИКС» ОБЪЯВЛЯЕТ О НАЧАЛЕ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

по оказанию помощи людям,
попавшим в зависимость от компьютера



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

Основные критерии патологической зависимости от компьютерных игр:

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



Насилие (в широком смысле этого понятия), к сожалению, в настоящее время нарастает, как на уровне государства, так и на уровне индивидуального поведения (причем это общемировая тенденция), вызванная социально-экономической ситуацией, резким падением уровня общественных нравов, общественной дисциплины и рядом других факторов. В результате все более глубокого проникновения насилия в жизнь семьи разрушается нравственность, теряется связь поколений, лучшие традиции семейного воспитания, растет детская безнадзорность и беспризорность, формируется уверенность в безнаказанности насильственных действий.

Решение проблемы насилия в семье и обществе напрямую зависит от степени осознания обществом глубины этой проблемы, ее последствий, выражающихся прежде всего в эскалации насилия, что подтверждает известный тезис – *насилие порождает насилие*. Поэтому постановка вопроса об искоренении насилия в семье, формирование теоретической базы, достоверной статистики, анализ причин применения насилия, степени распространенности, видов насилия – первый шаг в борьбе с этим злом.

По вине взрослых часто дети оказываются в зонах стихийных и природных катастроф, военных действий, становятся жертвами физического, сексуального, эмоционального насилия. По данным ООН, от произвола родителей ежегодно страдает около 2 млн детей в возрасте до 14 лет. Каждый десятый из них погибает, а 2000 кончают жизнь самоубийством!

Ранее многие виды насилия в быту были узаконены, так как мужчина как глава семьи обладал широкими властными полномочиями по отношению к другим членам семьи. Объектом серьезного научного изучения жестокое обращение с детьми в современном мире стало после того, как американский врач С. Кемп и его коллеги в 1962 г., обнаружив случаи насилия над детьми, описали «синдром избиваемого ребенка».

ПЕЧАЛЬНАЯ СТАТИСТИКА

В настоящее время достоверная статистика отсутствует и в ежегодные государственные доклады «О положении детей в Российской Федерации» сведения о детях, переживших насилие в семье, не включаются. Однако в каждой четвертой российской семье имеют место факты насилия.

Насилие над детьми и подростками, как правило, происходит в следующих группах семей: алкоголики и наркоманы; малообеспеченные семьи; семьи, в которых один из родителей или оба безработные. Этим родителям не хватает педагогических знаний, поэтому сегодня необходимо активно заниматься педагогическим просвещением населения.

Потенциальными жертвами жестокого обращения в семье являются нежеланные, беззачетные, с хроническими заболеваниями дети. Чаще всего жертвами физического насилия со стороны родителей становятся дети в возрасте от 12 до 17 лет.



АКТУАЛЬНО



НАСИЛИЕ и дети современной России

М. КАЛИНКИНА

Проблема насилия и жестокого обращения с детьми в истории общественной мысли, особенно в XXI веке, занимает особое место: две мировые войны, многочисленные этнические и социальные конфликты, терроризм, массовая культура – все это способствовало легитимации и культуре насилия в общественном сознании.

Ситуация ухудшается с возрастом детей, достигая пика в отношении 15–17-летних. В то же время, случаи плохого ухода и пренебрежение со стороны родителей, напротив, чаще фиксируются в младшей возрастной группе (23% случаев касались детей в возрасте до двух лет). Дети виновными признают обоих родителей (94,2% всех случаев), однако в целом насильственные методы воспитания чаще допускают женщины (60,8%), а не мужчины (39,2%). Родные матери виновны в 66% случаев физического насилия и в 75% фактов плохого ухода и пренебрежения детьми, родные отцы – в 45 и 41% соответственно. Семейное воспитание и уход за ребенком – в большей степени материнская, а не отцовская сфера.

Отвечая на вопрос «За что бьют детей в знакомых вам семьях?», респонденты назвали следующие причины:

- за провинности – 26%;
- срывая раздражение – 29%;
- когда в доме беда – 20%;
- когда не могут справиться с ними другим способом – 19%;

- потому что их не любят – 5%;
- это делают психически неуравновешенные – 14%;
- это делается в состоянии алкогольного опьянения – 29%.

ПРИРОДА И СУЩНОСТЬ НАСИЛИЯ

Существует два подхода, объясняющие причины насилия и жестокости в семье: *социальный и психологический*.

Социальный подход рассматривает жестокость в семье как принятую социокультурную обусловленность решения конфликта путем насилия в социальной группе. Причинами здесь выступают стереотипы семейных отношений, воспитание с детства, низкое социальное и материальное положение в семье, постоянные ссоры и проблемы, которые приводят к стрессам, а те – к жестокому обращению со своими домочадцами.

Психологический подход объясняется наличием психических заболеваний у членов семьи, характером поведения ребенка или родителей, отрицательного

личного опыта родителей, пережитым ими в детстве, а также употреблением алкоголя и наркотиков.

Необходимо отметить, что насилие в семье, – это и психологическое давление, унижение, изоляция, экономическая зависимость. Оно может иметь различные формы – от эмоционального и морального шантажа до применения физической силы.

Физическое насилие выражается в форме ударов по лицу, тряски, толчков, затрепывания, пинков, заключения в запертом помещении, избиваний ремнем, веревками, причинения увечий различными предметами.

Сексуальное насилие над детьми американские исследователи определяют как любой сексуальный опыт между ребенком до 16 лет (по отдельным источникам – до 18 лет) и человеком, который старше его, по крайней мере, на 5 лет. Данный вид насилия характеризуется «вовлечением зависимых, психически и физиологически незрелых детей и подростков в сексуальные действия, нарушающие общественные табу семейных ролей, которые они еще не могут полностью понять, и на которые не в состоянии дать осмысленного согласия». Подобные действия могут сопровождаться физическим насилием, а могут осуществляться и без применения силы, с согласия ребенка.

НАША СПРАВКА

По словам сотрудников немецкого общества «Женщины для женщин» (*Verein Frauen für Frauen*) в рамках программы «Против насилия над женщинами», а также службы интеграционной помощи и психолого-социальной консультации для русскоязычных женщин «почти 60% обращений в службу связаны с домашним насилием. Из всех зарегистрированных в полиции случаев рукоприкладства в семье 24% приходилось на русскоязычные дебоши. То есть после коренных немцев и турок (26%) мы, к сожалению, занимаем третье место. Кроме того, из 54 систематически избиваемых своими мужьями русскоязычных женщин, которые обратились за помощью, 29 были замужем за коренными немцами. В некоторых случаях доходило даже до госпитализации пострадавших!»

Поэтому термины «сексуальное злоупотребление» и «сексуальное насилие» должны использоваться в таких ситуациях как равнозначные. Преступлением является не только само действие, но и демонстрация растлевающих материалов и т.д.

«Новая психиатрия»

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

Сексуальные связи между близкими, кровными родственниками (*инцест* – кровосмешение и *эбьюз* – использование ребенка в качестве сексуального объекта отцом или матерью) квалифицируются как самые тяжелые формы сексуального насилия, являясь не только преступлениями, но и свидетельствами серьезных и необратимых нарушений в функционировании семьи.

