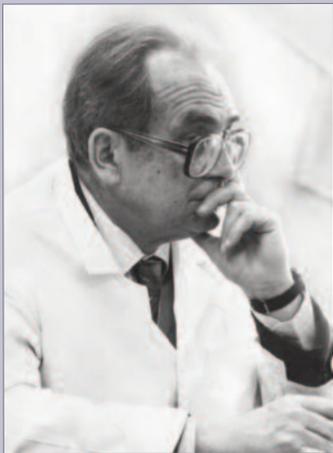




Страсти по Болонскому процессу



Психиатры Гитлера



Юбилей ученого и учителя



Гордость маленькой Литвы

Сто слов на первой полосе

Учиться никогда не поздно



В этом году, осенью, в Казани состоится очередной национальный съезд психиатров. На прошлом съезде, в Москве, нам запомнился яркий доклад профессора Н.Г.Незнамова о психиатрическом образовании. Эта наиважнейшая тема не отпускает нас все последующие годы. И сегодня, в преддверии Всероссийской школы молодых психиатров в Суздале, мы посвящаем ряд материалов «Дневника психиатра» этой проблематике. Здесь и материалы о Болонском процессе в медицинских вузах России, и заметка о длительности психиатрического образования, и очередной рассказ об одной из наших кафедр психиатрии, и статья из «Комсомольской правды» о Первой суздальской Школе, и юбилейные материалы о профессоре Б.А.Лебедеве, и фотография «золотого» выпуска курсантов ЦИУ 1951 г. ■

Профессор П.В.Морозов, главный редактор

Интервью

Интервью с академиком С.Б.Середениным



Академик С.Б.Середенин.

П.В.Морозов: Сергей Борисович, во-первых, большое спасибо, за то, что Вы нашли время для интервью психиатрической газете.

Я начну с того, что у Вас весьма впечатляющая карьера, которая во многом состоялась на моих глазах, потому что мы практически ровесники. Я знаю, что Вы начинали работать санитаром медресы. Ведь так? Это было очень, очень давно, и сейчас Вы директор Института фармакологии, академик Российской академии наук, лауреат госпремий, причем как СССР, так и российской, премий Закусова, Кравкова, учредитель и создатель первой кафедры фармакогенетики в родном вузе. К тому же у Вас огромное количество публикаций, более 50 Российских патентов и несколько патентов зарубежных, научных работ, страшно сказать, более 350, и так далее. Но не этим, конечно, все исчисляется. В первую очередь важен огромный вклад в науку, который Вы внесли. И вот поэтому сначала вопрос такой: что для Вас сейчас, глядя ретроспективно, самое

главное, чем Вы можете гордиться прежде всего?

С.Б.Середенин: Думаю, что самое главное – это выбранное в начале 1970-х годов направление научных исследований, связанное с персонализацией фармакотерапии и индивидуальным применением лекарственных средств. Это не я придумал, но я организовал первую в Советском Союзе лабораторию фармакогенетики, первую кафедру фармакогенетики и занимался именно под этими лозунгами наукой до момента, пока фармакогенетику начала вытеснять фармакогеномика, которая во многих случаях усилиями неспециалистов превращается в научную профанацию. Эйфорические ожидания, возникшие после раскрытия генома человека, исследования последних 15-ти лет не подтвердили. И поэтому несколько лет назад я закрыл кафедру фармакогенетики, понимая, что это научное направление должно быть частью фармакологии.

П.М.: То есть, такой принципиальный подход?

С.Б.: Да.

П.М.: Но это всегда было свойственно Вам.

С.Б.: Я просто понял, что попытки типировать по гену, генам, полному геномному анализу, состоянию или попытки типировать характер ответа на лекарства по этим параметрам для мультифакториальных заболеваний теоретически не обоснованы. Но это не значит, что данные исследования не нужны, они позволяют создать некую гипотезу, с которой необходимо работать в патофизиологических и фарма-

Продолжение на стр. 2

Главный редактор: проф. П.В.Морозов
E-mail: media@mentica.ru
Газета зарегистрирована в Государственном комитете Российской Федерации по печати.
Reg. номер: ПИ № ФС77-48827
Общий тираж 15 тыс. экз.
Полное или частичное воспроизведение материалов, опубликованных в газете, допускается только с письменного разрешения редакции.
Все права защищены. 2015 г.
Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.
В статьях представлена точка зрения авторов, которая может не совпадать с мнением редакции.

«ОБЪЕДИНЕННАЯ РЕДАКЦИЯ»
Телефон/факс: +7 (499) 500-3883
E-mail: og@hrmp.ru
Медицинский директор:
Б.А.Филимонов
Исполнительный директор:
Э.А.Батова
Арт-директор:
Э.А.Шадзевский

ММА «МедиаМентика»
Директор: Т.Л.Скоробогат
Менеджер по рекламе: НА.Зуева
Адрес: 115054, Москва, Жуков проезд, стр. 19
Почтовый адрес: 127055, Москва, д/я 37
Телефон/факс: +7 (495) 926-2983
E-mail: media@con-med.ru
Электронная версия: www.con-med.ru
Отдел по работе с подписчиками:
Телефон: +7 (495) 926-2983 (доб. 125)
E-mail: subscribe@con-med.ru

Научное производственно-практическое издание.
Согласно рекомендациям Роскомнадзора выпуск и распространение данного производственно-практического издания допускается без размещения знака информационной продукции.

кологических исследованиях. Но я считаю, что современная фармакология без фармакогенетики сегодня не существует (до этого наука уже дошла), а вопросы индивидуализации фармакотерапии должны решаться выявлением маркеров, и для этого необходимо создание трансляционных моделей, и именно геномные исследования могут быть базой построения гипотез и их разработки.

П.М.: Я понял, спасибо.

С.Б.: Вторая моя позиция, это то, что я собственно делаю последние пятнадцать лет, это разработка лекарств со сходным дей-



П.В. Морозов и С.Б. Середин.

ствием, направленным на клинически сходную картину, но реализующим эффект через различные механизмы, с пониманием того, что сходная клиническая картина может иметь в основе совершенно разные патогенетические механизмы.

П.М.: Известно, что Вы много и давно работаете с психиатрами и разработали очень многие и очень важные для нас психотропные средства. В частности, обосновали проблему фармакогенетики стрессовых реакций. Вот в этой связи меня мучает давно вопрос, почему Вы пошли именно в эту область, а не, скажем, в кардиологию или гастроэнтерологию? Ну, я понимаю, здесь павловские традиции. Все-таки в широком смысле Вы – физиолог.

С.Б.: Нет, я думаю, что здесь все более просто. Жизнь свела меня в свое время в 1974 г. с Институтом фармакологии, с В.В. Закусовым, когда я был еще во 2-м Медицинском институте. И я участвовал в разработке препарата Феназепам.

Данный препарат, как теперь хорошо известно, имеет континуум эффектов, и моя роль в его разработке и определении назначения заключалась в доказательстве того, что эффект Феназепама зависит от фенотипа эмоционально-стрессовой реакции. Другими словами, два типичных ответа на стресс, которые есть в классе млекопитающих – активация и фризинг, – определяют эффект Феназепама. То есть, когда есть фризинг, когда есть действи-

тельно страх, тогда Феназепам в малых дозах работает как анксиолитик. Когда есть активация или преобладает седативное действие препарата. И поэтому следующей моей задачей было понять, почему это происходит и, соответственно, найти средство, для которого из спектра эффектов Феназепама было бы характерно только анксиолитическое действие. Вот этим я занимался много лет, и в итоге получился препарат Афобазол.

П.М.: Напомните, пожалуйста, нашим коллегам, какие препараты из нашей психиатрической «корзины» были созданы под Вашим руководством.

С.Б.: Я участвовал в разработке Феназепама, в изучении психостимулятора Сиднокарба, антидепрессанта Тетриндола, это синтезы профессора Глушкова и фармакологические исследования Михаила Давыдовича Машковского. Важную фармакогенетическую работу мы провели по препаратам Ладастен, Селанк, Ноопепт, что позволило охарактеризовать их фармакологический профиль. Они сейчас все уже зарегистрированы в России, хорошо используются в медицине, активно применяются врачами (не только психиатрами, но и в соматической практике).

П.М.: Да, это очень мощная линейка. Но Вы упомянули Афобазол как следующую ступень развития Ваших концепций по борьбе со стрессом, тревогой и целым рядом другой психической патологии. Какие перспективы открывает эта молекула? Ведь, насколько я знаю, Афобазол и Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) признала. Совсем недавно его включили в официальный лист препаратов ВОЗ, это достаточно редкое явление для отечественных препаратов. Это признание мирового уровня.

С.Б.: Я могу сказать, что, прежде чем Афобазол появился как лекарство, были проведены достаточно глубокие исследования по механизмам формирования эмоционально-стрессовой реакции и участия в этих механизмах рецептора γ -аминомасляной кислоты (ГАМК). Долго мы изуча-

ли, почему у инбредных животных разных линий, рожденных в один день, выращенных в одних и тех же условиях, средовые факторы, для которых были максимально стандартизованы, тем не менее, возникает совершенно различная реакция на эмоционально-стрессовое воздействие новой обстановки. В итоге нам удалось «поймать» один очень важный факт, такой как изменение связывающей способности бензодиазепинового участка ГАМК-рецептора. Мы показали, что, в случае когда возникает фризинг-реакция, эта связывающая способность падает. Мы нашли данный эффект приблизительно в 1978–1979 гг., но, к сожалению, не первыми его опубликовали, потому что одновременно независимо от нас еще две группы исследователей нашли такой эффект. Мы развивали эту идею, потому что нам казалось, что снижение связывания в бензодиазепиновом участке, учитывая, что он прямо сопряжен с ГАМК-рецептором (т.е. чем меньше связывание бензодиазепинового участка, тем меньше ГАМК-трансмиссия), хорошо объясняет механизм возникновения реакции страха. И поэтому наши следующие опыты были направлены на то, чтобы найти такое фармакологическое воздействие, которое предотвращало бы падение рецепторной активности этого участка. Концепция была такая: мы поняли, что это изменение происходит в секунды, т.е. это не связано с каким-то изменением синтеза соответствующих белков, деградацией рецептора, на все на это требуется больше времени. Иными словами, это какие-то мембранозависимые эффекты. Мы это поняли с самого начала. И поэтому стали анализировать влияние на этот параметр препаратов, о которых было известно, что они обладают мембранотропными эффектами, но неизвестно, какими мембранотропными. Вот так, в результате скрининга по ряду бензимидазолов, мы нашли соединение, которое предотвращало в широком диапазоне доз падение бензодиазепиновой рецепции. И у него обнаружился хороший анксиолитический эффект. Это было первым основанием для разработки лекарственного средства с таким механизмом, впоследствии, Афобазола. Но самое главное, что в дальнейшем мы получили первичный механизм действия этого препарата. Мы проанализировали около сотни рецепторов, кандидатов в мишени Афобазола, и оказалось очень интересно, что из всего исследованного спектра Афобазол связался с σ_1 -рецептором, который вовсе не рецептор, а шаперон, как теперь мы понимаем. Афобазол связался с мелатониновыми рецепторами 1 и 3-го типа. Мелатониновый рецептор 3-го типа – это хиноредуктаза типа 2, которая способна

