

Омский психиатрический журнал

1 (23) 2020



Omsk Journal of Psychiatry

Омский психиатрический журнал

Omsk Journal of Psychiatry

Научно-практическое сетевое издание

Журнал включен в систему Российского индекса научного цитирования (РИНЦ)

1(23)
2020

ISSN
2412-8805

Издание зарегистрировано в
Федеральной службе по
надзору в сфере связи,
информационных
технологий и массовых
коммуникаций
Свидетельство
Эл № ФС77-58937
от 5 августа 2014 г.

Интернет-ресурс
[http://omskoop.ru
/opj/index.shtml](http://omskoop.ru/opj/index.shtml)

E-mail: pontiac@list.ru

В издании использованы
материалы и
иллюстрации
из открытых
Интернет-источников

На титульной странице
размещена репродукция
картины

Claude Verlinde
"Le voyage"

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Четвериков Д.В., д.пс.н., к.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

Васильченко К.Ф., к.м.н.
Омский государственный медицинский университет (Омск)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Федотов И.А., к.м.н.
Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова (Рязань)
Антилогова Л.Н., д.пс.н.
Омский государственный педагогический университет (Омск)
Дроздовский Ю.В., д.м.н.
Омский государственный медицинский университет (Омск)
Дементий Л.И., д.пс.н.
Омский государственный университет им. Ф.М. Достоевского (Омск)
Крахмалева О.Е., к.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)
Одарченко С.С., д.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)
Чеперин А.И., к.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)
Петрова Н.Н., д.м.н.
Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Бойко А.С., к.м.н.
Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН (Томск)
Белебева Е.А.
Омское общество психиатров (Омск)
Стаценко О.А., к.м.н.
Омский государственный медицинский университет (Омск)
Иванова Т.И., д.м.н.
Омский государственный медицинский университет (Омск)
Малютина Т.В., к.пс.н.
Омский государственный медицинский университет (Омск)
Федорова Н.В., к.пс.н.
Омский государственный педагогический университет (Омск)

Колонка редактора

Уважаемые коллеги!

Пандемия коронавируса, разразившаяся в последние месяцы во всем мире, к сожалению, не обошла стороной и психиатрическое сообщество России. Уже имеются эпизоды распространения новой коронавирусной инфекции в психиатрических больницах и психоневрологических интернатах, и больные с психическими нарушениями поступают в специализированные инфекционные клиники. Регистрируются случаи заражения наших коллег – врачей психиатров, сотрудников психиатрических клиник по всему миру. Главное событие в жизни отечественной психиатрической общественности – 17 Съезд психиатров России и конгресс WPA в связи с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой переносятся на начало сентября 2020 года. Точные даты будут объявлены дополнительно. В этой связи Омское общество психиатров также было вынуждено внести коррективы в свои планы. Но наш журнал, безусловно, будет выходить в привычном сетевом формате и в это непростое время.

К тому же в связи с пандемией COVID-19 и сопутствующими ей социальными и экономическими проблемами, сотни миллионов человек по всему миру оказались в непривычной психосоциальной ситуации, что, возможно, станет причиной возникновения новых и обострения существующих психических расстройств. ВОЗ считает, что на фоне стремительного распространения пандемии коронавирусной инфекции на все большее число стран мира, люди начинают испытывать повышенный страх, волнение и беспокойство. Это касается как населения в целом, так и отдельных групп граждан, например лиц старшего возраста, поставщиков услуг здравоохранения и лиц с сопутствующими нарушениями здоровья.

Говоря терминами общественного здравоохранения, используемыми в контексте охраны психического здоровья, главные психологические последствия пандемии сегодня выражаются в повышенном уровне стресса и тревожности. При этом по мере введения новых противоэпидемических мер и связанных с ними изменений (в первую очередь карантина, который сказывается на привычных для людей видах деятельности, повседневном укладе и основных источниках средств к существованию) также может расти распространенность одиночества, депрессии, пагубного употребления алкоголя и употребления наркотиков, равно как и распространенность самоповреждений или суицидального поведения.

В настоящее время предметом серьезной озабоченности в странах и регионах, которые уже значительно пострадали от пандемии, как, например, регион Ломбардия в Италии, становятся вопросы обеспечения бесперебойного доступа к услугам для людей с развивающимися или уже имеющимися нарушениями психического здоровья, наряду с вопросами поддержания психического здоровья и благополучия работников здравоохранения, находящихся на переднем крае борьбы с пандемией.

В рамках принятия ответных мер общественного здравоохранения, ВОЗ совместно со своими партнерами работает над созданием комплекта новых материалов по вопросам психического здоровья и психосоциальной поддержки в условиях вспышки COVID-19. И здесь оказание квалифицированной психиатрической помощи приобретает новое социальное звучание, в том числе и жителям Омской области. Поэтому в ближайших выпусках нашего журнала мы планируем особое внимание уделить вопросам оказания специализированной психиатрической, психотерапевтической и клинико-психологической помощи в условиях пандемии COVID-19.

Текущий выпуск журнала открывает статья нашего нижегородского коллеги, посвященная психопатологическим аспектам творчества М. Горького. Являясь знаковой фигурой советской художественной литературы раннего периода, М. Горький сформулировал собственную концепцию «мира и человека». В литературном творчестве писатель постоянно обращался к художественному образу «человека», уделяя важное значение вопросам психопатологии в изображении своих персонажей. Созданные писателем наиболее яркие клинические образы уже стали классикой советского литературоведения. В статье дан психопатологический анализ некоторых произведений из творческого наследия писателя.

Исторические аспекты психиатрии раскрываются нашими коллегами из Омской академии МВД России. В их статье анализируются законодательные акты, регулирующие вопросы, касающиеся формирования института принудительных мер медицинского характера на разных ступенях развития российского общества. Рассматриваются правовые основы принудительного лечения лиц, страдающих психическими заболеваниями и совершивших преступное деяние. Делается вывод о необходимости дальнейшего совершенствования дан-

ного института.

В статье омских психиатров представлены результаты исследования критических способностей у пациентов призывного возраста с легкой умственной отсталостью. Выделены следующие проявления нарушения критичности: трудности усвоения инструкции, отсутствие чувства экспертной ситуации, незрелость, интеллектуальная недостаточность, импульсивность, социальная дезадаптация, делинквентность.

Одной из самых важных задач психиатрической службы является защита общества от возможного опасного действия психически больных. Профилактика ООД лиц, страдающих психическими расстройствами, вышла за пределы чисто медицинских мероприятий, требует комплексного использования лечебно-реабилитационных, психосоциальных мероприятий, с учетом межведомственного и междисциплинарного взаимодействия, с использованием специфических форм профилактических мероприятий. Клинико-реабилитационным аспектам амбулаторного принудительного лечения психически больных посвящена статья врачей Омской психиатрической больницы.

Тему принудительного лечения продолжает статья психологов нашей клиники. реабилитационные мероприятия при осуществлении мер медицинского характера имеют свои особенности, связанные с асоциальными тенденциями данной категории пациентов, применяют разные виды лечебно – реабилитационного воздействия на пациента. Лечебно-диагностическую работу проводят врачи, осуществляется наблюдение за пациентами другим медицинским персоналом с обеспечением выполнения назначенного режима, медицинский психолог проводит экспериментально-психологические исследования с осуществлением коррекционной работы, оказание социально-правовой помощи специалистом по социальной работе.

В период самоизоляции особое значение

приобретает использование цифровых средств коммуникации, которое, нередко приводит к формированию нехимических форм аддиктивного поведения, в частности – к Интернет-зависимости. Увлекаясь компьютером, ребенок меньше интересуется обыкновенными игрушками и постоянно стремится к монитору. Компьютерные игры и сетевое общение могут сильно повлиять на формирование личности в подростковом возрасте. В последнее время данная проблема все шире распространяется именно на подростков. Поскольку они настолько вживаются в виртуальную реальность, что там им становится интереснее, чем в реальной жизни. В виртуальной реальности поставлены вполне конкретные задачи, невыполнение которых не приведет к каким-либо потерям, плохим оценкам; сделанная ошибка может быть исправлена путем повторного прохождения того или иного уровня игры. Это особенно привлекает подростков и заставляет все больше времени проводить перед монитором.

На сегодняшний день значительно увеличивается число подростков, имеющих зависимость, и, более того, снижается возраст этих подростков. В связи с этим возникает необходимость изучения данной проблемы, разработки способов профилактики и коррекции зависимого поведения. Разработанный и реализованный специалистами ОмГПУ тренинг с использованием гештальт-терапевтических техник является эффективным средством коррекции компьютерной зависимости подростков. Данной проблеме посвящена заключительная статья текущего выпуска журнала.

Правление Омского общества психиатров и редакционная коллегия сетевого издания «Омский психиатрический журнал» призывает коллег в это непростое время беречь себя и своих близких.

**Правление Омского общества психиатров.
Редакционная коллегия.**

Содержание / Contents

Колонка редактора	2	Editor's column
История психиатрии		Clinical Aspects of Psychiatry
<i>Безчасный К.В.</i>	5	<i>K. V. Bezchasniy</i>
Клинические вариации по художественным произведениям М. Горького.		Clinical variations according to works of art by M. Gorky
<i>М.М. Горшков, О.И. Гутникова, Е.А. Едомский</i>	13	<i>M.M. Gorshkov, O.I. Gutnikova, E.A. Edomsky</i>
Исторический обзор формирования в России института принудительных мер медицинского характера		Historical review of formation in Russia institute of forced medical measures
Клиника психических расстройств		Clinic for Mental Disorders
<i>Н.А. Долгушева, О.В. Вихорев, А.Н. Иванчук, Д.А. Ткаченко, Ю.Г. Бикмаева</i>	18	<i>N.A. Dolgusheva, O.V. Vikhorev, A.N. Ivanchuk, D.A. Tkachenko, Yu.G. Bikmaeva</i>
Нарушение критичности у лиц призывного возраста с легкой умственной отсталостью		Criticality violation in persons of recruiting age with easy mental disability
<i>Л.Д. Булчевская, И.А. Горьковой, Л.И. Кочергина</i>	24	<i>L.D. Bulchevskaya, I.A. Gorkovoy, L.I. Kochergina</i>
комплексный подход в оказании психиатрической по- мощи психически больным, находящимся на АПЛ и АДН		Integrated approach to psychiatric service for outpatient compulsory and active dispensary observation patients
Клиническая психология		Medical psychology
<i>Е.В. Казакова, Т.П. Степанкина, Н.А. Голованова</i>	27	<i>E.V. Kazakova, T.P. Stepankina, N.A. Golovanova</i>
Диагностическая, консультативная и психокоррекционная работа медицинского психолога в отделении принудительного лечения специализированного типа		Diagnostic, advisory and psycho-corrective work of a medi- cal psychologist in the department of compulsory treatment
<i>Н.В. Федорова</i>	32	<i>N.V. Fedorova</i>
Тренинг с использованием гештальт-терапевтических техник как средство коррекции подростковой интернет-зависимости		Training using gestalt-therapeutic techniques as a tool of cor- rection of Internet addiction in teenagers

История психиатрии

УДК: 616.89

Для цитирования: Безчасный К.В. Клинические вариации по художественным произведениям М. Горького. Омский психиатрический журнал. 2020; 1 (23): 5-12. doi: 10.24411/2412-8805-2020-10101

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАЦИИ ПО ХУДОЖЕСТВЕННЫМ ПРОИЗВЕДЕНИЯМ М. ГОРЬКОГО

К.В. Безчасный

Федеральное казенное учреждение здравоохранения
«Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел Российской Федерации по городу Москве»

pontiac@list.ru

Аннотация. Являясь знаковой фигурой советской художественной литературы раннего периода, М. Горький сформулировал собственную концепцию «мира и человека». В литературном творчестве писатель постоянно обращался к художественному образу «человека», уделяя важное значение вопросам психопатологии в изображении своих персонажей. Созданные писателем наиболее яркие клинические образы уже стали классикой советского литературоведения. В статье дан психопатологический анализ некоторых произведений из творческого наследия писателя.

Ключевые слова. Художественная литература, психопатология, концепция личности.

CLINICAL VARIATIONS ACCORDING TO WORKS OF ART BY M. GORKY

K. V. Bezchasnyi

Abstract. Being a sign figure of the Soviet fiction of the early period, M. Gorky has formulated own concept "the world and the person". In literary creativity the writer constantly addressed an artistic image of "person", giving importance to psychopathology questions in the image of the characters. The brightest clinical images created by the writer already became classics of the Soviet literary criticism. In article the psychopathological analysis of some works from the creativity heritage by the writer is given.

Keywords. Fiction, psychopathology, concept of the personality.

Максим Горький оставил глубокий след в русской литературе именно потому, что сумел передать в своих произведениях характер русского человека, своеобразное лицо России, угадать в ее народе духовную силу, способную на великие социальные свершения. Его называли самобытнейшим русским писателем, ярче многих отразивших в своем творчестве противоречия жизни России. Большинство художественных произведений писателя построено на тонком колебании смысла, на сочетании противоречий не диссонирующих, не отделяющих друг друга. Ненавязчивость писателя, при его всеприсутствии, поразительна. Отказ от «общих вопросов» в пользу «исключительного существования» вел к неизбежному внутреннему одиночеству и творческой изоляции. Принадлежность к «подрубленному» поколению трагически совпала с его индивидуальными качествами личности, склонной к меланхолии и рефлексии...

Его литературное наследие, в целом, есть мысль, выражающая истину, причем для него чаще всего бесспорную и, увы, безотрадную, с привычной точки зрения. Радужные истины его не волновали, и в этом – острое своеобразие его личности и его музыки, воплощавшее дисгармонию как равноправную «ипостась» бытия. От и до простирается его убежденность в

бессмысленности или, по крайней мере, «необязательности» человеческого существования. Размышляя о «жатве» с «жизненного поля», он не прельщается ничем, у него прослеживаются многие принципиальные темы и решения: разочарование, тщета человеческих усилий, мизантропические мотивы на отсутствие «отклика» и «отзыва», смешная пылкость сердца и холод опыта, оппозиция «бессмертным иллюзиям духа», и неверие в «грядущую жатву». Своеобразие его творчества проявлялось в печальном стремлении отнимать надежду на надежду. Выстраданный лиризм...

Сама зыбкость слова писателя есть воплощение непостижимости закона, перед которым человек вынужден смириться. Драматичность в повествовании приобретает подлинно трагический поворот. Мелодраматическая «подсветка» лексики и интонации выдает сильнейшее волнение. Обычное повествование лирически окрашено, тяготеет к метафоре и усиленной и усиленной поэтичности, авторский голос звучит не просто открыто, но исповедально. Художественные находки и литературные истины он словно «в камне вырубал» и делал это с изумляющей непрекращаемостью, тем самым утверждая их незыблемость...

В литературном творчестве М. Горький шел глубокомысленным путем: встречаясь с

разными людьми, переполненный впечатлениями, он вспоминал, анализировал, сопоставлял, размышлял... Он бунтовал против пошлости мироотношения, против засилия обыденного сознания, против банальных мыслей и чувств в которых обнаруживается лишь фальшь и глухота к собственной внутренней жизни, раздражаемой противоречиями, и к жизни вокруг, и к вечным вопросам бытия. Тягостный соблазн завлекает нас в слабости героев его художественных произведений, в незначимость ревности без трагического пароксизма или красоты, в боль, от которой остается только напряжение. Стилистическая неловкость становится дискурсом приглушенной боли...

В произведениях М. Горького отчетливо изображены представители различных, чаще всего, наиболее социально-уязвимых слоев населения. Так в рассказе «Варенька Олесова» мы видим старика Олесова: он груб, озлоблен, брюзга, живущий только своим прошлым и считающий только это прошлое хорошим, настоящий деспот, циник и домашний тиран — это черты, так присущие старческому слабоумию, преждевременно появившиеся «благодаря» систематической алкоголизации, художественно точно и достоверно отражают клиническую картину этого заболевания [2]. Тетка Левицкая представляет своеобразную смесь самопожертвования, доходящего до героизма, чисто институтской наивности, грубости и в то же время сентиментальной впечатлительности и мечтательности; неудовлетворенная любовь, как у многих старых дев, делает все ее существо, несомненно, болезненным. Ее ненормальность сказывается и в психоэмоциональной неустойчивости, в манере себя вести, порывистости речи и движений и в своеобразном, романтическом содержании мысли. Такие старые девы часто служат, к сожалению, предметом насмешек. В рассказе, тетка Левицкая, является человеком высоких душевных качеств. Бенковский — типичная психопатическая личность — «припадочный» (как его называет Полканов), поэт, у которого метафизически-идеалистическое мировоззрение с оттенком чисто личного пессимизма, ноющей тоски как-то жалко перемешано с поэтическими мечтаниями, слепой и реальной любовью к достаточно практичной женщине. Весь его душевный склад так часто присущ людям невропатической конституции, истеричным и неврастеникам, и Полканов был прав, думая про него: «Если бы ты был убежден в истине твоей веры, то был бы покоен. А ты вот кричишь. И не потому ты, брат, кричишь, что ты идеалист, а потому, что у тебя скверные нервы» [2].