НАСИЛИЕ И СЕМЬЯ

Английский исследователь П. Дэйл полагает, что в основе любой формы семейного насилия, в том числе, сексуального, лежит насилие **эмоциональное** (*депривация, отвержение*), которое он называет «особенно коварным», «причиняющим значительный ущерб развитию личности». Однако российский психолог Е. Т. Соколова считает, что эмоциональное или психологическое насилие над ребенком в семье создает ситуацию, «непригодную для жизни ребенка». Такие феномены, как неадекватные родительские установки, желание «переломить», «усовершенствовать» ребенка, эмоционального депривация и симбиоз, психологическое манипулирование, унижения и угрозы, заставляют его жертвовать своими насущными потребностями, чувствами, мировоззрением в угоду ожиданиям, страхам или воспитательным принципам родителей. Если же ситуация давления становится хронической, и ребенок терпит такие формы насилия, как эбьюз, инцест, избиения, то формируется особая личностная структура, характеризующаяся диффузной самоидентичностью, полизависимым когнитивным стилем, привязанностью самооценок к оценкам других людей; приостанавливается психическое развитие.

Безусловно, не каждый человек в состоянии трезво оценить ситуацию и планомерно идти к намеченной цели. Возникающее состояние кажущейся бесперспективности, беспомощность и отсутствие самостоятельного решения собственных проблем, частая смена настроений, обиды, провоцирование конфликтов с детьми и в семье, пессимистический взгляд на жизнь являются причинами депрессии у человека.

Повышенная утомляемость и нервозность, чувство вины и неполноценности, состояние безнадёжности и одиночества, непонимание со стороны окружающих, навязчивые тревожные мысли, расстройства сна, проблемы с концентрацией внимания – все эти признаки могут быть симптомами депрессивного состояния, которое маскируется под всякого рода телесные недуги: боли в спине и суставах, сердечно-сосудистые и желудочно-кишечные расстройства, мигрень, астму, повышенное или пониженное кровяное давление.

Непроизвольно женщина, как пример, требует от неуспевающих детей в школе быть менее ленивыми, а от потерявшего работу мужа стать таким же предприимчивым, как другие, или помогать

ей по хозяйству. В семье начинаются ссоры и скандалы на глазах у детей. В результате супруг старается сократить свое пребывание дома до минимума, ищет поддержку на стороне и нередко крепко выпивает с товарищами по «семейному несчастью». Алкоголизация только усугубляет проблемы. Накопленные обиды получают разрядку в форме, распространяющейся на всех членов семьи.

Несомненно, дети, растущие в семьях, где к ним относятся жестоко и несправедливо, где происходят драки между отцом и матерью, где необузданность поведения стала нормой бытия, достаточно рано привыкают своими физическими действиями снимать стрессы, когда они вдруг приходят в растерянность или сильно огорчаются.

Вместе с тем, обиды, стрессы, психологические проблемы у детей, а также переносимые порой в школе издевательства со стороны одноклассников часто остаются незамеченными членами семьи. Родители, которых дети раньше воспринимали как опору в жизни, оказываются беспомощными, неспособными защитить ни себя, ни их. Дети постепенно замыкаются в себе, испытывают эмоциональное сиротство, а порой агрессию, накапливают обиды в себе, вследствие этого может появиться невротический страх смерти, приводящий к расстройствам внимания и памяти, снижению успеваемости в школе и нежеланию учиться. Ребенок перестает адекватно реагировать на окружение, что, в свою очередь, усугубляет депрессивное состояние матери или членов семьи. Бывает и наоборот. У ребенка появляются мысли о суициде. В данном контексте под суицидальным поведением понимаются все стороны отношения индивида (мысли, эмоции, словесные высказывания, действия) к возможной смерти в результате собственных действий.

Именно такое саморазрушительное поведение у подростков часто объясняется отсутствием жизненного опыта и неумением определить жизненные ориентиры. Среди молодежи распространены также и другие причины:

- потеря любимого человека или высокомерно отвергнутое чувство любви;
- уязвленное чувство собственного достоинства;
- крайнее переутомление;
- разрушение защитных механизмов личности в результате алкогольного опьянения, употребления психотропных средств;
- токсикомания и наркомания;
- отождествление себя с известным человеком, совершившим самоубийство;
- состояние фрустрации или аффекта в форме острой агрессии, страха, когда человек утрачивает контроль над своим поведением.

КРИЗИС СЕМЬИ

Неблагоприятные условия жизни и воспитания в семье,

проблемы овладения знаниями и связанными с этим неудачи в учебе, неумение строить взаимоотношения с окружением и возникающие на этой основе конфликтные ситуации, различные психофизические отклонения в состоянии здоровья, как правило, ведут к кризису духа, потере смысла существования.

О росте семейного неблагополучия свидетельствует постоянное увеличение числа родителей, не исполняющих или ненадлежащим образом исполняющих обязанности по воспитанию своих несовершеннолетних детей.

Кризис семьи привел к росту количества детей, оставшихся без попечения родителей. В настоящее время их насчитывается более 700 тыс., причем только 5% – фактически сироты, остальные же – сироты при живых родителях. Тысячи материалов в отношении родителей, злостно не выполняющих обязанности по воспитанию детей, рассматриваются правоохранительными органами. Количество административных и уголовных мер, к родителям возрастает.

Семья является основным социальным институтом социализации личности на ранней стадии ее становления. Однако в переходный период общества многие семьи сталкиваются с материальными и социальными трудностями, что негативно сказывается на формировании благоприятной среды для воспитания подрастающего поколения. Число российских семей с неблагоприятными условиями воспитания, в том числе из-за материальных трудностей, достигает 30%. В половине таких семей среда *девиантная*, а в каждой четвертой – *конфликтная*. Из таких семей дети, по сути дела, «выталкиваются» на улицу, в круг таких же отчужденных от семьи сверстников, а порой и в маргинальные группы.

Семья, испытывающая материальные затруднения или находящаяся в социальной самоизоляции, не способна оказать

помощь своим детям в трудную минуту. Не случайно треть детей и подростков от своих родных не ожидают такой помощи. Это влечет за собой отчуждение, наносит психологическую травму. С другой стороны, в условиях рыночного динамизма чрезмерная зависимость от окружающих закрепляет не критическое восприятие подростками и молодежью элементов маргинальной массовой культуры, девиантных принципов межличностной коммуникации.

РОДИТЕЛИ И ИХ ДЕТИ

Профессиональных психологов, педагогов, юристов также беспокоит неадекватное родительское отношение к подросткам в нормальных семьях. Незнание родителями психофизических возможностей подросткового возраста, неинформированность в сфере своих прав приводят детей к «патогенному родительскому влиянию», которое выражается двумя типами воспитания: *отвержением-отчуждением* или *гиперсоциализацией*. Для первого характерна позиция родителей, настроенных на «ломку» ребенка, жесткий контроль над его жизнью и навязывание «единственно верного» способа поведения. Второму типу воспитания свойственны тревожная концентрация на успехах ребенка, стремление загрузить его дополнительными образовательными программами, чтобы отвлечь от «дурного влияния». И то, и другое чревато всплеском неуправляемой агрессии. Ни унижения, ни оскорбления и ни, тем более, насилие и жестокость не могут сделать жизнь ребенка радостнее. Это все лишь разрушает его психику.