превращать катехоламины в свободнорадикальные формы. Афобазол связывается с регуляторным сайтом моноаминоксидазы А, эти четыре точки первичного взаимодействия, как пальцы в перчатке, оказались комплементарными фармакологическим эффектам, которые мы видели у Афобазола. Это анксиолитическое, антидепрессивное действие, и самое главное, что был обнаружен целый спектр нейропротекторных, потом мы расширили это понятие до цитопротекторных свойств. Во всех случаях, когда мы предъявляли какие-либо стрессовые воздействия, либо токсические факторы Афобазол оказывал позитивное протекторное влияние. Достаточно большие исследования были проведены, и стало понятно, почему это происходит. Эффекты в значительной степени зависят от взаимодействия с шапероном, который называют до сих пор σ_1 -рецептором, но это уникальный шаперон, его невозможно активировать лигандом. Мы имеем приоритет в создании лекарства опосредующего эффект механизмом лиганд-управляемого шаперона. Мы показали, что да, действительно, при связывании Афобазола с σ_1 -рецептором последний перемещается из эндоплазматического ретикулума, где он локализован, в область поверхностной мембраны, и там осуществляются белок-белковые взаимодействия, необходимые для нормальной работы рецепторов. Более того, транспорт σ_1 -рецептора из эндоплазматического ретикулума к наружной мембране идет в составе липидного рафта, а липидный рафт состоит именно из тех фосфолипидов, которые формируют каркасы белковых образований в мембране. Вероятно за счет этого происходит реконструкция мембраны, которая при любом негативном воздействии повреждается в результате процессов перекисного окисления.

Таким образом, в основе действия Афобазола – уникальный механизм. И самое главное, что цитопротекторный и нейропротекторный эффекты установленные в собственных экспериментах, подтверждены нашими американскими коллегами, которые тоже проводили исследования с Афобазолом. Я думаю, это один из редких случаев, когда западные специалисты изучают русский препарат. Они тоже нашли зависимость протекторных свойств Афобазола от σ_1 -рецептора. Это очень важно.

П.М.: Понимаю, что на этом история Афобазола не заканчивается?

С.Б.: Верно, история не заканчивается. И может развиваться в таких аспектах. Цитопротекторные свойства: фармакологические решения возможны по пути создания нейропротекторов, и фактически мы это уже сделали.

Показано, что при моделировании ишемического инсульта введение Афобазола способствует сокращению ишемического повреждения. Это очень важно.

Дальше показано, что при алкогольной кардиомиопатии Афобазол предотвращает дистрофические изменения в сердце, которые ведут к анатомическим изменениям (мы даже запатентовали эту экспериментальную модель). В экспериментах по цитопротекторным свойствам мы обрабатывали беременных самок крыс алкоголем, табачным и торфяным дымом. Во всех случаях это вело к значительному увеличению уродств у плодов. Афобазол все это предотвращал. Иными словами, Афобазол может быть очень показан для женщин, находящихся в группе риска, злоупотребляющих курением, алкоголем, наркотиками. Развитие препарата как цитопротектора впереди.

П.М.: Потрясающе! Это очень увлекательно.

С.Б.: Да, Афобазол безрецептурный препарат, но за короткий период получил достаточно большое распространение.

П.М.: Думаете ли Вы о каких-то пролонгированных формах?

С.Б.: Да, мы разрабатываем пролонг. Принимать 2, 3, 4 таблетки не очень удобно, важно иметь пролонг. Мы делаем его, и уже есть образцы.

П.М.: Открою Вам секрет – я тоже с собой ношу Афобазол. Очень помогает. Редко попадаешь к ученому такого уровня, и поэтому хочется попытаться выяснить какие-то если не секреты, то хотя бы перспективы. Мне интересно узнать, есть ли у Вас еще какие-либо препараты на подходе, о которых еще не знают широкие массы, или пока о них рано говорить?

С.Б.: Понимаете, я бы мог сказать еще несколько слов про Ноопепт, потому что он начал разрабатываться примерно одновременно с Афобазолом. Идея создания Ноопепта принадлежит нашему ученому-химику Татьяне Александровне Гудашевой, которая имеет гениальные способности – может пространственную структуру любого известного лекарственного препарата воспроизвести аминокислотами. И ее первой разработкой, основанной на этой гипотезе, стал препарат Ноопепт, прообразом которого был пирацетам. И Ноопепт проявил все свойства пирацетама, только в дозах, в 1500–2000 раз меньших. Дальше оказалось, что у Ноопепта есть анксиолитические свойства. Это было доказано с использованием фармакогенетической методологии. У препарата есть и нейропротекторные свойства.

Еще по новым соединениям. Мы разработали дипептиды, которые имитируют эффект нейротрофинов NGF и BDNF. Аналог NGF проявил выраженные нейропротекторные свойства. Важно, что при его воздействии возникает активация тирозинкиназных рецеп-

торов и соответствующих путей трансдукции. Соединение, имитирующее действие BDNF, проявило антидепрессивные свойства. Это я считаю, чрезвычайно перспективно. Сегодня понятно, что одна из патогенетических причин депрессии – это дефицит BDNF. Использование полноразмерного белка невозможно, однако, мы сумели найти ту конфигурацию аминокислот, которая обеспечивает взаимодействие с рецептором BDNF. Это соединение мы сейчас развиваем как антидепрессант.

П.М.: То есть определенные формы депрессии уже можно будет лечить?

С.Б.: Я думаю, что да. Это соединение перспективно как для монотерапии, так и для адъювантной терапии.

П.М.: Я знаю, что давно ходят разговоры, и осторожно поинтересуюсь у Вас о появлении нового нейротрофика. Этот вопрос я задаю в связи с тем, что в Совете Федерации выступала министр здравоохранения, которая сказала публично, что соотношение атипичных и типичных нейротрофиков у нас примерно 10 к 90%. То есть 90% – старые, первого поколения, а 10% – новые. В Европе, она говорила, что это прямо противоположно – 90% новые, что надо стараться достичь по крайней мере какого-то паритета и создавать отечественные препараты и закупать зарубежные, наиболее интересные, те, которые эффективны. Есть ли у Вас интерес работать в этом направлении?

С.Б.: Мы создали такое соединение. Идея была основана на пептидном дизайне. Упомянутая мной член-корреспондент РАН Т.А.Гудашева синтезировала пептид, который, с одной стороны, имитировал сульпирид, а с другой – участок нейротензина, взаимодействующий с рецепторами нейротензина. Идея состояла в том, что через рецепторы к нейротензину можно снизить связывающую способность D₂-рецепторов, т.е. это фактически галоперидол из-за угла. И в фармакологическом эксперименте все у нас сработало. К сожалению, экспериментальные модели шизофрении весьма условны, но, тем не менее, мы использовали все, что в современной литературе рассматривается в качестве таковых, и показали, что это вещество – мы его назвали «дилепт» – работает. И вот сейчас завершаются клинические исследования 2-й А фазы. Это всегда очень трудный переход от экспериментальных дозировок к «человеческим». Здесь нужно отдать должное искусству нашего профессора Г.Г.Незнамова, который руководит лабораторией клинической психофармакологии. Мы нашли дозировки, в которых препарат эффективен. Я не готов окончательно описать его профиль его свойства, установленные в клинике, они требуют дополнительного анализа.

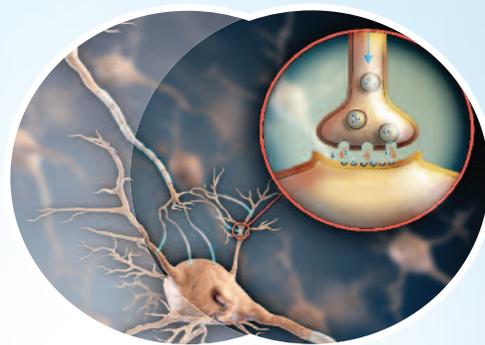
www.afobazol.ru

АФОБАЗОЛ®

фабомотизол

- **выраженное противотревожное,**
- **нейропротекторное и**
- **вегетостабилизирующее действия.**

Афобазол воздействует на σ_1 (сигма) и МТ-1,3 (мелатониновые) рецепторы.*



ЭФФЕКТЫ АФОБАЗОЛА, ОПОСРЕДОВАННЫЕ σ_1 (СИГМА)-РЕЦЕПТОРАМИ:*

- ✓ Афобазол запускает сигма-белки - «ремонтный комплект» нейрона
- ✓ Афобазол восстанавливает связывание медиатора торможения - ГАМК с рецепторами
- ✓ Афобазол тормозит избыточное высвобождение Глутамата - медиатора возбуждения

ЭФФЕКТЫ ЛИГАНДОВ МТ (МЕЛАТОНИНОВЫХ) -1,3 РЕЦЕПТОРОВ:

- ✓ Восстановление циркадных ритмов
- ✓ Формирование поведенческих реакций
- ✓ Регуляция настроения



Cerep
Данные по Афобазолу получены на основе радиоллигандного анализа компанией «Сереп» Франция

Информация для медицинских специалистов. Подробную информацию смотрите в инструкции по применению

* Cuevas J. Afobazole modulates neuronal response to ischemia and acidosis via activation of sigma-1 receptors. J Pharmacol Exp Ther. 2011 Oct;339(1):152-60. Sorelein SB. Neuroreceptor mechanisms of the afobazole effect. Eksp Klin Farmakol. 2009 Jun;46(72):1. Sorelein SB. Interaction of afobazole with sigma1-receptors. Bull Exp Biol Med. 2009; 148:42-44. Monnet FP. Sigma-1 receptor as regulator of neuronal intracellular Ca2+ : clinical and therapeutic relevance. Biol. Cell 2005 Dec;97(12):873

Реклама



То, что ожидаемый эффект есть, мы можем уже утверждать. Я думаю, что в ближайшее время мы опубликуем работу по этому препарату.

П.М.: Я тогда такой более общий вопрос задам. Я не имею права его не задать, общаясь с таким

Продолжение на стр. 4

компетентным собеседником. Известно, что сейчас существует определенная государственная программа о создании рынка лекарств, на 90% состоящих из отечественных препаратов. Это очень амбициозная перспектива с такой финальной целью. И в этой связи я хотел у Вас спросить, задачи какие-то перед институтом в этом плане сформулированы, поставлены? Есть помощь серьезная? Какая Ваша роль в этом процессе?