Возбуждает интерес возможность того обморочного состояния, в которое привела страсть, охватившая приват-доцента Полканова — этого человека с несомненно развитым умом, но «вялым сердцем», которому больше свойственно

«упрямство страсти», чем «сила чувства». Из сопоставления с одной стороны Полканова и Бенковского, с другой — Вареньки — этого олицетворения силы и духа, живого, жизненного, хотя и дикого, чуть ли не первобытного ума и красоты тела, нельзя не усмотреть намека на ложность нашей современной жизни, дающей людям болезненные состояния.

На эту же тему написан с большой иронией маленький, но сильный рассказ «Еще о черте». Стоит вспомнить только какие неблагоприятные части вытащил черт из сердца Ивана Ивановича, чтобы признать, как ценит Горький здоровые и сильные чувства, без которых и развитый ум мало что значит. Личность Игната Гордеева такова, что мимо него нельзя пройти, не остановившись на нем подробнее. Него неуравновешенность, его переходы от поразительной энергии в наживе к необузданным кутежам и в дальнейшем к покаянию тоже могут быть истолкованы как психопатологический симптом. Сам Горький объяснял Игната Гордеева так: «Было как бы трое Гордеевых, или в теле Игната были, как бы три души. Одна из них, самая мощная, была только жадна, и когда Игнат жил, подчиняясь ее велениям, — тогда он был просто человек, охваченный неукротимой страстью к работе. Эта страсть горела в нем дни и ночи, он всецело поглощался ею и хватая всюду сотни и тысячи рублей, казалось никогда не мог насытиться шелестом и звоном денег. Он метался по Волге вверх и вниз, укрепляя и настраивая на ней сети, которыми ловил золото: он скупал по деревням хлеб, возил его в Рыбинск на своих баржах, грабил, обманывал, иногда не замечал этого, иногда замечал и торжествуя, открыто смеялся над обманутыми им и в безумии своей жажды денег возвышался до поэзии».

Далее мы видим прекрасное описание его другой души — «буйной и похотливой», души «раздраженного голодом зверя». Вслед за этим наступал как бы третий Гордеев, Гордеев кающийся, смиренный и в покаянии своем столь же безграничный и крайний, как и в кутежах и наживе. Описание всего душевного склада Игната Гордеева не нуждается в похвале. Но с толкованием, которое дает Горький, сложно согласиться. Вернее смотреть на Игната, т.к. его понимал А.М. Скабичевский: «...эти периодические переходы происходили вовсе не от того, чтобы у Игната Гордеева и в самом деле было 3 души. Это были полосы одной и той же могучей природы, одинаково необузданно-страстной во всех своих проявлениях, как хороших, так и плохих. Эта страстность, сила и цельность Игната и привлекает наши взоры, заставляет невольно любоваться на него даже в минуты его грязных оргий. Наконец, именно эти самые полосы приравняют его к старинным историческим русским типам некоторых Московских царей, бояр и торговых людей» [12].

Душевная мощь Игната Гордеева не может возбудить сомнений, а его неуравновешенность указывает на противоречивость его душевных переживаний, на ее слабость и патологичность. Но, если жизненный успех Игната Гордеева зависел от того, что он мог, благодаря своей душевной мощи, легко справляется с велениями совести и побеждает ее, то для Маякиных, Смолиных это объяснение не совсем подходит, тем более, что в них совесть-то как раз не заговорила. Не особенно она, видно, трогала и тех лиц, которых характеризовал Фома Гордеев в своей отповеди на блестящую речь Маякина на пароходе. Среди них есть лица с несомненными аномалиями в психической сфере: «Знал он также о Щурове, что старик изжил 2 жен, одна из них умерла в первую ночь после свадьбы в объятиях Анания. Затем он отбил жену у сына своего, а сын его с горя запил и чуть не погиб от пьянства, но вовремя опомнился и ушел спасаться в скиты, на Иргиз. А когда померла сноха-любовница, Щуров взял в дом себе немую девочку-нищенку, по сей день живет с ней, и она недавно родила ему мертвого ребенка...»[11].

А вот обращение Хренова с Машей в повести «Трое»: «...теперь когда она села против света лампы, он (Илья) хорошо видел ее фигуру. Она оперлась на спинку стула, свесив тонкие руки и склонив голову на бок, учащенно дышала своей тонкой грудью. Была она какая-то бесплотная и казалась составленной из одних только костей. Ситец ее платка обрисовывал угловатые плечи, локти, колени и лицо у нее было страшно от худобы. Синеватая кожа туго натянулась на висках, скулах и подбородке, от этого рот ее был болезненно полуоткрыт, тонкие губы не скрывали зубов, и на ее маленьком удлинённом лице застыло выражение тупой боли, испуга. А глаза смотрели тускло и мертво: «Хворала ты? — спросил Илья. — Не-ет — медленно ответила она. — Я совсем здоровая... Это он меня отдал... — Муж? — Муж...». Ее протяжные, негромкие слова звучали, как стоны: оскаленные зубы придавали лицу что-то рыбье и мертвое... Как будто лицо это улыбалось той улыбкой, которой иногда улыбаются покойники... — Ты ушла от него? — Да-а... Я уже четвертый раз... Когда не могу больше терпеть и... убегаю... Прошлый раз в колодезь было хотела... а он поймал... и так бил, так мучил... — Ноги он мне все ломает... — Уж я не знаю. Он в суде недавно сидел 2 недели кряду... все судил... Приходил оттуда злой, голодный... Взял да щипцами самоварными грудь мне ущемил и воротит, и крутит... Гляди-ка? Она дрожащими пальцами расстегнула платье и показала Илье маленькие, дряблые груди, покрытые темными пятнами, точно изжеванные... — А плечи-то как исколотил, гляди-ка! И всю как есть... живот ищипал весь, волосы подмышками выщипал...»[10].

Этого достаточно, чтобы сделать вывод о том, что и Щуров, и Хренов страдали половым

извращением, таким как садизм. Имея в виду социально-нравственные условия, как основной аккорд в музыке Горького, нельзя не отметить, что купеческая среда, условия ее деятельности, возможность преуспевания в ней, требуют, прежде всего, жизненной энергии, активности душевных сил. Побуждения совести, как осуждающие не только отдельные приемы этой профессии, но может быть и саму профессию, конечно только мешают. И потому среди преуспевающих мы встречаем тех, кто умеет побеждать эти веления, начиная с Игната и Маякина, и кончая Щуровым и Хреновым. Болезненная порочность последних отмечена только как момент, умаляющий веления совести, а, следовательно, дающий возможность преуспевать.

В рассказе «На плотях» мы видим Митрия с высоким религиозно-мистическими стремлениями и отвращением к обычной жизни (во грехе), Митрия, у которого эти душевные качества несомненно обязаны его болезненной, невропатической организации [9]. Еще пример ужасного смешения жестокости с тайным плотским вожделением и цинизмом мы видим в рассказе «Вывод», где обезумевшая толпа бесчеловечно глумится над несчастной согрешившей женщиной [4].

«Отверженными» в произведениях Горького являются лица, которые в силу различных сложных условий не принимают участия в общественном труде всего общества, как это делает большинство членов общества. Наоборот, труд для них является злом, к которому они прибегают только в том случае, когда нельзя себе достать необходимого более легким способом. Сапожник Перфишка («Трое») и Гришка Орлов, только тогда принимается за свое ремесло, когда уже продать нечего и только для того, чтобы купить себе водки. Или судьба учителя в «Бывших людях», которые, несмотря на свои высокие нравственные качества, не мог удержаться места учителя, а также не мог продолжать работать корреспондентом, а каждый раз неизменно вновь возвращался в «божедомку». Семейные отношения всех этих людей не то, что не блещут добродетелями или не поражают пороками, а просто несчастные и нелепые. Внутренние их желания, мечты и надежды составляют постоянный переход от бесшабашного пьяного веселья к беспредельной грусти и тоске наряду с полным бездельем и неспособностью к профессиональной деятельности.

Некоторые, преимущественно женщины, попадают в такую среду, где наряду с упомянутыми душевными качествами можно вполне ужиться — это проституция и ночлежка «бывших людей» вплоть до тюрьмы. Среди этих отверженных мы встречаемся, прежде всего, с привычными пьяницами или как Тетерев в «Мещанах» со свойственным алкогольным юмором называет себя «потомственным алкоголиком и

кавалером Зеленого Змия»[6]. Среди них нужно отличать людей мягких, доброй души, тоскующих и страдающих при виде всякого зла, поэтов, романтиков души, но неизменных хронических алкоголиков, пропивающих все, не сознающих весь ужас нравственных последствий их болезненных влечений и не умеющих совладать с ними. Таковы учитель в «Бывших людях», Перфишка в повести «Трое», Перчихин в «Мещанах», актер в пьесе «На дне». Как стали алкоголизироваться эти персонажи, мы не знаем, т.к. рассказ застает их уже пьющими, мотивируют же они свое пьянство общими неопределенными выражениями типа «тоска», «легче станет» и т.п. Вернее всего предположить, что они, как говорит Тетерев, «потомственные алкоголики», т.е. люди с болезненно-ослабленной волей и болезненным же влечением к пьянству. Оно, в конце концов, губительно отражается на всем их нравственном складе: все вероятно помнят, как Перфишка вместе с Матицей продал свою дочь старику-развратнику Хренову. Наглядный пример, насколько тот или другой душевный склад человека имеет влияние на все его будущее, мы видим в судьбе «Троих», живших в одинаковых неблагоприятных условиях. Припомните Якова, этого маленького созерцателя-философа с мягким, легко подчиняющимся характером и Павла, отчаянного, смелого, живого, страстного поэта-самоучку. Жизнь обоих складывается отвратительно. Яков под конец является почти уже готовым алкоголиком. Павел тоже пьет от горя и отчаяния, но бурно, шумно и сильно, а Яков пьет тихо, один и от слабости. Под конец он выбивается и легче всех приобщается к настоящей жизни, Яков же погибает, но не столько от душевной мягкости, доходящей до слабости. И начинающееся у него пьянство есть только арена, где укладывается его слабая или ослабевшая душа. Но, та же душевная слабость может быть и унаследованной и проявляться болезненно. Вот характерное описание того состояния, которое испытывает пьяница, когда у него наступает непреодолимая потребность пить: «Через день, много через два, он (учитель), разбитый, утомленный и жаждущий, уже смотрел на ротмистра откуда-нибудь из угла тоскливыми и умоляющими глазами и трепетно ждал, когда смягчится сердце друга». «Учитель ловил своего друга опять-таки где-нибудь в темном углу и, крепко вцепившись в его грязную шинель, весь дрожащий, глубоко трагическим взглядом смотрел в его лицо.— Не можешь? – угрюмо спрашивал ротмистр. Учитель молча и утвердительно кивал головой и затем уныло опускал ее на грудь, вздрагивая всеми своим телом, длинным и худым.— Потерпи еще день... может быть, справишься? — предлагал Кувалда. Учитель вздыхал и тряс головой отрицательно, безнадежно. Ротмистр видел, что худое тело друга все трепещет от жажды яда и доставал из кармана деньги»[10].

В повести «Трое» несчастная «подруга детства», слабая, тщедушная, недоразвитая физически, мечтательная, доверчивая Маша, дочь больной прогрессивным параличом и больного хроническим алкоголизмом, представляет все признаки физического недоразвития и душевной слабости в выраженной степени, что характеризует их в продаже дочери старику Хренову, у которого она была только жертвой, сносившей весь ужас и пытки от совместного сожительства с таким извергом. Она и скрыться даже не могла, как следует, до того она была слаба и забита мужем. Другая, более сильная, на ее месте или совершила бы преступление, или покончила бы с собой, т.е. нашла бы выход из такой продолжительной психотравмирующей ситуации [10].

Несомненный интерес представляет Каин, хотя и не столько с психопатологической, сколько с точки зрения социальной психологии. Можно видеть, как под влиянием постоянных гонений по национальным мотивам, человек может быть доведен до отчаяния, состояния постоянного страха, каждую минуту готового перейти в ужас, доводящий его до беспамятства: «Что я людям? — восклицает этот вечно гонимый человек. — А что мне люди? Гады, увидят все места тела моего и в душу мою... Зачем я живу? И только несчастья знаю я?... и в солнце нет лучей...!».

Вспомним заботы Матицы о Маше, утешения Наташи и несомненную, хотя и своеобразно проявляемую любовь Веры к Павлу. Из чего сильна потребность чистой любви у этих несчастных, доказывает прекрасный по своей яркой образности маленький рассказ «Болесь», где уродливая, немолодая, по виду грубая проститутка пишет и сама же отвечает воображаемому Болесю [1]. На эту же тему нарисован портрет Насти «На дне» [8]. Вида в этих женщинах столько иной раз до наивности доходившей душевной мягкости, доброты, а подчас просто слабости, трудно предположить, что их толкнуло на эту торную дорогу что-либо иное, кроме душевной слабости не без некоторого «надрыва», как у Веры «Трое» [10].

Пример редкой душевной тупости, которые сыграли немаловажную роль в ее жизненной карьере, представляет проститутка Аксинья Калугина в рассказе «Васька Красный»: «Это была девушка среднего роста, толстая и такая плотная — точно ее молотками выковали. Грудь у нее могучая, высокая, лицо круглое, рот маленький с толстыми ярко-красными губами. Бесцветные и ничего не выражавшие глаза напоминали о 2 бусах на лице кукол, а курносый нос и куделки над бровями довершали ее сходство с куклой... Она шла своей тяжелой походкой, бессмысленно улыбаясь и поводя глазами справа налево, чему ее научила хозяйка и что называлось «завлекать гостя». Ее глаза так привыкли к этому движению, что она начинала «завлекать гостя» прямо с того

момента, когда, пышно разодетая, выходила вечером в зал еще пустой, и так ее глаза двигались из стороны в сторону все время, пока она была в зале: одна, с подругами или гостем — все равно. У нее была еще одна особенность: обвить свою длинную косу, цвета нового мочала, вокруг шеи, она опускала конец ее на грудь и все время держалась за нее левой рукой, — точно петлю носила на шее своей... Она могла сообщить о себе, что зовут ее Аксинья Калугина, а родом она из Рязанской губернии, что она девица, «согрешила» однажды с Федькой, родила и приехала в этот город с семейством «акцизного», была у него кормилицей, а потом, когда ребенок умер, ей отказали и «наняли» сюда. Вот уже 4 года она живет здесь... — Нравится? — спрашивали ее. — Ничего. Сыта, обута, одета... только беспокойно вот... — Зато весело!? — Где? — спрашивала она, «завлекая гостя». — Здесь-то... разве не весело? — Ничего!... — отвечала она и, поворачивая головой, осматривала зал, точно желая увидеть, где оно тут, это веселье!». Говорила она густым басовым голосом, а смеялась... как здоровый мужик среди своих подруг, она была менее несчастна, чем он, ибо ближе их стояла к животному» [3]. После этого прекрасного, как художественного, так и клинического описания вряд ли можно сделать другое предположение, как то, что врожденная интеллектуальная недостаточность Аксиньи Калугиной является одной из главных причин ее общественного положения.

Дядя Лунева — горбун только помогает обогреть умирающего старика и потом отправляется замаливать свой грех, хотя и не особенно истово. Постоянная готовность к преступлению Гришки Орлова и убийство купца Полуэктова Ильей Луневым является тоже последствием слабых сторон в их душе. Князь Шакро Птадзе («Мой спутник»), представляющий интерес с точки зрения происхождения нравственных чувств [7]. Фигура его нарисована Горьким удивительно ярко. Шакро же сильно напоминает Артема из рассказа «Каин и Артем», который вполне подобен дикому, красивому животному, проводя свое время между амурными кратковременными набегами и безмятежным лежанием на песке. Несмотря на то, что это животное на время и почувствовало благодарность к спасшему его Каину, но не с его душой можно встать выше толпы, улицы, над которой он имел власть только благодаря своей колоссальной физической силе. У Артема нравственные чувства представляются рудиментарными. Несомненно, более патологичен Васька Красный в одноименном рассказе, возмутительная кровожадная жестокость которого свидетельствует о недоразвитости нравственного чувства. Но даже и этот зверь способен на просветление души, хотя и при помощи тяжелого урока [3].

Васька представляет собой переход от зверя в образе человека к так называемым морально-

помешанным, образец которого представляет Промптов в рассказе «Проходимец», не чуждый теоретизирования и этим отчасти только напоминающий «теоретиков». В основе этого резонерства лежит его своеобразный душевный склад, диктующий ему все его рассуждения. Всякий, кто прочтет «историю его жизни», увидит, что уже с юных лет он стал проявлять особенное бесстыдство и распушенность в своих преждевременно проснувшихся половых вожделениях, которые вообще занимают выдающееся место во всей его жизни.

