

Душа



№8
Апрель,
2018г.

"Друзья мои, прекрасен наш союз! Он, как ДУША, неразделим и вечен..." А.С. Пушкин



Колонка
главного
редактора

стр. 1



Из воспоминаний
А.А. Корнилова
и Э.С. Вишневской

стр. 2



ФОТО КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница»
академическая библиотека

Сайт в сайте

стр. 4



Читаем
вместе

стр. 4



О «Зимней
Вишне»

стр. 10



Культурная жизнь

стр. 12

КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Здравствуйте дорогие друзья и коллеги!

Вот и пролетели два года. И вот уже мы ждём вторых Корниловских чтений. Отрадно, что есть люди, которые, уйдя от нас в лучший мир, не исчезают навсегда, а остаются с нами в делах, которыми сами всю жизнь занимались. К числу таких людей относится и Анатолий Алексеевич. И эта конференция, становящаяся уже традиционной – тому подтверждение. А ещё у многих он остался в памяти. То, что Анатолий Алексеевич создал научную и клиническую школу, все мы знаем: десятки соискателей, кандидатов наук, докторов состоялись при его непосредственном участии. Много просто хороших врачей, клиницистов учились у него и вспоминают суважением. Я тоже вспоминаю его нередко. На мой взгляд, Анатолий Алексеевич никогда не был человеком из поднебесья. Был он достаточно прост, ораторским искусством не блестел, не любил словоблудия и витиеватых речей. Он всегда делал больше, чем говорил, как я теперь понимаю. Одевался скромно, в роскоши не жил, к благосостоянию в привычном человеческом понимании не стремился. Для своих учеников, по воспоминаниям многих его учеников, был он как своего рода тренер: подбадривал, строжился, подгонял и работал на результат, выжимая с каждого по максимуму. Ставил он реальные цели, осуществимые именно в данных конкретных условиях, поэтому и переворотов в науке не совершил, да и какие в нашем деле могут быть перевороты? Главное, что свое дело он знал «от» и «до», на своем поприще эрудитом был превосходным, процитировать мог любого сколько-нибудь видного психиатра, благо памятью, развитой ещё с детства, обладал исключительной. Больных не чурался, смотрел их всегда помногу, охотно. Подходил к клиническому разбору всегда нетривиально. Это я помню и по конференциям, и по разборам сложных клинических случаев непосредственно в отделениях. Меня всегда подкупало в таких ситуациях то, что он избегал пространных речей. Он подолгу беседовал с больным, потом кратко обсуждал это с коллегами, обращая внимание лишь на существенные, по его мнению, детали и потом делал хоть и не каллиграфическим, но очень понятным

почерком весьма подробную запись в истории болезни. Мы редко бываем вполне независимы в суждениях. Анатолий Алексеевич тоже не был прямолинеен, он знал толк в нашей «внутренней политике», но что касается собственно клинической психиатрии, то здесь он был порой даже резковат и умел аргументированно отстаивать свою точку зрения до конца. В фаворитах, как мне кажется, Анатолий Алексеевич не ходил, а если и было так, то недолго.

Главным для него была не слава, не расположение власти имущих, не материальные блага, а приверженность своему поприщу, он трудился планомерно и методично над статьями, сборниками, монографиями, лекциями каждый день. Не чурался и простого физического труда – многие годы сажал картошку с медицинитутом. Я помню один случай, в один год картофельные делянки у нас оказались по соседству. Машины у нас не было, 90-е годы, приехали с отцом, тоже профессором, окучивать картошку на автобусе, по полям шли несколько километров до своей делянки. Жара стояла, июль. Пришли, а там уже Анатолий Алексеевич с Эммой Семёновной пашут, приехали они раньше, на своей Ниве. Так они закончили и нас дождались. В багажник Нивы черенки наших тыкв не влезали. Анатолий Алексеевич смерил со своими, достал пилу и молча обрезал лишнее, ну, а мы и не протестовали – домой с ветерком доехали. Помню, как однажды мы поздравляли женщин соматического отделения с 8 Марта, я тогда работал неврологом, а у Анатолия Алексеевича кабинет напротив моего был. Без особых изысков Анатолий Алексеевич своим перочинным ножиком порезал колбасу довольно толстыми шматами и прочую нарезку сделал сам. Я у него в подмастерьях был. Позвали женщин, наполнили бокалы. Всё прошло хорошо.

Анатолий Алексеевич всегда был человеком дела. И очень большой воли. Это, прежде всего, его целеустремлённость сделала из него и неплохого спортсмена – лыжника, и мужа, и отца, и учёного, и просто незаурядного человека.

Я.В. Богданов



**Уважаемые коллеги!
Дорогие друзья и участники конференции!**

Сердечно приветствую гостей и участников Вторых Корниловских чтений. Два года назад мы впервые провели чтения, посвященные памяти профессора А.А. Корнилова, понимая насколько значительна роль Анатолия Алексеевича, как на поприще психиатрической науки, так и в педагогической деятельности. Сегодняшняя конференция, посвящена вопросам психосоциальной реабилитации в современных условиях, учитывая социально-экономическую ситуацию в стране, развитие нормативно-правовой базы, возможности психофармакотерапии и межведомственного взаимодействия государственных, общественных и коммерческих структур. И хотя идеи психосоциальной реабилитации для российской психиатрии не новы, организаторы

здравоохранения, клиницисты, политики, правозащитники и ученые предпринимают попытки придать этим понятиям новое значение и содержание, предлагая

комплексный и всесторонний подход к больному человеку. Сибирскими психиатрами накоплен большой опыт психосоциальной реабилитации, которым будет возможность поделиться во время работы конференции.

Участникам и гостям Вторых Корниловских чтений желаю плодотворной работы, крепкого здоровья, счастья и добра!

**Председатель РОО
«Кемеровское областное общество
психиатров»,
главный врач Кемеровской областной
клинической психиатрической больницы,
к.м.н В.А. Сорокина**



**ИЗ ВОСПОМИНАНИЙ АНАТОЛИЯ АЛЕКСЕЕВИЧА КОРНИЛОВА
И ЕГО ЖЕНЫ, ЭММЫ СЕМЕНОВНЫ ВИШНЕВСКОЙ**



«Я родился 19 марта 1931 г. на Кыллахе и оказался «виноватым» у советской власти вместе со своими сестрами, так как на рубеже 1935 г. наших родителей объявили кулаками и нас изгнали из дома. Поэтому моё дошкольное детство прошло в леспромхозе Чапаево. Я вырос без родного очага. В 1938 г. меня в 7 с половиной лет прогнали с первого класса, мол, «слишком мал», «зимой не сможет ходить в школу». Я тогда проучился один месяц. К 1 сентября

1939 г. мне уже было 8 с половиной лет. В то лето «народный» суд судил мою больную маму за невыполнение минимума трудодней в колхозе – 60 трудодней в год. Она же была тогда тяжело больна туберкулезом легких. Её лишили права голоса. Я не понимал: «Как это голос у мамы «перерезали» («быспыттар» по-якутски), а она как говорила, так и говорит». Так я и начал учиться в Кыллахской начальной школе. В первом классе было 40 учеников. Кого из них помню? Борю Сатакова, Альберта Баишева, Македона Какаисова. Одного из одаренных якутских ребятишек, Борю Сатакова, жизнь так и задавила. Жив ли, не знаю. Помню, его отец мельник, Михаил Сатаков, начальными успехами сына был очень доволен, гордился. У Бори не было матери. Потом умер отец. Из этих 40 первоклассников я один окончил 10 классов».