С.Б.: Дело в том, что задача, которую Вы описали, касается воспроизведенных препаратов, а Институт фармакологии воспроизводством не занимается. Мы занимаемся только оригинальными, предпочитаем создавать препараты первые в классе. Что касается проблемы, то она имеет различные описания. Я принимал участие в обсуждении этой проблемы на разных этапах, и моя позиция заключается в том, что, прежде чем говорить об отечественном рынке, нужно дать определение понятию «отечественный препарат». Здесь моя точка зрения и взгляд ряда руководителей разошлись, потому что я считаю, что отечественный препарат, это тот препарат, который создан на основе отечественной субстанции. Другие люди считают, что отечественный препарат можно рассматривать как созданный на территории Российской Федерации.

П.М.: Как китайцы это делают?

С.Б.: Нет, китайцы не так делают. Они имеют свои субстанции и весь мир своими субстанциями заполнили. В новой ситуации возникла проблема, что у нас 97% воспроизведенных лекарств, производство которых локализовано в РФ, делаются из импортных субстанций, которые все равно за доллары продаются. Пусть мы имеем с Китаем самые близкие отношения, но все равно, деньги-то есть деньги. И сейчас, когда доллар полетел вверх, а рубль вниз – вот она и возникает ситуация. Моя точка зрения, что надо возвращаться, так или иначе вкладывать деньги, создавать условия для того, чтобы синтез субстанций возобновился в РФ. В Советском Союзе у нас было 70% собственных субстанций, наша страна ими торговала.

П.М.: Я понял Ваш взгляд на эту проблему, но вернуться к тому, с чего начал. Я не скрою, что ознакомился с многими Вашими интервью, прежде чем прийти, готовился серьезно, и мне все это очень интересно. Сейчас многие говорят о персонализированной медицине. Мне в этой связи интересен Ваш подход к созданию индивидуальных лекарств. Данное выражение меня просто поразило, потому что это очень конкретно. Я понимаю, что все это достаточно отдаленные перспективы.

С.Б.: Нет, это не отдаленные перспективы. Скажу на эту тему,

что я уже говорил, клиническая картина может быть сходной, а механизмы различными. У кого какой, мы сегодня пока, к сожалению, не знаем, маркеры не установлены. Даже при наличии методов визуализации, недостаточно знаний, чтобы проанализировать патогенетический механизм у каждого человека. Мы занимаемся анксиолитиками. Мы пошли таким путем. У нас есть базовый анксиолитик бензодиазепиновый, действующий на бензодиазепиновый участок ГАМК А-рецептора, у нас есть Афобазол с механизмом, который я уже описал, у нас есть Ноопепт, который дает анксиолитический эффект, видимо, за счет эпигенетических механизмов. У нас есть Ладасстен, который дает анксиолитический эффект за счет ингибции экспрессии транспортера ГАМК. У нас выходит сейчас в клинику препарат, который действует на холинэргические рецепторы.



Ведется поиск соединений, которые влияют на транспорт холестерина в митохондриях, где он превращается в нейростероиды, которые взаимодействуют с ГАМК А-рецептором и вызывают анксиолитический и нейропротекторный эффекты. Я уже назвал семь механизмов. Если рассматривать фенотип, фармакологический профиль этих препаратов, то они все дают анксиолитический эффект, но механизмы у всех разные. Наш подход к персонализированной медицине – создать препараты, влияющие на различные механизмы тревоги, дать возможность врачу выбрать, что конкретному больному подходит.

П.М.: Действительно, это уже не футурология. Это уже очень конкретно.

Это очень здорово. У меня еще есть пара вопросов последние, которые относятся к организации труда, потому что, честно Вам скажу, я бывал в Вашем институте неоднократно и даже пару раз приходилось выступать на ученом совете, и меня всегда в течение этих лет поражала прежде всего атмосфера Вашего заведе-

ния. Это невозможно создать искусственно. Она, с одной стороны, очень творческая, а с другой – демократическая. Вместе с тем известно, что без дисциплины у нас ничего нельзя добиться. И мне хотелось узнать секрет Вашего управленческого дара. Как Вам удается сочетать несочетаемое? То есть, с одной стороны, свобода творчества и демократия, а с другой – такие высокоэффективные результаты, которых без жесткой организации невозможно добиться. Я знаю, у Вас талант организатора со студенческих лет, я наблюдал. Но это сейчас воплотилось в конкретном, и я таких институтов в России, может быть, знаю один-два.

С.Б.: Что я могу сказать по поводу организации. Я абсолютно убежден в том, что единственный способ делать науку, который может привести к продукту, это организация программно целевых исследований. И у нас практически любая идея, которая приходит в голову, может в разные головы прийти: и в химическую, и в фармакологическую, и в биохимическую. Но эта идея формулируется, в итоге появляются соединения или соединения, над которыми начинает работать весь институт. И все здесь заинтересованы в конечном итоге. И общая идея, которая охватывает институт, а может и несколько идей приходит, позволяет, что называется, иметь хороший оркестр, который слаженно работает.

Понимаете, ошибка многих институтов в том, что они представляют собой мозаику лабораторий, каждая из которых сама по себе. У нас это не так. У нас нет мозаики лабораторий. У нас все лаборатории включены в решение единой для института задачи.

П.М.: Я думаю, что это можно поставить в одно из главных Ваших достижений, потому что модель, чисто эмоционально, как она воспринимается, конечно, безупречна. Просто меня это всегда поразило. Но не сочтите это за лесть и комплимент, потому что это объективно.

И вот еще вопрос. Я обратил внимание, что в некоторых интервью Вы жаловались на «утечку мозгов». Но известно, что Ваши ученики успешно работают по всему миру: и в США, и Канаде, и Германии, и Израиле и других странах. Причем, насколько я понял, обид у Вас на них никаких нет. Потому что, например, «костлявая рука голода» в какой-то момент их повела туда. Но вместе с тем, где бы я Вас ни встречал на зарубежных конгрессах вне России, Вы всегда окружены молодежью. За Вами всегда идет этот «выводок» молодой, и Вы очень активно включаете молодежь во все эти процессы. Не боитесь, что сбегут, попросту говоря?

С.Б.: Нет, не боюсь.

П.М.: Почему?

С.Б.: Не боюсь потому, что если сбегут, то сбегут. Пусть лучше

бегут в науку, чем побегут куда-то в какие-то лавки и будут бегать медпредставителями, показывать и разносить пакетики, авторучки зарубежных фирм. Я считаю, что молодые люди должны участвовать в международных конгрессах, потому, что они должны видеть планку, должны тянуться к ней, потому что ориентирующую информацию и ощущение планки можно получить только на международных конгрессах. Поэтому я не жалею никаких средств, я стараюсь максимально привлечь молодежь к участию в этих конгрессах. Во-первых, они учатся говорить, они учатся выступать, они учатся дискутировать. Это необходимый процесс науки.

А что касается людей, которые уехали... Понимаете, каждый решает свою судьбу по-своему. Мне в 1990-м году предлагали в США создать небольшой институт. Но я тогда возмущался, мол, какое вы имеете право мне советскому человеку предлагать... и отказался.

П.М.: Ну не каждый сейчас так откровенно скажет! (Смех.)

С.Б.: Я идеологических установок не менял.

П.М.: Я знал свой лимит времени и постарался все вопросы задать, но не могу не задать чисто личный вопрос, потому что, несмотря на то что я общаюсь с Вами достаточно давно, и Вы были лидером еще в студенческие годы, но во всех энциклопедиях о Вас написано очень скупо. Скажем, в плане Ваших интересов: «Увлекается классической музыкой, автомобильным спортом и плаванием». Что можно сказать о Сергее Борисовиче Середенине просто как о человеке, а не директоре и академике? Какой он в жизни?

С.Б.: Люблю друзей, это мое главное – друзья. Детей люблю, внука теперь люблю появившегося.

П.М.: У Вас сразу взгляд подошел. У Вас две дочери.

С.Б.: Да, старшая дочь работает в Женеве, в университете.

П.М.: Тоже по вашей стезе?

С.Б.: Да, она оканчивала тот же факультет, что и я, когда учился во 2-м Медицинском институте, – медико-биологический. Младшая дочь – аспирантка кафедры акушерства и гинекологии.

П.М.: То есть в клинику пошла? Интересно. Здесь, да?

С.Б.: Здесь, в РНИМУ им. Н.И.Пирогова.

П.М.: В нашем родном. И внуки? **С.Б.:** Внук пока еще не в институте. Ему 1,5 года.

П.М.: Как зовут?

С.Б.: Антон.

П.М.: Этого еще нет в энциклопедии, поэтому я буду первым, кто об этом сообщит.

Спасибо Вам большое за это интервью. Я надеюсь, что там ничего не переверну, несмотря на то что было столько терминов. ■

Психиатрия нацистской Германии



Н.А. Зорин
психиатр, кандидат
медицинских наук

История, как известно, к сожалению, никого ничему не учит. Общество склонно многократно повторять одни и те же поступки, особенно когда оно предварительно уничтожает собственную историю (сносит памятники, сжигает книги и т.п.). В настоящее время во всем мире наблюдается отчетливый всплеск националистических и экстремистских настроений, грозящий повторением страшной катастрофы времен Второй мировой войны. Поэтому полезно будет напомнить, к чему все это может привести. Эту цель и преследовало написание настоящего обзора.



Проф. Франк Шнайдер президент
Немецкой ассоциации психиатрии, психотерапии и невропатологии в 2010 г.

В основу этого обзора положены два документа:

- речь президента Немецкой ассоциации психиатрии, психотерапии и невропатологии (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde –

DGPPN), профессора Франка Шнайдера (Frank Schneider) на юбилейном мероприятии этой организации в Берлине «**Психиатрия при национал-социализме – воспоминание и ответственность**» [1] (оригинальный немецкий текст этой речи был единодушно принят Исполнительным комитетом DGPPN как документ Ассоциации 23 ноября 2010 г.);

- доклад «**Нацистская психиатрия**» Сабины Мюллер (Sabine Müller) [2] из отделения психиатрии и психотерапии больницы Шарите.

Эти два материала дополнены нами подробными описаниями и комментариями из других источников.

По историческим меркам совсем недавно, собственно в наше время, началось публичное освещение страшных событий прошлого их немецкими современниками и публичное покаяние их ближайших потомков, официальных лиц и общественных деятелей Германии. Недавно к ним присоединилась и Немецкая ассоциация психиатрии, психотерапии и невропатологии (DGPPN), посвятившая свою траурную церемонию 26 ноября 2010 г. нацистской психиатрии.

Это был непростой шаг, поскольку определенная часть врачебного сообщества Германии противилась подобному, опасаясь, что публичные покаяния подорвут авторитет профессии. В данном случае в итоге многочисленных дискуссий пришли к согласию: «*В результате переговоров мы исправили Устав Ассоциации DGPPN. Первый параграф теперь звучит так: "DGPPN признает, что несет особую ответственность в деле защиты достоинства и прав людей, страдающих психическими заболеваниями. Эта ответственность – результат участия предшественников в преступлениях национал-социализма, в убийстве и насильственной стерилизации сотен тысяч больных"*» [1].