Внешний мир воспринимается подростками

как агрессивная среда. Причинами, толкающими подростков к ответной агрессии, являются наркотическая зависимость и алкоголь, корыстные побуждения, желание добиться власти над другими. У каждого третьего подростка агрессия возникает в ответ на нарушение прав, оскорбления и другие формы насилия со стороны взрослых и сверстников.

Безработица, нищета, безысходность одной части населения, лихорадочная деятельность другой части, когда появляется возможность заработать, будь то в сфере торговли, услуг, а если повезет, то и по специальности, создали в обществе такую ситуацию, в которой дети часто оказываются за пределами внимания взрослых.

В основательно дезорганизованном обществе семья и школа на протяжении последнего десятилетия с катастрофической быстротой теряют свою воспитательную функцию. И вот уже в стране появились дети, не умеющие ни читать, ни писать. Массовая безнадзорность перешла в разряд социального бедствия.

Огромное количество детей, живущих в неблагополучных семьях, – реальная основа для роста преступности, проституции, питательная среда для деятельности сомнительных экстремистских организаций. Дети начинают регулярно убегать из дома вследствие жестокого обращения родителей с ними. Ссоры, скандалы, жестокое обращение родителей с ними вынуждают ребенка уйти из дома. Он становится не нужным родителям. Ребенок уходит. Туда, где его никто не любит и не ждет,

а лишь подстерегают опасности – на улице. Так, ребенок становится беспризорным... А виной всему – насилие



ЭТО ВАЖНО!

Россия ратифицировала ряд международных соглашений, предусматривающих борьбу с семейным насилием в различных его формах и проявлениях. К их числу относятся «Конвенция о правах ребенка», «Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин», декларация ООН «Об искоренении насилия в отношении женщин» и другие международно-правовые акты. Обеспечить достижение защитных и профилактических целей во многом призвана уже существующая законодательная база самой социальной работы, а именно, принятые на федеральном уровне законы «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации», «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних», «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации», ряд постановлений Правительства Российской Федерации и нормативных актов, гарантирующих их выполнение.

Многие исследователи подчеркивают важные медицинские, социальные и криминальные аспекты жестокого обращения с детьми, формирование у них в последующем своеобразного «цикла насилия» в виде передачи агрессивного паттерна поведения из поколения в поколение и существование прямых корреляций между суровостью наказания и выраженностью агрессивности. Жертвы насилия зачастую сами становятся агрессорами и совершают тяжкие криминальные действия вплоть до убийств. Именно поэтому проблема жестокости и насилия в отношении детей признана во всем мире приоритетной.

Особую актуальность она приобрела и в нашей стране в связи с увеличением числа детей – социальных сирот, которые подвергаются жестокости и насилию как внутри семьи, так и за ее пределами. **В настоящее время выделяют три основные формы жестокого обращения с детьми – физическая, эмоциональная жестокость, сексуальное злоупотребление) и небрежное отношение.**

Наиболее скрытым типом жестокого обращения с детьми является **сексуальное насилие**, которое нередко приводит к возникновению специфических расстройств и поэтому в между-

Статистические данные о распространенности сексуального насилия в отношении детей в разных странах весьма противоречивы, однако они поражают своим масштабом. Считается, что любой ребенок может стать жертвой сексуального насилия, а девочки ими оказываются в три раза чаще мальчиков. По некоторым данным, в нашей стране ежегодно регистрируется 7–8 тыс. случаев сексуального насилия над детьми, однако реальное число пострадавших, по меньшей мере, в 10 (!) раз больше. Растет количество публикаций, посвященных изучению различных аспектов этой проблемы, в рамках первичных и отдаленных последствий сексуального насилия описываются посттравматические стрессовые расстройства, дистресс, личностные нарушения, девиантное сексуальное и аутодеструктивное поведение, алкоголизм, наркомания и даже психотические состояния.

народных классификациях болезней выделяется в самостоятельную проблему.

Виктимологами убедительно доказано, что преступник, жертва и ситуация образуют единую и подвижную криминальную систему, от функционирования которой и зависит возможность реализации противоправных действий. При этом большое значение имеет поведение жертвы, которое нередко способствует совершению преступлений, особенно сексуального характера, а иногда даже и провоцирует преступника.

С целью установления роли возрастных особенностей и психических расстройств в виктимном поведении детей было обследовано 98 девочек – жертв сексуального насилия, проходивших комплексную судебную психолого-психиатрическую экспертизу в ГНЦ социальной и судебной психиатрии. Критериями отбора являлись их возраст (от 7 до 18 лет) и характер совершенных в отношении них противоправных действий, которые квалифицируются по ст. 131, 132, 133, 134, 135 УК РФ (изнасилование;



ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ ВИКТИМОЛОГИИ

Роль психических расстройств в виктимном поведении детей и подростков

Н. МОРОЗОВА

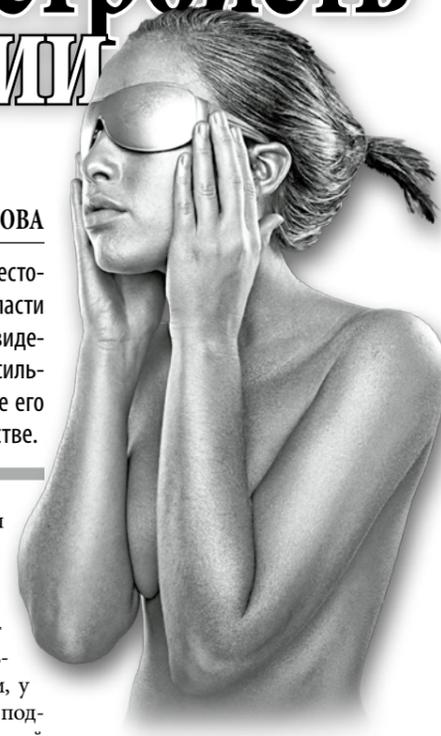
Дети и подростки нередко становятся жертвами преступлений, жестокого обращения и насилия. Многочисленные исследования в области детской и подростковой психиатрии и психологии убедительно свидетельствуют о том, что психологические травмы детства оказывают сильное влияние на всю последующую жизнь человека, формирование его характера, психическое и физическое здоровье, адаптацию в обществе.

она требует наличия у несовершеннолетних осведомленности в вопросах половых взаимоотношений, способности понимать характер и значение сексуальных действий, которые появляются у детей в процессе онтогенеза и зависят от уровня психического и психосексуального развития. При нормативном развитии к 14 годам – возрасту окончания малолетства – складываются лишь основные психологические структуры этапа полоролевого поведения, ответственные за понимание характера сексуальных действий. Способность в полной мере понимать их значение формируется позже – на этапе психосексуальных ориентаций и зависит также от интериоризации общественных норм проявления сексуальной активности и развитости морального сознания. На поведение малолетних большое влияние оказывают такие возрастные особенности, как внушаемость, подчиняемость авторитету взрослого человека, излишняя доверчивость, некритичность, отсутствие антиципации и жизненного опыта в сочетании с игровым характером интересов, любопытством и любознательностью, которые побуждают детей к исследованию неизвестных явлений, в том числе и в области сексуальных отношений.

