

- 1) достоверно больше лиц с асоциальным поведением в виде физических конфликтов со сверстниками в состоянии опьянения, с приступами немотивированной ярости, совершавших правонарушения и привлекавшихся к ответственности;
- 2) уровень враждебности не отличается от такового у лиц из группы контроля;
- 3) наличие враждебности не является значимым фактором в реализации агрессивного поведения у лиц в трезвом состоянии;
- 4) состояние алкогольной интоксикации актуализирует скрытую враждебность и провоцирует физические конфликты;
- 5) имеется взаимосвязь враждебности с немотивированными периодически возникающими вербальными способами ее реализации в виде приступов ярости;
- 6) семейное наследование по АЗ является прогностически неблагоприятным в отношении враждебности фактором;
- 7) на формирование враждебности оказывает влияние воспитание в конфликтных семьях;
- 8) наличие скрытых агрессивных тенденций требует своевременного диагностирования и соответствующей коррекции для профилактики асоциальных действий.

Литература

1. Bor, W. Early risk factors for adolescent antisocial behaviour: an Australian longitudinal study / W. Bor, T. R. McGee, A. A. Fagan // *Aust. N. Z. J. Psychiatry*. – 2004. – Vol. 38, № 5. – P. 365-372.
2. Cohen, D. A. Parenting behaviors and the onset of smoking and alcohol use: a longitudinal study / D. A. Cohen, J. Richardson, L. Labree // *Pediatrics*. – 1994. – Vol. 94, № 3. – P. 368-375.
3. Наркология: национальное руководство/под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с.
4. Позняк В.Б. Руководство по ведению протоколов Белорусского индекса тяжести аддикции (B-ASI) / В.Б. Позняк и др. // Белорусский наркологический проект [Электронный ресурс]. – 2001. – Режим доступа: <http://www.beldrug.org>.
5. Тарабрина, Н.В. Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised – SCL-90-R) / Н.В. Тарабрина // Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина; под ред. В. Усманова.- СПб: Питер, 2001.- Гл. 11.- С.146-181

МОДЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РОССИИ В ДОРЕВОЛЮЦИОННЫЙ ПЕРИОД

Некрасов В.А.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург, Россия

На современном этапе остро стоит вопрос формирования концепции дальнейшего развития городской психиатрической службы Санкт-Петербурга, что связано с происходящими многочисленными изменениями как в структуре психической патологии, так и социальном устройстве нашего общества. Необходимо в разработке новой концепции развития психиатрической службы Санкт-Петербурга опереться на отечественный опыт, учесть успешные, а, зачастую, и неудачные подходы к развитию и модернизации психиатрии.

Каково состояние вопроса истории развития психиатрической службы в нашей стране? Практически во всех современных руководствах данный вопрос либо обходится стороной, где он заменяется историей психиатрической научной мысли, либо принимается линейная модель развития психиатрической помощи, доставшаяся нам в на-

следство от советских руководств, в которой развитие психиатрической службы сводится к описанию организации все новых и новых психиатрических учреждений. В специальных изданиях, посвященных отечественной психиатрической службе, обзор чаще всего начинается с 30-х годов XX века, когда была создана единая для всей страны и, по сути, современная нам структура психиатрической службы. Известны лишь две труднодоступные для читателя полноценные работы, посвященные развитию психиатрической службы Санкт-Петербурга и России в целом в дореволюционный период – «Очерки истории отечественной медицины» Т.И.Юдина, изданная в 1951 г. [1] и докторская диссертация А.М.Шерешевского «Психиатрия в Петербурге XVIII-XIX столетия» [2] – 1983 г. Обе работы имеют существенный недостаток – написаны они 60 и 30 лет назад, соответственно. А ведь именно дореволюционный период обнаруживает огромное количество аналогий с современностью. Соседство значительных успехов в лечении душевнобольных с отчетливым недостатком средств для их призрения, переполнение лечебных учреждений хронизированными больными, для которых недостаточно мест в богадельнях (или их современных аналогах – психоневрологических интернатах), решение многочисленных социальных задач, выходящих за рамки собственно медицины – все это мы видим и сейчас.

Цель нашего исследования – выделение и описание моделей организации психиатрической помощи, которые были реализованы в Санкт-Петербурге и других регионах России в дореволюционный период, и оценка успешности их реализации.

Для достижения поставленной цели нами использовались методы исторического анализа: структурно-описательный метод, метод исторических аналогий, метод научного обобщения точек зрения, метод научного моделирования авторского видения поставленной проблемы на основе исследованных материалов.

Материалом исследования послужили 1) архивные материалы Российского государственного исторического архива, Центрального государственного архива Санкт-Петербурга, Российского государственного военно-исторического архива и архива Санкт-петербургской городской психиатрической больницы св. Николая Чудотворца; 2) законодательные акты конца XIX – начала XX веков; 3) редкие литературные источники; 4) научные статьи по исследуемой тематике; 5) диссертационные работы по истории психиатрии.