«1 мая 1941 г. деревня праздновала. Устроили и детский старт на короткое расстояние. Я должен был прибежать первый, но я держался за спиной Чукурая, вперед не выходил и 8 рублей приза получил он. Потом он много и удивленно спрашивал:

«Почему не ты первый прибежал, ты же быстрее бегаешь? Я молчал или говорил «не знаю». Я хотел, чтобы при получил он, у него не было матери, у меня мама хоть и при смерти, но была еще жива».

«1943-1944 учебный год. Самая трудная пора. Полное обнищание. Голод. В тузиму и весну меня одолел фурункулез. Один фурункул еле заживет, другой уже выскакивает. Это результат моего истощения и грязи. Один раз чуть было не замерз. Утром пошел рано в Нерюктей в школу. Одежда – одно рванье. Дошел до песчаного острова «Западной реки», а дальше идти не могу. Ноги уже не чувствуют дорогу, сильно замерзли, уже больно. Надо решиться, что делать. Промедление опасно.

Подумал, в какую сторону ближе – вперед или назад? Решил, что назад, обратно домой. А дело было в том, что в торбаса затолкал слишком много сена, слишком тесно обулся. Мороз был сильно страшный. Еле спасся. В школе к большой перемене кипятили чай с сахаром. Иногда давали кусочек хлеба. Ты должен был иметь с собой кружку алюминиевую. Чем больше, тем лучше. К концу



третьего урока ты должен был сидеть начеку. Одна нога должна быть уже вне парты на проходе, готовая оттолкнуться и бежать к двери класса, иначе чаю тебе не хватит. Таким образом тоже проверялась жизнестойкость ученика».

«Об окончании Великой Отечественной войны 9 мая 1945 года нам, ученикам, объявила Мария Петровна Евмененко. Нас, голодных, изможденных, оборванных, извините, сильно завшивленных ребят построили и объявили об окончании войны. Уроки отменили, всех распустили по домам. Мы и сообщили деревне об окончании войны. Детская радость была безгранична. Но впереди нас ждал более страшный голод летом 1947 года».

«Школьный аттестат у меня был троичный, кроме математических предметов. Но последние были четверки, а по тригонометрии даже пятерка. О своем школьном аттестате я говорю вот по какому поводу. После окончания средней школы я год не учился из-за отсутствия средств на поездку даже до Якутска. Петр Алексеевич Старостин устроил меня учителем начальных классов в селе Хоранпы. Я еле подкопил денег на поездку до Якутска, затем до Иркутска. Вступительные экзамены сдавал в Якутском пединституте. Не мог улететь в Иркутск, 10 дней сидел в Олекминском аэропорту. Только 6 сентября 1950 года я стал студентом Иркутского государственного медицинского института. Так вот, мои школьные тройки содержали в себе столько твердо усвоенной информации, что, пропустив год учебы, в институте я числился одним из лучших студентов, на первых курсах мне легко давались общеобразовательные предметы. Экзаменационные сессии сдавал чаще всего на «отлично», только иногда срывался на одну «четверку».

«Я имел первый спортивный разряд, в 1953 году был чемпионом Иркутской области в эстафетной гонке на 10 км в составе четверых студентов-лыжников при институте. Из этой четверки также двое профессоров, один кандидат наук, один полковник/Палкин/. Летом занимался греблей на каноэ-одиночке. Грёб 10 км. Летом 1956 года, уже окончив

институт, в составе сборной команды Иркутской области участвовал в финале Первой летней Спартакиады народов России в Москве. Занял в финальной гонке на 10 км 9-ое место из 24 лодок по всей России.

«Спорт научил меня терпеть экстремальные трудности, бегать разные дистанции (5, 10, 15, 18, 30, 50 км) через «не могу»; вести гигиенический образ жизни, не употреблять спиртное, не курить и многому другому хорошему. Одновременно пел в институтском хоре. Всё это приобщило меня к общечеловеческой культуре и возвысило в дальнейшем большое значение в моей жизни, так как занятие наукой требует от человека хорошего здоровья, психической устойчивости, большого терпения, культуры поведения и речи».

«Я стал первым врачом-психиатром из якутов в 1956 году. В Якутске я женился на выпускнице Томского медицинского института Эмме Семеновне Вишневской, приехавшей в Якутию на работу после окончания института. Она человек, прошедший такой же трудный жизненный путь, как и я сам. Её отца в 1937 году тоже репрессировали, расстреляли в возрасте 35 лет. Есть такая притча: «Жена, не ведущая мужа вперед, обязательно тащит его назад». Моя жена меня тащила всегда только вперед».

«В Кемеровском медицинском институте работаем с 1963 года из-за того, что после окончания аспирантуры нас обратно в Якутск не взяли. Пригласили в ЯГУ (Якутский государственный университет) женщину, кандидата наук из Омска. Это проявление высокомерного пренебрежения своими кадрами /чужой обед кажется вкуснее/. Нет пророков в своем Отечестве».

«Я являюсь вдовой покойного Анатолия Алексеевича. Он родился 19 марта 1931 года, сейчас ему было бы 87 лет. С Анатолием Алексеевичем я познакомилась в августе 1956 г., когда я ехала по распределению молодых специалистов в г. Якутск. На станции «Осетрово» надо было пересесть с поезда на пароход, и уже пароходом вниз по Лене доехать до г. Якутска. На вокзале было столпотворение, народ волновался, удастся ли

купить билет на пароход. Ехали в основном молодые специалисты, выпускники вузов и техникумов. Анатолий Алексеевич вместе со своим попутчиком сумели в несколько минут успокоить людей, выстроили очередь, того, кто потерял свою очередь, как-то пристроили. Вскоре все мы купили билеты. Здесь, в Осетрово, я впервые увидела Анатолия Алексеевича и восприняла его как воплощенное добро и справедливость. И вдруг мне показалось, что я давно думала о таком человеке, может быть, я читала о нем или даже видела его когда-то, очень давно, может быть во сне или в какой-то другой жизни. Мне казалось, что в тот день в Осетрово он совершил подвиг ради людей, причем, без какой-либо позы». «Наверное, в 2014 г., я увидела сон в Прощеное воскресенье. Будто я в чужом городе, в каком-то общежитии, наверное, на ФПК. Я с плачем ищу свою одежду, свою сумку, шапку, билет. Обращаюсь ко всем «дайте мне одежду, дайте мне шапку, сумку», но никто не дает. И вдруг появляется Анатолий Алексеевич, такой веселый, молодой, как в 1956 году в Осетрово. Он все нашел – и одежду мою, и билет на самолет, взял меня за руку и повел, чтобы ехать домой. Я подумала, что он простил меня. Я не воцерковленный человек, но ведь было Прощеное Воскресенье...».