Возрастные особенности психического и психосексуального развития девочек подросткового возраста в виде становления платонического, эротического или сексуального либидо, реакций эмансипации, группирования со сверстниками, имитации в сочетании с излишней доверчивостью, недостаточной критичностью, подверженностью механизмам

индуцирования со стороны лидеров референтных групп и авторитетных лиц, способствуют возникновению ситуаций, в которых возрастает риск стать жертвой сексуального насилия. Таким образом, у психически здоровых детей и подростков имеется потенциальный «психологический комплекс виктимности», который проявляется в их поведении при взаимодействии с преступником и способствует совершению в их отношении противоправных действий.

Под *виктимностью* понимается *потенциальный комплекс психофизических свойств, который обуславливает неспособность несовершеннолетних своевременно понять сексуальную направленность действий преступника, их нравственно-этическое значение и социальные последствия и (или) вырабатывать и реализовать эффективные стратегии поведения в сексуально значимых ситуациях.* Виктимность определяется совокупностью внутренних факторов (возрастного, личностного, дизонтогенетического и психопатологического) и состоит из интеллектуального и волевого компонентов. На этот феномен влияют внешние объективные процессы (ранняя де социализация в результате де структуризации семей), приводящие к увеличению количества детей – социальных сирот и детей с девиантным поведением, которые оказываются в криминогенных условиях с повышенной концентрацией асоциальных личностей – потенциальных преступников. При этом виктимность повышается в результате девиантного поведения детей, обусловленного как психопатологическими, так



и социально-психологическими причинами. Виктимность проявляется при совпадении ситуативного и агрессивного факторов в виктимном поведении жертвы.

Сексуальное насилие зачастую сочетается с физическим и психическим насилием, угрозами для жизни и поэтому нередко оказывает специфическое психотравмирующее действие и приводит к возникновению у потерпевших острых реакций на стресс, посттравматических стрессовых расстройств и расстройств адаптации. Феномен превращения сексуального насилия в специфическую психическую травму и структурно-динамические особенности развивающихся у несовершеннолетних психических расстройств зависят от многих факторов: характеристики сексуального посягательства, индивидуально-психологических особенностей жертвы, наличия патологической «почвы», типологии криминальных ситуаций, а также дополнительных психогенных. Безусловно, возникающие в результате сексуального насилия психогенные расстройства отличаются разнообразием и не всегда четко клинически очерчены. Вместе с тем, у большинства потерпевших выявляются определенные клинико-динамические закономерности, наиболее выраженные в подростковом возрасте, приближающие эти состояния к описанному у взрослых женщин «синдрому травмы изнасилования».

Первый этап (аффектогенный) продолжается в течение всего периода взаимодействия жертвы с преступником и характеризуется развитием острых аффективных реакций с нарастающим эмоциональным напряжением, страха, тревоги, растерянности, аффективного сужения сознания с концентрацией внимания на узком круге психотравмирующих переживаний и вазовегетативными проявлениями.



При анализе группы девочек с психическими расстройствами установлено, что наиболее часто диагностируются органические психические расстройства (51%), умственная отсталость (31%), гораздо реже личностные расстройства (13,6%) и лишь в 2,6% случаев – шизофрения и в 1,8% – эпилепсия, что отражает распространенность непсихотических форм психической патологии в общей популяции в детском и подростковом возрасте, а среди них – именно резидуально-органических состояний. У них независимо от нозологической принадлежности психических расстройств выделен «патопсихологический симптомокомплекс виктимности», который характеризуется нарушением способности потерпевших понимать характер и значение сексуальных действий и (или) регулировать свое поведение в соответствии со сложившейся ситуацией возможно сексуального насилия в результате взаимодействия возрастного, дизонтогенетического и психопатологического факторов.

«Новая психиатрия»

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

Аффективные реакции у некоторых потерпевших сопровождаются психомоторной заторможенностью по типу «мнимой смерти» вплоть до полной неспособности оказывать сопротивление, у других – двигательным возбуждением («моторная буря») с недостаточным учетом ситуации и даже совершением действий, опасных для жизни, которые в ряде случаев можно расценить как «аффективное суицидальное поведение».

Второй этап (адаптационный, эмоционально-когнитивный) характеризуется внутренней переработкой психотравмирующего события с осмыслением случившегося, переживанием негативных эмоций (тревога, страх, обида, стыд, злость, желание наказать обидчика), что сопровождается психогенным фантазированием, фиксацией на отрицательных переживаниях, принимающих доминирующее положение. Психотравмирующий эффект особенно выражен на этапе психосексуальных ориентаций у потерпевших с высоким уровнем интеллектуального развития, неустойчивой самооценкой, склонных глубоко переживать неудачи вследствие понимания ими сущности сексу-

ального насилия на личностно-социальной уровне. Возрастная личностная незрелость и недостаточность механизмов психологической защиты могут способствовать срыву адаптационного барьера и возникновению кризисных состояний с искажением когнитивных процессов, формированием пессимистической концепции будущего, разрушением идеализированных представлений о жизни, утратой веры в людей, появлением идей самообвинения, ощущений униженности, оскорбленности, безысходности и суицидальных мыслей. Риск аутоагрессивного поведения в таких случаях связан с субъективным восприятием такими потерпевшими сложившейся ситуации как безвыходной и собственными представлениями о невозможности ее изменить. Уже на этом этапе появляются отдельные невротические проявления, такие как нарушения сна с кошмарными сновидениями, навязчивые воспоминания о случившемся, страхи, а также выраженные колебания настроения с плаксивостью, нередко раздражительной слабостью. Важным обстоятельством, которое ухудшает состояние по-

Выделено три типа виктимного поведения, которые наблюдаются как у психически здоровых, так и у потерпевших с психическими расстройствами.

Наиболее частым является пассивно-подчиняемый тип поведения (40%), который характеризуется снижением двигательной активности и проявляется в пассивном подчинении и выполнении всех требований посягателя. При этом можно установить пассивно-оборонительный вариант и пассивно-безучастный. В первом случае потерпевшие предпринимают робкие попытки противостоять агрессору, проявляют отрицательное отношение к происходящему, высказывают просьбы их не трогать, стремятся вызвать жалость, однако активного сопротивления они не оказывают. Во втором варианте поведение потерпевших носит абсолютно пассивный характер и проявляется в полном подчинении любым требованиям, отсутствии высказываний или просьб, заторможенности вплоть до полной безучастности к происходящему.

Псевдопровоцирующий тип (25%) внешне сходен с провоцирующим поведением взрослых потерпевших и характеризуется повышением двигательной активности, стремлением к взаимодействию с потенциальным преступником, установлением с ним речевого контакта, кокетством, проявлением интереса сексуального характера вплоть до прямого поощрения сексуальной активности и сексуальной расторможенности, а также совместным употреблением алкогольных напитков и эйфоризирующих средств.