Нами были выделены 4 организационные модели, реализованные в изучаемый период. Первая – «Московская» модель, которая характеризовалась созданием самостоятельных психиатрических больниц, принимающих все категории больных и часто дополненные семейным патронажем «у ворот больницы». Эта модель была реализована во многом усилиями Н.Н.Баженова [3], который развил идеи В.Р.Буцке. К 1914 г. Москва была разделена на 2 района, которые обслуживали Преображенская и Алексеевская больницы. Дальнейшее развитие предполагало выделение 3-го района с постройкой новой больницы. Именно эта организационная модель легла в основу советской модели организации психиатрической помощи и является основой современной нам психиатрической службы современной России.

Вторая – «Земская» модель, которая близка к «Московской» и часто от неё отделяется. Она характеризовалась созданием больниц-колоний, отказом в них от разделения больных даже в пределах одной больницы, внедрением системы «не стеснений». Модель предполагала и разделение на районы в случае значительности обслуживаемой территории, но на практике это нигде не было реализовано. Несмотря на создание нередко огромных больниц, модель предусматривала децентрализацию психиатрической помощи (создание отделений при земских непсихиатрических лечебных учреждениях, упомянутого выше сельского патронажа и т.д.) и что не менее важно – отказ от универсальных решений и создание учреждений в зависимости от местных условий.

Создавали и реализовывали данную модель целая плеяда выдающихся «земских» психиатров – П.И.Якобий, В.И.Яковенко, М.П.Литвинов П.П.Кашенко и т.д.

Третья – «Петербургская» модель, созданная усилиями, прежде всего, О.А.Чечота [4], возглавлявшего психиатрическую службу Санкт-Петербурга четверть века с момента её передачи городу. Эта модель характеризовалась высокой степенью централизации и специализацией отдельных учреждений (больница-лечебница, больница для хроников, больница-колония) под единым руководством. Модель уникальная и не имеющая в мире аналогов была успешно реализована в одном из крупнейших городов страны, к 1914 г., полностью удовлетворив потребности столицы в местах для душевнобольных (чего не удалось добиться в рамках ни одной из других моделей).

Четвертая – «Министерская» модель, реализовывалась усилиями известного психиатра Л.Ф.Рагозина, который был главой Медицинского департамента Министерства внутренних дел (пост, соответствующий современному министру здравоохранения) в течение 20 лет (1888-1908). В рамках этой модели создавались огромные окружные больницы (часто на несколько губерний), которые принимали всех больных – как острых, так и хроников, с обслуживаемых территорий. Окружные лечебницы находились в обязательном подчинении Министерству внутренних дел, а не земствам или городскому общественному управлению, как во всех остальных моделях. По представлениям Л.Ф. Рагозина, местное самоуправление не могло решить столь социально значимую задачу, как призрение душевнобольных. Окружные психиатрические лечебницы были открыты в Казани, Варшаве, Виннице, Томске, Московской губернии и т.д. Больницы открывались преимущественно в неземских губерниях. Там же, где существовали земские психиатрические больницы, окружные лечебницы принимали больных, которых должно было призывать государство (находящихся на экспертизе, принудительном лечении, иногородних и т.д.).

Все описанные модели были успешно реализованы в разных регионах страны, нередко перенимая успешные организационные решения от других моделей.

Успешная реализация столь разных, а часто противоположных по своему теоретическому обоснованию, моделей организации психиатрической службы в России позволяет нам говорить о необходимости их тщательного изучения. Многие из организационных решений с учетом их масштабной реализации могут быть использованы и в настоящее время, и модернизация современной психиатрической службы, безусловно, должна идти с учетом колоссального опыта, накопленного в дореволюционный период. Представляется интересным возможность рассмотрения использования разного рода организационных решений в разных регионах страны, подобно тому как это было сделано в дореволюционный период.

Литература

1. Юдин Т.И. Очерки истории отечественной психиатрии / Т.И. Юдин. – М. : Медгиз, 1951. – 480 с.
2. Шерешевский А.М. Психиатрия в Петербурге XVIII-XIX столетия: дис. ... д-ра мед. наук / А.М. Шерешевский. – Л., 1983. – 526 с.
3. Баженов Н.Н. Проект законодательства о душевнобольных и объяснительная записка к нему / Н.Н. Баженов. – М.: городская типография, 1911. – 196 с.
4. Чечотт О.А. Современное положение призрения помешанных в Санкт-Петербурге и его губернии и в каком размере он должен быть расширен / О.А. Чечотт // Вестник клинической и судебной психиатрии и невропатологии. – 1889. – год седьмой, выпуск I. – С. 38-57
5. Незнанов Н.Г. Организационная эволюция системы психиатрической помощи / Н.Г. Незнанов, Л.В. Кочорова, Н.И. Вишняков, А.В. Борцов. – СПб., 2005. – 470 с.