САЙТ В САЙТЕ

Есть у нас хороший, большой, структурированный больничный сайт, о котором нужно в нашей газете написать. Но есть внутри него другой, посвящённый Анатолию Алексеевичу Корнилову, он скромный ещё пока и скромно называется «Электронная выставка о выдающемся враче-психиатре – Анатолии Алексеевиче Корнилове», расположена по адресу <http://ev-kornilov.ru/index.php>.



ТКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница»
медицинская библиотека

А. А. Корнилов - человек, ученый, врач
Электронная выставка

На нем представлены: биография Корнилова А.А., трудовая и научная деятельность, памятные записи и публикации воспоминаний; фотографии, освещдающие его научные труды, образ жизни и работы, участие в научных форумах, статьи в газетах, творческие работы, показывающие неразрывную часть с народом Якутии. Там же размещены материалы первых Корниловских чтений.

Сайт неплохо оформлен, имеет, как принято сейчас говорить, «дружественный интерфейс». Заходите, смотрите, читайте!

Я В. Богданов

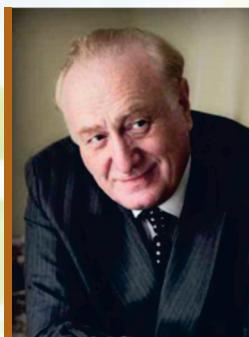
ЧИТАЕМ ВМЕСТЕ

А.А. Корнилов «Избранные лекции по психиатрии»

Автора все мы знаем. Анатолий Алексеевич многие годы, с 1974 по 1997, заведовал кафедрой психиатрии в Кемеровской медицинской академии, профессор, врач высшей квалификационной категории, автор более 200 научных публикаций. Член редакционной коллегии журнала «Сибирский вестник психиатрии и наркологии». Труженик тыла в годы Великой Отечественной войны. Награждён медалью «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.». Почётный гражданин Олекминского улуса Республики Саха (Якутия). Отличник здравоохранения. Отличник высшей школы. Основные научные интересы его были сосредоточены на психических нарушениях при органических заболеваниях головного мозга, психосоматических болезнях, алкоголизме. Под руководством профессора Корнилова А.А. были защищены одна докторская и 13 кандидатских диссертаций.

В научном издании 8 лекций и каждая из них очень интересна: «депрессивные состояния и их общая симптоматология», «маниакально-депрессивный психоз; смешанные состояния; циклотимия; дистимия, психосоматическая болезнь; маскированные депрессии; депрессии при соматических заболеваниях», «шизоидное расстройство личности; малопрогредиентная шизофрения; шизотипическое расстройство», «клиника и психопатология резидуальной экзогенно-органической недостаточности ЦНС», «травматическая болезнь головного мозга (психические нарушения)», «психоорганический синдром; клинические этапы психопатоподобного синдрома при травматической болезни головного мозга; поздние травматические психозы»; «психические нарушения при церебральном атеросклерозе и гипертонической болезни»; «деменции».

Лекции написаны живым, лаконичным и убедительным языком, читаются легко и с интересом. Текст первой лекции по депрессиям мы приводим в выпуске газеты полностью.

**З.И. Кекелидзе и коллектив авторов
«ПСИХИАТРИЯ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ»**

Зураб Ильич Кекелидзе – советский и российский психиатр, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач Российской Федерации, главный внештатный психиатр Министерства здравоохранения РФ, с 2013 года директор Государственного научного Центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского. Он всегда приезжает к нам в Кузбасс с высококлассными специалистами по чрезвычайным ситуациям, будь то авария на шахте «Распадская» или трагедия в «Зимней Вишне». Его помощь трудно переоценить, его работоспособность впечатляет, его внутренний аристократизм вызывает уважение. Со своими сотрудниками он успел, помимо главного – оказания помощи пострадавшим в

чрезвычайной ситуации, прочитать со своими коллегами ещё и курс лекций для специалистов по психиатрии чрезвычайных ситуаций. Мы, конечно, безмерно благодарны ему и сотрудникам Центра Сербского, протянувших руку помощи в эти нелёгкие дни, с интересом прочитаем книгу, которая написана человеком не понаслышке знающим, что такое природные и техногенные катастрофы, что такое человеческое горе, где оно начинается, где заканчивается и с какого момента начинается психиатрия. Книга о том, как мы с вами можем помочь людям в тяжёлых и невыносимых жизненных ситуациях.

Книга написана большим коллективом авторов, в ней изложены организационные вопросы психолого-психиатрической помощи в чрезвычайных ситуациях. Предназначена для психиатров, психотерапевтов, медицинских и социальных психологов, оказывающих помощь при ЧС.

Я.В. Богданов

Ниже мы приводим фрагменты из этих двух изданий, которые позволят составить о них представление и побудят к дальнейшему чтению.



А.А. Корнилов

ДЕПРЕССИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ И ИХ ОБЩАЯ СИМПТОМАТОЛОГИЯ

Апостол Павел, страстный проповедник Слова Божьего, утверждал, что существуют три главные общечеловеческие истины – вера, надежда, любовь. Эти три свойства психической энергии присущи человеку, созданному по образу и подобию Божьему. У людей существуют три главных инстинкта: самосохранение, размножение, сплочение. Самосохранение основано на вере. Вера – это то, что поддерживает нашу деятельность, помогает выжить в тяжелых экстремальных ситуациях, перенести горечь потерь и утраты близких. Когда веришь, что наступит завтрашний день, есть смысл бороться, именно вера и является залогом успешной человеческой деятельности, карьерного роста, достижения творческих вершин. Депрессия – это, напротив, уменьшение веры, снижение инстинкта продолжения рода, ослабление чувства сплочения.



Основные типы депрессивных аффективных расстройств включают в себя (по классификации DSM-IV): 1) большое депрессивное расстройство (в клинической практике известно как монополярная, или униполярная депрессия); наиболее часто встречающимся типом депрессивного состояния является его вариант с меланхолическими чертами, или меланхолическая депрессия; 2) биполярное аффективное расстройство, по классической терминологии это маниакально-депрессивный психоз; 3) дистимия – чаще встречается у женщин и имеет тенденцию к хроническому течению, нередко обусловлено длительными ситуациями жизненного неблагополучия и потерь. Депрессивные проявления входят в клиническую картину, а нередко могут быть единственным ярко выраженным признаком многих соматических заболеваний (микседема, синдром Кушинга, сахарный диабет, постменопаузальный синдром,

болезнь Паркинсона, СПИД).