Неустойчивый тип (35%) проявляется в отсутствии четкой линии поведения, крайней изменчивости поступков и высказываний, противоречивости действий, смене периодов пассивно-подчиняемого, псевдопровоцирующего и активно-оборонительного поведения. Все типы способствуют совершению в отношении несовершеннолетних сексуального насилия. Таким образом, виктимное (способствующее) поведение несовершеннолетних является многофакторным феноменом, который (в отличие от провоцирующего поведения у взрослых) обусловлен нарушением произвольной регуляции поведения (в результате возрастных когнитивно-личностных особенностей или эмоционально-волевых расстройств) и реализацией неэффективных стратегий в ситуациях возможного сексуального насилия, что способствует превращению жертвы из потенциальной в реальную.

терпевших, является необходимость сообщить о сексуальном насилии родным и сотрудникам правоохранительных органов.

Третий этап (невротический) по времени совпадает с производством судебно-следственных мероприятий, которые приносят дополнительные психотравмирующие факторы (допросы, очные ставки, медицинские экспертизы, нетактичное поведение окружающих, угрозы со стороны обвиняемых и их друзей и т.д.). Все это нередко становится для потерпевших более травматичным, чем само насилие. При этом у одних несовершеннолетних развиваются депрессивные состояния различной глубины и продолжительности; у других происходит декомпенсация психического состояния или имевшейся ранее психической патологии с заострением характерологических особенностей и появлением невротоподобных расстройств. Затяжные депрессивные состояния продолжительностью от 2 до 5 месяцев обычно наблюдаются в подростково-юношеском возрасте при наличии у потерпевших патологической «почвы» (явления минимальной мозговой дисфункции, личностных расстройств тормозного и истероидного круга), а также у гармоничных личностей с чертами возрастной личностной незрелости, идеализированными представлениями о жизни и высокоморальными нравственными установками.

Российское законодательство четко определяет те действия, которые считаются насильственными преступлениями, направленными на половую неприкосновенность личности (ст. 131-135, 151 УК РФ). Право ребенка на защиту своих интересов закреплено также в Семейном кодексе РФ и в международной Конвенции ООН о правах ребенка, принятой и нашей страной. Сложность заключается в том, что государство не всегда обеспечивает соблюдение и действие существующих законов и, следовательно, защиту несовершеннолетних от жестокого обращения с ними. Поскольку реализация противоправных действий зависит от функционирования криминальной системы (преступник – жертва – ситуация), то и меры их профилактики должны быть направлены на каждый элемент этой системы.

Виктимологически ориентированная система предупреждения противоправных действий в отношении детей и подростков должна строиться с учетом ти-

Профилактика ВИКТИМНОСТИ

Защита детей и подростков от насилия и жестокости и предупреждение преступлений против них является социально чрезвычайно важной и актуальной задачей, решение которой носит междисциплинарный, комплексный характер (работа правоохранительной системы, органов опеки и попечительства, социальной и педагогической сфер, медицинской и психологической служб).

пологии поведения потерпевших в предкриминальной и криминальной ситуациях, факторов виктимности и состоять из мер первичной и вторичной профилактики.

Первичная профилактика заключается в комплексном воздействии на все факторы виктимности и виктимного поведения потерпевших, которые проявляются в ходе взаимодействия с

агрессором и способствуют совершению преступлений (возрастной, личностный, дизонтогенетический, психопатологический и ситуационный) с целью снижения их значимости в структуре функционирования криминальной системы.

Социально-педагогический аспект включает широкий круг мер, направленных на обеспечение нормального и гармоничного развития личности, создание безопасной и благоприятной микросоциальной среды. Сюда относится санация деструктивных семей, профилактика психически больных, алкоголизма и наркоманий у лиц из

б л и ж а й ш е г о окружения несовершеннолетних для исключения возможности совершения ими противоправных действий в

отношении детей и подростков, жестокого обращения с ними. Важное значение имеет правильное и своевременное полорольное воспитание детей, формирование у них знаний в области взаимоотношений между полами, морально-нравственных принципов, общественно приемлемых моделей и безопасных стереотипов поведения в различных ситуациях. Безусловно, большую роль играет просветительская работа, направленная на популяризацию информации о наиболее распространенных преступлениях, связанных с посягательством на жизнь и достоинство граждан, обстоятельствах возникновения таких криминальных ситуаций, эффективных способах выхода из них, особенностях поведения преступников и т.д.

К мерам профилактики агрессивных преступлений следует отнести и мероприятия, влияющие на изменение безнравственного или даже асоциального образа жизни некоторых молодежных и подростковых групп, вплоть до привлечения к административной и уголовной ответственности их лидеров за вовлечение несовершеннолетних в антиобщественную деятельность, проституцию и т.д. Следует больше внимания придавать организации подростковых клубов для проведения безопасного досуга, развития интересов и коммуникативных способностей молодежи и с целью профилактики аддиктивного поведения.

Что касается медико-психологического аспекта, то он предусматривает предупреждение, своевременное выявление и лечение психических расстройств как у взрослых, так и у детей и подростков (профилактика перинатальной патологии, ранняя диагностика и коррекция психологических девиаций, нарушений психического и психосексуального развития, психопатоподобных расстройств и девиантного поведения, которые могут иметь виктимное значение).

Адекватная лекарственная терапия бредовых, аффективных и психопатоподобных нарушений, особенно сопровождающихся расстройством влечений, наряду с рациональной психотерапией, может способствовать улучшению социальной адаптации, нормализации поведения и уменьшению для лиц с психическими расстройствами риска оказаться жертвами агрессивных преступлений.

Вторичная профилактика заключается в оказании медико-психологической помощи жертвам насилия с целью купирования имеющихся у них психических расстройств, возникших в результате преступлений, предупреждения суицидальных тенденций и вторичной виктимизации, которая особенно часто наблюдается у лиц подросткового возраста, где существует миф о «доступности» жертв изнасилований, и они нередко подвергаются насилию повторно.

В таких случаях важное значение приобретает оказание юридической помощи потерпевшим, которую они могут получить как в правоохранительных органах, так и в специальных центрах для лиц, пострадавших от жестокости и насилия, где им оказывается необходимая медико-психологическая помощь.



С детьми и подростками в детских учреждениях и школах должны проводиться разъяснительные беседы и психологические тренинги, направленные их обучение для предупреждения противоправных действий (например, не открывать дверь посторонним, не входить с ними в подъезд и лифт, не знакомиться, не поддаваться уговорам) и выработку стратегий поведения в сексуально значимых и угрожающих жизни ситуациях.

В международных правовых стандартах заложена рекомендация о необходимости осуществления прогрессивной политики предупреждения преступности среди несовершеннолетних, основанной на специальных теориях предупреждения преступности среди молодежи, направленных на сокращение причин и возможностей для совершения правонарушений или ограничение условий, ведущих к этому (ст. 5 Руководящих принципов ООН для предупреждения преступности среди несовершеннолетних, «Эр-Риядские Руководящие принципы» от 14.12.1990). В ст. 49 Эр-Риядских принципов закреплена обязанность государств распространять среди специалистов и общественности научную информацию о том, какого рода поведение или ситуация могут привести к физической или психологической виктимизации молодых людей, нанесению им ущерба, а также к их эксплуатации.