Перемены в нацистской психиатрии начались с социального отбора будущих исполнителей задуманного. Запрет на профессию получили около 8 тыс. врачей-евреев. Многие уехали за границу. На упомянутой траурной конференции прозвучал доклад профессора Ефраима Бенгалия (Ephraim Bental) из Хайфы, посвященный воспоминаниям о жизни в Израиле одной семьи изгнанного психиатра. «*Поколение иммигрировавших психиатров, – сказал он, в частности, – сыграло важную и*

достойную почитания роль в развитии современной психиатрии в Израиле» [3].

Большинство из тех, кто не мог сбежать из Германии или Австрии, были высланы в концентрационные лагеря, или лагеря смерти. Выжили немногие. Оставшиеся в Германии в значительной степени были ангажированы режимом. 45% немецких психиатров были членами национал-социалистической немецкой рабочей партии НСДАП (нем. *Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei* – NSDAP)¹. Существовала еще и профессиональная нацистская организация – Национал-социалистический союз немецких врачей (нем. *Nationalsozialistischer Deutscher Ärztebund* – NSDAB) – общественная организация Германии (1935–1944 гг.), объединявшая в своих рядах врачей – членов НСДАП. Создана в 1929 г. по инициативе врача и издателя Людвига Либля. Согласно уставу, принятому в 1929 г., союз, в частности, имел следующие задачи:

- создать служебную этику немецких врачей и всего здравоохранения в духе национал-социалистического мировоззрения и внедрять эти принципы также в сознание общественности;
- осуществлять взаимную поддержку и помощь в профессиональных делах, воспитывать национал-социалистическое подрастающее поколение, в том числе студентов, в духе национал-социалистической профессиональной этики [4].

Общая ориентация нацистской медицины состояла в реализации идеи улучшения «арийской расы» через евгенику² и совершенствовании общественного здравоохранения, в частности, для подготовки войн.

Расовая гигиена и евгеника

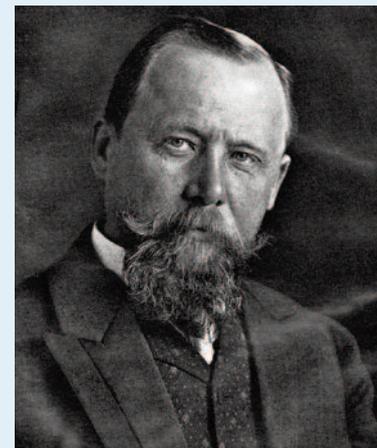
Евгеника в нацистской Германии вылилась в стерилизацию,



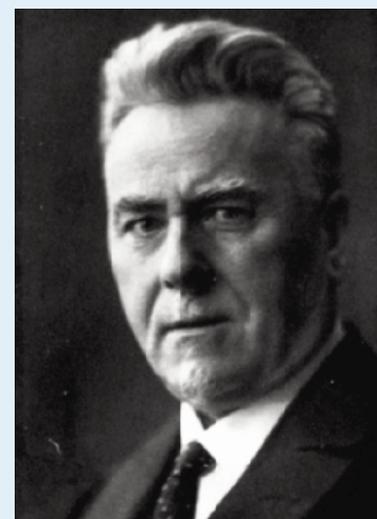
Подпись под плакатом: «5,5 немецкой марки в день нужно для существования одного неполноценного генетически больного и столько же – на существование генетически здоровой семьи!».

или убийство, «недостойных жизни душ» (нем. *Vernichtung lebensunwerten Lebens*), в том числе уголовников, дегенератов, диссидентов, слабоумных, гомосексуалистов, бездельников³, душевнобольных и слабых людей.

В 1920 г. была опубликована книга «Разрешение на уничтожение недостойных жизни душ». Ее авторы, профессор психиатрии Альфред Гохе (Alfred Erich Hoche) и профессор юриспруденции Карл Биндинг (Karl Lorenz Binding) из Фрайбургского университета, писали, что «идиоты не имеют права на существование, их убийство – это праведный и полезный акт». Гохе, будучи фи-



Профессор психиатрии Альфред Гохе – идеолог уничтожения психически больных лиц.



Эрнст Рудин. Расовый гигиенист.

зиологом, обосновывал утверждение, что некоторые люди – просто балласт, создающий неприятности для других, а также, что немаловажно, и экономические издержки. Гохе утверждал, что существование обитателей психиатрических учреждений (по его выражению, «балластных существ» и «пустоты в оболочке» – лиц, не способных к челове-

Продолжение на стр. 6

¹Одна из немногих аббревиатур, образованных от транслитерации немецкого названия, а не от русского (прим. авт.).

²Евгеника – совокупность социальных и политических мероприятий, направленных на улучшение наследственных характеристик человеческих популяций. Термин «евгеника» предложил в 1883 г. Френсис Гальтон. Согласно ему это наука, призванная разрабатывать методы социального контроля, которые «могут исправить или улучшить расовые качества будущих поколений – как физические, так и интеллектуальные» [5].

³Профессор Вернер Филлингер, психиатр из немецкого г. Бетеля, первым ввел в оборот термин «эндогенное нежелание работать» и усмотрел корни этого «состояния» в генетических причинах [6].

ским чувствам⁴) не имеет смысла и ценности. Его соавтор Карл Биндинг предлагал государству учредить специальные комиссии по умерщвлению недостойных жизни людей, что, собственно, и было осуществлено нацистами [8].

Сегодня весьма интересно вспомнить, что в основу нацистской евгеники легло евгеническое движение в США и так называемая Калифорнийская программа принудительной стерилизации⁵. Разрабатывать и финансировать разные евгенические программы в Германии помогал Фонд Рокфеллера.

В 1934 г. американский лидер евгеники С.М.Гете писал своему другу: «Вам будет интересно узнать, что Ваша работа сыграла существенную роль в формировании мнения группы интеллектуалов, которые стоят за Гитлером в деле осуществления этой эпохальной программы. Везде я чувствовал, что их мнения формировались под огромным влиянием американских идей... Я хочу, чтобы ты, мой дорогой друг, пронес эту мысль через всю оставшуюся жизнь, что вы действительно подтолкнули к действию великих властителей 60-миллионного народа».

Программа стерилизации

В 1933 г. был принят Закон о профилактике рождения наследственно отягощенного потомства (Law for the Prevention of Hereditarily Diseased Offspring – нем.: *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses*)⁶. Комментарий к закону гласил: «Что является целью мер по генетической и расовой гигиене, подходящей народу Германии? Неизменное существование достаточного числа генетически здоровых больших семей, которые в расовом отношении ценны немцам» [1].



Пропагандистский плакат 1936 г. с флагами стран, использующих принудительную стерилизацию. Подпись под ним гласит: «Мы не одиноки!».

Одним из моральных оправданий введения закона была подоб-



Нюрнбергский процесс.

ная практика 12 стран, начиная с США.

Врачей обязали регистрировать каждый известный им случай наследственных заболеваний за исключением женщин старше 45 лет. За невыполнение этого требования врача могли оштрафовать.

Закон позволял насильственную стерилизацию лиц, которые, по мнению Суда наследственного здоровья, были признаны страдающими заболеваниями, передающимися по наследству. До 1945 г. существовало более 200 таких судов. **Насильственной стерилизации подверглись более 360 тыс. человек, из которых более 6 тыс. умерли** [2] (выделено автором доклада. – Прим. авт.).

Показаниями к стерилизации были: врожденное слабоумие, шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, врожденная эпилепсия, хорea Гентингтона, врожденные слепота и глухота, любые врожденные пороки развития.

Приблизительно с марта 1941 г. по январь 1945 г. в концлагерях Аушвиц, Равенсбрюк, Бухенвальд и других проводились эксперименты по стерилизации. Целью экспериментов было выработать метод стерилизации, который бы подходил для массовой стерилизации миллионов людей с минимальными затратами времени и усилий, а также исследовать влияние стерилизации на психику жертв. Эти эксперименты проводились с использованием рентгеновских лучей, хирургии и разнообразных лекарственных препаратов. Тысячи жертв были стерилизованы, тем самым получив психические и физические увечья. В особой ответственности и участии в этих преступлениях были обвинены: личный врач Гитлера – Карл Брандт (*Karl Brandt*), личный врач и школьный друг

Гимлера – Карл Гебхардт (*Karl Franz Gebhardt*), личный референт Гимлера – Рудольф Брандт (*Emil Hermann Brandt*), а также Иоахим Мруговский (*Joachim Mrugowsky*), Гельмут Поппендик (*Helmut Poppendick*), Виктор Брак (*Viktor Hermann Brack*), Адольф Покорный (*Adolf Pokorny*) и Герта Оберхойзер (*Herta Oberbeuser*) [11].

Указом от 26 июня 1935 г. закон был несколько изменен в части процедур его исполнения. Кроме этого, новая редакция закона предусматривала разрешение абортов женщинам, подлежащим стерилизации, в то время как прерывание беременности в случае здорового «арийского» плода было запрещено законом [12]. Были сформулированы показания для разрешения на аборт: диагноз наследственного заболевания, расовые и «этические показания».

Новая редакция закона предусматривала также «добровольную» кастрацию мужчин, осужденных за сексуальные преступления. Кроме насильников и растлителей несовершеннолетних, дополнение к закону предусматривало кастрацию «по собственному желанию» и для гомосексуальных мужчин, либо уже осужденных по параграфу 175, либо уже отсидевших по этому параграфу, если в их отношении есть опасность рецидива [12].

Относительно дальнейшей судьбы закона есть разночтения. Например, «Википедия» дает нам следующие сведения: «После Второй мировой войны закон не был отменен оккупационными властями вместе с другими нацистскими законами и продолжал действовать. В некоторых землях он был отменен в 1945–1946 гг. на региональном уровне. Однако лишь в 1974 г. закон был отменен Бундестагом ФРГ на федеральном уровне. В то же время в советской

зоне оккупации закон был отменен уже 8 января 1946 г. и, таким образом, никогда не имел силу в ГДР. Лишь 28 мая 1998 г. Бундестаг принял закон, отменяющий все решения, вынесенные в нацистское время по «Закону о предотвращении рождения потомства с наследственными заболеваниями». Тем самым закон, вступивший в силу 28 августа 1998 г., лишь спустя десятилетия реабилитировал лиц, приговоренных к стерилизации» [12].

Однако Франк Шнайдер в своем докладе говорит, что Бундестаг официально признал Закон «нацистской несправедливостью» в 1988 г., и только в 2007 г. (!) он был запрещен [1]. «По сей день Федеративная Республика Германии все еще формально не признала этих людей жертвами нацистского преследования, несмотря на тот факт, что закон о стерилизации был однозначным выражением расовой идеологии национал-социалистов» [1].