Печаль определена З. Фрейдом (1917) как реакция на потерю любимого человека либо как абстракция, которая имеет значение для него, для его страны, свободы, идеала и т. д. Тяжелая печаль отличается таким же страдальческим настроением, потерей интереса к внешнему миру, поскольку он не напоминает умершего, потерей способности выбрать какой-нибудь новый объект любви, что значило бы заменить оплакиваемого, отказом от всякой деятельности, не имеющей отношения к памяти умершего. Однако такое поведение не кажется нам патологическим потому, что мы умеем его хорошо объяснить. Отличительные черты печали, по Фрейду, подавленность, отсутствие интереса к внешнему миру, снижение активности. Печаль не нуждается в специальном лечении, если она не перерастает в длительную стойкую форму депрессии. Меланхolia в психическом отношении отличается глубокой страдальческой удрученностью, исчезнением интереса к внешнему миру, потерей способности любить, задержкой всякой деятельности и понижением самоочувствия, выражющимся в упреках и оскорблении по собственному адресу и нарастающим до бреда ожидания наказания. В картине болезни меланхолика на первый план выступает нравственное недовольство собой, а физическая немощь, уродство, слабость, социальная малоценность гораздо реже являются предметом самооценки; только обеднение занимает преимущественное положение среди опасений и утверждений больного. Меланхolia, как и печаль, является реакцией на реальную потерю объекта любви, но, кроме того, она связана еще условием, отсутствующим при нормальной печали или превращающим ее в патологическую в тех случаях, где присоединяется это условие.

«Нормальное горе», согласно представлениям E. Lindemann (1945), включает в себя пять симптомов: 1) соматический дистресс (в виде вегетативных расстройств), 2) заняность, полная всепоглощенность образом умершего, 3) горе, 4) агрессивные реакции, 5) утрата привычных способов поведения.

Существуют три формы депрессий:

эндогенные, психогенные, соматогенные. Соответственно этим видам депрессии рекомендуются основные методики лечебного воздействия: психофармакотерапия, психотерапия, терапия соматического заболевания.

Психиатрия – наука клинико-описательная. Единой общепризнанной классификации депрессивных синдромов нет. Психопатологические синдромы выделяются на основании опыта многих поколений врачей, начиная еще со времен античности.

Известный советский психиатр профессор Е.С. Авербух в 1962 году предложил классификацию депрессий из шести синдромов: меланхолический, тревожно-депрессивный, депрессивно-ипохондрический, астенодепрессивный, деперсонализационно-депрессивный, навязчиво-депрессивный. Принцип этой концепции был основан на обязательном наличии депрессивного настроения, а также наличии (или отсутствии) пяти других симптомов: тревоги, ипохондрии, астении, деперсонализации, обсессий. Если один из них выражен более других, то именно он определяет синдром.

О.П. Вертугровова и др. (1980-1983) выделяют четыре депрессивных синдрома по преобладающему аффекту: тревожную, тосклившую, апатическую и недифференциованную депрессию.

А.С. Тиганов считает, что депрессии могут быть простые, сложные, затяжные. При этом он выделяет восемь основных синдромальных типов депрессий: меланхолический, адинамический, дисфорический, анестетический, апатический, тревожный, сенесто-ипохондрический, депрессии с бредом, галлюцинациями и кататоническими расстройствами.

При депрессии наблюдается характерная триада симптомов, угнетенное, тоскливо-настроение, заторможенность мыслительных процессов, скованность двигательной сферы. Больные печальны, угрюмы, движения их замедлены, однообразны. Выражение лица страдальческое. Они с трудом переключаются с одной темы на другую, болезненно оценивают свои поступки, высказывают идеи

/// продолжение



начало

самообвинения, самоуничтожения. Мысли у них текут медленно, речь монотонна, бедна ассоциациями. Будущее им кажется мрачным, непоправимым, безысходным. На фоне чувства собственной неполноценности в памяти всплывают «ошибки» прошлых лет. У больных создается впечатление, что окружающие с презрением, осуждающе относятся к ним, что все знают, насколько они ничтожны и совершенно не пригодны к жизни. Особенno гнетущая тоска отмечается в утренние часы. К вечеру самочувствие больных несколько улучшается. Однако никакая внешняя причина не может отвлечь их от тоски, самобичевания, чувства неполноценности. Подавленное настроение сопровождается ощущением соматического неблагополучия: общей слабостью, снижением работоспособности, неприятным чувством в груди, во всем теле.

Характерным для депрессивного состояния является и так называемое скорбное бесчувствие – психическая анестезия. Больные жалуются, что не могут выполнять семейных обязанностей, стали бесчувственными, безразличными, холодными к детям, родным, близким. При этом сохраняется критическая оценка своего состояния. Однако, понимая произошедшие с ними изменения, они ничего не могут с собой поделать и от этого тяжело страдают. Этот признак маниакально-депрессивного психоза может служить его дифференциально-диагностическим критерием в отличие от эмоциональной опустошенности при шизофрении. В последнем случае у больных также наблюдается «отсутствие чувств», но они не переживают из-за этого и не проявляют критической самооценки.

При депрессивных состояниях мучительное чувство гнетущей тоски часто приводит к суициdalным попыткам. Особенно внимательное наблюдение за больными требуется в период возникновения прилива неистовства, взрыва отчаяния, меланхолического раптуса (от лат. *raptus melancholicus*), во время которого проявляется повышенная склонность к самоистязанию. Часто депрессия сопровождается тягостным мучительным ощущением в области сердца – предсердечной тоской.

Кроме того, часто наблюдается своеобразный симптомокомплекс, характеризующийся преобладанием тонуса симпатической нервной системы. Он проявляется тахикардией, повышением артериального давления, расширением зрачков, спастическими запорами, аменореей.

Иногда заторможенность двигательной сферы при депрессии сменяется двигательным возбуждением, беспокойством, ажитацией – ажитированная депрессия. Больные мечутся, причитают, не находят себе места, просят о помощи. Этот вариант депрессии характерен при развитии маниакально-депрессивного психоза в инволюционном периоде.

Обычно при депрессивных состояниях, несмотря на гнетущую тоску, больные не плачут. Проявление слезливости говорит о скором окончании депрессивной фазы и наступлении светлого промежутка. В некоторых случаях повышенная слезливость наблюдается на протяжении всего приступа меланхолии. В связи с этим выделяют атипичный вариант – слезливую депрессию.

Под влиянием антидепрессивных средств симптоматика депрессивной фазы нивелируется, настроение больных улучшается, они становятся активнее, целеустремленнее, и создается впечатление, что наступила интермиссия. Однако, на самом деле приступ не закончился, он лишь «зашторен» лекарственными препаратами, и при переводе больных на поддерживающую терапию более низкими дозами может возникнуть рецидив заболевания. Это «зашторенная» депрессия. Бывают случаи, когда после проведенного курса лечения и выписки из стационара больные, возвратившись домой, меняют по различным причинам местожительство, в связи с чем у них снова возникает депрессия (её называют квартирной).