Как Шакро Птадзе и Артем причиняют зло, поскольку встречают препятствия в социальной среде для своих животных потребностей. Васька Красный сильно напоминает и Шакро, и Артема, но его возмутительная кровожадность в специальной сфере, прямо вызывает извращение близкое к садизму. Поэтому сам Васька Красный стоит на границе уже патологических личностей. Таким же предстает и Промптов, который помимо ослабления внимания и воли проявляет чрезмерно требовательность к причинению зла другим: слишком уже ярко выступает в нем эта черта наряду с несомненным резонерством: «Приходил высокий, костлявый и кривой на левый глаз, неизвестного происхождения человек, с испуганным выражением в больших круглых глазах, молчаливый, робкий, трижды сидевший за кражи по приговорам мирового и окружного судов. Фамилия его была Красильников, но его звали Полтора Тараса, потому, что он был как на полроста выше своего неразлучного друга, дьякона Тараса, расстриженного за пьянство и развратное поведение. Дьякон был низенький и коренастый человек с богатырской грудью и круглой, кудлатой головой. Он удивительно хорошо плясал и еще удивительнее сквернословил. Они вместе с Полтора Тарасом избирали своей специальностью пилку дров на берегу реки, а в свободные часы дьякон рассказывал своему другу и всякому желающему слушать сказки собственного сочинения, как он заявлял. Слушая эти сказки, героями которых всегда являлись святые, короли, священники и генералы, даже обитатели ночлежки безразлично плевались и тарасили глаза и тарасили глаза в изумлении пред фантазией дьякона, рассказывавшего, прищурив глаза и с беспристрастным лицом, поразительно бесстыдные вещи и грязно фантастические приключения. Воображение этого человека было неиссякаемо и могуче — он мог сочинять и говорить целый день с утра до вечера и никогда не повторялся. В его лице погиб, быть может, крупный поэт, в крайнем случае, недюжинный рассказчик, умевший все оживлять и даже в камни влагавший душу своими скверными, но образными и сильными словами» [7]. Хорош и юноша Метеор, спокойно и почтительно объявивший Мартьянову: «А я возьму камень и по голове вас

тресну...»[7]. Галерею этих портретов пополняет собой «студент» в рассказе «В степи», так предательски жестоко и спокойно задушивший случайно встретившегося ему чабана.

Трудно сказать, что заставило всех их стать «бывшими людьми». Конечно, общие условия являются для них столь же могущественными, как и для всех людей. Озлобленность, ненависть, желание сделать что-нибудь плохое в отношении других людей, произвести нарушение правопорядка, общественной тишины и спокойствия. Видя в них родство, как с древней бродячей Русью, так и современными цыганами, автор достаточно тонко усматривает в них свою психологическую особенность, что они бродят не табором, стадом, с которыми связаны самыми тесными узами, а наоборот бродяжничают в одиночку и никаких уз не знают и не хотят знать. К ним следует отнести Челкаша, Лойко Зобара, Раду, Лару, Мальву, Сережку, Аристида Кувалду, Гришку Орлова, Коновалова, Фому Гордеева и Илью Лунева.

Таков и Фома Гордеев: немаловажную роль здесь сыграло его воспитание без матери, воспитывался он на теткиных поэтических сказках, мать умерла при родах. Однако, когда Фома стал более самостоятельным мы видим его беспредельные метания, буйные кутежи и оргии, полное безделье, от которых его претит в постоянное тяготение, постоянные искания чего-то лучшего, лучшей доли, прислушивание к каждому, кто хоть немного может ввести его в тот добродетельно-идеалистический туман, который застилает его ум и вечно терзает его «негибкое сердце», производя грызущую тоску.

Не напоминает ли Фома Гордеев Пьера Безухова, этого грузного, здорового, рассеянного, доброго юношу, тоже прислушивающегося в своих исканиях истины к каждому, начиная с масонов и кончая Каратаевым, Пьера Безухова, тоже бесцельно, нелепо проводящего все время по сравнению хотя бы с уравновешенным, умным и последовательным Андреем Болконским? Ведь он, как и Фома Гордеев, кутит и безобразничает, что не мешает Андрею Болконскому от всей души любить Пьера Безухова за его чистую и светлую душу и не только любить, но и прислушиваться к его мыслям, т. к. он никогда не повторял чужих слов, а если говорил, то говорил от себя. Правда, все его мысли рождались туго, слишком медленно, как-то внезапно. Таков и Фома Гордеев[11].

Его мечтания, вечно грызущая тоска, полная неспособность к жизни являются результатом постоянного столкновения двух не могущих примириться сил, относительно слабого, но все-таки недюжинного и вместе с тем неясного ума и негибкого, сильного и любвеобильного сердца. Чем закончится это столкновение?... У Безухова оно окончилось самым жалким образом, найдя свое успокоение в узкой замкнутой

семейной жизни, может быть и понятное для того времени. Фома, в конце концов, заболевает психическим заболеванием. Некоторые критики упрекают Горького за такой конец повести, считая его, последовательным для реального лица, которого наблюдал автор, но неправильным для Фомы Гордеева, как литературного персонажа. Его поведение на пароходе является выражением глубокого возмущения, — это крик его страдавшей души, треск и рев сломавшегося, «негибкого» сердца. Может быть, этот момент и послужил последним толчком для начала психоза в страдавшей душе.

Более патологичен, конечно, Илья Лунев, хотя его «искание частной жизни» не болезненного происхождения. У него неблагоприятная наследственность: дед в течение 8 лет жил отшельником и молчаливым замаливал свои грехи; его отец имел буйный, беспокойный характер и был сослан за поджог в Сибирь и дядя горбун тоже с уязвленной душой. Да и сам Илья, был чрезмерно самолюбив, переоценивающий свою собственную личность, легко впадающий в аффекты, с чрезмерно развитой душевной рефлексии, невольно напоминаящий Дмитрия Карамазова. Наряду с этим он озлобленно критически настроен к окружающему, сам его отбрасывает и вместе с тем постоянно тоскует, страдает от неумения найти исхода в частую жизнь. Его патологичность особенно проявилась в том состоянии, в котором он убил купца Полуэктова, состоянии, несомненно, импульсивном: «На другой день после встречи со стариком Илья медленно и молча расхаживал по главной улице города. Он не выкрикивал названия своих товаров, а только смотрел тупыми глазами в ящик и в сердце его неподвижно лежало тяжелое темное чувство. Ему все представлялся ехидный взгляд старика, спокойные голубые очи Олимпиады и то движение ее руки, которым она подавала ему вчера деньги. В сухом морозном воздухе летали острые снежинки, покалывая лицо Ильи... Илье показалось, что когда он взглянул на дверь лавки, за стеклом ее стоял старик и насмешливо улыбаясь, кивал ему своей маленькой головкой. Лунев чувствовал непобедимое желание войти в магазин и посмотреть на старика вблизи... — Узнали меня? — зачем-то спросил Илья. Старик снова взглянул на него... — Может и узнал... Что надо-то! — Монету купите? — Покажите... Илья передвинул свой ящик за спину и полвека за кошелем. Но рука у него почему-то не находила кармана и дрожала также, как дрожало его сердце от ненависти к старику, от страха перед ним и от желания скорее что-то сделать. Шаря рукой под полую своего пальто, он упорно смотрел на маленькую лысую голову, и по спине у него пробежал холод... — Ну, скоро ты? — вдруг спросил старик сердитым голосом. — Серdito!... — тихо с усилием ответил Илья. — «Екатерининский... Анны... Екатерининский... Павла... тоже...

крестовик...тридцать второго... или пес его знает, какой! На... — этот не возьму, стертый весь.— Да ведь видно по величине-то, что четвертак, — сурово сказал Илья.— За пятиалтынный — приму...Старик отшвырнул от себя монету и быстрым движением руки выдвинув ящик конторки, стал рыться в нем. Злоба, жгучая, как промерзлое железо, охватила Илью, — он взмахнул рукой и крепкий кулак его ударил по виску старика. Меняла отлетел к стене, сильно стукнулся об нее головой, но тотчас же бросился грудью на конторку и схватившись за нее руками, вытянул тонкую шею к Илье. Лунев видел, как на маленьком темном лице сверкали глаза, шевелились губы, слышал громкий, хриплый шепот: — Голубчик... Голубчик мой...— А, сволочь! — тихо сказал Илья и с отвращением свернул шею старику. Стиснул и стал трясти ее, а старик уперся руками в грудь ему и захрипел. Если бы Илью в это время били сзади, он все равно не выпустил бы из своих рук хрустевшего под его пальцами горла старика. С горячей ненавистью и с ужасом в сердце он смотрел, как мутные глаза Полуэктова становятся все более огромными, но все сильнее давил ему горло, и по мере того, как тело старика становилось все тяжелым, тяжесть в сердце точно таяла... Вокруг него и в нем бесшумно колебалась холодная, мутная мгла. Илья с напряжением всматривался в нее, вдруг он ощутил тупую боль в глазах, дотронулся до них пальцами правой руки и в ужасе остановился, точно ноги его вдруг примерзли к земле. Ему показалось, что глаза его выкатились, вылезли на лоб, как у старика Полуэктова, и что они останутся навсегда так, болезненно вытаращенными, никогда уже не закроются, и каждый человек может увидеть в них преступление и т.п.».

Сам факт того, что Лунев вошел в лавку к старику может быть истолкован, как импульсивное действие, и вот почему: накануне, как известно, у Ильи была встреча с Полуэктовым в квартире Олимпиады, где первый воочию мог увидеть Полуэктова полноправным до омерзения обладателем Олимпиады, несмотря на весь его отвратительный вид. Кроме того, вся встреча с его позорным изгнанием возбудила в самолюбивом, переоценивающем себя и ревнивом Илье много злобы и досады к Полуэктову, тем большей злобы, что она не могла иметь надлежащего выхода. И вот, пройдя мимо лавки и где-то в глубине души затаив эту злобу, он чувствовал непобедимое желание войти в магазин, посмотреть на старика вблизи. Вот в этом непобедимость желания, не отдавая себе ясного отчета, для чего войти. Импульсивность же его еще больше подтверждается дальнейшим исходом именно удушением купца — фактом, совершенным, несомненно, в состоянии аффекта.

Гришка Орлов, также как и Челкаш, Мальва и Сережка, жаждет неограниченной свободы, переоценивая себя и желая или спасти Россию от холеры или перебить всех жидов, а там и вверх тормашками... Но в то же время его гложет та же тоска, его мучают «проклятые» вопросы, с которыми он так и не справляется в конце концов, обращается на путь босячества... Общая неуравновешенность заставляют смотреть на него как на психопатическую личность, тем более, что нравственное чувство у него также уже пострадало, о чем красноречиво свидетельствует хотя бы его возмутительное обращение с женой и дальнейшее обращение с медицинским персоналом, холерных бараков. Этот человек неоднократно был готов на убийство, которое бы и совершил в аффекте, но страсти, как это сделал кузен Савел со своей женой. Если ко всему сказанному присоединить картины, сюжетом которых служат действия толпы, отдельных групп людей сообща, как в рассказе «Вывод» [4], в сцене мщения проститутками Васке Красному, дошедшими до истерических взвизгиваний и чуть ли не до судорог [3], в характерном рассказе «26 и одна», где однообразный, каторжный труд людей в ужасной обстановке довел их до отупения всех элементарных чувств и духовных потребностей [5], то этим вряд ли исчерпывается вся психопатология в художественных произведениях М. Горького. Отобразив «темные», отрицательные и патологические стороны жизни, писатель всем своим существом стремился к свету и правде. Отчетливо вырисовывается устремленность героев М. Горького в будущее, их желание измениться к лучшему, утверждается высокое призвание человека, показывается необходимость деятельности во имя развития гармоничной личности и человеческого общества, а в подтексте произведений возможно прочтение, созвучное по своей сути с христианскими заповедями человечеству. И на выходе из его произведений, зачастую развивающихся вровень с плоскостью болезни, никакое очищение нас не ждет, — ни то, что могло бы указывать на исцеление, ни обещание чего-то потустороннего, ни даже завораживающая красота стиля или иронии, которая могла бы наградить удовольствием, отстраняя явное зло. Но, может быть, именно такой финал и нужен в его произведениях. Ведь проза М. Горького — это не система умозаключений, не вереница выверенных приговоров, а живое, как жизнь, свечение и колебание смысла...

Литература

1. Горький М. Болесь//Собрание сочинений в 8 тт. М.: Советская Россия, 1988. Т.3. С.102-117.
2. Горький М. Варенька Олесова//Собрание сочинений в 8 тт. М.: Советская Россия, 1988. Т.2. С.132-157.
3. Горький М. Васька Красный//Собрание сочинений в 8 тт. М.: Советская Россия, 1988. Т.2. С.177-191.
4. Горький М. Вывод//Собрание сочинений в 8 тт. М.: Советская Россия, 1988. Т.1. С.301-303.
5. Горький М. Двадцать шесть и одна//Собрание сочинений в 8 тт. М.: Советская Россия, 1988. Т.2. С.191-203.
6. Горький М. Мещане//Собрание сочинений в 8 тт. М.: Советская Россия, 1988. Т.8. С.5-85.
7. Горький М. Мой спутник//Собрание сочинений в 8 тт. М.: Советская Россия, 1988. Т.1. С.124-150.
8. Горький М. На дне//Собрание сочинений в 8 тт. М.: Советская Россия, 1988. Т.8. С.86-145.
9. Горький М. На плотях//Собрание сочинений в 8 тт. М.: Советская Россия, 1988. Т.1. С.303-314.
10. Горький М. Трое//Собрание сочинений в 8 тт. М.: Советская Россия, 1988. Т.4. С.245-496.
11. Горький М. Фома Гордеев//Собрание сочинений в 8 тт. М.: Советская Россия, 1988. Т.4. С.5-243.
12. Скабичевский А.М. Новые черты в таланте М. Горького. СПб., Русское слово, 1901. С.132.

Для цитирования: Горшков М.М., Гутникова О.И., Едомский Е.А. Исторический обзор формирования в России института принудительных мер медицинского характера. *Омский психиатрический журнал*. 2020; 1(23): 13-17. doi: 10.24411/2412-8805-2020-10102

ИСТОРИЧЕСКИЙ ОБЗОР ФОРМИРОВАНИЯ В РОССИИ ИНСТИТУТА ПРИНУДИТЕЛЬНЫХ МЕР МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА

М.М. Горшков, О.И. Гутникова, Е.А. Едомский

Федеральное государственное казенное образовательное учреждение высшего образования "Омская академия Министерства внутренних дел Российской Федерации"

gmm245@mail.ru

Аннотация. В статье анализируются законодательные акты, регулирующие вопросы, касающиеся формирования института принудительных мер медицинского характера на разных ступенях развития российского общества. Рассматриваются правовые основы принудительного лечения лиц, страдающих психическими заболеваниями и совершивших преступное деяние. Делается вывод о необходимости дальнейшего совершенствования данного института.

Ключевые слова. Исторический очерк, принудительные меры медицинского характера, психически- и душевнобольные, уголовное законодательство.

HISTORICAL REVIEW OF FORMATION IN RUSSIA INSTITUTE OF FORCED MEDICAL MEASURES

M.M. Gorshkov, O.I. Gutnikova, E.A. Edomsky

Abstract. This article analyses legislative acts that regulate the issues related to the formation of the institution of coercive measures of a medical nature at different stages of development of the Russian society. It approaches the legal fundamentals of compulsory treatment of those who suffer from mental illnesses and who have committed an act of crime. It concludes about the necessity of further improvement of the stated institution.

Keywords. Historical sketch, coercive measures of a medical nature, mentally disabled and mentally ill, criminal legislation.

Отношение к лицам, совершившим преступное деяние и имеющим психическое заболевание, на протяжении всей истории становления российского уголовного и уголовно-процессуального законодательства, достаточно противоречиво и не однозначно.

На Руси, в отличие от Средневековой Европы, душевнобольные рассматривались не как одержимые бесом, а Богом или одержимыми не по своей воли, и ввиду этого жесткого преследования «бесных» и «блаженных» не наблюдалось [1]. Проводя ретроспективный анализ законодательных актов того периода возможно проследить, что вменяемые меры к душевнобольным напрямую зависели от их поведения и высказываний. При совершении преступления, в большинстве случаев, их освобождали от уголовной ответственности и помещали в богадельни (больницы) при монастырях [2], для «изгнания бесов». В некоторых же ситуациях, к лицам с явными признаками божественного бреда могли относиться, и как к святым, примером могут служить блаженный Лаврентий Калужский [3] или святой Василий Блаженный [4]. Когда же их суждения расценивались как антигосударственные или оскорбляющие православные святыни, их подвергали пыткам, ли даже мучительным казням.

В 1551 г. при Иване IV был созван Стоглавый собор, где была признана необходимость попечения о нищих, больных, в том числе тех, кто «одержим бесами и лишен разума». Их было решено помещать в монастыри чтобы «не быть помехой для здоровых» и «получать вразумление или приведение в истину» [5, С. 217].

В 1669 г. был принят новый нормативно-правовой акт «Новоуказные статьи о татевных, разбойных и убийственных делах», где впервые появились положения, касающиеся душевнобольных, не подлежащих наказанию. В ст.79 данного документа имелось предписание, которое освобождало психических больных от ответственности, но только за убийство – «...аще... ..бесный убьет кого, не повинен есть смерти» [6]. Лечение таких лиц, в указанный период истории государства Русского, в принципе не предполагалось, однако им старались ограничить перемещение. Они, как правило, помещались в монастырь. Во всех остальных случаях душевнобольные в полной мере несли ответственность за содеянное, поскольку законодатель полагал, что, грабеж и разбой, в отличие от убийства носят корыстную направленность. Так, в 1671 г., по решению суда был повешен душевнобольной И. Клеопин. Поскольку его суждения расценивались, как кощунственные оскорбления венценосных особ [5, С.29].