«Акция Т-4»: эвтаназия психически больных и инвалидов

Гитлер подписал «декрет об эвтаназии», датированный задним числом 1 сентября 1939 г.: «Ответственность за расширение сферы полномочий поименно на-



Карл Шнайдер родился в 1891 г. В 1932 г. он вступил в НСДАП. С 1933 г. он был профессором в университете Гейдельберга, директором психиатрической клиники. Уничтожал психически больных детей. После ареста он покончил жизнь самоубийством в декабре 1945 г. в своей камере.

значенных врачей возложена на лидера рейха Бухлера и доктора Брандта (*Bouhler and Dr. med. Brandt*), для того чтобы пациенты, которых на основе человеческого суждения считают неизлечимыми, можно было предоставить милосердное умерщвление после постановки прозорливого диагноза. Адольф Гитлер».

«Акция Т-4», или Программа принудительной эвтаназии (так называемое «милосердное умерщ-

⁴Лексикон врачей пополнялся: «психически умерший» (mentally dead), «человеческий балласт», «жизнь, не достойная проживания» (вариант – «недостойные жизни души») [1], «экономически бесполезный» и «дармоед» [7].

⁵Об этом см. также: Эдвин Блек «Hitler made eugenics famous, but he took it from United States» [9] и Уве Генрих Петерс «Немецкая психиатрия: прошлое и настоящее». Издано при содействии Международного фонда «Женевская инициатива в психиатрии». Перевод – В.Петерс [10].

⁶Другой перевод найден мною в сети: «О предотвращении рождения детей с заболеваниями, обусловленными генетическими причинами» (прим. авт.).

⁷«Yet it took the Bundestag until 2007 to finally ban the Law for the Prevention of Hereditarily Diseased Offspring» [1].



Профессор Вернер Хейде. Осуществлял селекцию больных, подлежащих уничтожению. Покончил с собой в 1961 г.

вление»), получила свое название по адресу исполнительной организации, которая называлась «Благотворительная организация для лечения и ухода за больными в условиях стационара» и находилась в Берлине по адресу: Тиргартенштрассе, 4.

В организации по отбору и умерщвлению психически больных и инвалидов, медицинским директором которой был психиатр профессор Вернер Хейде (Werner Heyde), работали около 50 экспертов (врачей). Среди экспертов были Вернер Филлингер (Werner Villinger), Фридрих Мауц (Friedrich Mauz) и Фридрих Панзе (Friedrich Panse). Все они в свое время занимали пост президента в DGPPN в послевоенный период, а Фридрих Мауц и Фридрих Панзе позже даже стали ее почетными членами [1]. По каждому больному решение принималось четырьмя экспертами. Заключение маркировалось таким образом:

«+» – смерть;
«->» – жизнь;
«?» – решение не принято.

Телеграфная краткость этих записей говорит о том, что они явно были перегружены работой.

На упомянутой выше траурной сессии Ассоциации психиатрии и



Имфрид Эберл. Командант Треблинки, садист, ввел газовые камеры. Повесился, не дождавшись суда.

психотерапии племянница одной из жертв Зигрид Фалкенштайн (Sigrid Falkenstein) в своем докладе рассказала, как ее тетя была сначала насильственно стерилизована, а затем в возрасте 24 лет в Центре эвтаназии замка Графенек умерщвлена в газовой камере, замаскированной под душ [7]. При этом приговор экспертов был ей вынесен заочно...

С сентября 1939 г. по август 1941 г. жертвами организации стали 70 273 человека.

24 августа 1941 г. Гитлер прекращает программу «Т-4» якобы под давлением общественности. Так, католический епископ Мюнстера Клеменс Август Граф фон Гален (Clemens August Graf von Galen) публично осудил программу «Т-4» в своей проповеди. Однако продолжается вторая, неофициальная волна убийств, на счету которой уже почти втрое больше жертв – 200 тыс. человек. **В целом «Т-4» унесла более 270 тыс. жизней** [2] (выделено автором доклада. – Прим. авт.).

Убийства детей в рамках «Акции Т-4»

За «Акцию Т-4» проводилась взгляды агитация.

То есть в основу убийств, в частности, ложилась экономическая рациональность.

Умерщвление маскировали также идеей избавления от боли и страданий.

Убийства скрывались. Родителей обманывали, создавая специальные фальшивые «центры по уходу за детьми». Впоследствии родителям выдавались фальшивые свидетельства о смерти. На родителей, которые были подозрительны, оказывалось давление.

С августа 1939 г. врачи и акушерки обязаны были сообщать обо всех детях-инвалидах. Все дети до 3 лет с любой «серьезной наследственной болезнью» должны были быть убиты (сюда входили идиотия, синдром Дауна, микроцефалия, гидроцефалия, уродства всех видов, паралич и спастические расстройства). Позднее произошло расширение этих мер на детей старшего возраста и подростков. Убийства совершались главным образом инъекцией фенола.

«Детская эвтаназия» проводилась в более чем 30 психиатрических и педиатрических больницах. Ранее считалось, что погибло приблизительно 5 тыс. детей. Ныне известно, что фактическое число было намного больше [1].

«Акция Т-4»: убийство взрослых

Первыми взрослыми с разными видами инвалидности, убитыми нацистским режимом, стали свыше 17 тыс. поляков. Приблизительно 8 тыс. психически больных немцев были вывезены в Польшу и застрелены.

После официального начала «Акции Т-4» 6 психиатрических

больниц были оборудованы газовыми камерами, где для убийства использовался угарный газ. Таким образом, медицинские учреждения стали центрами по уничтожению.

Все больницы, частные санатории, дома престарелых должны были сообщать обо всех больных, которых поместили туда в течение 5 лет и ранее и которые совершали преступления, будучи психически больными («криминальное помешательство» – «си-



Подпись под плакатом гласит: «Этот больной с наследственным заболеванием за время жизни обходится народу в 60 тыс. рейхсмарок. Гражданин – это и твои деньги!».

minally insane»), не принадлежали к «арийской расе» или получили диагнозы шизофрении, эпилепсии, хорей Гентингтона, сифилиса в поздних стадиях, слабоумия, паралича, энцефалита или терминальных состояний неврологических расстройств в целом.

Очевидно, часть соучастников использовали влестую. «Случилось фатальное недоразумение, – говорит С.Мюллер, – многие врачи и администраторы предположили, что цель отчетов состоит в том, чтобы выявить тех обитателей этих учреждений, которые были способны работать. Чтобы защитить их от трудовой воинской повинности, они нередко преувеличивали степень недееспособности своих больных, тем самым обрекая их на смерть...»

Однако были и вполне осознававшие то, что они делают. С декабря 1946 г. по август 1947 г. проходил Нюрнбергский процесс по делу врачей (Nürnberg Ärzteprozess), который проводил американский военный трибунал. Он известен как «Судебный процесс над врачами». Судили 20 врачей KZ (killing zone – зона умерщвления. – Прим. авт.) и 3 администраторов за военные преступления и преступления против человечества:

- убийства в рамках «Акции Т-4»;
- эксперименты на узниках-смертниках KZ (особенно для целей военных исследований);
- убийство узников для анатомического коллекционирования их костей.

Из 23 обвиняемых 7 были приговорены к смертной казни, 5 – к пожизненному заключению, 4 – к разным тюремным срокам (от 10 до 20 лет) и 7 человек были оправданы. Показания обвиняемых были изданы большим тиражом в двухтомнике: «Бесчеловечная наука» (нем. *Wissenschaft ohne Menschlichkeit*) и «Диктат презрения к человечности» (нем. *Diktat der Menschenverachtung*), но в открытую продажу эти материалы не поступили [11].

Звершить этот небольшой обзор уместно цитатой из заключительной речи президента DGPPN, профессора Франка Шнайдера: «Мы затрудняемся объяснить, почему у нас только теперь появилась возможность провести такое мероприятие, как это. Я стою перед Вами сегодня как президент ассоциации, которой потребовалось почти 70 лет, чтобы нарушить молчание... <...> Немецкая ассоциация психиатрии и психотерапии, проводя эту траурную церемонию, решила дать ясно понять, что это – способ выражения признательности и поддержки жертвам, приятие нашего прошлого и извлечение уроков из этого мрачного периода нашей истории» [1]. ■

Литература

1. URL: www.dgppn.de/english-version/history/psychiatry-under-national-socialism.html
2. URL: www.dgppn.de/english-version/history/psychiatry-under-national-socialism.html
3. Speech by Prof. Dr. Ephraim Bentel, Haifa (Israel). Son of an emigrated psychiatrist. In Remembrance of persecuted psychiatrists under national socialist regime. URL: www.dgppn.de/english-version/history/psychiatry-under-national-socialism.html
4. Национал-социалистический союз немецких врачей. URL: http://ru.wikipedia.org/wiki/Национал_социалистическая_немецкая_рабочая_партия
5. URL: http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_philosophy/2263%20/ЕВГЕНИКА
6. Психиатрия при нацизме: проведение «Акции Т-4» с активным участием психиатров. Сообщение 3. URL: <http://www.psychiatryua/articles/paper398.htm>
7. Nazi «euthanasia» and forced sterilisation in one family's memory – a reflection on the collective repression of memories and their increasing recollection. URL: <http://www.dgppn.de/history/psychiatry-under-national-socialism/speech-falkenstein.html>
8. URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Программа_умерщвления_Т-4
9. URL: <http://www.uwarandpeace.ru/ru/reports/view/28603/>
10. URL: <http://lekmed.ru/info/arbivj/ne-meckaya-psibiatriya.html>
11. URL: http://ru.wikipedia.org/wiki/Нюрнбергский_процесс_над_врачами
12. URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Закон_о_предотвращении_рождения_потомства_с_наследственными_заболеваниями

Голая клиника: Болонский процесс в медицинских вузах России



Болонья.

Уже в 2016–2017 гг. в поликлиниках нас начнут принимать дипломированные врачи 23 лет от роду. Сразу же после окончания медицинского вуза они получат допуск к аккредитации врачей и на время перекроют дефицит врачей общей практики в госсекторе. Улучшит ли это качество медицинской помощи и не помешает ли России влиться в так называемый Болонский процесс?

Дипломы по-болонски: к общим учебным стандартам

По данным Минздрава России, на сегодняшний день в госсекторе не хватает 800 тыс. фельдшеров и медсестер и 120 тыс. врачей. Недобор докторов отмечается среди рентгенологов, фтизиатров, педиатров, анестезиологов, реаниматологов и врачей общей практики. Дефицит среднего медперсонала – среди всех возможных специализаций, кроме стоматологических. Многие опасаются, что на фоне реформ в госмедицине произойдет очередной отток врачей за рубеж. Ведь часть российских медицинских вузов входит в список Всемирной организации здравоохранения – ВОЗ (WHO World Directory of Medical Schools), и их выпускники после сдачи квалификационных экзаменов могут работать врачами во всех странах – членах ВОЗ. Однако теперь, после отмены обязательной интернатуры для врачей – выпускников 2016–2017 гг., экспорт российских врачей за рубеж все же замедлится. Ведь Россия пока так и не стала частью Болонского процесса, и в том, что касается медицинского образования, продолжает идти своим путем.