В психиатрической практике встречаются скрытые (маскированные, ларвированные) депрессии. Клиническая картина их отличается неспецифичностью и большой полиморфностью различных соматических расстройств. При этой форме на фоне маловыраженных депрессивных симптомов может имитироваться клиническая картина любого соматического заболевания органического или функционального генеза.

Депрессивные расстройства не всегда отличаются выраженной угнетенностью, тоской; встречаются и стертые меланхолические состояния, субдепрессии. Кратковременные приступы депрессии не требуют стационарного лечения и купируются амбулаторно. Однако, встречаются приступы, которые делятся в течение нескольких месяцев и даже лет. В таких случаях необходима госпитализация и активное лечение с последующим переводом на амбулаторную поддерживающую или профилактическую терапию.

В нормальном состоянии человек испытывает от своих внутренних органов ощущения, не очень интенсивные, но вполне достаточные для того, чтобы чувствовать свое физическое благосостояние, т.е. нормальное самочувствие. В болезненных состояниях эти ощущения изменяются качественно и количественно. В зависимости от этого изменяется и самочувствие. Нормальному самочувствию свойствен приятный тон. Болезненно-пониженное самочувствие есть ощущение немощности, слабости, астении, анергии, оно обычно является элементом физического незддоровья.

В нормальных условиях настроение соответствует обстоятельствам окружающей микросреды. Понятно, что человек всегда находится среди обстоятельств, поэтому всегда направлена или косвенно подвержен их влиянию, а его психоэмоциональный фон непосредственно зависит от происходящего. Если человек окружен приятными впечатлениями, то он должен испытывать радостное настроение; если печальными, то неприятное.

При депрессии, напротив, фон настроения не соответствует реальным обстоятельствам. Неприятное настроение может возникать у человека, окруженного всеми возможными и невозможными жизненными благами. В этом состоянии больной находится под давлением тяжелого чувства. Он испытывает душевное страдание, грусть, иногда отчаяние. Все то, что в другое время могло доставить удовольствие, теперь становится абсолютно безразлично, а иногда даже вызывает грусть. Радость других людей кажется больному неестественной, притворной, больному непонятно, как люди могут радоваться. К своим прошлым радостям больные относятся



как к грустным, печальным заблуждениям.

При депрессии, даже легкой, непременно возникает утомляемость. Аппетит снижается или даже исчезает совершенно. Больные нередко вообще не испытывают чувства голода. Наблюдаются упорные отказы от еды. Вес больных при депрессии заметно снижается. У женщин параллельно происходит нарушение менструального цикла. В легких случаях наблюдаются незначительные колебания в диапазоне сроков между менструациями, непостоянство их продолжительности, а при выраженной депрессии может произойти полная задержка регуляции. Кожа при депрессии часто сухая. Нередко шелушится; отделение пота задерживается. Глаза также остаются сухими, больные не могут плакать со слезами. Плаксивость наблюдается при более легких формах депрессии. Резко уменьшается слюноотделение, поэтому слизистую полости рта сушит. Язык сухой. Запоры, так часто наблюдавшиеся при депрессии, объясняются атонией кишечника.

Больной депрессией долгое время (иногда целыми сутками) может находиться в постели и много спать. Однако сон при этом непродолжительный и неглубокий, не приносящий чувства свежести и не дающий отдыха. Иногда отмечается полная бессонница либо исчезновение чувства сна. Две последние формы рассматриваются нами как наиболее тяжелые виды депрессии.

Иногда депрессия возникает совершенно внезапно. Проснувшись утром, больной сразу же ощущает мучительную тяжесть на сердце, понимает, что еще вчера казавшийся интересным и увлекательным окружающий мир стал иным – серым, отталкивающим, иногда даже враждебным, рождая тоску, апатию, полное равнодушие и безучастность.

Назовем основные клинические проявления депрессивных состояний: депрессивно-деперсонализационный синдром, энергические депрессии, меланхолические депрессии, тревожная депрессия, анестетическая депрессия, адинастическая депрессия, апатическая депрессия, дисфорическая депрессия, ипохондрическая депрессия, бредовая депрессия, невротическая депрессия.

Панические атаки. К их числу относят пароксизмальные (приступа-

ми) вегетативные дисфункции с наличием сенестопатий (А.С. Бобров): аффект страха на высоте приступа, ожидание повторного приступа, специфическая фобия (изолированная): «боюсь уснуть», «будет приступ, в результате которого я умру». Панические атаки значительно часто предшествуют появлению депрессий. Их провоцируют три фактора: психогенез (стресссы), алкоголизация или наркотизация, соматические болезни. По своей природе панические атаки подразделяются на невротические и эндогенные.

Невротическая депрессия понимается как нарушение умственного процесса – частичное или тотальное подавление конфликтов, которое сопровождается господствующими депрессивными симптомами (Kielholz P., 1965). Невротические депрессии вызывают психогенные факторы, или «жизненные стрессоры». К ним относятся любые длительные болезни, способные изменить социальную жизнь больного и нарушить его межличностные контакты (Achte K.A., 1974), потеря объекта любви, фрустрация инстинктивных побуждений (например, бесплодие у женщин), тяжелая семейная ситуация, неверность супруга (супруги), бедность, неудачный брак, безработица. Конечно, для некоторых сильным внутренним стержнем личностей жизненные невзгоды могут быть не такими патогенными, как для натур слабых, безвольных, плохо адаптирующихся в новых социальных условиях, все зависит от структуры психической конституции личности.

При невротических депрессиях (депрессивном неврозе) эмоциональные расстройства отличаются от нормальных стойкостью, приобретают характер тревожно-депрессивного синдрома и сопровождаются вегетативно-соматическими расстройствами и астенией: затруднение засыпания, наплывы ярких образов, болезненное переживание оскорбительных «намеков» окружающих, собственных упущений (астенический ментизм). С усилением астении появляются раздражительность, слезливость, возникают приливы «острой грусти». Невротические депрессии (депрессивный невроз), имея очерченное начало, не имеют ясного завершения. Эмоциональные расстройства уменьшаются литически. На смену бледнеющему депрессивному фону приходят

аффективные колебания, когда для больного наиболее характерны полная утрата инициативы, нежелание заниматься текущими делами, объясняемое фразой типа «руки опускаются», поэтому такие больные бездеятельны, безучастны к происходящему, много лежат. При затягивании невротической депрессии усложнение происходит за счет аффективных и идеаторных расстройств. Аномалии характера, в возникновении которых главную роль играют внешние факторы, получили название «развитий». Термин предложен в 1910 году К. Ясперсом для обозначения психогенно обусловленных искажений характера. Невротические развития отличаются от невротических состояний (неврозов) нарастанием идеаторных расстройств. При депрессивном развитии личности вместо ярких проявлений аффектов на первый план выступают мелочная озлобленность, постоянная недоброжелательность, ранимость, кататимные идеи отношения. Соматовегетативная патология проявляется в виде психосоматических заболеваний (Лакосина Н.Д., Вишневский В. А., 1987).