В законодательных актах Российской империи XVIII века под влиянием представителей европейской медицины произошли изменения оценки злодеяний и мер наказания душевнобольных. В Военном Артикуле утвержденным Петром I в 1716 году, говорится «Наказание воровства обыкновенно умалется, или весьма отставляется, ...кто в лишении ума воровство учинит...» (Толкование к артикю 195) [7]. За 10 лет до этого в нормативных документах Российской империи появилось разграничение между бесоудержимостью и болезнью, что в свою очередь предполагало лечение психически больных. Двойственное отношение к психическим заболеваниям на этом этапе развития, обусловлено все еще сохраняющимся религиозным представлением о природе данных расстройств, которое нашло свое отражение в указаниях Военной коллегии в 1706 году. В них сказано, если душевнобольной солдат после лечения в госпитале будет расценен врачами как неизлечимо больной, должен быть отослан в Священный Синод [8].

Реформы Петра I практически не затронули условия существования душевнобольных. В 1723 г. он запретил высылку умалишенных в монастыри и возложил на Главный магистрат обязанность учреждения «шпитальней» (госпиталей), но за неимением таковых в последующие после Петра I годы психически больные люди все также направлялись в Синод и распределялись по монастырям [5, С. 217]. Содержание душевнобольных в монастырях было достаточно обременительным, несчастные погибали в грязи и лишениях.

На заседании Правительствующего Сената, в 1762 года, Петр III определил «безумных не в монастыри отдавать, но построить на, то нарочитый дом, как на, то обыкновенно и в иностранных государствах учреждены дома-узы». Однако, это решение Императора осталось не реализовано [9]. Изменения произошли в 1766 г. когда Екатерина II издала Указ об организации для душевнобольных правонарушителей специальных светских лечебниц [10]. Принятие данного указа не означало, что в действительности отношение к душевнобольным преступникам со стороны государства соответствовало всем принципам гуманности. Эти лечебницы с решетками на окнах и цепями все так же выполняли только функцию изоляции от общества психически больных лиц.

Еще спустя столетие после изданного указа, обращение с душевнобольными отличалось особой жесткостью и было направлено не столько на их лечение, сколько на усмирение. Как отмечал Л.С. Белогриц-Котляревский: «Если некоторых больных и признавали невменяемыми и освобождали от уголовного наказания, то о лечении почти не думали, а вместо того, из соображений безопасности, обыкновенно запирали их в смиренных домах...» [11].

Применение лечебных мер к лицам с психическими расстройствами связывают с учреждением в 1775 г. «Приказов общественного призрения». Официально с этого момента времени обязанность церкви по присмотру и содержанию психически больных лиц, совершивших преступления, прекратилась [12]. Но еще до I половины XIX века психически больные совершившие опасное деяние направлялись в монастыри. Так декабрист Шаховский Ф.П. в 1829 г. при развитии психического расстройства в ссылке был отправлен для содержания в Суздальский монастырь [13]. А монах-прорицатель Авель в 1826 г. за предсказание даты смерти императора заключен в Спасо-Ефименский монастырь [14]. Вопрос освобождения душевнобольных от ответственности за совершенные ими деяния по-прежнему оставались нерегламентированным.

В первой половине XIX века, с развитием в обществе как светского, так и религиозного гуманизма, произошли изменения и в рассмотрении вопроса о судьбе душевнобольных преступников и правонарушителей. Подтверждением этого факта, служит подписанный Александром I Указ «О не предании суду поврежденных в уме людей, учинивших в сем состоянии смертоубийство», в котором была прописана необходимость привлечения врачей для освидетельствования. Указ требовал, что таких больных «через врачебную управу следует удостоверять», а при подтверждении тяжелого психического заболевания госпитализировать «в дома для безумных» [15]. В Своде законов 1832 г. предусматривалось освобождение от ответственности психически больных не только за убийства, но и за другие виды преступлений [16]. В этом же документе впервые упоминается о принудительном лечении лиц «в состоянии безумия и сумасшествия», причинивших смерть другому человеку. Под «сумасшедшими» понимались «помешанные в уме, безумие которых происходит от случайных причин и может нанести вред обществу и им сами», под «безумными» – «от природы слабоумные, не имеющие рассудка с рождения» [17, С.14.]. Лицо, совершившее преступление в состоянии безумия или сумасшествия подлежало содержанию в домазе в специальных отделениях, отдельно от других пациентов. По истечению определенного времени и с разрешения «врачебно-учетного места» Министерства внутренних дел больной может быть освобожден из больницы под поручительство родственников, либо «благонадежных» лиц [18]. Таким образом, цель применения данных мер правового принуждения, во-первых состояла в контроле за лицом, которое представляет опасность обществу, а во-вторых в предотвращении с его стороны повторных преступных деяний.

Наиболее расширенно вопросы принудительного лечения решались в Уложении о наказаниях уголовных и исправительных 1866 г. В Уложении

были определены категории лиц, порядок заключения их в «дома умалишенных», сроки содержания и основания освобождения [19]. Согласно ст. 95 принудительному лечению подвергались лица, совершившие такие преступные деяния как: убийство, покушения на убийство или на самоубийство, попытки поджога, даже в том случае если семья была готова взять обязанность надзора за ним. В ст. 92 Уложения указаны причины освобождения от уголовной ответственности – наличие «безумие, сумасшествие и припадки болезни, приводящие в умоисступление или совершенное беспамятство...». Принудительная госпитализация осуществлялась по определению Окружного суда или Судебной палаты. Лечение прекращалось спустя два года после последнего обострения (так называемая двухлетняя ремиссия) [20]. После лечения лицо передавалось по решению суда родственниками или опекунам на поруки. В статьях Уложения был изложен принципиально новый постулат, что наличие установленной врачебной управою психической патологии является основанием, исключающим наказание.

С тех пор до начала XX века положение душевнобольных преступников практически не менялось [5, С.218].

Характерный след в развитии института принудительных мер медицинского характера оставило Уголовное уложение 1903 г. В ст. 39 Уголовного уложения, говорится об обязательном помещении во «врачебное заведение» лиц, совершивших «убийство, весьма тяжкое телесное повреждение, изнасилование, поджог или покушение на одно из сих преступных деяний» и «не могло понимать свойства и значение им совершаемого или руководить своими поступками вследствие болезненного расстройства душевной деятельности или бессознательного состояния, или же умственного недоразвития...». К причинам невменяемости были отнесены три формы психических расстройств: врожденные – «недостаточность умственных способностей», приобретенные – «болезненные расстройства душевной деятельности», кратковременные – «бессознательное состояние». Суду предоставлялось право передавать невменяемых лиц под ответственный надзор родителей, других родственников и иных лиц либо помещать душевнобольных в специальные медицинские или устроенные для таких лиц учреждения [21].

Уголовное законодательство советского периода по отношению к рассмотренным периодам развития, более точно регламентирует принудительные меры. Уголовный кодекс РСФСР 1922 г. в ст. 17 детально сформулировал положение о ненаказуемости психически больных и применения к ним мер социальной защиты. К мерам социальной защиты, заменяющим по приговору суда наказание относились: а) помещение в учреждение для умственно или морально

дефективных; б) принудительное лечение. Предусмотренные Уголовным кодексом учреждения для умственно или морально дефективных отсутствовали и поэтому все лица, подлежащие социальной мере направлялись в психиатрические больницы общего типа.

Аналогичная норма содержалась в УК РСФСР 1926 г., в которой также предусматривались меры социальной защиты медицинского характера в виде принудительного лечения и помещение в лечебное учреждение в соединении с изоляцией. Таким образом, законодатель дифференцировал меры социальной защиты медицинского характера в отношении психически больных лиц, направляемых на принудительное лечение в общие психиатрические больницы, и психопатов, нуждавшихся в принудительном помещении в лечебные заведения, соединенные с изоляцией [17, С.17].

В 30-е годы разноречивость в понимании мер социальной защиты медицинского характера среди юристов и психиатров, привели к тому, что психически больные направлялись на принудительное лечение не только судом, но и следователями. В ряде случаев суды назначали меры социальной защиты медицинского характера без предварительной судебно-психиатрической экспертизы. Психиатры, в свою очередь, выписывали лиц, находившихся на принудительном лечении, без решения суда [22]. Это порождало возможность использовать принудительное лечение как орудие борьбы с неудобными политическими оппонентами контрреволюционных взглядов, лиц выступающих против существующего государственного строя. Первой жертвой таких мер считают лидера партии левых эсеров М. Спиридонову, которая с диагнозом «Истерический психоз, состояние тяжёлое, угрожающее жизни», была госпитализирована в психиатрическую лечебницу. А 1941 году расстреляна [23].

Сложившееся положение изменилось в лучшую сторону после принятия в 1935 г. Инструкции Народного комиссариата юстиции и Народного комиссариата здравоохранения РСФСР «О порядке назначения проведения принудительного лечения психически больных, совершивших преступления» в соответствии с которой, назначение и снятие принудительного лечения четко относились к функции судов (п. 1 Инструкции) [24].

Особое значение для совершенствования форм и методов принудительного лечения имела Инструкция 1948 г. «О порядке применения принудительного лечения и других мер медицинского характера в отношении психически больных, совершивших преступления». Данная Инструкция дифференцировала принудительное лечение в общих психиатрических больницах и больницах специального типа, ввела направление под надзор районного психиатра менее опасных больных и лечение на общих

основаниях. Основы уголовного законодательства Союза ССР и союзных республик 1958 г. ввели в досудебное и судебное производство понятие невменяемости, сформулировали ее критерии и отнесли регламентацию принудительных мер медицинского характера к компетенции союзных республик (ст.11 Основ).

В 1960 году, с введением в действие Уголовного кодекса РСФСР и Уголовно-процессуального кодекса РСФСР законодателем впервые достаточно подробно были определены основания принудительного лечения лиц, совершивших не «преступления», а «общественно-опасные деяния», указывались виды принудительного лечения и условия их применения. Принудительное лечение осуществлялось в психиатрических больницах общего и специализированного типа, исходя из тяжести психического расстройства и характера совершенного опасного деяния (ст.59 УК РСФСР 1960 г.). Определялись нормы, регулирующие возможность применения принудительного лечения в отношении трех категорий лиц (невменяемых, лиц, заболевших после совершения преступления и заболевших во время отбывания наказания). Но были и недостатки, в Уголовном кодексе 1960 г. отсутствовала регламентация периодичности переосвидетельствования, лиц находящихся на принудительном лечении, порядок изменения и отмены принудительных мер лечения, которые были устранены с принятием Инструкции Министерства здравоохранения РСФСР 1967 г. «О порядке применения принудительного лечения и других мерах медицинского характера в отношении психически больных, совершивших общественно опасные деяния»[17, С.22].

В 1988 г. Указом Президиума Верховного Совета РСФСР в ст.58 УК РСФСР 1960 г., были внесены изменения разграничивающие виды лечебных учреждений, которые осуществляют принудительные меры медицинского характера. К таким лечебным учреждениям стали относиться: психиатрические больницы с обычным, усиленным и строгим наблюдением. Поправки коснулись порядка назначения, продления, прекращения принудительных мер медицинского характера. В последующем эти изменения были закреплены в Законе Российской Федерации от 2 июля 1992 г. «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Дальнейшее развитие институт принудительного лечения лиц, совершивших деяния предусмотренные уголовным законом, получил в Основах уголовного законодательства Союза ССР и республик 1991 г. который так и не был принят, но подготовил нормативную основу для разработки Уголовного Кодекса РФ 1996 г.

Одной из особенностей Уголовного кодекса Российской Федерации 1996 г. Являлось введение законодателем оснований и целей применения принудительных мер медицинского характера: излечение лиц или улучшение их психического состояния, а также предупреждения совершения ими новых деяний (ст. 98 УК РФ). Определен порядок продления, изменения и прекращения мер, применяемых к психически больным (ст. 102 УК РФ). В последующем изменениями в Уголовно-процессуальном законодательстве Российской Федерации, установлен особый порядок уголовного судопроизводства о применении принудительных мер медицинского характера (ст. 433-446 УПК РФ).

Следует отметить, что на современном этапе вопрос о развитии в России института, принудительных мер медицинского характера продолжает оставаться актуальным. Федеральным законом от 29 февраля 2012 г. №14-ФЗ «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и отдельные законодательные акты Российской Федерации в целях усиления ответственности за преступления сексуального характера, совершенные в отношении несовершеннолетних», были внесены изменения в диспозицию п. «д» в ч.1 ст.97 УК РФ. Определяющие отдельную категорию лиц, совершивших в возрасте старше 18 лет преступления против половой неприкосновенности несовершеннолетнего, не достигшего четырнадцатилетнего возраста, и страдающим расстройством сексуального предпочтения (педофилией), не исключающим вменяемости, к которым могут быть применены принудительные меры медицинского характера.

Становление института принудительных мер медицинского характера прошло долгий путь от почитания душевнобольных в средневековой Руси, использования в качестве карательных мер к инакомыслящим в советский период, до выделение данных медицинских мер в отдельный институт уголовного права.

Как мы видим, процесс исторического преобразования института принудительных мер медицинского характера не останавливается. В последнее время все чаще звучат высказывания о толерантности к различным противоправным деяниям, происходит декриминализация уголовно-правовых норм. Считаем, это недопустимо в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами и расстройствами поведения (экзгибиционизм, kleptomania, вуайеризм и др.). Очень важно сохранить, а возможно и законодательно ужесточить применяемые меры к лицам страдающим поведенческими расстройствами, совершившим запрещенное уголовным законом деяние.

Литература

1. Преподобный Феодосий Печерский «Поучение о тропарях и о пьянстве» // Святая Успенская Киево-Печерская лавра. Золотые слова преподобного Феодосия Печерского [Электронный ресурс] // URL: <https://lavra.ua/zolotyie-slova-prp-feodosiya-recherskogo/> (дата обращения 22.02.2020).
2. Голубева И. Для болящих, бродящих, лежащих. Первые больницы на Руси // Аргументы и факты. Здоровье № 41. [Электронный ресурс] // URL: https://aif.ru/society/history/dlya_bolyashchih_brodyashchih_lezhashchih_pervye_bolnicy_na_rusi (дата обращения 18.02.2020).
3. Блаженный Лаврентий Калужский, Христа ради юродивый // Православный церковный календарь [Электронный ресурс] // URL: <https://azbyka.ru/days/sv-lavrentij-kaluzhskij> (дата обращения 18.02.2020).
4. Василий Блаженный // Википедия [Электронный ресурс] // URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Василий_Блаженный (дата обращения 18.02.2020).
5. Клименко Т.В. Судебная психиатрия. М., 2016.
6. Новоуказные статьи о татейных, разбойных и убийственных делах от 22 января 1669 г. [Электронный ресурс] // URL: <https://base.garant.ru/55097777/#friends> (дата обращения 05.03.2020).
7. Артикул воинский 26 апреля 1715 г. // МГУ им. Ломоносова. Исторический факультет [Электронный ресурс] // URL: <http://www.hist.msu.ru/ER/Etext/articul.htm> (дата обращения 18.02.2020).
8. Жариков Н.М., Морозов Г.В., Хритинин Д.Ж. Судебная психиатрия: учебник для вузов. М., 2008. С. 11.
9. Каннабих Ю.В. История психиатрии [Электронный ресурс] // URL <http://psylib.org.ua/books/kanny01/txt23.htm> (дата обращения 28.02.2020).
10. Гаврилина Н.А. Реформы Екатерины II и их роль в организации общественного призрения // Электронный научный журнал Курского государственного университета. 2014. № 3(31) [Электронный ресурс] // URL <https://cyberleninka.ru/article/n/reformy-ekateriny-ii-i-ih-rol-v-organizatsii-obschestvennogo-prizreniya/viewer> (дата обращения 28.02.2020).
11. Костюк М.Ф. Понятие и виды иных мер уголовно-правового характера. М., 2011. С.134.
12. Губернская реформа 1775 года // Президентская библиотека им. Б.Н. Ельцина [Электронный ресурс] // URL: <https://www.prilib.ru/history/619731> (дата обращения 28.02.2020).
13. Шаховский Федор Петрович // Википедия [Электронный ресурс] // URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Шаховской,_Фёдор_Петрович (дата обращения 28.02.2020).
14. Калинин В.С. История Спасо-Ефимиева монастыря как многогранного объекта исторического наследия Российской культуры // Всероссийский конкурс на лучшую работу по русской истории [Электронный ресурс] // URL: <https://ist-konkurs.ru/raboty/2014/1739-istoriya-spaso-evfimieva-monastyrya-kak-mnogogrannnogo-ob-ekta-istoricheskogo-naslediya-rossijskoj-kultury> (дата обращения 18.02.2020).
15. Лощинкин В.В. Становление и развитие Российского уголовного законодательства о принудительных мерах медицинского характера, применяемые в отношении психически больных лиц, совершивших общественно опасные деяния в до-революционной России // Вестник Томского государственного университета. 2012. № 3. С. 68.
16. Голоднюк Н.М. Развитие российского права о принудительных мерах медицинского характера // Вестник Моск. ун-та. Серия 11. Право. 1998. № 5. С. 44; Курс российского уголовного права. Общая часть / под ред. В.Н. Кудрявцева, А.В. Наумова. М., 2001. С. 401.
17. Назаренко Г.В. Принудительные меры медицинского характера: учебное пособие. М., 2016.
18. Спасенников Б.А. Принудительные меры медицинского характера: история, теория, практика. СПб. 2003. С.28.
19. Уложение о наказаниях уголовных и исправительных 1866 года // Президентская библиотека им. Б.Н. Ельцина [Электронный ресурс] // URL: <https://www.prilib.ru/item/459768> (дата обращения 28.02.2020).
20. Георгадзе З.О. Судебная психиатрия. М., 2015. С. 17.
21. Законодательство России. Свод законов Российской Империи Т.15 ст. 39 С.241 [Электронный ресурс] // URL: <http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?searchres=&empire=1&collection=0&volume=100019&pg=241&contentsname=%CE%F2%E4.4.%CE%E1+%F3%F1%EB%EE%E2%E8%FF%F5+%E2%EC%E5%ED%E5%ED%E8%FF+%E8+%EFp%E5%F1%F2%F3%EF%ED%EE%F1%F2%E8+%E4%E5%FF%ED%E8%E9&sort=1>.
22. Морозов Г.В., Лунц Д.Р., Фелинская Н.И. Основные этапы развития отечественной судебной психиатрии. М., 1976. С. 182-183.
23. Подрабинек А. Карательная медицина Нью-Йорк. 1979. С. 21.
24. Судебная психиатрия: учебник / под ред. А.Н. Бунеева, Ц.М. Фейнберг. М., 1938. С. 66-68.