Обратимся к истории вопроса. В 1999 г. в итальянском городе Болонья министрами образования 29 европейских стран была подписана так называемая Болонская

декларация. Ее целью стали взаимные гармонизация и унификация систем высшего образования этих государств за счет обмена положительным опытом, студентами, профессорами, межвузовского сотрудничества и перехода на общую терминологию. Россия присоединилась к Болонскому процессу в 2003 г., пообещав к 2010 г. привести свою систему образования к «общему знаменателю». На тот момент стран-участниц было уже 33. Все участники Болонского процесса должны были договориться об общих формулировках и стандартах в учебных планах, в перечне специализаций, уровнях образования (бакалавр, магистр) и зачетных системах часов по предметам. Заметим, что при подтверждении любого диплома за границей часы, уделенные тем или иным предметам, важны не менее, чем наименование специальности. К примеру, выпускники одного вуза, но разных факультетов, проведя одно и то же время на студенческой скамье, были аттестованы один – как бакалавр, второй – как магистр. И из-за тех же учебных часов выпускники российских вузов, не поступившие в интернатуру, за рубежом считаются студентами с неполным высшим образованием. И, прежде чем их допустят к квалификационным экзаменам, они должны доучиться по специальности.

На чем можно выиграть выборы в США?

Конечно, интернатуру – курс, на котором выпускники должны на практике осваивать свою специальность, – в российских вузах отметили именно из-за кадрового дефицита. И актуально это будет для выпускников 2016–2017 гг. Называется это нововведение третьим образовательным стан-

дартном для студентов-медиков. В том же 2016 г. будет введена аккредитация врачей, к которой выпускники 2016–2017 гг. сразу же допускаются. Это существенно сократит их путь к больному. Хорошо ли это для пациентов – другой вопрос.

Третий образовательный стандарт действует с 2011 г. Теперь с первого курса медицинского вуза как можно больше времени должно уделяться практической подготовке студентов в клиниках и поликлиниках и симуляционных классах. Там они смогут отрабатывать практические навыки, например, на медицинских манекенах, правда, последние весьма отличаются от реальных пациентов. Но так как новой техникой пока не хватает, студентам все же придется иметь дело и с настоящими больными. Во многих вузах будут объединены кафедры патологической анатомии и патофизиологии. Это несомненный шаг вперед, как и создание университетских клиник. Впрочем, последнее может оказаться экономически проблематичным для многих медицинских вузов, хотя является обязательным условием для вузов развитых стран. Однако врачуролог Лев Нестеров считает: «Объединение таких дисциплин, как патологическая анатомия и патологическая физиология в один предмет "Патология", по западному образцу, не имеет никакого смысла. Несмотря на похожие названия, эти дисциплины изучают совершенно разные аспекты медицины. В условиях Российской Федерации ситуацию также осложняет то, что еще с советских времен традиционно имелись отдельные кафедры патологической анатомии и патологической физиологии, вследствие чего вся литература, специалисты и преподаватели давно интегрированы в такую систему. Слияние этих предметов не даст ничего, кроме головной боли, финансовых затрат и ухудшения (даже если временного) уровня образования». Теперь после окончания медицинского вуза российские выпускники могут несколько лет отработать врачами общей практики и лишь после этого поступать в ординатуру и докторантуру. В США путь доктора к пациенту значительно длиннее, чем в России. Сначала он поступает в один из университетов на естественно-научную специальность на степень бакалавра и дополнительно (но уже бесплатно) проходит программу обучения на подготовительных медицинских курсах (Pre-Med). Для сдачи экзамена в Pre-Med необходимо определиться со специализацией в медицине, ведь у разных специальностей программы и экзамены серьезно отличаются. Далее – на третьем или четвертом курсе вуза,

в зависимости от скорости усвоения программы, студент готовится к сдаче теста (Medical College Admission Test) на поступление в медицинский колледж. Проверятся его знания по биологии, химии, физике и английскому языку. К тому же во время обучения в университете необходимо еще и вести научную работу, так как рекомендации научных руководителей тоже учитываются. Получив степень бакалавра по естественным наукам, студент может продолжить обучение на медсестру или врача в медицинском колледже, после окончания которого (заметьте, что у нас нет медицинских колледжей для получивших степень бакалавра!) тот, кто хочет стать врачом, поступает в высшую медицинскую школу (так называется в США медицинский вуз) и учится, учитывая ординатуру, еще примерно 8 лет. Только после этого он начинает карьеру лечащего врача, т.е. в 28–29 лет, а никак не в 23! Недаром многие врачи обращают внимание на то, что доступность медицины и иллюзия защищенности для пациента в России вовсе не означают получение качественной медицинской помощи. Хороших врачей всегда было мало, и раннее начало врачебной практики вовсе не гарантирует адекватности врача. Многие хирурги, например, достигают высокого профессионального уровня в 55 лет, но, увы, теперь их стремятся отправить на пенсию. Конечно, обучение на врача в США – одно из самых дорогих в мире. Год обучения стоит в среднем 50–70 тыс. дол. США. Его практически невозможно получить без кредитов, которые выпускник вуза отдает первые 10–15 лет работы. Малоэффективную в экономическом плане американскую медицину уже не раз сотрясали реформы. Президент Обама даже дважды выиграл выборы благодаря обещанию сделать медицину доступной, а медицинскую страховку – относительно дешевой и охватывающей всех граждан.

Я бы в фельдшеры пошел, пусть меня не мучат!

Медсестрам с российским дипломом в западных странах приходится начинать с нуля – поступать на сестринский курс в университет. Увы, так в России сложился учебный процесс. После сравнения зарплат российских врачей и медсестер возникает твердая уверенность, что средний медперсонал сознательно исключен из международной «конвертируемой» системы специалистов с медицинским образованием. У самих – дефицит. Однако многие преподаватели отмечают, что, если бы к обучению среднего и высшего звена в медицине подошли как к части одного и того же непрерывного процесса, проблеме нехватки медицинских кадров в России можно было бы решить уже давно. Впрочем, при некото-

рых крупных медицинских вузах, например, при Первом МГМУ им. И.И.Сеченова, уже существует сложившийся в российских традициях вариант многоступенчатого обучения. Сначала будущие абитуриенты учатся в медицинском колледже и лишь затем сдают вступительные в вуз. Отсев, который обязательно происходит во всех медицинских учебных заведениях, осуществляется еще на первой ступени – в медицинском колледже. В уровне подготовки выпускников колледжа при Первом МГМУ им. И.И.Сеченова сомневаться не приходится, но, например, во Франции даже медсестра общего профиля – это специалист с высшим образованием (как и в США), а не некий безликий «средний медперсонал» со средней зарплатой 14 тыс. руб. и постоянным страхом вылететь с работы. Впрочем, сейчас кризис и во французском здравоохранении, и при дефиците медсестер их не могут нанять, так как нечем платить за работу. На медсестринское отделение вуза во Франции сдают письменные и устные экзамены после получения аттестата зрелости. При этом из 1800 человек пройти в вуз крупного города могут лишь 200 человек. В медсестринском вузе маленького городка может быть от 30 до 60 мест. Средний конкурс в российские медицинские училища, по данным Минздрава, 6 человек на место. Как говорится, почувствуйте разницу!

Но и в нашей стране потенциал будущих медсестер и фельдшеров достаточно высок. Многие абитуриенты, поступающие в медицинские училища после 11-го класса, – это провалившиеся на экзаменах в медицинские вузы, т.е. люди, мотивированные на получение образования высокого уровня. Еще 3–5% – это те, кто уже имеет одно, как правило, высшее, образование

другого профиля. Медсестра во Франции учится 3 года, причем практика, как и в российских медицинских колледжах, составляет примерно 1/2 учебного процесса, а затем получает диплом медсестры широкого профиля. Доучиваются медсестры, как и в России, уже на рабочих местах, особенно в таких узкопрофессиональных отделениях, как гемодиализ, педиатрия и оперблок. По данным статистики, французские медсестры общего профиля работают по специальности в среднем 8 лет. Работа эта тяжелая, как и в России, но многие медсестры сразу же думают о дальнейшей специализации. На педиатрическую медсестру можно сдать экзамены сразу же после окончания медсестринского вуза и отучиться еще год. Кстати, есть и перспектива: директор детского сада во Франции – обязательно педиатрическая медсестра! Ни разу не встречала подобных прецедентов в России, особенно на фоне недавнего сокращения садовых и ясельных медработников в Москве.

Для получения специальности медсестры оперблока во Франции надо отучиться еще 18 мес, но только после двухгодичного стажа – все в том же оперблоке. Чтобы стать анестезистом (не путать с врачом-анестезиологом), требуется 2 года стажа в реанимации или приемной скорой помощи. Учатся на курсе анестезистов тоже 2 года. Дополнительное обучение на старшую медсестру (в российской практике такие специальности в вузах тоже, наконец, появились) занимает минимум год. Медсестры ведут протоколы осмотра, следят за психологическим состоянием пациентов и их отношением к лечебному процессу (у наших медработников на это просто нет времени), при необходимости организуют



Болонья, Церковь Санта Мария делла Вита. «Оплакивание Христа» (1485). Никколо дель Арке.

дополнительные осмотры специалистов и имеют свои четкие стандарты профессиональной деятельности.

В Израиле медсестры также заканчивают вуз, а их коллеги, приехавшие в страну с российским дипломом, могут сдавать аттестационные экзамены лишь на младшую медсестру, по сути – санитарку. После получения диплома фельдшера или медсестры в России выпускники имеют некое размытое преимущество при поступлении в медицинский вуз на бюджетное отделение, а также условие, что при сдаче одного экзамена на «пять» они обязательно пройдут. Кстати, после перевода медицинских колледжей на муниципальное финансирование уровень подготовки выпускников стал значительно ниже.

Лишь одно нововведение для поступающих на бюджетные отделения российских медицинских вузов может порадовать: с частью из них еще перед сдачей экзаменов будет заключено соглашение о работе в сельской

местности после окончания лечебных факультетов. Конкурс на поступление среди будущих сельских докторов тоже отдельный. Конечно, никто не рассчитывает, что медики задержатся там навсегда. Тем не менее им дают подъемные – до 1 млн руб., которые они могут вложить в ипотеку при строительстве собственного дома, служебное жилье, а в некоторых регионах, например в Нижнем Новгороде, – и машину, а также обещают поддерживать во время обучения на медицинском факультете. Вполне вероятно, что эти льготы распространятся и на фельдшеров и медсестер, учитывая их острую нехватку. Кроме того, подобные меры могут существенно улучшить демографическую обстановку в селах и деревнях. ■

Алиса Агранат,
обозреватель ИА REGNUM
Подробности: <http://www.regnum.ru/news/analitics/1873586.html#ixzz3L650F7Xs>

Новые книги

Хронобиологическая теория аффективных расстройств* (Под ред. С.Н.Мосолова. М.: Аванпорт, 2014.)