Работа с личностью требует применения специальных методик, учитывающих специфику отношения человека к любому вмешательству в его частную жизнь. В психологии разработаны специальные методы, позволяющие выявлять проблемы личности опосредованно, без выяснения ответов на прямые вопросы. Это различные проективные методики, в частности **Тематико-апперцептивный тест (ТАТ) Г. Мюррея**. Особенностью детского варианта этой методики является использование принципа зооморфизма, когда отношения животных проецируются на отношения людей. Ребенку легче рассказывать о своем личном опыте и своих проблемах, если он видит перед глазами картинку с сюжетами о животных, включенных в человеческие ситуации.

Типичным примером детского варианта проективных методик является **тест КАТ**. На картинках, составляющих данную методику, изображены животные в различных отношениях, изоморфно отражающих отношения людей. Например, в одном из вариантов КАТ мама-кенгуриха стоит перед зеркалом и не замечает, что ее ребенок-кенгуренок получил травму. При интерпретации рассказа ребенка по этой картинке выявляется, как он проецирует увиденное на изображениях на свой прошлый опыт отношения с родителями.

МЕТОД РИСУНОЧНОГО АППЕРЦЕПТИВНОГО ТЕСТА

Одним из вариантов Тематико-апперцептивного теста (ТАТ) является разработанная д-ром психологических наук Л. Собчик в 2007 г. для подросткового возраста **методика РАТ (рисуночный апперцептивный тест)**. Стимульным материалом данного теста являются контурные сюжетные картинки, на которых схематично изображены человеческие фигурки. Ограничением в использовании данной методики является возраст – от 12 лет.

В течение 2010-2011 гг. был разработан и апробирован новый вариант методики КАТ. В каче-

ДЕТСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ



Пример изображения с элементами квазианализа

стве стимульного материала использовались рисунки из древних японских свитков. Основанием выбора такого материала стало соответствие рисунков ведущим критериям проективных методик.

Первый критерий – неопределенность сюжета. Древние японские свитки являются национальным достоянием современной Японии. Содержание рисунков подвергалось изучению на протяжении нескольких веков. Существуют разные версии того, что на них изображено. Это обстоятельство подтверждает правильность выбора этих рисунков, поскольку уже сами эти изображения предполагают вариативность интерпретации сюжетов.

Второй критерий – примерное соответствие сюжетов изучаемой проблематике. В нашем случае – криминологической и виктимологической тематике. Из набора картинок была выбрана серия сюжетов, в которых есть элементы, которые можно интерпретировать как проявление насилия в отношении героев, а можно и иначе, например, как игру.

Третий критерий – зооморфический вариант изображения отношений между людьми, более приемлемый для детского возраста. В сюжетах рисунков, передающих разные стороны отношений людей, сами люди изображены в виде зайцев, лягушек и других животных.

Четвертый критерий – наличие изображений нейтрального плана. Эти изображения не способны «наталкивать» ребенка на какой-либо конкретный вариант выбора сюжета. Там представлены обычные бытовые ситуации без элементов, стимулирующих виктимологический или криминологический исход изображен-

ного события. Включение этих картинок необходимо для того, чтобы выявить степень виктимизации ребенка. Несовершеннолетний, который пребывает в стрессовом состоянии, даже нейтральный сюжет интерпретирует с точки зрения своей проблемы.

Пятый критерий – формальный – наличие определенного количества сюжетов. Для проективных методик такого плана требуется минимальное количество картинок – 10 изображений.

Испытуемому дается инструкция, типичная для проективных методик данного типа. Она может звучать, к примеру, так: «Посмотри на картинку и скажи, что там происходит? Как ты думаешь, что происходило до этого события? Чем завершатся отношения героев на этой картинке?»

АПРОБАЦИЯ МЕТОДИКИ

Апробация методики проводилась на младшем школьном и подростковом возрастах в школах, а также среди несовершеннолетних жертв и правонарушителей, проходящих реабилитацию при ювенальном суде.

Полученные результаты позволили сделать вывод о прикладном значении данной методики. Дети проецировали на сюжеты изображений свой личный опыт. В частности, было выявлено, что дети, которые не являлись жертвами насилия, воспринимали сюжеты картинок позитивно. Они не криминализировали сюжеты, объясняя происходящее мотивами игры, розыгрыша, случая и т.п. Дети, которые попадали в криминальные или предкриминальные ситуации, или на которых сильное впечатление произвело криминальное событие, произошедшее с их родственниками, интерпретировали сюжеты,

Несовершеннолетние жертвы и правонарушители: методы работы

Т. П. БУДЯКОВА, зав. кафедрой психологии
Елецкого госуниверситета им. И.А. Бунина, к. псих. н., доцент;

Т. М. ВОДЯНЫХ, педагог-психолог
Центра психолого-медико-социального сопровождения

Сегодня уровень научной разработанности подходов к предупреждению преступности среди несовершеннолетних и против них явно не соответствует потребностям общества в этом вопросе. Одной из насущных проблем является малое количество прикладных методов работы с несовершеннолетними жертвами и правонарушителями.

привнося в них свой негативный опыт. Они трактовали сюжеты картинок как драку, нападение, издевательство над героями. Несовершеннолетние, у которых была психическая травма, даже в нейтральные сюжеты привносили элементы негативного восприятия действительности, проецировав на содержание рассказа по картинке свои проблемы.

С помощью методики нами были выявлены дети, нуждающиеся в психологической коррекции и реабилитации. Основанием для этого стали рассказы детей, в которых, во-первых, присутствовали элементы равнодушного отношения к страданиям персонажей картинок. На вопрос: «А ты помог (помогла) бы тому, кого бьют? Позвал (позвала) бы на помощь?» эти дети отвечали отрицательно. Они говорили, что они не переживают, если заяц или лягушка погибнут. Отсутствие сочувствия к чужим страданиям может стать причиной формирования негативных, в том числе криминальных мотивов поведения.

Во-вторых, некоторые дети, отметившие в изображениях элементы насилия, говорили о безысходности ситуации; они не видели, не верили в позитивный исход событий. Как было выяснено после тестирования, у них действительно имелся негативный опыт такого рода. Таким детям обязательно нужна психологическая помощь.

В-третьих, была выявлена немногочисленная группа подростков, которые получали удовольствие, красочно описывая страдания персонажей, порой подсмеиваясь над ними. Таким образом, имела место недостаточная

воспитательная работа по формированию нравственного сознания.

Четвертая группа детей (немногочисленная) – это дети, у которых некоторые сюжеты картинок вызвали психологическое торможение. Оказалось, что это дети, пережившие психическую травму, связанную с потерей близких. Они также остро нуждаются в психологической помощи.

Данные категории были выделены и среди подростков, проходящих реабилитацию в психологической службе при ювенальном суде. В целом можно сказать, что социальная ориентация этих подростков в основном положительная. Они правильно ориентируются в том, как вести себя в случае возникновения виктимологической ситуации.

ВМЕСТО ЗАКЛЮЧЕНИЯ

Результаты работы по описанной методике выявили ряд значимых моментов, которые необходимо учитывать в работе педагога-психолога с этой категорией детей:

1. Наличие позитивного настроения на будущее у детей, выявляемого с помощью этой методики, позволяет легче проводить с ними коррекционную и психореабилитационную работу.