Клиника психических расстройств

УДК: 616.89

Для цитирования: Долгушева Н.А., Вихорев О.В., Иванчук А.Н., Ткаченко Д.А., Бикмаева Ю.Г. *Омский психиатрический журнал*. 2020; 1(23): 18-23. doi: 10.24411/2412-8805-2020-10103

НАРУШЕНИЕ КРИТИЧНОСТИ У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА С ЛЕГКОЙ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Н.А. Долгушева, О.В. Вихорев, А.Н. Иванчук, Д.А. Ткаченко, Ю.Г. Бикмаева

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой»

abp1967@mail.ru

Аннотация. В статье представлены результаты исследования критических способностей у пациентов призывного возраста с легкой умственной отсталостью. Выделены следующие проявления нарушения критичности: трудности усвоения инструкции, отсутствие чувства экспертной ситуации, незрелость, интеллектуальная недостаточность, импульсивность, социальная дезадаптация, делинквентность.

Ключевые слова: умственная отсталость, критические способности, адаптация, призывной возраст

CRITICITY VIOLATION IN PERSONS OF MILITARY AGE WITH MILD MENTAL RETARDATION

ON. Dolgusheva, O.V. Vikhorev, A.N. Ivanchuk, D.A. Tkachenko, Yu.G. Bikmaeva

Abstract. Mental weakness with a marked decrease in intelligence, thinking, memory, ingenuity, adaptation to society causes organic damage to the brain. Often this pathology leads to mental disorders that require emergency psychiatric care. The article reveals the basics of emergency psychiatric care for organic mental disorders in the Omsk region.

Keywords. Mental retardation, critical abilities, adjustment, military age

Ведение. Состояние психического здоровья юношей призывного возраста — одна из медико-социальных проблем комплектования Вооружённых Сил. Современная армия предъявляет более жёсткие требования к психическим и психофизиологическим качествам военнослужащих, поскольку продолжается усложнение военной техники и условий учебно-боевой деятельности в стране. В связи с этим проблема сохранения и укрепления психического здоровья подростков и лиц призывного возраста приобретает всё большее медицинское и социальное значение, что требует её решения.

Умственная отсталость (УО) имеет достаточно высокую распространенность: 1-3% населения земного шара [17] и имеет тенденцию к увеличению в последние десятилетия числа лиц с УО, особенно ее легких форм, так и с трудностями воспитания, трудового обучения и высоким риском дезадаптации умственно отсталых. Согласно данным Е.В. Макушкина по распространенности психической патологии детского возраста умственная отсталость оказывается на втором месте (31%), а в подростковом возрасте выходит на первое место (50,3%, из них 80% - легкие формы) [15].

Наличие в обществе детей и подростков, подвергающихся риску развития психических расстройств или проявляющих их признаки,

ведет к дестабилизации ситуации в обществе, в целом. Диагноз расстройства поведения и наличие психических расстройств в сочетании с потреблением и злоупотреблением алкоголя и запрещенными наркотическими средствами связан с актами насилия, преступной деятельностью, другими формами антисоциального поведения, а также неспособностью этих лиц стать созидательными членами общества в своих странах и местных сообществах [7].

Важным аспектом изучения психики пациентов с легкой умственной отсталостью призывного возраста являются их критические способности, так как критичность тесно связана с социальной адаптацией и возможностью оценить свое поведение в соответствие с социальными требованиями и правилами [7]. Нарушение критичности поведения является одним из наиболее значительных нарушений личности. Именно больные с нарушением критичности оказываются не в состоянии регулировать свое поведение [6, 17, 18].

Изучение нарушений критичности с легкой умственной отсталостью представляет большой интерес для психологов и психиатров, поскольку именно данное нарушение имеет важное значение при решении ряда практических задач для исследования призывников с легкой умственной отсталостью. [14,4]

С учетом вышесказанного, нам представляется актуальным изучение критических способностей у лиц призывного возраста с легкой умственной отсталостью.

Цель исследования заключалась в изучении проявлений критических способностей у пациентов призывного возраста с умственной отсталостью легкой степени.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе Бюджетного учреждения здравоохранения «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодников». В исследовании принимали участие 57 пациентов мужского пола от 17 лет направленных военно – врачебной комиссией на обследование в ОПБ с диагнозом «легкая умственная отсталость» (F 70.09)

Критерии включения в исследование:

1. Наличие предварительного диагноза военно – врачебной комиссии «Легкая умственная отсталость».
2. Возраст от 17 до 25 лет.

3. Наличии изменений интеллекта по «олигофреническому» типу при клинко-психопатологическом исследовании.

Результаты. Все пациенты имели отягощенную наследственность. у 68% (n=32) наследственность отягощена алкоголизмом, причём у 5% (n=3) наследственность отягощена также и психическим заболеванием родителей. В 2% случаев (n=1) наследственность отягощена только психическим заболеванием родителей. У 22% (n=14) наследственность не была отягощена.

Особенности поведения в школьном возрасте у подростков с умственной отсталостью распределились следующим образом: нормостеничность присутствовала в 34% случаев (n=21), эксплозивность имела место у 42% пациентов (n=26), а астенические проявления у 24% (n=15).

В таблице 1 представлено распределение испытуемых с умственной отсталостью по социально-психологическим характеристикам.

Таблица 1
Распределение испытуемых с УО по социально-психологическим характеристикам

Показатель	Характеристика	Количество человек	Удельный вес (в %)
Наследственность	Отягощена алкоголизмом	44	71 %
	Отягощена алкоголизмом и психическим заболеванием	3	5 %
	Отягощена психическим заболеванием	1	2 %
	Не отягощена	14	22 %
Экзогенно-органический фактор	Патология беременности и родов матери	14	22,5 %
	Тяжелые соматические заболевания в раннем возрасте	7	11 %
	Наличие травм головы	14	22,5 %
	Нейроинфекция	1	2 %
Данные неврологического осмотра	Невропатологические проявления	30	48 %
	нерв-псих.пр.резид.орг	5	8 %
	Неврологические проявления	13	21 %
Энцефалографические исследования	Изменения по органическому типу	6	10 %
	Диффузные и функциональные изменения	18	29 %
	норма	38	61 %
Причины учета у невролога и (или) психиатра	Затруднения в обучении	36	58 %
	Поведенческие отклонения	28	45 %
	Другие психические нарушения	1	2 %
Злоупотребление ПАВ	Злоупотребление алкоголем	21	34 %
	Употребление токсических веществ	31	50 %
Поведенческие реакции в дошкольном возрасте	Нормостенические	21	34 %
	Эксплозивные	26	42 %
	Астенические	15	24 %

В течение последних лет отмечается устойчивая тенденция к увеличению числа обращений в скорую психиатрическую помощь больных, страдающих органическими поражениями головного мозга. При анализе экзогенно-органических факторов в исследуемой группе были выявлены следующие: патология беременности и родов матери отмечалась в 22,5 % (n=14) случаев, 11% (n=7) перенесли тяжелые соматические заболевания в раннем детстве. Наличие травм головы выявлены у также у 22,5 % (n=14) пациентов, причем у 11% (n=7) из них травмы были однократными, и у 11% (n=7) неоднократными. Указания в анамнезе на перенесенную нейроинфекцию присутствовали только у 2% (n=1).

В данных неврологического осмотра испытуемых у 48 % (n=30) были выявлены расстройства неврологического характера в детстве (снохождения, сноговорения, энурез и пр.). У 8 % (n=5) пациентов были выявлены признаки неспецифической психовегетативной симптоматики (появление симптомов психовегетативной тревоги и дискомфорта в условиях жары, духоты, в транспорте, на качелях и пр.) Неврологические проявления отмечены у 21 % (n=12) испытуемых. Злоупотребление алкоголем в данной группе выявлено у 34 % (n=19) испытуемых, а токсическими веществами у 50% (n=31).

При электроэнцефалографическом исследовании общие изменения по органическому типу были отмечены в 10% случаев (n=6), в 29% (n=19) зарегистрированы диффузные и функциональные изменения, норма отмечалась у большинства (61%, n=38).

Под наблюдением психиатра или невролога состояли 71% (n=44) подростков. Причиной учета в 58 % случаев является затруднения в обучении, в 45 % – поведенческие отклонения и в 2 % случаев – другие психические нарушения.

Таким образом, анализ клинико-психологического статуса показал: большинство наблюдаемых пациентов имеют отягощенную наследственность (значительно преобладает у УО – 78 %). В большинстве случаев она отягощена алкоголизмом, значительно реже психическим заболеванием. Более половины испытуемых во всех трёх группах злоупотребляли ПАВ. Были выявлены следующие особенности поведения в дошкольном возрасте у подростков: у пациентов с УО преобладали эксплозивные поведенческие реакции. Причинами учёта у невролога или психиатра чаще являлись затруднения в обучении и поведенческие отклонения.

В нашем исследовании была разработана структура формализованной оценки нарушений критичности и степени выраженности нарушений критики при наблюдении за поведением

испытуемого вовремя ЭПИ и по результатам экспериментально-психологического исследования. Далее была составлена экспертная карта проявлений нарушений критичности в эксперименте и оценки степени выраженности нарушений критики у испытуемого.

Медицинским психологом с помощью разработанной таблицы по результатам наблюдения и проведенного ЭПИ были заполнены экспертные карты на всех пациентов.

Результаты патопсихологического исследования с помощью беседы и наблюдения за поведением больного во время исследования.

Для практического изучения интересующей нас проблемы в программу исследования были включены методы беседы и наблюдения, с помощью которых были описаны поведенческие характеристики испытуемого [15]

Контактность. При данном исследовании в беседе и патопсихологического исследования большинство испытуемых 31 человек, охотно вступали в контакт, и положительно относились к прохождению экспертизы и проведению экспериментально – психологического исследования. Следующая группа испытуемых 10% в контакт вступали формально, не заинтересованно в проведенного исследования. У 11% человек отмечалось непонимание значение военной экспертизы.

Наличие психического расстройства у себя предполагали 2%, остальные считали себя психически здоровыми.

Значительная доля испытуемых (56%, n=32) проявляла положительное отношение к прохождению воинской службы, показывали свою заинтересованность и нужду к армии, при этом, не оценивая свои возможности и не имея понимания своих достоинств и недостатков. У 25% (n=14) человек к службе в армии было отмечено индифферентное отношение. И у 5% испытуемых отрицательно относятся к армейской службе. Это свидетельствует о некретичности к собственной личности и поступкам.

Понятливость. Обусловленное интеллектуальное недоразвитие поэтапное усвоение 84% человека. Замедленное усвоение инструкции, обусловленное тугоподвижностью мыслительных процессов. У 16% обнаружена достаточная понятливость, проявляющаяся в легкости усвоения инструкции.

Отношение к работе (выполнению экспертных заданий). У большинства участников исследования 54% отношение к работе проявлялось в виде достаточной старательности и ориентировки на успешное выполнение заданий. Небрежностью в выполнении заданий отмечена в 32% случаев, безразличное отношение – 14%.

Эмоциональное состояние. При оценке эмоционального состояния испытуемых во время беседы и при выполнении заданий нередко на себя обращал внимание неустойчивый фон настроения в виде легкости реакций раздражения и гнева 57%. У остальных испытуемых 43% эмоциональный фон был устойчивым.

Особенности речи. У значительного количества испытуемых (78%) в беседе отмечена скудность лексики (бедный словарный запас, трудности вербализации, примитивность суждений). Таким образом, поведенческие особенности обследованной группы подэкспертных характеризуются как, охотно вступали в контакт, и положительно относились к прохождению экспертизы и проведению экспериментально – психологического исследования, старательностью и ориентировкой на

успешное выполнение заданий, но замедленное усвоение инструкции, обусловленное тугоподвижностью мыслительных процессов. При этом неустойчивый фон в виде легкости реакций раздражения и гнева. А так же у большинства испытуемых прослеживается скудность лексики (бедный словарный запас, трудности вербализации, примитивность суждений).

В нашем эксперименте отношение больного к своей работе было мотивированно смыслом исследования. Последнее для больного в данном случае, выступает как способ анализа его психического здоровья. Проведена методика «Классификация предметов», показывающие разное отношение к своим ошибкам.

Из данной таблицы 2, мы можем увидеть, типы ошибок допущенными испытуемых и как они распределились.

Таблица 2

Типы ошибок допущенных у призывников с легкой умственной отсталостью

Типы ошибок								
Конкретные суждения			Разноплановые суждения			Бездумные суждения		
А	В	С	А	В	С	А	В	С
28	22	11	8	8	0	0	0	0
Примечание: А – допущенные, В – корригируемые, С – некорригируемые.								

В основном наблюдалась градация отношений испытуемых к допущенным ошибкам. Проявлялась по-разному, некоторые сами исправляли ошибки 22% только после наводящих вопросов экспериментатора, другие больные 15% не видели в данном задании ошибок. Нарушение критичности у данных пациентов означает нарушение программирования и контроля интеллектуальных процессов.

Оценка уровня понимания призывниками сложных логических отношений и выделения абстрактных связей (по результатам методики Эббингауза). Так же была проведена методика Эббингауза для оценки критического отношения пациентов к своим ошибкам.

Часть призывников в своих заданиях хуже ориентировались, чаще допускали ошибки, особенно в трудных местах текста, медленней работали. После критических замечаний экспериментатора больные исправляли ошибки, но при этом снижалась скорость работы. Другая часть испытуемых при первом запоминании текста допускали грубые ошибки, не соотносили вставленные слова с предложениями (а не только во всем тексте), проявляли безразличие в случае затруднений.

При исследовании, были получены количественные данные о среднем числе ошибок, допущенных каждым испытуемым данной группы. Результаты представлены в таблице 3

Таблица 3

Среднее число ошибок, допущенных испытуемыми

Среднее количество ошибок, допускаемое одним испытуемым		Число ошибок, исправляемых одним испытуемым под влиянием оценки
До оценки	После оценки	
5,1	3,5	2,6

Результаты данной методики позволяют сделать вывод о том, что оценка экспериментатора имела влияние на работу испытуемых. Призывники с легкой умственной отсталостью

исправляли свои ошибки, после оценки экспериментатора, но работали значительно дольше, значительно хуже ориентировались в задании, затрачивали большее время в подборе нужных

слов, а иногда пропускали и не видели смысла их заполнять в текст.

При исследовании методикой самооценки (Дембо – Рубинштейн) призывников с легкой умственной отсталостью можно было увидеть, что у призывников выступали склонность к высоким отметкам. Даже когда они говорили, что не закончили школу, оставались на второй год, хотели бы иметь дом, хорошую работу, отметка

ставили на много выше средней точки. Пациенты изредка исправляли свои ошибки при указании на них экспериментатора, долго обдумывали ответ, но так ничего не исправляли.

По методике «уровня притязаний» также выступили особенности его формирования. Не у всех больных формирование уровня притязаний обнаруживало зависимость от успехов решения задач Таблица 4.

Таблица 4

Уровень притязаний призывников с легкой умственной отсталостью

Уровень притязаний		Мотивы выбора задач
адекватный	неадекватный	
32%	49%	1.Боялись ошибиться. 2.Не справился с первого раза начал брать полегче. 3.Ведь вы же сказали я так и сделал.

Таким образом, выявилось, что формирование уровня притязаний и выбор номеров задач пациентов непосредственно связаны, по данным экспериментально – психологического исследования выступила не критичность пациента к себе, в оценке своих возможностей и достижений. У пациентов с легкой умственной отсталостью формировался адекватно, при выборе задач данные испытуемые руководствовались предшествующими успехами и неудачами, наиболее адекватными мотивами.

Об отношении пациентов к себе свидетельствует не только уровень притязаний, но также и описание ими своего характера. На заданный вопрос многие испытуемые долго обдумывали ответ, затрачивали большое количество времени на задание. Однако некоторые пациенты отказывались выполнять это задание, другие относились к заданию кратко, односложно. Чаще всего испытуемые описывали свой характер как нормальный, спокойный, обычный.