Хроническая психотравма ведет к изменению привычного жизненного стереотипа, привычек, склонностей, взаимоотношений. Появляется натянутость отношений, ограничение круга общения из ситуационного становится привычным. Пропадает стремление выглядеть аккуратным, подтянутым, быть привлекательным для окружающих, особенно у экстравертов. Таким образом, гипотимия, эмоционально-волевое уплощение стабилизируются. Такие люди с нескрываемой радостью перечисляют недостатки и неблаговидные поступки других людей, демонстрируют свое отрицательное отношение к ним. Механизм психологической защиты в этих случаях заключается в том, что ответственность за случившиеся с ним метаморфозы перекладывается на других, т.е. формируются аффективно заряженные «заблуждения» – пассивные сверхценные идеи (Бумке О., 1919). Автор подчеркивал, что при этом люди не действуют, как при обычных сверхценных идеях Вернике, но их тягостные думы становятся доминирующими представлениями, подавляющими другие.



«ПСИХИАТРИЯ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ»,

ВЫДЕРЖКИ ИЗ ГЛАВЫ «РЕИНТЕГРАЦИЯ В СОЦИУМ ЛИЦ, ПОСТРАДАВШИХ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ»

«Обращает на себя внимание тот факт, что в случае антропогенных катастроф, особенно при наличии в семье погибшего родственника, уже на этом этапе со стороны пострадавших отмечаются заметные проявления гнева и звучат оскорбительные заявления в адрес администрации поселка (города), руководящих лиц республики и даже государства. Кроме того, гнев может быть направлен на представителей других национальностей или конфессии, особенно в тех случаях, когда имеются предположения (иногда необоснованные) об их причастности к возникновению ЧС. Поиск пострадавшими виновных в трагедии с целью обрушить на них свое негодование и чувство неудовлетворенности, является привычной реакцией на антропогенные катастрофы... В течение нескольких месяцев (после ЧС) потерпевшие продолжают получать помочь от учреждений, организаций и общества в целом. Необходимо подчеркнуть, что распределению материальных выплат пострадавшие уделяют особое внимание. Кроме того, стремясь компенсировать свои потери, они посещают различные инстанции, требуя для себя и своих близких социальные льготы и денежные пособия. Реакцией на подобное поведение является то, что часть населения, которая в момент трагедии не находилась непосредственно в очаге ЧС, но проживает на той же территории, начинает высказывать предположение, что пострадавшие и их родственники имеют чрезмерное количество материальных и иных благ».

«Специалисты, изучающие влияние последствий ЧС на психическое состояние человека, считают, что именно виктимизация является основным препятствием на пути реабилитации пострадавших. Важно помнить, что подобный стереотип поведения вызывает нарушение адаптации пострадавших не только в социуме в целом, но и в семье. Часть пострадавших склонны максимизировать «вторичные выгоды», стремясь сохранить навсегда нарушение в психической сфере для того, чтобы

получить компенсацию – экономическую, эмоциональную или любую другую. Это предположение подтверждает тот факт, что нарушение в психической сфере, как правило, возникает у людей с нормальным функционированием до ЧС. Автор считает, что специалисты в области охраны психического здоровья должны избегать ятрогенных воздействий, а также стараться помочь пострадавшим в преодолении этой ситуации, предупреждая хронификацию инвалидности. M. Venyakar (2002) полагает, что в распределении компенсаций и принятии решения о включении пострадавшего в программу реинтеграции должны участвовать психиатры. Автор отметил, что «жертва» – это человек, который вследствие ситуации прекращает быть личностью и становится объектом социальной действительности, теряя свою индивидуальность; тогда как понятие «потерпевший» подразумевает психическую мобильность, а также сохранение индивидуальности личности. Именно поэтому M. Venyakar (2002) предложил специалистам в области психиатрии «помогать» пострадавшим «избавляться» от роли «жертвы».

«На втором этапе солидарность внутри группы пострадавших постепенно сменяется расколом на тех, кто «сильно» пострадал (имеет физические травмы или ЧС повлекла за собой смерть близкого родственника), и тех, кто пострадал «незначительно». С одной стороны, расслоение в обсуждаемой группе связано с неравномерностью распределения льгот и социальной помощи, которая влечет за собой появление негативного отношения пострадавших друг к другу и их последующей разобщенности. С другой стороны, родственники погибших начинают винить в смерти своих родных тех, кто находился в очаге ЧС и выжил, полагая, что последние «могли, но не захотели» спасти погибших. В ответ на обвинения у пострадавших, находившихся в очаге ЧС, формируется чувство вины перед жертвами и их родственниками, в связи с которым они стараются избегать общения как внутри группы, так и в обществе, тем самым усиливая

свою изоляцию (ограничивают социальные контакты, появляется избирательность общения). Помимо сказанного, в этот период у пострадавших происходит полное осознание случившегося, они получают информацию об обстоятельствах, которые привели к трагическому событию и о реакции на них государства».

«Другая часть пострадавших считает, что активисты общественных организаций не отражают мнения всего общества, а их действия являются инициативой отдельных лиц. Кроме того, пострадавшие выказывают обеспокоенность тем, что общество, отождествляя их с «инициативной группой», формирует предвзятое отношение к ним. Появляются чувства обособленности, изоляции от общества, которые, наряду с чувством вины перед погибшими («синдром выжившего») и потери доверия к властям, становятся факторами, препятствующими реинтеграции пострадавших в социум.

«На третьем этапе (спустя год и более), по мере дезактуализации чрезвычайной ситуации, интерес общества к проблемам пострадавших снижается. Общество пытается вернуться к привычной жизни. В тоже время, воспоминания и переживания пострадавших, а также продолжительное освещение в средствах массовой информации последствий чрезвычайной ситуации, приводят к возникновению страха ее повторения, нарастанию напряженности в обществе, снижению качества жизни людей. В связи с этим отношение общества к пострадавшим меняется от нейтрального до негативного (раздражение, неприязнь). Общество продолжает выделять пострадавших в отдельную группу, пытается «отмежеваться» от нее. По мнению C.S. Fullerton и R.J. Ursano (1994), изучавших отношение общества к пострадавшим от насилия, жертвы напоминают обществу о глубокой его уязвимости перед лицом неизвестанного, а методом психологической защиты социума от травматического события становится «стигматизация» пострадавших, которая усиливает изоляцию и чувство собственной виновности у



пострадавших и приводит к их вторичной травматизации».

«Разочарование и чувство обиды, что не оправдались ожидания относительно помощи и восстановления здоровья, побуждают некоторых пострадавших искать справедливости не только у представителей власти страны, но и у мировой общественности. Требования и высказывания становятся бессмысленными, а порой нелепыми (например, требование матерей погибших детей в г. Беслане выставить круглосуточный пост охраны у разрушенной школы)».