2. Методика позволяет выявить «болевы» точки ребенка и, соответственно, более предметно выстроить программу работы с ним.

3. Методика позволяет выработать профилактические формулы применительно к проблеме конкретного ребенка.

Институт практической психологии
и психоанализа



Пример изображения нейтрального бытового сюжета

«Новая психиатрия»

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

Редакция «НП» возобновляет публикацию работ пациентов, страдающих различными психиатрическими заболеваниями. В связи с этим мы сообщаем, что с удовольствием поместим в рамках рубрики «Творчество пациентов» любые присланные нам на адрес farma2000@aanet.ru работы. В ответ мы направим вам экземпляры «Новой психиатрии» с вашими опубликованными материалами.

ТВОРЧЕСТВО ПАЦИЕНТОВ

Примите в свою копилку и эту скромную лепту. Стихотворение является примером того, какие живые и разнообразные чувства (здесь звучат и уважение, и симпатия, и жалость, и насмешка, и презрение и т.д.) по отношению к лечащему врачу способен испытывать пациент, как неоднозначно он может воспринимать свое положение и как успешно сочетать стилистическую оригинальность с абсолютной правильностью построения фраз. К сожалению, врач всего этого уже оценить не сможет...

ПИСЬМО ВРАЧУ

Здравствуй, доктор. Вам пишет больной (Так как фамилия здесь ни к чему, Кто я, возможно, напомним вам мой Стиль изложения, присущий письму).

Ваши больные вам скажут: «Не трать Время на письма ему», но сейчас Поздно считается, я взял уж тетрадь, Чтоб сохранилась хоть память о вас.

Пусть с нашей встречи последней прошло Чуть-чуть больше, чем несколько лет, Но все же помню я, как тяжело Было у вас... Койки... Ваш кабинет...

Помню на стенах резное панно И два рисунка, причем на одном Дерево было изображено, А на другом был бревенчатый дом.

Эти рисунки мне стали близки Благодаря их живому теплу: Видно, художник страдал от тоски По дорогом, родному селу.

Что до панно, то, похоже, ваш шеф – Тонкий ценитель искусства, эстет! (Коль уж огромный настенный рельеф Сделал на скромный больничный бюджет).

Я не люблю ни врачей, ни воров И потому не спешу к вам назад. Как поживаю? Да жив и здоров, Мне стало лучше, я этому рад.

Помню у вас я страдал животом От всевозможных лекарств, ну а вы Все говорили о том и о сем: То о поэзии, то о любви...

Редко вы лезли за словом в карман, Чаще в карман лезли вы за спиртным... Вы – жизнелюб, книголюб и гурман... Были здоровым, а стали больным.

СТИХИ О ЛЮБИМОМ ВРАЧЕ

Взгрустнув немного, я вошел, присел, как мирный атом, Больница – это хорошо! Но врач-то – психиатр... Не думал, право, никогда, что буду так скитаться, И на вопрос: «Ну? В чем беда?» я начал «изливаться»...

Что по ночам бессонница, что в голове бардак, Со мною нервы ссорятся, не справится никак, Что в теле дрожь ужасная, хожу как Ф-1, И мощь взрывоопасная доводит до седин.

И что сомненья кислые с рассветом каждым злей, Что убегаю мыслями в другую параллель... Он слушал речь внимательно и головой кивал. Я ж, музой подгоняемый, рассказ свой продолжал:

– Там победитель в споре я, и всех их там прощу, И есть одна, которую, уж много лет ищу. Она мне улыбается, в глазах – святая грусть, И со слезой прощается, и ждет, когда вернусь...

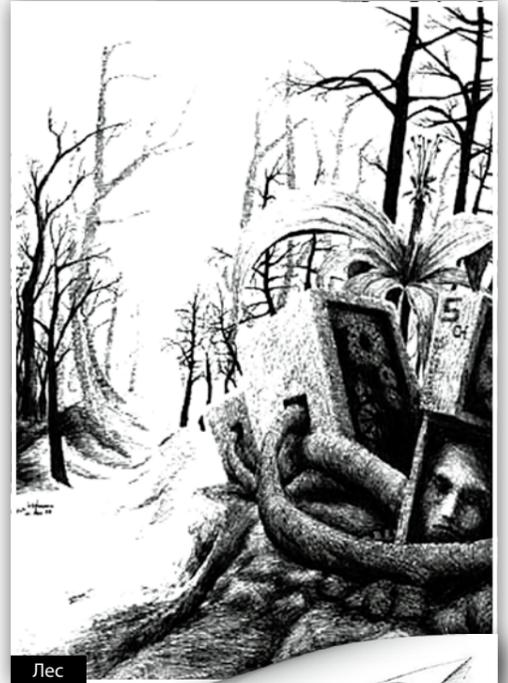
Хоть ссоры есть напрасные, как их не назови, Но все они невидимы в сиянии любви. Живу, брожу довольный я, со светлой головой, Там все грехи невольные прощаются с лихвой.

Стихи пишу добротные, и их наперебой Поют певцы народные со всей моей страной. Своей судьбой, призваньем я там очень дорожу, Но все-таки в сознание порой я прихожу.

И вот к врачу покаяться пришел я на прием: – И как же мне избавиться от встреч с небытием. А он в ответ, помедлив чуть, мне тихо отвечал: – На днях я часть твоих стихов еще раз прочитал.

Стихи небесталанные, в них сердце говорит, Ты их пошли на радио, быть может выйдет хит. И, вот что... С той особью, что всех тебе милей, Ты познакомь меня, возьми в другую параллель...

Автор – больной с СЦХ, г. Архангельск



Лес



Гангрена



Падение



Отражение



Девушка

ЭТО ДОЛЖЕН ЗНАТЬ КАЖДЫЙ!

Телефон доверия представляет возможность быть выслушанным и понятым. Эти сервисы бывают разных видов:

- специализированные (для детей и подростков; для страдающих зависимостью; для людей с нетрадиционной ориентацией; «телефоны доверия» для женщин, переживающих насилие в семье и т.д.);
- кризисные (консультанты работают с людьми, находящимися в состоянии острого переживания горя, психологической травмы);

• просто «горячие линии», где дают шанс выговориться, сформулировать проблему, подсказывают полезные контакты.

Кто же отвечает вам по телефону доверия? В большинстве

Не все проблемы можно обсудить с близкими... Куда же тогда обратиться?

Случается так, что накатывает грусть, а близкие люди – «вне зоны доступа». Или, что еще тяжелее, душевную боль тебе причинил самый родной человек... Не с каждой проблемой пойдешь к маме, да и подруги не всегда готовы поддержать. В таких случаях выручает анонимная «горячая линия» – телефон доверия.

случаев это психолог. Реже – юрист, психиатр, социальный работник. Это подготовленные консультанты: профессионалы или волонтеры, прошедшие курсы и стажировку. У консультантов есть ряд твердых профессиональных принципов: они принимают абонента таким, какой он есть; они

не оценивают и не критикуют, но всегда готовы помочь по-другому взглянуть на ситуацию. Они не дают советов и рецептов, но поддерживают абонента в его поиске выхода из критической ситуации.