В полученных экспериментальных данных были отмечены расхождения между внутренней картиной болезни, самооценкой, самосознанием и действительным состоянием пациента. У испытуемых было проявление низких критических способностей в отношении своей личности, что проявлялось в неадекватной завышенной самооценки.

Важно отметить, что при исследовании пациентов на себя обращали внимание их попытки исправить ошибки после наводящих вопросов экспериментатора. В других случаях пациенты отстаивали свою правоту, но все же исправляли допущенные ошибки. Третьи «уступали» экспериментатору, но не обнаруживали настоящей критичности. Причины, по которым пациенты отстаивали свои ошибки, следует связывать не только с сужением уровня обобщений, но также с нарушением мотивационной сферы.

Выводы

1. По данным анализа литературы были выделены клинко- и экспериментально-психологические критерии нарушений критичности. Нарушения критичности проявляются снижением чувства дистанции по отношению к экспериментатору, отсутствием чувства экспертной ситуации, трудностями усвоения инструкции, отсутствием старательности и ориентации на успех при выполнении заданий, игнорированием собственных ошибок, отсутствием реакции на критику экспериментатора, наличием протестных и отказных реакций, повышенной импульсивностью, чертами эмоциональной неустойчивости, раздражительностью, агрессивностью, враждебностью, бравадой, чертами незрелости, примитивности, инфантилизма, интеллектуальной недостаточностью, неустойчивостью и неадекватностью самооценки, ирреальностью притязаний, повышенной тревожностью, наличием признаков социальной дезадаптации, коммуникативными затруднениями, психологической склонностью к делинквентности.

2. Клинко-психопатологическое исследование показало, что большинство пациентов имеют отягощенную наследственность (алкоголизмом, реже - психические заболевания). Более половины испытуемых во всех трёх группах злоупотребляли ПАВ. Были выявлены следующие особенности поведения в призывном возрасте: у пациентов с УО преобладали эксплозивные поведенческие реакции.

3. Выделены следующие нарушения критичности, с легкой умственной отсталостью: трудности усвоения инструкции, отсутствие чувства экспертной ситуации, незрелость, интеллектуальная недостаточность (интеллектуальные нарушения), импульсивность, социальная дезадаптация, делинквентность (нарушения поведения). Они дифференцируют нозологические формы в зависимости от наличия либо интеллектуальных, либо поведенческих нарушений.

Литература

1. Блейхер, В.М. Практическая патопсихология: Руководство для врачей и медицинских психологов / В.М. Блейхер, И.В. Крук, С.Н. Боков. — Ростов-н/Д.: «Феникс», 1996. — 448 с.
2. Бауман, У. Клиническая психология / У. Бауманн, М. Перре. / Под ред. У. Бауманн, М. Перре. — СПб.: «Питер», 2001. — 648 с.
3. Блейхер В.М., Крук И.В. Патопсихологическая диагностика. Киев: Здоровье, 1986.- 280с.
4. Викулова Л.В. Исследование уровня притязаний у детей – олигофренов // Вопросы экспериментальной патопсихологии. М., 1975
5. Васильева, Н.В. Судебная экспертиза и ее клинко-психологические основания: Практическое руководство / Н.В. Васильева, И.А. Горьковая. — СПб.: «Питер», 1997. — 170 с.
6. Васильченко К.Ф., Усова А.А., Жданова Ю.А., Гашков С.И., Литав Н.Н., Дроздовский Ю.В. Взаимосвязь критических способностей и самостигматизации у пациентов с параноидной шизофренией. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2020; 1 (106): 23–30.
7. Гранкина И.В., Иванова Т.И. нозологические обусловленные клинко-онтогенетические особенности психопатоподобных форм поведения у детей с психическими расстройствами. *Уральский медицинский журнал*. 2017. № 8 (152). С. 34-37.
8. Долецкий С.Я. Морфофункциональная незрелость организма ребенка и ее значение в патологии. — В кН.: Нарушения созревания структур и функций детского организма и их значение для клиники и социальной адаптации. — М.: ЦОЛИУВ, 1976.
9. Захаров, В.В. Всероссийская конференция «Когнитивные расстройства: современные аспекты диагностики и лечения» / В.В. Захаров // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2006. — Т. 106. — № 7. — С. 75-77.
10. Зейгарник, Б.В. Патопсихология / Б.В. Зейгарник. — М.: Изд-во МГУ, 1976. — 238 с.
11. Зейгарник, Б.В. Исследование уровня притязаний у психически больных / Б.В. Зейгарник // Журнал невропатологии и психиатрии. — 1972. — № 11. — С. 56–58.
12. Зейгарник, Б.В. Патология мышления / Б.В. Зейгарник. — М.: Изд-во МГУ, 1962. — 244 с.
13. Иовчук, Н.М. Современные проблемы охраны психического здоровья детей и подростков Электронный ресурс. / Н.М. Иовчук, А.А. Северный, Ю.С. Шевченко — URL: <http://www.mzstf.ru/doccoleg/22.html>
14. Исаев, Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков. Руководство. / Д.Н. Исаев — СПб.: Речь, 2007. — 391 с.
15. Кожуховская, И.И. Критичность психически больных / И.И. Кожуховская. — М.: Изд-во МГУ, 1985. — 80 с.
16. Макушкин Е.В. Агрессивное криминальное поведение у детей и подростков с нарушенным развитием. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. — 240с.
17. Пономарева Л.Г. Самосознание психически больных. *Молодой ученый*. 2011; 2(10): 149–151.
18. Шипицина Л.М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушениями интеллекта. — 2-е изд., перераб. И дополн. — СПб.: Речь, 2005. — 477 с.

Для цитирования: Булчевская Л.Д., Горьковой И.А., Кочергина Л.И. Комплексный подход в оказании психиатрической помощи психически больным, находящимся на АПЛ и АДН. *Омский психиатрический журнал*. 2020; 1 (23): doi: 24-26. 10.24411/2412-8805-2020-10104

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ОКАЗАНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМ, НАХОДЯЩИМСЯ НА АПЛ И АДН

Л.Д. Булчевская, И.А. Горьковой, Л.И. Кочергина

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодников»

bitterhowl@mail.ru

Аннотация. Профилактика общественно-опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами, вышла за пределы чисто медицинских мероприятий, требует комплексного использования лечебно-реабилитационных, психосоциальных мероприятий, с учетом межведомственного и междисциплинарного взаимодействия, с использованием специфических форм профилактических мероприятий.

Ключевые слова. Принудительное лечение, активное диспансерное наблюдение.

INTEGRATED APPROACH TO PSYCHIATRIC SERVICE FOR OUTPATIENT COMPULSORY AND ACTIVE DISPENSARY OBSERVATION PATIENTS

L.D. Bulchevskaya, I.A. Gorkovoy, L.I. Kochergina

Abstract. Prevention of socially dangerous actions of persons suffering from mental disorders has gone beyond purely medical measures, requires the integrated use of medical and rehabilitation, psychosocial measures, taking into account interagency and interdisciplinary interaction, using specific forms of preventive measures.

Keywords. Compulsory treatment, active dispensary observation.

Одной из самых важных задач психиатрической службы является защита общества от возможного опасного действия психически больных. Профилактика ООД лиц, страдающих психическими расстройствами, вышла за пределы чисто медицинских мероприятий, требует комплексного использования лечебно-реабилитационных, психосоциальных мероприятий, с учетом межведомственного и междисциплинарного взаимодействия, с использованием специфических форм профилактических мероприятий.

Среди мер направленных непосредственно на предупреждение общественной опасности лиц с психическими расстройствами во внебольничных условиях стала организация отделения Амбулаторного принудительного лечения (далее АПЛ) с кабинетом Активного диспансерного наблюдения (далее АДН), с 2012 года являющегося самостоятельным структурным подразделением БУЗ ОО «КПБ им. Н.Н. Солодников». Отделение предназначено для осуществления амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра лиц, в отношении которых вынесено определение суда о назначении данной меры медицинского характера в соответствии со статьей 100 УК РФ, а также лиц, находящихся на АДН в соответствии с приказом МЗ РФ и МВД РФ №133/269 от 30.04.1997года. В

группу АДН берутся пациенты, представляющие потенциальную общественную опасность: с тяжёлыми психическими расстройствами, имевшими судимость до болезни или совершившие ООД в период болезни; осуждённые с психическими расстройствами, не исключающими вменяемости и приговорённые к наказанию, не связанному с лишением свободы (ст.22 УК РФ), а так же больные, которые имеют клинко-психопатологические признаки, указывающие на высокий риск совершения ООД и лица со стойкими суицидальными тенденциями.

Отделение оказывает следующие виды психиатрической помощи и социальной поддержки, гарантируемой государством: неотложная психиатрическая помощь, консультативно-диагностическая, лечебная, психопрофилактическая, социально-психологическая, реабилитационная помощь во внебольничных условиях, определение временной нетрудоспособности, оказывает организационно-методическую и консультативную помощь врачам - психиатрам области в вопросах профилактики ООД психически больных.

Под наблюдением в отделении АПЛ с кабинетом АДН на конец прошедшего года находилось 525 пациентов, из них 22 на АПЛ, 503 – АДН, 37,3% - взято по клиническим показаниям (первичная профилактика ООД). Больные группы АДН и АПЛ осматриваются врачом отделения не

реже раза в месяц. Преимущественно пациенты посещают врача – психиатра 2-3 раза в месяц. При установлении либо отмене АДН, решении вопроса назначения, продления или прекращения принудительного лечения, для прогноза риска общественно опасного поведения с 2017 года в отделении АПЛ с кабинетом АДН эффективно используется методика структурированной оценки риска опасного поведения (СОРОП), разработанная Отделом судебно-психиатрической профилактики ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» МЗ России. Применяется программа для ЭВМ СОРОП, протокол обследования приобщается к амбулаторной карте пациента АПЛ или АДН. По данной методике продуктивно оценен риск опасного поведения около 400 пациентов отделения, использованы данные для составления дальнейших стратегий профилактики ООД.

При курации пациентов группы АДН и АПЛ используются все направления внебольничной терапии: поддерживающая, корригирующая, купирующая и профилактическая. При проведении лечения на амбулаторном этапе психофармакотерапия имеет свои особенности: отдается предпочтение контролируемой терапии, широко используются пролонгированные формы препаратов, лечение, как правило, носит комбинированный характер, что обусловлено, прежде всего, спецификой контингента больных, с высокой частотой сочетанной коморбидной патологии (органически неполноценная почва, алкоголизация, наркотизация).

Большое значение в профилактике делинквентного поведения психически больных на амбулаторном этапе имеет своевременное обеспечение пациентов лекарственными препаратами. Обеспечение медикаментами больных, склонных к совершению ООД, производится в отделении АПЛ с кабинетом АДН за счет нескольких источников (федеральная и региональная льготы, аптека учреждения и региональная целевая программа), организовано бесплатное лечение больных, находящихся на АПЛ. Около 99,6% больных отделения АПЛ и АДН получают медикаментозную терапию, 75% из них – нейролептиками пролонгированного действия. Лица, находящиеся на АПЛ и АДН получают препараты (согласно формулярному списку) у старшей медицинской сестры отделения, процедуры больным производятся в процедурном кабинете диспансерного отделения для взрослого населения, что обеспечивает надежный контроль терапии. Около 95% пациентов группы АПЛ получают контролируемую терапию нейролептиками пролонгированного действия, 10% – атипичными антипсихотиками. При назначении атипичных нейролептиков учитывается механизм совершенного деликта, наличие высокого реабилитационного потенциала пациентов молодого возраста и работающих. При составлении

заявки по федеральной и региональной льготе МЗ ОО учитывается необходимость максимального лекарственного обеспечения пациентов, представляющих общественную опасность. С дифференциально-диагностической и клинко-лечебной целью на любом лечебно-реабилитационном этапе при необходимости пациенты направляются на консультацию к сотрудникам кафедры психиатрии и медицинской психологии ОмГМУ, наркологу, осматриваются неврологом, терапевтом. По показаниям проводится обследование в лаборатории ВНД.

Психосоциальная реабилитация пациентов отделения АПЛ осуществляется полипрофессиональной бригадой в составе: 2 врача-психиатра, психолог, специалист по социальной работе, 2 медицинские сестры. Различные виды социально-реабилитационной помощи оказываются специалистами отделения более 91% пациентов, психообразованием охвачено 100% больных и их родственников, проводятся групповые тренинги, адаптированные для работы в отделении АПЛ, направленные на формирование адекватных стратегий совладания с болезнью и снижение общественной опасности, когнитивно-поведенческий тренинг по работе с агрессивностью, с зависимостями, а так же тренинги по модулям «Развитие коммуникативных способностей, коммуникативных навыков с освещением вопросов трудоустройства», «Управления эмоциями», «Независимое проживание» и др. Специалистом по социальной работе также проводятся консультации по вопросам социально-правовой помощи, по инструментальной поддержке, культурно-досуговые мероприятия и др., предпринимаются выезды на дом для обследования и контроля социально-бытовых условий жизни пациентов.

Группа АДН в 2019 году составила 4,4% (по РФ в 2017г.-3,8%) от общего числа больных, находящихся на диспансерном наблюдении. Особенностью пациентов, находящихся на АДН, является наличие серьезных социальных проблем, требующих устранения. Более 86% пациентов – лица трудоспособного возраста, но трудоустроено – менее 30%, имеют группу инвалидности 86%, недееспособны 8% больных, 30% больных имеют сопутствующую наркологическую патологию. Процент повторных в течение года госпитализаций у них равен 18-25% в различные годы.

Для решения этих проблем пациенты отделения АПЛ с кабинетом АДН активно направляются в инновационные реабилитационные подразделения: отделение интенсивного оказания психиатрической помощи для взрослого населения и пожилых (ОИОПП), психиатрическое медико-реабилитационное отделение (ПМРО), медико-реабилитационное отделение для формирования навыков самостоятельного проживания у пациентов, утративших

социальные связи (МРОСП), а так же в дневной стационар (ДС). Каждое подразделение рассматривается не только как отдельный компонент лечебно-реабилитационной программы, но и как ее этап. Для каждого пациента формируются индивидуальные лечебно-реабилитационные маршруты. Пациенты с неблагоприятным течением заболевания нуждаются в более сложных лечебно-реабилитационных программах. Для части таких пациентов выписка из стационара осуществляется в ОИОПП, ПМРО, ДС, а для лиц с явлениями госпитализма и утративших социальные связи в МРОСП. Так ежегодно около 40 пациентов группы АДН получают психосоциальную помощь в данных отделениях. Направление пациентов отделения АПЛ с кабинетом АДН для лечебно-реабилитационных мероприятий в «стационарзамещающие» подразделения позволило уменьшить количество госпитализаций в круглосуточный стационар на 15%.

Успех мероприятий по профилактике ООД зависит и от межведомственного взаимодействия с сотрудниками МВД. В соответствии с Приказом МЗ РФ и МВД РФ от 30.04.1997г. №133/269 список лиц, включенных в группу АДН и находящихся на принудительном наблюдении и лечении у врача-психиатра в амбулаторных условиях, ежегодно передается в орган внутренних дел (полиции). Информация об изменениях в составе группы (включение новых пациентов, снятие с АДН) сразу передается отделением АПЛ и АДН в ОП. Орган внутренних дел устанавливает место пребывания лица, находящегося на АДН или АПНЛ, а также информирует диспансер обо всех случаях совершения указанным пациентом общественно опасных деяний, административных правонарушений, а также об особенностях поведения, говорящих о вероятности совершения ООД. К сожалению, нужно отметить отсутствие четкого взаимодействия с сотрудниками полиции, его формальный характер, в том числе и в связи с изменением законодательства.

Наличие в больнице отдела информатики значительно облегчает работу по профилактике ООД психически больных. Круглосуточно возможно получить информацию о группе наблюдения, дееспособности, факте нахождения на принудительном лечении, госпитализациях, посещениях диспансера, факте совершения побега из стационара и т.д. Врачами отделения разработана и внедрена программа «Факторы общественной опасности», доступная для просмотра бригадам скорой психиатрической помощи с целью эффективности и безопасности их работы. В информационное поле на каждого пациента АПЛ и АДН отражены данные о совершенных ООД, факты недобровольного поступления в стационар, трудности лечения и отношение к лечению, ведущей синдром, общественная опасность расшифровывается 20 пунктами. Данные

динамичны, могут дополняться по получению новых сведений, что создает удобство и помощь в принятии решений в экстремальной работе сотрудников скорой помощи с лицами представляющими опасность для себя и окружающих.

Деятельность отделения АПЛ позволила сконцентрировать работу по профилактике ООД, выработать единый подход к оказанию помощи данной группе больных, выделить картотеку, разработать единый пакет документов, план мероприятий по профилактике ООД в больнице, усилить контроль данного вида деятельности. Эффективность используемых полипрофессиональной бригадой отделения реабилитационных программ отражают следующие показатели: трудоустроено в 2017 году – 23% пациентов; в 2018 году – 26%; в 2019 году – 27%; около 8% больных работают периодически и без оформления трудового договора. Один из важных показателей – число взятых по клиническим показаниям, отражает высокую профилактическую направленность первичной профилактики ООД. Доля больных, не совершивших ООД к общему числу лиц, находящихся под АДН («группа риска») в 2017 году – 38%, в 2018 году – 37,7%; в 2019 году – 36,7%; по РФ данный показатель составил в 2017 году 27,9%. А доля группы АДН на 100 тыс. населения превышает среднероссийскую: в 2017 году – 54,1; в 2018 году – 51,6; в 2019 году – 53,7 (по РФ – 35,4 в 2017г.), что отражает эффективность деятельности отделения АПЛ с кабинетом АДН в профилактике ООД (как первичной, так и вторичной).