«Следует отметить, что процессы стигматизации затрагивают не только самих пострадавших, но и их родственников. Это проявляется в снижении социальных контактов семьи пострадавшего, в чувстве вины у его родных и близких перед окружающими за то, что член их семьи остался жив, когда другие погибли, а также в стремлении скрыть сам факт наличия в семье лица, пережившего ЧС. Таким образом, не только пострадавший, но и его микросоциальное окружение подвергаются стигматизации, следствием которой является нарушение их социального функционирования.

Одним из спорных вопросов в этот период является создание мемориала, возникают разногласия о месте, где воздвигнуть памятник, а также о том, как он должен выглядеть. Для решения этого вопроса пострадавшие привлекают внимание не только общественности, но и представителей религиозных конфессий».

К факторам, неблагоприятно влияющим на социальную адаптацию пострадавших, относятся:

- затяжное течение и значительная тяжесть психических и соматических расстройств;
- формирование поведения «жертвы»;
- негативное отношение как со стороны общества, так и со стороны «сообщества» пострадавших (процессы стигматизации и самостигматизации).

К факторам, благоприятно влияющим на социальную адаптацию пострадавших, относятся:

- социально-психологическая поддержка со стороны общества;

- своевременная и эффективная медико-психологическая помощь;
- формирование объективного отношения к происшедшему.

Мероприятия по реинтеграции пострадавших и формированию терпимого отношения к ним со стороны общества следует проводить на всех уровнях - федеральном, региональном, учрежденческом.

1. Разработка ведущими учреждениями страны научно обоснованной и им полной на практике концепции по снижению стигмы и реинтеграции пострадавших в социум.

2. Разработка ведущими медицинскими образовательными учреждениями страны специальных научно-образовательных программ для специалистов в области психического здоровья, для специалистов старшего и среднего звена, занятых в области здравоохранения (врачи общего профиля, медицинские работники среднего звена, специалисты по социальной работе, социальные работники и др.).

3. Издание научно-популярной литературы для населения, а также для различных групп общества (работников отделов кадров, работников правоохранительных органов, журналистов и др.), играющих важную роль в реинтеграции пострадавших в социум и формирующих мнение общества о психических расстройствах данного контингента.

4. Проведение регулярной просветительской работы с населением через прессу, радио, телевидение.

5. Проведение семинаров с представителями средств массовой информации и другими лицами, формирующими мнение общества о психических расстройствах у лиц, пострадавших в ЧС.

Мероприятия регионального уровня:

1. Внедрение в программу обучения специалистов в области психического здоровья и специалистов непсихиатрического профиля специальных научно-образовательных программ по редукции стигмы лиц, пострадавших в ЧС.

2. Распространение научно-практической литературы по стигматизации и дестигматизации лиц, пострадавших в ЧС, среди профессионалов, участвующих в их реинтеграции в общество.

налов, участвующих в реинтеграции пострадавших в социум.

3. Внедрение на курсах повышения квалификации специалистов различного профиля (работников отделов кадров, работников правоохранительных органов, журналистов, преподавателей средних школ) специальных программ по редукции стигмы лиц, пострадавших в ЧС.

4. Распространение научно-популярной литературы среди населения, а также для различных групп общества (работников отделов кадров, работников правоохранительных органов, журналистов, преподавателей средних школ и др.), играющих важную роль в реинтеграции пострадавших в социум и формирующих мнение общества о психических нарушениях у лиц, пострадавших в ЧС.

5. Проведение регулярной просветительской работы с населением через прессу, радио, телевидение на региональном уровне.

6. Проведение социологических опросов населения с целью получения оперативной информации, свидетельствующей об уровне стигматизации пострадавших различными группами общества, играющими важную роль в их реинтеграции в социум. Проведение специальных тренингов по редукции стигмы для лиц, пострадавших в ЧС.

Основными направлениями этой работы являются диагностика типа стигматизации, выбор стратегии психологической коррекции и участие специалистов в ее реализации.

7. Проведение семинаров для родственников пострадавших по вопросам стигматизации, с целью формирования адекватного отношения к пострадавшим и улучшения психологической атмосферы в семье.

8. Внедрение в программу повышения квалификации специалистов лечебного учреждения (включая специалистов непсихиатрического профиля) программ по редукции стигмы лиц, пострадавших в ЧС.

9. Распространение научно-практической литературы по стигматизации и дестигматизации лиц, пострадавших в ЧС, среди профессионалов, участвующих в их реинтеграции в общество.



О «Зимней Вишне» и о нас с вами

Об этом нельзя не написать. Такого ужаса, боли и горя не было ещё в нашем городе. Тысячи и тысячи политиков, бизнесменов, градона-чальников и простых людей по всему миру выразили свои соболезнования, от мэра Риги до генерального секретаря ООН, от британского премьера до боксёра Поветкина, вышедшего в британском же Кардиффе на бой против британца в майке «Кемерово. Мы с тобой!» и 80000 человек на стадионе поддер- жали его. Я не говорю уже про российские города и веси. Каждый из нас в состоянии поставить себя на место этих несчастных и не приведи Господь хоть кому-нибудь испытать в жизни такое! Рассудок даже сторон- него наблюдателя отказывается верить в такое. Как же быть людям, потерявшим родных и близких, потерявших своих замечательных деток столь трагично, безвозвратно? Как описать безысходность и безнадёжные чувства, в которые они погрузились? Можно ли помочь им и многим другим, кто испытал шок, но спасся, или опоздал на киносеанс, или был наказан, но собирался туда пойти, или кто часто там бывал и слишком близко принял к сердцу случившееся, или оказывал помо- ѿ и сам погрузился в унылое и мрачное состояние?

Помочь можно и нужно. Хоть и нелегко это сделать. И психиатричес-кая служба Кемеровской области

взялась за этот нелёгкий и не слиш- ком благодарный труд. Да и как можно рассчитывать на благодар-ность – людей ведь всё равно не вернёшь.

После всего случившегося я стал ещё больше уважать своих коллег, всех кузбасских психиатров и психологов. Вся область приехала, скромно и тихо, без разговоров о Венской опере и неуместных шуток, без рассуждений о том, что и в таком захолустье есть неплохие отели и неплохо кормят. В общем, наши коллеги не с Луны к нам свалились. Разместились кто где смог, даже в палатах пограничного отделения КОКПБ, питались с больничного стола, работали куда пошлют. Кто-то даже с учёбы приехал из другого города и сразу включился в работу. Порадовало живое общение с молодыми психиатрами, которые звонили, советовались, отчитывались и работали везде, куда пошлют. И Юрга, и Новокузнецк, и Ленинск-Кузнецкий с Прокопьевском не остались безучастными. В нашей больнице некоторое время размещались в соматическом отделении судебные медики, приехавшие из Москвы, тоже без всякой помпы, включившиеся в работу в proximity of the judicial morgue – в него как раз и приезжал В.В. Путин. Владимиру Алексеевичу Гордееву и мне впервые в жизни там и удалось его увидеть и своими ушами услы-