О чем говорить? Чаще всего люди обращаются по поводу отношений в семье. Вторая по чис-

лу звонков тема – вопросы психического и физического здоровья. На третьем месте – звонки от детей, подвергнувшихся жестокому обращению со стороны родных, старших ребят.

Нередко обращаются женщины, переживающие насилие дома, у которых нет близких, готовых спрятать, укрыть. Консультанты в этом случае подскажут адрес специального убежища.

Какая польза от телефона доверия? Что можно получить, набрав заветный номер?

Первое и самое главное – живой голос в телефонной трубке и кого-

то, кто готов тебя выслушать. Человек на том конце провода готов ждать, пока иссякнут твои слезы; он верит, что ты справишься; знает, что у тебя есть опора в жизни.

К тому же, телефон доверия обладает информацией – от номера детской «скорой помощи» до адреса ближайшего к твоему дому наркодиспансера. При этом твое обращение остается анонимным – тебе не нужно скрывать детали, стыдиться собственных чувств. Это быстрая помощь здесь и сейчас, когда у тебя нет возможности искать психолога для очной консультации.



ФЕНИКС
лечебно-реабилитационный
научный центр



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

«ИГРОВАЯ ЗАВИСИМОСТЬ: КЛИНИКА, ПАТОГЕНЕЗ, ТЕРАПИЯ»

Цена книги – 350 руб.



ПСИХИАТРЫ ИНОГДА ШУТЯТ...

Дождавшись осмотра больного мужа, жена бросается к врачу и судорожно хватается за лацканы халата:

– Доктор, что с ним? Это серьезно?

– Вашему мужу необходим полный покой, я выпишу эффективный транквилизатор.

– А как ему его принимать?
– Принимать его будете вы.

• • •

– Сколько нужно гештальт-терапевтов для того чтобы закрутить лампочку?

– Один, но нужно чтобы лампочка сама этого захотела.

• • •

– Невроз вашей жены не опасен. С ним она проживет сто лет, – говорит доктор.

– А я? Сколько я с ним проживу? – спрашивает муж.

• • •

– Доченька, давай покажем, как мы выучили названия месяцев в году. Ну-ка!.. Ян...?

– Варь!

– Фев...?

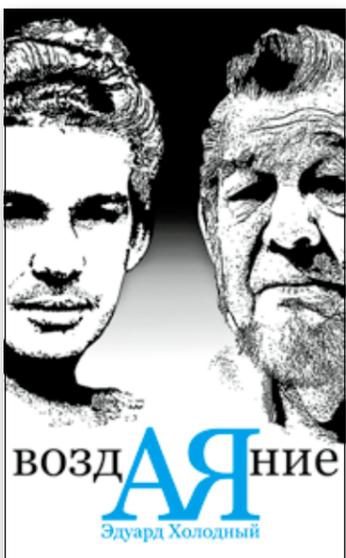
– Раль!

– А теперь сама!..

– Арт, Рель, Ай, Юнь, Юль, Густ, Ябрь, Ябрь, Ябрь, Ябрь!

ЧТОБЫ ПОМНИЛИ...

Вышел из печати посмертный сборник стихов известного ростовского поэта и врача Эдуарда Холодного. Это не просто поэтическое издание, это целая судьба удивительного человека, воплотившаяся в стихотворных строках. В книгу вошли произведения последних 53 лет жизни поэта.



Поэт живет в своих стихах



Е. ВАСИЛЬЕВА, вдова Э. ХОЛОДНОГО:

– Эдуард Холодный оставил после себя большое литературное наследие. Для того чтобы представить объем написанного Эдуардом Федоровичем, скажу, что все изданное при его жизни, все 20 поэтических сборников, составляют не более трети его литературных работ. Когда я ознакомилась с тем, что содержалось в многочисленных рукописях, записных книжках, блокнотах, на отдельных клочках бумаги, я поняла: богатство столь велико, что его нельзя обречь только лишь на статус семейной реликвии, – все это, несомненно, должно быть издано.

Эдуард Холодный начал писать стихи в шесть лет (первые публикации относятся к 1957 г.). Являлся активным членом Союза писателей России, автором двух десятков поэтических сборников. Эдуард Федорович играл заметную роль в культурной жизни Донского региона. Он был лауреатом Пушкинской премии и Премии губернатора, был удостоен Диплома Комитета защиты мира и медали, приуроченной к юбилеям А. С. Пушкина и М. А. Шолохова. Его стихи вошли в «Литературу Дона» – хрестоматию для чтения в 10–11 классах.

Эдуард Федорович более 40 лет проработал главным психиатром Северо-Кавказской железной дороги, был награжден двумя правительственными наградами. Он долгое время преподавал в Ростовском педагогическом институте и в Донском государ-

ственном техническом университете, где до последних своих дней руководил литературной студией «Путник». К 65-й годовщине Великой Победы управление культуры администрации г. Ростова-на-Дону присудило Эдуарду Холодному Диплом первой степени, а вы-

шедший вслед за этим коллективный сборник стихов донских поэтов получил в качестве названия одну из строк стихотворения Холодного – «Я помню музыку Победы»...

Наверняка, многие, интересующиеся поэтическими традициями Донского края, захотят более подробно познакомиться с творчеством Эдуарда Холодного и получить эксклюзивное издание его стихотворных произведений. Для них, а также, для тех, кто близко знал Эдуарда Федоровича, сообщаем адрес электронной почты, по которому можно обратиться с вопросом или разместить заказ на эту книгу: evasa1@yandex.ru.

ЗАНИМАТЕЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УПАКОВКА В РАСЧЕТЕ НА ПСИХОЛОГИЮ
На складе запасных частей автомобильной фирмы «Рено» во французском городе Дуэ задумались над вопросом: почему 3% ветровых стекол доходит до автосервисных станций разбитыми? Упаковка вроде бы достаточно на-

дежная – картонные коробки с прокладками из пористого полиуретана. После тщательного изучения вопроса специалисты пришли к выводу: дело в психологии. Хотя на картоне были сделаны надписи, предупреждающие о хрупкости содержимого, грузчики, не видя стекол, обращались с картонками

недостаточно аккуратно. После того как картон заменили прозрачной пластиковой пленкой, позволяющей видеть стекло воочию, бой сократился в четыре раза!

НЕСТАНДАРТНЫЙ ПОДХОД
В одном английском городке садовник совсем замучился: как бы старательно и аккуратно ни поливал траву на газонах, как бы он ни ухаживал за растениями, труд его постоянно оказывался напрасным – газон все время кто-нибудь вытаптывал. Он размещал запрещающие таблички: «По газонам не ходить!», «Траву не мять!», но ничего не помогало.

Тогда садовник, увлекшийся практической психологией, придумал такую табличку: «Берегись несчастный! Я все вижу, сейчас ты заплатишь штраф!» И что бы вы думали? Подействовало – ходить по газонам перестали.

ОВОЩИ И ПСИХИКА
Профессор Олаф Линдстрем (Норвегия) изучает влияние овощей на психику человека. По его мнению, салат развивает музыкальность, лук-порей – логику, морковь и шпинат внушают меланхолию, картофель успокаивает. Так что выбор овощей к столу – дело не простое.