Соблюдение преемственности в работе по профилактике ООД всех подразделений больницы, организация отделения АПЛ с кабинетом АДН, выработанный единый подход к оказанию помощи больным, находящимся на принудительном лечении позволили улучшить качество оказания помощи и качество жизни пациентов и их родственников. Как результат общих усилий – удельный вес числа больных АДН, совершивших ООД в данном году к среднему числу больных, находящихся на АДН (без находившихся на конец года на стационарном принудительном лечении) составил 2,1 (2017г. по РФ – 2,1) – характеризует эффективность предупреждения ООД в группе больных, находящихся под АДН. С 2013 по 2019 год больные, находящиеся на АПНЛ, не совершали повторных (в году) ООД.

Таким образом, проводимая в отделении АПЛ с кабинетом АДН комплексная дифференцированная поэтапная лечебная и психосоциальная работа в отношении психически больных, представляющих общественную опасность, позволяет улучшить психическое состояние пациентов и снизить их общественную опасность. Это представляет значимость не только в рамках эффективного оказания психиатрической помощи, но и в проведении систематической, целенаправленной профилактики ООД в Омске.

Клиническая психология

УДК: 616.89

Для цитирования: Казакова Е.В., Степанкина Т.П., Голованова Н.А. Диагностическая, консультативная и психокоррекционная работа медицинского психолога в отделении принудительного лечения специализированного типа. *Омский психиатрический журнал*. 2020; 1(23): 27-31. doi: 10.24411/2412-8805-2020-10105

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ, КОНСУЛЬТАТИВНАЯ И ПСИХОКОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА В ОТДЕЛЕНИИ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ТИПА

Е.В. Казакова, Т.П. Степанкина, Н.А. Голованова

*Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой»*

kazakovae2010@mail.ru

Аннотация. В статье освещены алгоритмы работы медицинского психолога с отделении принудительного лечения специализированного типа: диагностика, психологическое консультирование и психокоррекционные мероприятия.

Ключевые слова. Принудительное лечение, психологи, психокоррекция

DIAGNOSTIC, ADVISORY AND PSYCHO-CORRECTIVE WORK OF A MEDICAL PSYCHOLOGIST IN THE DEPARTMENT OF COMPULSORY TREATMENT

E.V. Kazakova, T.P. Stepankina, N.A. Golovanova

Abstract. The article describes the algorithms of the work of a medical psychologist from the department of compulsory treatment of a specialized type: diagnostics, psychological counseling and psychocorrectional measures.

Keywords. Compulsory treatment, psychologists, psychocorrection

Принудительное лечение (ПЛ) в психиатрических стационарах специализированного типа (ПССТ) назначается лицам, которые по своему психическому состоянию требуют постоянного наблюдения (ч. 3 ст. 101 УК РФ). Функцию таких стационаров выполняют специализированные отделения психиатрических больниц [5]. Принудительные меры медицинского характера в БУЗ ОО «КПБ им. Н.Н. Солодниковой» осуществляются двумя отделениями принудительного лечения специализированного типа для мужчин, рассчитанные на 55 коек каждое (11 – е, открытое в 1989 году и 3-е в 2006 году).

Лечение в ПССТ может быть назначено лицам:

- с хроническими психическими расстройствами или слабоумием, обнаруживающим склонность к повторным общественно опасным деяниям (ООД);
- с временным психическим расстройством, развившемся после совершения ООД, но до вынесения приговора, в случае угрозы совершения новых деяний;
- с хроническими психическими расстройствами или слабоумием после принудительного лечения в ПБСТИН (психиатрическая больница специализированного типа с интенсивным наблюдением);

- обнаружившим во время применения менее строгой меры ухудшение психического состояния и возрастание общественной опасности [5].

Основной целью принудительного лечения является уменьшение общественной опасности пациентов и предупреждение совершения новых ООД [3].

Организация принудительного лечения специализированного типа в отделениях БУЗ ОО «КПБ им. Н.Н. Солодниковой» в особом режиме, включающем контрольно – пропускную систему с ограничением доступа в отделения, имеющие круглосуточные посты охраны; наличие изолированных прогулочных дворов; контроль переездов, свиданий с родственниками и др.

Важной частью исполнения принудительных мер медицинского характера в указанных отделениях является реабилитационная работа с пациентами в рамках бригадной формы (полипрофессиональной). В состав полипрофессиональной бригады входят: врачи – психиатры, медицинский психолог, специалист по социальной работе, старшая медицинская сестра, каждый участник команды воспринимает всю полноту информации о пациенте и окружающей его действительности в аспекте своей профессии, дополняя усилия других. Совместно принимается оптимальное решение, обеспечивая

воздействия на все уровни поражения – биологический, личностный и социальный [7,8]. Таким образом, работа полипрофессиональной бригады является основной формой организации психосоциальной реабилитации в отделении принудительного лечения. Участники полипрофессиональной бригады составляют реабилитационный маршрут для каждого пациента. Подобная структура взаимодействия участников полипрофессиональной бригады и пациентов позволяет установить доверительные, партнерские отношения, выработку комплайенса формирование социальной активности.

Реабилитация психически больных в период принудительного лечения имеет свои особенности, связанные с асоциальными тенденциями данной категории пациентов. Необходимо учитывать клинко-нозологические характеристики, личностные особенности, проблемы социального статуса. Социально-приемлемый стереотип поведения удастся выработать лишь в стационаре с хорошо организованным реабилитационным процессом [5], включающим в себя наряду с дифференцированной психофармакотерапией и психокоррекционные мероприятия с участием медицинского психолога, специалиста по социальной работе.

Цель работы медицинского психолога в отделении принудительного лечения специализированного типа разрешение социально-психологических проблем лиц, совершивших ООД, их социальная адаптация.

Деятельность медицинского психолога в психосоциальном реабилитационном процессе определяется полипрофессиональной бригадой, включает диагностическую, консультативную и коррекционную работу. Проводит патопсихологические исследования, составляет совместно с врачами психокоррекционные программы, проводит коррекционные занятия, психосоциальные тренинги, самостоятельно или совместно с врачами проводит индивидуальные и групповые психообразовательные беседы, также консультирование и психологическую работу с семейным окружением пациента. Оценивает эффективность помощи, проводит анализ, учет и обработку информации об оказываемой помощи.

Психолого-диагностическая и психокоррекционная работа ведется с лицами, страдающими психическим расстройством, с интеллектуальными, эмоциональными нарушениями и личностными расстройствами. Всем вновь поступившим в отделение пациентам медицинский психолог проводит психодиагностическое исследование, данные которого заносятся в стандартизированную психологическую карту, а так же в психосоциальную карту пациента, находящегося на принудительном лечении, где отражен план реабилитационных мероприятий с оценкой динамического состояния пациента,

рекомендаций дальнейшего проведения реабилитационных мероприятий.

Направленность и содержание конкретных психодиагностических, консультационных, психокоррекционных мероприятий определено принципами этапности проведения лечебно – реабилитационных мероприятий принудительного лечения (адаптационно - диагностического, интенсивных лечебно реабилитационных мероприятий, стабилизации достигнутого эффекта и заключительного или этапа подготовки к выписке) с решением соответствующих задач [3].

На I этапе принудительного лечения адаптационно – диагностического реализуют психосоциальные методы воздействия в сочетании с лечебными программами. Реабилитационная работа с поступившими пациентами направлена, прежде всего, на преодоление стресса, формирование мотивации на принятие фармакотерапии в течение достаточно продолжительного времени. Экспериментально – психологические обследования (ЭПО) с целью выявления структуры и степени выраженности психического расстройства, эмоциональных, поведенческих проблем, исследования когнитивной сферы, интеллектуальных возможностей, общей активности, состояния критичности, индивидуально – психологических особенностей, адаптационно – компенсаторного потенциала. Результаты ЭПО позволяют распределить пациентов в группы когнитивного или личностно-ориентированного профиля для дальнейшей психологической работы. На данном этапе медицинский психолог проводит психологические консультирования, психообразовательные беседы, направленные на устранение или минимизацию дезадаптивных состояний, вызванных наличием психического заболевания.

Для II и III этапов принудительного лечения интенсивных лечебно – реабилитационных мероприятий и стабилизации достигнутого эффекта характерно наряду с терапией стимуляция социальной активности, предупреждение проявлений «госпитализма». Проведение динамической и патопсихологической оценки терапевтической динамики (анализ состояния высших психических функций), агрессивных тенденций, стилей саморегуляции поведения. Актуально разработка и реализация психокоррекционных программ с последующей оценкой динамики и эффективности данных мероприятий. Также проведение психообразовательных бесед (с целью информирования об индивидуально – психологических особенностях, психологических ресурсах человека и непосредственно психологической помощи). Проведение индивидуальных и групповых форм работы с пациентами. Общим для всех проводимых мероприятий является: формирование критичного отношения к болезни, себе и своим возможностям, коррекции имеющихся неадаптивных установок,

поведенческих и эмоциональных реакций, расширения репертуара поведенческих навыков.

Для заключительного IV этапа принудительного лечения подготовки к выписке характерно оценка эффективности задач предыдущих этапов, итоговый контроль. Проведение диагностической работы по выявлению диссимулятивных тенденций, оценка адаптационных возможностей. На групповых и индивидуальных занятиях акцент на формирование установки здорового образа жизни, социальных навыков. Актуальны индивидуальные беседы с родственниками, психологическая работа направлена на закрепление установки правильного отношения к пациентам со стороны ближайшего окружения [3].

Психологическое консультирование подразумевает совместное обсуждение психолога с пациентом имеющихся у последнего проблем и возможных вариантов их преодоления, также информирование пациента о его индивидуальных психологических качествах, специфических типах реагирования, методах саморегуляции, выработку активной позиции по отношению к психологическим проблемам с целью обучения способам восстановления или сохранения эмоционального комфорта в жизненных ситуациях. Психологическое консультирование является начальным этапом терапии [2].

Психологическое диагностирование пациентов, находящихся на принудительном лечении в отделении включает исследование когнитивно-познавательных функций, эмоционально-волевой сферы, диагностику реабилитационного потенциала пациента. Наиболее важной задачей является выявление особенностей личностной структуры, ее адаптационных возможностей, свойственных типов реагирования на стрессовые факторы и устойчивость к психогенным и эмоционально-негативным воздействиям [2,4]. На основании данных экспериментально-психологического исследования вырабатываются рекомендации по обучению пациентов адекватным формам общения, по социальной адаптации, по проведению индивидуального психокоррекционного воздействия. Целесообразно проведение и нейропсихологических исследований, применение нейропсихологических скрининговых тестов, обусловлено тем, что большое количество пациентов в отделениях имеют в анамнезе органически неполноценную почву. При необходимости данные патопсихологических исследований используются врачами для проведения МСЭ и решения ряда других вопросов.

Ключевыми компонентами психодиагностической работы во время всех этапов ПЛ является выявление высоко рискованных пациентов, включающее оценку риска внутрибольничной агрессии выявление скрытых лидеров и организации групповых неповиновений и побегов. С периодичностью раз в полгода оценивается характер

динамики состояния пациента, его стабильность, эффективность реабилитационных мероприятий, «успехи» пациента в овладении различными социальными навыками. На основании комплексного анализа динамических факторов оценивается степень его общественной опасности.

Индивидуальная психооррекционная работа с пациентами (по направлению врача-психиатра проводит медицинский психолог) направлена на стабилизацию отношений личности, выработку новых, более соответствующих данной ситуации отношений, развитие адекватных реакций и форм проведения, проведение эмоциональной поддержки, помощь в преодолении тревоги, снижении психоэмоционального напряжения, агрессивности, конфликтности. Стимуляция активности, самостоятельности, уверенности в себе и своих силах, развитие адекватной позитивной самооценки своих возможностей, на улучшение межличностных отношений, умение конструктивно решать возникающие проблемы, на улучшение социальной адаптации.

Групповая работа с пациентами, в виде тренинговых занятий проводит медицинский психолог. Состав групп согласовывается с членами полипрофессиональной бригады. Групповые занятия позволяют охватить большее количество пациентов. Психологический тренинг включает в себя следующие составляющие: обучение, психокоррекцию, элементы психотерапии. Основные цели групповых занятий повысить стрессоустойчивость, снятие ощущения изоляции, снизить конфликтные и неадаптивные формы поведения, улучшить адаптационные способности пациентов, способствовать социальной интеграции [2]. Совместно с врачами обсуждается объем, содержание и направленность групповых занятий для каждого пациента. Также совместно с врачом психиатром проведение групповой формы работы (участие в проведении психообразовательных модулей).

Перед началом работы в группе на предварительном этапе психолог проводит индивидуальное собеседование, которое необходимо для установления с пациентом партнерских отношений. Собеседование также помогает выделить наиболее важные для участников группы темы и порядок их освещения, сформировать мотивацию к участию в группе. Групповые занятия с пациентами проводятся ежедневно, согласно плана, утвержденного заведующим отделением. Занятие включает в себя: вводную часть, рабочее время, обсуждение. Продолжительность групповой сессии 45-50 мин. В каждой группе присутствует от 8 - 10 пациентов. На групповых сессиях обсуждаются вопросы взаимосвязи правонарушения и заболевания, повышение ответственности за свое поведение, формирование адаптивных способов и навыков межличностного общения и другие актуальные темы [1,7,9].

С учетом длительности пребывания пациентов в отделении медицинский психолог использует долгосрочные модульные программы, направленные на раскрытие содержательной стороны психологического конфликта, перестройку нарушенной системы отношений личности, развитие эмоционального интеллекта.

Основные задачи, которые решают в ходе групповой работы:

- предотвращение изоляции пациентов в обществе и аутизации, восстановление и улучшение коммуникативных навыков (тренинг «Эффективное общение»),
- социальная активация и смягчение реакций пациентов в ответ на ситуации, связанные с болезнью и лечением (тренинг «Снятие психоэмоционального напряжения»),
- формирование критического отношения к болезни (тренинг «Психообразование»),
- дезактуализация психических переживаний (тренинг «Позитивный настрой»),
- стимуляция когнитивной сферы (тренинг «Познавательные процессы»),
- стимуляция эмоциональности, оживление эмоциональной сферы, эмпатии, усиление конструктивной рефлексии, самопознания («Тренинг радости», «Развитие положительных эмоций»),
- стимуляция творческой активности - арттерапия,
- коррекции неадаптивных установок, эмоциональных реакций, нарушенных границ межличностных взаимоотношений, выработка адекватных форм поведения, обучение конструктивному поведению в конфликте (тренинг «Правила общения и поведения в социуме», «Управление конфликтом») [1,6,7].

Опыт работы в группе показал, что у пациентов, занимающихся в течение 2-3х месяцев отмечается снижение агрессивных тенденций в поведении. Пациенты активнее включаются в трудовые процессы внутри отделения, помогают медицинскому персоналу, не нарушают режим в отделении, среди таких пациентов значимо было больше лиц, у которых появлялось осознание правонарушения и болезни.

К положительным результатам, по отзывам самих пациентов, можно отнести следующее: приобретение пациентами отделения различных социальных навыков, улучшение поведения, культуры общения. В группе возникает чувство солидарности, взаимного доверия, уважения. По мнению пациентов занятия в группе являются профилактикой дезадаптации, прекрасным полем для отработки своих планов и действий.

Эффективностью групповой работы с пациентами отделения, с точки зрения медицинского психолога, можно считать: повышение компетентности пациентов в общении, готовности к взаимодействию, преодолению

самостигматизации, повышение социальной адаптации, мотивации к продуктивной деятельности.

Проведенный экспресс-опрос пациентов отделения позволил констатировать, что большая часть овладели навыками общения, сформировали более уверенное поведение. Примерно, четвертая часть пациентов, прошедших занятия в группе планируют посещать групповые занятия после завершения стационарного лечения в амбулаторных условиях.

Немаловажным направлением работы медицинского психолога является работа с родственниками пациентов, в связи с этим, предусмотрено семейное психологическое консультирование. По запросу пациента психолог участвует в установлении нарушенных социальных связей с родственниками. Задачами краткосрочной семейной психокоррекционной помощи является помощь родителям в разрешении проблем «личной некомпетентности» и коррекция стиля отношений. Работа направлена на развитие понимания членами семьи психологических особенностей родственника, страдающего психическим заболеванием; на усиление семьей своего влияния, «нахождение подхода»; на обеспечение помощи социального окружения и организация сотрудничества с медицинскими работниками.

Результаты работы с родственниками пациентов, по их мнению, показали улучшение семейных отношений, уменьшение конфликтности в семье, расширение круга общения, повышение коммуникативных навыков, готовность делиться своими проблемами с другими родственниками, что приводит к субъективно менее тяжелой оценке родственниками своей ситуации.