шать его речь о демографии и о том, что ради красного словца он не снимает никого, «сначала разобраться нужно». А ещё в 7 школе, где располагался штаб, и на похоронах было много психологов МЧС, некоторые из которых были узнаваемы ещё с катастрофы на Распадской. Были волонтёры из медицинского университета – хорошие ребята, прожившие в штабе несколько дней в походных условиях и почти не спавшие. Были спасательные отряды из КузГТУ и КемТИППа, которые фактически выполняли волонтёр- ские функции. «Бургер Кинг» бесплатно кормил и пострадавших и медиков с психологами и администрации города, области и министров. Помимо психиатров из Центра Сербского прилетели ещё психиатры и психологи из ФМБА. Те вообще на своем самолете прибыли, да ещё и десантировали из него автомобиль с операционной, и ещё какой-то вездеход. Ребята из этой группы оказались довольно приветливые, охотно вступали в контакт и держались на равных с нами, без чувства превосходства. Немного иронично, как мне показалось, относились они к своим коллегам из Центра Сербского. Вообще, глядя на такое десантирование, в прямом и переносном смысле, возникало порой чувство избыточности и ненужности многих движений, совершаемых после того, как уже фактически ничего нельзя сделать. А Центр имени Сербского, как всегда, на высоте. И среди потерпевших денежно и нощно. У них есть чему поучиться. Зараб Ильич производит неизгладимое впечатление своим достоинством и умением утешать, быть в минуты горя с чужими, по сути, людьми и находить в себе душевые силы для этой очень непростой работы, не каждый ведь пострадавший тебе рад. Я не раз слышал от родственников, что все эти медики для того, чтобы «накачать медикаментами», чтобы не возмущались и не требовали.





Очень сильно психологически помогли священники из православных храмов города Кемерово, а пришло их человек десять, не меньше. Они своими пениями и молитвами хоть ненадолго, но всё же умирали присутствовавших, градус негодования которых к вечеру 26 марта заметно вырос. И люди устроили стихийный митинг прямо в спортивном зале школы, на котором обвинения, в том числе и с нецензурной бранью, напрямую полетели и в адрес министров, градоначальников и представителей президента, которые здесь присутствовали.



Пару слов нужно сказать и о руководителях нашей больницы, которые уже вечером 25 марта были сначала в ГБ №3, а потом и в штабе, потом так же, как и рядовые психиатры, дежурили в штабе, и ещё кучу вещей организационных решали на ходу, и считаю, что в грязь лицом не ударили.

Увидел много знакомых, которые пришли просто как волонтёры, было много людей, которые приходили и предлагали деньги, какую-то другую посильную помощь. Довелось, к сожалению, увидеть и одноклассницу, родная сестра которой потеряла двух детишек, опознать их среди других погибших не удалось, теперь вот экспертиза длительная будет, не сразу она их похоронит по-настоящему, а значит, будет ещё одна порция горя. Город маленький у нас... Дети мои ходят на караатэ, и вот теперь один мальчик больше никогда к ним не придёт на тренировки. И его папы тоже не стало. Всем бойцовским клубом решили собрать материальную помощь для его мамы. Тяжко писать эти строки... Конечно, хочется, чтобы люди утешились, нашли новый смысл в жизни после потери детей, чтобы дети, потерявшие родителей, не остались брошенными, ведь никакими деньгами пожар их горя не затушишь. Только временем и человеческим участием, нашим, в том числе.

Я.В. Богданов

Ушедшим в воскресенье

*Милые дети и взрослые ими бывшие,
В небо ушли вы, оставив лишь пепелище!
Скорбно стоим мы, ваши пепел к груди прижимая,
И вопрошаем: за что судьба вам такая?*

*Нас не бросайте вы и возвращайтесь скорее,
Капелью весеннего и соловьиною трелью.
Зайчиком солнечным, дождём и зеленью мая,
Троньте лучиком теплым и согрейте, нас обнимая.*

*И если можно - ромашкой щеки коснитесь,
А если хотите, то просто вы нам приснитесь.
Или взгляните глазёнками детских игрушек,
Ну а мы станем детьями за вас, если так нужно.*

*Только простите: мы станем добнее, честнее, надёжнее,
А вы возвращайтесь, если только это возможно.
Хотя бы раз в год, ну а мы постараемся,
И улыбнёмся сквозь слёзы, не станем отчаиваться.*

*Утрату любовью восполним и будем надеяться,
Только вы приходите - мы ждём в Воскресенье!*

Я.В. Богданов



КУЛЬТУРНАЯ ЖИЗНЬ

Учитель

(памяти профессора Корнилова Анатолия Алексеевича)

Психиатр, профессор и Учитель,
Во всём искал он творчества основы,
Для многих в жизни стал путеводитель,
Кого он дальше вёл маршрутом новым!

Любил своих учеников, но был к ним строг,
Спортивный дух лишь укреплял в нём волю,
И потому без отдыха трудиться мог,
Он понимал, какую выбирал долю!

Сердечно, искренне он с многими дружил,
Все помнят крепкие Профессорские руки,
Самоотверженно он Родине служил!
Природный ум его немало дал науке!

Не оскудеет Русская Земля,
Пусть, как всегда, она Сибирью прирастает,
Первый якут-профессор жил не зря,
Он сеял знания, они в учениках произрастают!

С.В. 2018 г.



Лучшему другу

Как прекрасно, коль на свете
Есть тот, кем ты дорожишь.
Будь то муж, жена иль дети,
Тот, с кем вместе ешь и спиши.

Но есть круг людей особых,
Свой у каждого в судьбе.
Я в него впишу немногих,
Место первое — тебе!

Нас объединила служба.
Ты — партнёр мой по труду.
А потом возникла дружба,
С ней и в радость, и в беду.

Мы с тобой едино мыслим,
Фразы разом говорим,
Без тебя мой быт немыслим,
Ладишь с нравом ты моим.

Знаешь ты мои секреты,
Ты целитель моих мук.
Словом, обобщу всё это —
Ты — мой самый лучший друг.

Думаю, что даже если
Обойду весь свет вокруг,
Мне не будет интересней,
Чем с тобой, мой лучший друг.

Если б вдруг тебя не стало,
Мир утратил цвет, звук...
Я бы даже жить устала,
Без тебя, мой лучший друг.

Так что ты живи и здравствуй,
Пусть не сразу, и не вдруг,
Будет всё у нас прекрасно!
Будет всё у нас, мой друг!

Е.В. Белокрылова
Прокопьевская психиатрическая больница



Контактная информация: Адрес редакции:

Волгоградская ул., д..41, Кемерово, 650036 телефон (384-2) 54-24-98 (384-2) 54-24-98, факс 54-24-98,
e-mail: kokpb@kokpb.org 05-guz-kokpb@kuzdrav.ru www.kokpb.org

Главный редактор Богданов Я.В., редакторы: Бжитских А.В., Корректура Изотова Е.С.

Отпечатано: типография ООО «Лазурь-К», г. Кемерово, пр-т Октябрьский 28, офис 207,
тел./факс (384-2) 657-627, 657-987, e-mail: lasur@mail.ru Тираж: 100 экз.