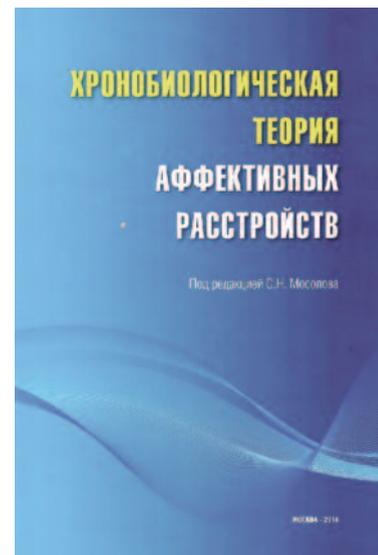
Аннотация

Книга посвящена хронобиологической теории развития аффективных расстройств. Подробно излагаются изменения по сравнению с нормой взаимодействия циркадианных, инфрадианных и ультрадианных ритмов, наблюдающихся при различных аффективных нарушениях, в том числе депрессиях с сезонным паттерном. При этом фазовые аффективные проявления рассматриваются как патологические инфрадианные ритмы различной периодичности. Особое внимание уделяется феномену десинхронизации циркадианных ритмов с цик-

лом «сон-бодрствование» и современным представлениям о нарушениях центральных структурно-химических и физиологических механизмов сна, в том числе серотониновой нейрорегуляции, мелатонинового обмена и данным полисомнографических исследований. Отдельные главы посвящены различным способам коррекции десинхроноза при отдельных аффективных расстройствах, включая как нефармацевтические методы хронобиологической терапии (полная или частичная депривация сна, светотерапия, смещение фазы циркадианной активности, коррекция социальных ритмов, поведенческая и интерпер-

сональная ритмотерапия, аэроионотерапия, их различные комбинации и модификации), так и применение традиционных лекарственных препаратов (антидепрессанты, нормотимические средства) и новых препаратов с хронобиотическими свойствами. Особое внимание обращено на отечественный и зарубежный опыт применения нового мелатонинергического антидепрессанта – агомелатина.

Книга представляет интерес для широкого круга врачей-психиатров, неврологов и терапевтов, сталкивающихся с лечением аффективных расстройств, нарушений сна и явлений десинхроноза при различных психосоматических и пограничных состояниях. ■



*Рецензенты: проф. В.Н.Краснов, проф. Н.Г.Незванов.

Депрессия и мотивация: междисциплинарный подход

(по материалам конгресса Европейской коллегии нейропсихиофармакологии, 2014 г., Берлин)



М.П. Марачев, ст. науч. сотр., к.м.н. ФГБУ Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии Минздрава России

Появление современных антидепрессантов послужило стимулом для дальнейшего развития психопатологических классификаций, валидизированных методов оценки эффективности терапии, а также обозначило новый вектор в развитии нейронаук. В то же время рост количества научных данных проходил неравномерно и зачастую обособленно. Большой вклад в понимание результативности антидепрессивной терапии вносили результаты клинических исследований, опиравшиеся на психометрическую оценку состояния пациентов. Значительно меньшую роль играли нейробиологические исследования, что во многом было связано с ограниченной разрешающей способностью инструментальных методов исследования. Таким образом, мнение врачей относительно применения того или иного антидепрессанта ограничивалось в основном общими выводами об их эффективности (о чем свидетельствуют сопоставимые результаты лечения препаратами с разным, а иногда противоположным механизмом действия), вне связи с биологическими коррелятами, особенностями межнейронных взаимодействий, а также без учета влияния терапии на социальную активность больного с депрессивным расстройством.

Современный этап развития нейронаук, инструментальных методов диагностики и компьютерные технологии позволяют досконально изучать фармакологические эффекты на всех уровнях взаимодействия лекарства и клеток-мишеней, выявлять корреляции между отдельными рецепторными взаимодействиями и развитием тех или иных клинических и/или нежелательных эффек-

фектов. Вместе с тем в последние годы пристальное внимание уделяется отдельным симптомокомплексам и их вкладу в общую картину заболевания, адресной эффективности, оценке результатов терапии самим пациентом. Все это позволяет классифицировать лекарственные средства по спектру действия, находить новые терапевтические мишени для уже существующих препаратов и синтезировать лекарства с большей селективностью в отношении конкретной симптоматики и лучшим профилем безопасности.

Именно этим проблемам был посвящен симпозиум «Депрессия и мотивация: междисциплинарный подход», проходивший на конгрессе Европейской коллегии нейропсихиофармакологии (European College of Neuropsychopharmacology – ECNP) в Берлине при спонсорской поддержке лабораторий «Сервье». В представленных докладах последовательно раскрывались вопросы нейромедиаторной активности антидепрессантов, их влияния на когнитивные процессы с акцентом на мотивацию и ангедонию, а также эффекты, связанные с улучшением показателей социального функционирования пациентов с большим депрессивным расстройством.

Во вступительном слове президент ECNP, профессор Оксфордского университета Guy Goodwin (Великобритания), говоря о проблематике терапии депрессии, подчеркивал важность понимания фармакологических и клинических эффектов антидепрессантов на всех уровнях, начиная от рецепторной активности, через клеточные и межклеточные механизмы, до когнитивных эффектов и влияния на жизнь пациента в целом. Целью нейронаук, по



Президент ECNP, профессор Оксфордского университета Guy Goodwin (Великобритания).

мнению G. Goodwin, является стремление к синтезу таких антидепрессантов, терапевтический эффект которых будет понятным и прогнозируемым на всех уровнях взаимодействия с организмом. Отдельное внимание было уделено важности разграничения

лекарственного действия от плацебо-реактивности.

Первый доклад, представленный профессором кафедры психиатрии молекулярно-клеточной медицины университета Оттавы Pierre Blier (Канада), касался нейротрансмиттерной передачи и специфических симптомов депрессии. Раскрывались вопросы особенностей межрецепторных взаимодействий препаратов группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) и агомелатина на катехоламиную и серотониновую системы. Было продемонстрировано ингибирующее влияние СИОЗС как на дофаминовые (ДОФ) (E. Dremencov и соавт., 2009), так и норадреналиновые (НА) пути передачи нервных импульсов. Приведены данные, согласно которым длительное применение препаратов этой группы снижает НА-стимуляцию в области голубого пятна (S. Szabo, P. Blier, 2000; Y. Kawahara и соавт., 2007). По результатам другого исследования длительное применение СИОЗС приводит к снижению концентрации основных метаболитов НА (3-метокси-4-гидроксифенилгликоль, гомованилиновая кислота) в цереброспинальной жидкости (Y. Sheline и соавт., 1997). Подобные влияния, с одной стороны, позволяют добиваться эффективности при лечении панического расстройства, но с другой – длительное применение препаратов группы СИОЗС в отсутствие терапевтического ответа может приводить к усилению таких симптомов, связанных с НА-передачей, как снижение интересов, энергии.

Затрагивая механизм действия агомелатина, P. Blier подчеркивает синергизм его влияний на мелатониновую и серотониновую системы, что обеспечивает комплексный активирующий эффект на НА и ДОФ, нейротрофический фактор мозга, нейрогенез, цитоскелет-связанный белок, а также ингибирующее действие на глутамат. За счет активирующих влияний на катехоламиную систему агомелатин эффективен в редукации депрессивного настроения и тревоги, а опосредованное действие на 5-НТ-рецепторы положительно влияет на эмоции, интерес, мотивацию и удовольствие. На примере нескольких работ показано влияние препарата на рецепторы НА и ДОФ. Так, в исследовании на двух группах лабораторных животных, получавших агомелатин и мелатонин соответственно, было показано повышение уровня нейромедиаторов в группе агомелатина при отсутствии подобных результатов в группе сравнения (M. Millan и соавт., 2003). Вместе с тем удалось

выяснить, что влияние агомелатина на ДОФ-систему осуществляется за счет действия на мелатониновые (МТ) рецепторы, о чем свидетельствует проведенный эксперимент с применением антагониста МТ₁-/МТ₂-рецепторов, в котором уровень нейромедиатора повышался только в группе агомелатина и не изменялся в остальных группах (контроль, контроль/антагонист, агомелатин/антагонист) (C. Chenu и соавт., 2013). Отдельно раскрывались эффекты в отношении опосредованного действия на рецепторы серотонина.



Pierre Blier – профессор кафедры психиатрии молекулярно-клеточной медицины университета Оттавы (Канада).

Представлены данные, согласно которым применение агомелатина приводит к усилению активации постсинаптических 5-НТ_{1A}-рецепторов в гиппокампе (C. Chenu и соавт., 2013), а совместное применение с палиперидоном позволило установить, что механизм действия осуществляется за счет активации D₂-рецепторов ДОФ, поскольку только монотерапия агомелатином приводила к стимуляции выработки серотонина, а в группе контроля и группе «агомелатин + палиперидон» значимых эффектов не наблюдалось. Таким образом, антидепрессанты разных классов усиливают серотониновую нейротрансмиссию посредством разных механизмов. Если для препаратов группы СИОЗС характерны ингибирующие влияния на катехоламиную систему, то в случае с агомелатином наблюдается усиление активности ДОФ и НА, вероятно за счет синергического действия на 5-НТ_{2C}-, МТ₁- и МТ₂-рецепторы, а усиление серотониновой активности происходит по отличному от СИОЗС механизмам (P. Blier и соавт., 1980–2013).

Доклад профессора психиатрии университета Париж Декарт Raphael Gaillard (Франция) касался влияния антидепрессантов на мотивацию и эмоции. В первых слайдах профессор акцентирует



Профессор психиатрии университета Париж Декарт Raphael Gaillard (Франция).

внимание аудитории на тесной взаимосвязи между эмоциями и мотивацией, рассматривая этот вопрос с клинической и нейрональной точек зрения, где, с одной стороны, отмечается клиническая значимость снижения мотивации наряду с гипотимией, а с другой – подчеркивается их единый филогенетический детерминизм. Через призму клинического применения оценки мотивации – одной из главных проблем, по мнению R.Gaillard, – является изучение патогенеза мотивационных нарушений, требующего ответа на вопрос, носит ли данный симптом резидуальный характер или же является побочным эффектом антидепрессивной терапии. Приводя пример фармакологической заинтересованности в вопросах влияния на гедонистические мотивы поведения, докладчик приводит результаты исследования, выполненного на здоровых добровольцах с использованием функциональной магнитно-резонансной терапии для оценки нейронального ответа на стимул вознаграждения (M.McCabe и соавт., 2010). Выборка состояла из трех групп: циталопрам (20 мг), ребоксетин (4 мг), плацебо. Оценка мотивации проводилась при помощи фиксации степени нейронального возбуждения в ответ на положительные стимулы (вид и вкус шоколада). Полученные данные свидетельствовали о снижении нейронального ответа в группе циталопрама в вентральном полосатом теле и орбитофронтальной коре в сравнении с плацебо, что привело к заключению о способности СИОЗС снижать чувствительность к положительным стимулам.