Таким образом, реабилитационные мероприятия при осуществлении мер медицинского характера имеют свои особенности, связанные с асоциальными тенденциями данной категории пациентов, применяют разные виды лечебно – реабилитационного воздействия на пациента. Лечебно-диагностическую работу проводят врачи, осуществляется наблюдение за пациентами другим медицинским персоналом с обеспечением выполнения назначенного режима, медицинский психолог проводит экспериментально-психологические исследования с осуществлением коррекционной работы, оказание социально-правовой помощи специалистом по социальной работе.

Психосоциальная работа в отделениях принудительного лечения специализированного типа становится все более востребованной, расширяет многообразие психосоциальных услуг, растет охват пациентов, привлекаемых к участию в различных реабилитационных мероприятиях. В условиях отделения проводится «терапия средой» и занятостью, включая элементы

самоуправления, преимущественно в групповых формах, поскольку это дает благоприятные возможности для социализации пациентов. Групповой формат проведения занятий способствует улучшению навыков социального взаимодействия, формирует психологическую готовность к выздоровлению.

Объем психосоциальной реабилитации, выбор форм психосоциального вмешательства определяются для каждого пациента на совете полипрофессиональной бригады и зависят от психического, соматического состояния пациента, социальной дезадаптации, наличия проблем пациента. Медицинский психолог обязательный участник полипрофессиональной бригады в отделении. Функции медицинского психолога в составе бригады - психологическое консультирование, сопровождение пациента, определение его реабилитационного

потенциала, психологическая диагностика и коррекция, совместная с врачом-психиатром разработка развивающих программ с учетом индивидуальных и возрастных факторов пациента, организация индивидуальной и групповой работы с пациентами, образовательная работа с пациентами и их родственниками.

Согласно данным за последние 5 лет (по отчетам медицинских психологов 3го и 11го отделения) отмечен рост индивидуальной и групповой психокоррекционной работы, востребованность психологической работы с родственниками пациентов, увеличение диагностической работы. Индивидуальной, групповой психокоррекционной и психодиагностической работой охвачены все пациенты психиатрических отделений принудительного лечения специализированного типа.

Литература

1. Групповая работа с психически больными по психообразовательной программе Методические рекомендации. Пособие для врачей Шмуклер А. Б.
2. Дмитриева Т.Б., Сафуанов Ф.С. Медицинская и судебная психология.- М.2016
3. Котов В.П. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре. – М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2006
4. Кабанова Т. Н. Субъективная оценка психически больными проводимых реабилитационных мероприятий как показатель эффективности принудительного лечения//Российский психиатрический журнал.- 2015.- Вып.4 – с. 25-32
5. Макушкина О.А. «Эффективность деятельности учреждений, осуществляющих исполнение принудительных мер медицинского характера»//Судебная психиатрия. Актуальные проблемы/Под ред. В.В.Вандыша. М.: ФГБУ ГНЦССП им. В.П. Сербского, 2014. Вып 11,- 216 с.
6. Опыт внедрения и функционирования моделей психосоциального лечения и реабилитации в условиях Омского региона. Сборник статей и модульных практик для психологов. М.Б. Костенко, А.И. Чеперин, О.Н. Степанова, Т.А. Драчук, Н.И. Осатюк, А.П. Зинкина. Омск, 2011,- 169 с.
7. Степанова О.В., Васильева Л.П., Д.В. Четвериков, Дудкина О.В., Шмидт С.П., Пульная Т.Ф., Шеллер А.Д. Методическое пособие для специалистов в области психиатрии по организации инновационных форм психиатрического сервиса. Омск, 2008,-179 с.
8. Психиатрическая помощь в Омской области. Л.В. Шукиль, А.И. Чеперин, А.Д. Шеллер, Т.Ф. Волчкова БУЗ Омской области («Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н.Солодников»). Интернет – источник: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihiatricheskaya-pomosch-v-omskoy-oblasti>
9. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных (второе издание) под редакцией И.Я. Гуровича, А.Б. Шмуклера. ИД «Медпрактика – М» 2007, - 180 с.

Для цитирования: Федорова Н.В. Тренинг с использованием гештальт-терапевтических техник как средство коррекции подростковой интернет-зависимости. *Омский психиатрический журнал*. 2020; 1 (23): 32-34.
doi: 10.24411/2412-8805-2020-10106

ТРЕНИНГ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ТЕХНИК КАК СРЕДСТВО КОРРЕКЦИИ ПОДРОСТКОВОЙ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ

Н.В. Федорова

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Омский государственный педагогический университет»

tashafed@mail.ru

Аннотация. В статье рассматривается возможность тренинга с использованием гештальт-терапевтических техник в качестве средства коррекции интернет-зависимости у подростков.

Ключевые слова. гештальт-терапия, техники, тренинг, коррекция, зависимость.

TRAINING USING GESTALT-THERAPEUTIC TECHNIQUES AS A TOOL OF CORRECTION OF INTERNET ADDICTION IN TEENAGERS

N.V. Fedorova

Abstract. The article discusses the possibility of training using gestalt-therapeutic techniques as a means of correcting Internet addiction in adolescents.

Keywords. gestalt therapy, techniques, training, correction, dependence.

Актуальность исследования компьютерной зависимости обусловлена научно-техническим прогрессом, набравшим к началу XXI века головокружительную скорость, послужившим причиной появления компьютера и компьютерных технологий. Современный человек взаимодействует с компьютером постоянно – на работе, дома, в машине. Компьютеры все больше внедряются в человеческую жизнь, занимая свое место в быту, и люди зачастую не осознают того, что начинают во многом зависеть от техники. Вместе с появлением компьютеров появились и компьютерные игры, стало развиваться виртуальное общение, которые сразу же нашли множество поклонников. На сегодняшний день компьютерная индустрия развивается очень быстро: разрабатываются новые игры с хорошим графическим и звуковым оформлением, расширяется рынок программного обеспечения. Развитие компьютерных и информационных технологий привело к появлению глобальных компьютерных сетей. Самой крупной в настоящее время является Интернет. Все больше людей увлекается виртуальным общением и играми в сети. Влияние Интернета на поведение людей уже ни у кого не вызывает сомнения: для многих взрослых виртуальное общение интереснее книг, театров, телевидения, встреч с друзьями, а для многих подростков – важнее учебы и общения со сверстниками. У человечества появился новый вид общения – виртуальное, а вместе с тем и вид зависимости – Интернет-зависимость.

С каждым годом все больше обучающих компьютерных программ появляется на рынке; они ориентированы как на детей младших и старших классов, так и на детей дошкольного возраста.

Обучающие программы подталкивают ребенка к пониманию процесса работы компьютера, исчезает страх перед новыми технологиями, но вместе с тем зачастую уже в раннем возрасте может сформироваться зависимое поведение. Увлекаясь компьютером, ребенок меньше интересуется обыкновенными игрушками и постоянно стремится к монитору. Компьютерные игры и сетевое общение могут сильно повлиять на формирование личности в подростковом возрасте.

В последнее время данная проблема все шире распространяется именно на подростков. Поскольку они настолько вживаются в виртуальную реальность, что там им становится интереснее, чем в реальной жизни. В виртуальной реальности поставлены вполне конкретные задачи, невыполнение которых не приведет к каким-либо потерям, плохим оценкам; сделанная ошибка может быть исправлена путем повторного прохождения того или иного уровня игры. Это особенно привлекает подростков и заставляет все больше времени проводить перед монитором.

Таким образом, на сегодняшний день значительно увеличивается число подростков, имеющих зависимость, и, более того, снижается возраст этих подростков. В связи с этим возникает необходимость изучения данной проблемы, разработки способов профилактики и коррекции зависимого поведения.

Одним из методов эффективного психологического воздействия, который может быть использован для коррекции зависимого поведения, является тренинг. Л.Н. Шепелева определяет тренинг как интенсивные краткосрочные обучающие занятия, направленные на создание, развитие и

систематизацию определенных навыков, необходимых для выполнения конкретных личностных, учебных или профессиональных задач, в сочетании с усилением мотивации личности относительно совершенствования работы [2].

Основателем групповой гештальт-терапии (Г-групп) считается Ф. Перлз. Немецкое слово «гештальт» означает нечто целостно организованное, формируется на основе потребностей человека и объединяет те компоненты опыта, которые значимы в данный момент. При разрушении его на части он перестает существовать как целостная структура. Когда потребность человека удовлетворяется, гештальт завершается и отступает на задний план. Если же потребность не удовлетворена, гештальт не может завершиться, неотреагированное чувство причиняет беспокойство, вызывает неразрешимые проблемы. Задача гештальт-терапии – помочь выразить неотреагированные чувства, обрести утраченную целостность. Это достигается расширением сферы сознания, осознанием человеком самоидентичности и собственного совершенства, принятием ответственности за все, что происходит с человеком [1].

Суть гештальт-терапии заключается в том, что человек и окружающая среда представляют собой единый гештальт. Человеческое поведение подчиняется принципу формирования и разрушения гештальтов. При компьютерной зависимости процесс формирования и разрушения гештальтов нарушается, и в этом случае гештальт-терапия, направленная на расширение осознания, позволяет аддикту осознать свою внешнюю и внутреннюю реальность и вследствие этого изменить свое поведение.

Используемый в нашей работе тренинг с использованием гештальт-терапевтических техник направлен на лучшее понимание и принятие человеком себя, большей наполненности и осмысленности жизни, улучшение контакта с внешним миром, с окружающими людьми.

Для подростка тренинг – это возможность быть откровенным, общаться в комфортной обстановке, получить множество полезных знаний и навыков, научиться решать возникающие проблемы. На тренинге можно получить поддержку и понимание, что очень важно для человека данного возрастного периода. Если подросток является компьютерным аддиктом в условиях тренинга в рамках гештальт-терапии можно изменить стиль его жизни, поведение, научить принимать на себя ответственность за свои мысли, чувства и поступки, жить в текущем моменте в реальном мире, входить в полный контакт с реальностью, как бы «вернуться в реальный мир из виртуального».

В нашем исследовании в качестве испытуемых выступали ученики восьмых классов в количестве 78 человек: 37 мальчиков и 41 девочка в возрасте 13 – 15 лет.

Нами был использован комплекс теоретических и эмпирических методов исследования. В

качестве методик исследования использовались: «Опросник склонности к отклоняющемуся поведению», автором которого является А. Н. Орел, данный опросник предназначен для измерения склонности подростков к реализации различных форм отклоняющегося поведения. Мы рассматривали две шкалы: «Шкала установки на социально-желательные ответы» – для выявления установки на социально-желательные ответы и «Шкала склонности к аддиктивному поведению». Последняя предназначена для измерения готовности реализовать аддиктивное поведение и позволяет диагностировать предрасположенность испытуемого к уходу от реальности посредством изменения своего психического состояния.

«Методика диагностики склонности к различным зависимостям» Г. В. Лозовой представляет собой анкету направленную на изучение склонности индивида к 13 видам зависимостей: телевизионной, компьютерной, алкогольной, любовной, игровой, сексуальной, пищевой, религиозной, трудовой, лекарственной, табачной, наркотической и зависимости от здорового образа жизни, из данного перечня мы брали во внимание компьютерную зависимость. Результаты диагностики являются ориентировочными и показывают общую склонность к той или иной зависимости.

«Тест на Интернет-аддикцию» Т. А. Никитиной, А. Ю. Егорова, позволяющий выявить степень сформированности Интернет-аддикции. «Тест на Интернет-зависимость» С. А. Кулакова результаты которого отражают степень влияния Интернета на жизнь испытуемого.

На формирующем этапе эксперимента нами был разработан и реализован психологический тренинг с использованием гештальт-терапевтических техник. Он включал двадцать занятий и был направлен на коррекцию компьютерной зависимости.

В тренинговой работе приняли участие 12 ребят, в возрасте 13 – 15 лет.

На контрольном этапе эксперимента мы повторили две методики, констатирующего этапа («Тест на Интернет-аддикцию» Т. А. Никитиной, А. Ю. Егорова и «Тест на Интернет-зависимость» С. А. Кулакова) и провели сравнение результатов исследования до и после тренинга с использованием гештальт-терапевтических техник.

Для проверки полученных результатов нами использовались методы математической статистики, в частности, Т-критерий Вилкоксона, который применяется для сопоставления показателей, измеренных в двух разных условиях на одной и той же выборке испытуемых. Данный критерий позволяет подтвердить или опровергнуть значимость изменений после коррекционной работы.

Таким образом, нами были определены база и условия для проведения исследования, сформирована выборка, подобраны методики для диагностики испытуемых.

По результатам диагностики на констатирующем этапе нашего эксперимента было установлено: у 39 испытуемых из 78 участвовавших в исследовании (что составляет 50,0%) отмечается выраженная потребность в аддитивных состояниях. Это означает, что эти подростки стремятся к аддитивным реализациям, имеют признаки зависимости и проявляют аддитивное поведение. У 13 испытуемых (что составляет 16,7%) существует предрасположенность к аддитивным состояниям, то есть к уходу от реальности посредством изменения своего психического состояния; у 26 испытуемых (33,3%) нет выраженных тенденций к аддитивному состоянию, то есть они не имеют признаков аддикции, не склонны проявлять зависимость.

Далее мы определяли склонность к компьютерной зависимости у тех испытуемых, у которых отмечена выраженная потребность в аддитивных состояниях - у 39 подростков. Было выявлено, что только у 4 испытуемых (10,3%) наблюдается низкая степень склонности к компьютерной зависимости или ее отсутствие. У 3 подростков (7,7%) выявлена средняя степень склонности к компьютерной зависимости, то есть эти школьники могут проявлять желание проводить время у монитора, интересуются компьютерными играми и программами, являются активными пользователями Интернет. Однако у 32 испытуемых (82,0%) выражена высокая степень склонности к компьютерной зависимости. Для этих ребят характерно нежелание отвлекаться от работы на компьютере или компьютерной игры, раздражение при вынужденном отвлечении.

После этого у ребят с высокой степенью компьютерной зависимости (32 подростка) мы диагностировали Интернет-зависимость: четверо испытуемых (что составляет 12,5%) не подвержены влиянию Интернета или оно отсутствует. Серьезное влияние Интернета на жизнь выявлено у 13 испытуемых (40,6%). У 15 подростков (46,9%) можно диагностировать Интернет-зависимость с необходимостью помощи специалиста.

С желающими ребятами из тех, у кого обнаружена высокая степень зависимости, был реализован тренинг с использованием гештальт-терапевтических техник с целью коррекции Интернет-зависимости. В тренинге приняли участие 12 испытуемых. Всего было проведено 20 занятий, направленных на осознание внутренних ощущений своего тела и ощущений, вызываемых внешними предметами и звуками; осознание участниками своих противоположных качеств и чувств, интеграция их внутри личности; принятие участниками ответственности за самих себя.

В нашем исследовании тренинговая работа организована таким образом, что в упражнениях

выявлялись причины поведения подростков, имеющих Интернет-зависимость, изменялись установки и убеждения, строились жизненные планы, развивались коммуникативные навыки.

Программа психологического тренинга была реализована в течение 20 занятий, которые проводились два раза в неделю. Продолжительность каждого занятия – 45 минут (1 академический час). В тренинге принимали участие 12 ребят (которые проявили желание участвовать в работе) из тех, у кого была выявлена Интернет-аддикция (а она была обнаружена у 15 испытуемых). Возраст участников тренинга 13 – 15 лет, в группе оказалось 7 мальчиков и 5 девочек. Все участники – ученики восьмых классов.

После проведения тренинга с использованием гештальт-терапевтических техник вновь была проведена диагностика по методикам: «Тест на Интернет-аддикцию» и «Тест на Интернет-зависимость». Были получены следующие результаты: у 2 ребят (16,7%) нет признаков аддикции. Это говорит о том, что данные школьники больше не проявляют признаков Интернет-аддикции, все, чем они ранее занимались в Сети, - подростки увидели – есть в реальной жизни: это и игры, только в жизни они интереснее, разнообразнее и эмоциональнее; и общение, которое в жизни более насыщенное, увлекательное и эмоциональное; и взаимодействие, при котором тебя понимают, принимают и поддерживают. Шесть участников тренинга входят в группу риска по аддикции (50,0%). То есть эти ребята проводят какое-то время за компьютером, но это уже менее патологично. Интернет-аддикция сохранилась у четырех участников тренинга (33,3%), эти ребята не освободились от своей Интернет-зависимости. При сравнении результатов диагностики, полученных до и после проведения гештальт-терапевтического тренинга, можно сделать вывод, что степень Интернет-зависимости стала значительно ниже, что подтверждают методы математической статистики (Т-критерий Вилкоксона, который применяется для сопоставления показателей, измеренных в двух разных условиях на одной и той же выборке испытуемых. Данный критерий позволяет подтвердить или опровергнуть значимость изменений после коррекционной работы).

Следовательно, можно констатировать, что разработанный и реализованный тренинг с использованием гештальт-терапевтических техник является эффективным средством коррекции компьютерной зависимости подростков. Таким образом, использование гештальт-терапевтических техник в тренинговой работе может быть эффективным при коррекции Интернет-зависимости у подростков.

Литература

1. Прутченков А. С. Социально-психологический тренинг в школе / А. С. Прутченков. - 2-е изд., дополн. и перераб. – М.: Издательство ЭКСМО-Пресс, 2001. – 640 с.
2. Шепелева Л.Н. Программы социально-психологических тренингов / Л. Н. Шепелева. – СПб.: Питер, 2007. – 160 с.