В продолжении своего доклада R.Gaillard обращает внимание на потенциал агомелатина в отношении влияния на мотивационные нарушения, в первую очередь за счет механизма действия (синергизм серотонинового и мелатонинового компонентов), а также полученных ранее данных о положительных терапевтических эффектах при действии на симптомы ангедонии и снижения интересов (G.Martinotti и соавт., 2012; P.Gorwood, 2014). Кроме того, агомелатин проявлял большую по сравнению с СИОЗС селективность в отношении эмоциональных процессов (S.Harmer, 2010).

Центральное место доклада было отведено демонстрации результатов 8-недельного рандомизируемого сравнительного исследования, целью которого стало выявление эффектов агомелатина и эсциталопрама на

мотивацию. Работа выполнена на здоровых добровольцах, как исследование первой фазы. Пациенты рандомизированно распределялись в одну из четырех групп по 32 человека в каждой (агомелатин 25 мг, агомелатин 50 мг, эсциталопрам 20 мг, плацебо). Оценка мотивационных процессов производилась на 3, 14 и 56-й день терапии при помощи комплекса вероятностных обучающих задач. На экране монитора участникам программы последовательно демонстрировались две картинки, символизирующие положительный и отрицательный стимулы. Если испытуемый нажимал на кнопку при предъявлении положительного стимула, то получал 1 фунт стерлингов, если не нажимал, то получал 10 пенсов. В случае с отри-

цательным стимулом нажатие означало потерю одного фунта, тогда как бездействие приводило к потере 10 пенсов. Усложнение задания имело две особенности. Во-первых, описанное правило действовало только в 80% случаев, во-вторых, в зависимости от ответов респондентов и длительности предъявления (каждые 60 попыток) картинки меняли свое значение на противоположное. Таким образом участникам исследования предстояло научиться дифференцировать инверсию значения предъявляемых картинок от единичных нарушений и сходных правил. Результаты этого исследования продемонстрировали, что эсциталопрам не оказывает ни положительных, ни отрицательных эффектов на мотивацию, тогда как

агомелатин в дозировке 25 мг показал серию положительных эффектов, включая ранний ответ на положительные стимулы, снижение восприимчивости к отрицательной обратной связи (при правильной реакции на положительный стимул испытуемый вопреки ожиданиям теряет 1 фунт) на всех визитах, снижение времени реакции по сравнению со всеми группами, а также увеличение точности выполнения задания по сравнению с группой эсциталопрама, уже к 3-му дню терапии. Таким образом, положительное влияние агомелатина на мотивацию реализуется за счет улучшения способности выбирать оптимальные поведенческие стратегии, а также более

Продолжение на стр. 12

Вальдоксан®

Агомелатин

Первый MT₁/MT₂ агонист и 5-HT_{2C} антагонист

Улучшение сегодня,^{1,2} выздоровление завтра³

12-я неделя 24-я неделя

6-я неделя 1-я неделя

Лечение большого депрессивного расстройства

Регистрационный номер: ЛСР-000540/08

Состав: Вальдоксан 25 мг: одна таблетка содержит агомелатина 25 мг. В качестве вспомогательного вещества содержит лактозу. **Показание к применению:** Лечение большого депрессивного расстройства у взрослых. **Способ применения и дозы:** Внутрь. Рекомендуемая суточная доза – 25 мг однократно вечером. При отсутствии клинической динамики после двухнедельного лечения доза может быть увеличена до 50 мг однократно вечером. **Рекомендуется контролировать функцию печени в начале терапии и затем периодически, через 8 недель, через 6 месяцев (окончание курсового периода терапии), 12 недель и 24 недели (окончание поддерживающего периода терапии) после начала терапии, и в дальнейшем в соответствии с клинической ситуацией (см. раздел «Особые указания»).** При увеличении дозы следует контролировать функцию печени с той же частотой, что и в начале применения препарата. **Разрешено об увеличении дозы должно быть принято с учетом возрастающего риска повышения уровня трансаминаз. Любое повышение дозы до 50 мг должно быть сделано на основании оценки пользы и риска для конкретного пациента и при строгом контроле печеночных проб.** Печеночная терапия депрессии должна проводиться по крайней мере, в течение 6 месяцев. **Противопоказано:** Повышенная чувствительность к агомелатину или любому из вспомогательных веществ препарата. Печеночная недостаточность (например, цирроз или заболевание печени в активной фазе) или повышение уровня трансаминаз более чем в 3 раза относительно верхней границы нормы (см. раздел «Способ применения и дозы» и «Особые указания»). Одновременное применение мощных ингибиторов изофермента CYP1A2 (таких как флуорексамин, ципрофлоксацин) (см. раздел «Взаимодействие с другими лекарственными средствами и другие виды взаимодействия»), детский возраст до 18 лет. **Особые указания:** Сообщалось о случаях поражения печени, включая печеночную недостаточность (приводившие в исключительных случаях к летальному исходу или требующие трансплантации печени у пациентов с ранее имеющимися факторами риска поражения печени), повышение уровня печеночных ферментов более чем в 10 раз относительно верхней границы нормы, гепатит и желтуху у пациентов, принимавших Вальдоксан®. Рекомендуется контролировать функцию печени. При повышении активности трансаминаз в сыворотке крови следует провести повторное исследование в течение 48 часов. Если активность трансаминаз более чем в 3 раза превышает верхнюю границу нормы, прием препарата следует прекратить. В дальнейшем следует регулярно контролировать функциональное состояние печени до нормализации активности трансаминаз. При проявлении симптомов и признаков возможных нарушений функции печени прием Вальдоксана® следует немедленно прекратить. Следует соблюдать осторожность при назначении препарата Вальдоксан® пациентам с повышенной активностью трансаминаз до начала терапии (выше верхней границы нормы, но не более чем в 3 раза относительно верхней границы нормы). Следует соблюдать осторожность при назначении препарата Вальдоксан® пациентам с факторами риска развития нарушения функции печени, таким как ожирение/избыточная масса тела/наличие сахарного диабета, сахарный диабет, употребление алкоголя в значительных количествах или прием препаратов, способных вызывать нарушения функции печени. Пациенты пожилого возраста (в возрасте 75 лет и старше): Вальдоксан® не следует назначать пациентам этой возрастной группы. Пациенты пожилого возраста с деменцией: Не следует назначать Вальдоксан® для лечения больших депрессивных эпизодов у пожилых пациентов с деменцией. Пациенты с печеночной недостаточностью: Следует соблюдать осторожность. Биологические расстройства/мания/гипомания: Следует соблюдать осторожность. При появлении симптомов мании следует прекратить прием препарата. Суицидальные мысли/поведение: В период лечения пациентам должно находиться под пристальным медицинским наблюдением. Совместное применение с ингибиторами изофермента CYP1A2: Следует соблюдать осторожность. Совместное применение с ингибиторами изофермента CYP1A2: Следует соблюдать осторожность. Одновременное применение агомелатина и сильных ингибиторов изофермента CYP1A2. Не рекомендуется: алкоголь, умеренные ингибиторы CYP1A2. **Беременность:** Следует соблюдать осторожность. **Период кормления грудью:** Если лечение агомелатином необходимо, грудное вскармливание следует прекратить. **Влияние на способность управлять автомобилем и выполнять работу, требующую высокой скорости психомоторных реакций:** Исследования по изучению влияния препарата Вальдоксан® на способность управлять автомобилем и другими механизмами не проводились. Следует помнить о том, что головокружение и сонливость – частые побочные эффекты агомелатина. **Побочные действия:** Часто: головная боль, головокружение, сонливость, бессонница, мигрень, тошнота, диарея, запор, боль в животе, рвота, повышение активности АЛТ или АСТ, потливость, боль в спине, утомляемость, тремор. **Нечасто:** парестезии, синдром «беспокойных ног», шум в ушах, экзема, кожный зуд, крапивница, нечеткое зрение, жажда и связанные с ними симптомы, такие как раздражительность и беспокойство, агрессивность, ночные кошмары, необычные сновидения. **Редко:** гелатит, повышение активности «-глутамилтрансферазы, повышение активности щелочной фосфатазы, печеночная недостаточность, желтуха, эрготаминозная сыпь, отек лица и отек Квинке, мания/гипомания, галлюцинации, увеличение массы тела, снижение массы тела. **Неупомянутые частоты:** суицидальные мысли или суицидальное поведение. **Передозировка:** Данные о передозировке агомелатина в дозе 2450 мг (состояние нормализовалось самопроизвольно, без нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы или изменения лабораторных показателей). **Свойства:** Агомелатин – агонист мелатонинергических рецепторов MT₁ и MT₂ и антагонист серотониновых 5-HT₂ рецепторов. Агомелатин представляет собой антидепрессант, активный на моделях с десинхронизацией циркадных ритмов, а также в экспериментальных ситуациях тревоги и стресса. Агомелатин усиливает высвобождение дофамина и норадреналина, в особенности в области префронтальной коры головного мозга, и не влияет на концентрацию вентротонического серотонина. **Форма выпуска:** Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 25 мг. По 14 таблеток в блистер (ПВХ/Ал). По 1, 2, 7 блистеров с инструкцией по медицинскому применению в пачку картонную. При расфасовке (упаковке) на российский предприниматель ООО «Сервис» – По 14 таблеток в блистер (ПВХ/Ал). По 1, 2, 7 блистеров с инструкцией по медицинскому применению в пачку картонную. По 10 таблеток в блистер (ПВХ/Ал). По 10 блистеров с инструкцией по медицинскому применению в пачку картонную. **Упаковка для стационаров:** По 14 таблеток в блистер (ПВХ/Ал). По 7 блистеров с инструкцией по медицинскому применению в пачку картонную. **Представительство АО «Лаборатории Сервис» (Франция), 115054, Москва, Павелецкая пл., д. 2, стр. 3. Тел. (495) 937-07-00, факс (495) 937-07-01, www.servier.ru** *Для получения полной информации, пожалуйста, обратитесь к инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата.

1 таблетка всегда вечером

раннего ответа на положительные стимулы, являющиеся мотивационными эквивалентами.

В завершающей презентации под названием «Модулирование позитивных и негативных аффектов: влияние на функциональное восстановление» профессор психиатрии медицинского факультета университета г. Лёвина (Бельгия) Koen Demyttenaere сделал акцент на важно-



Koen Demyttenaere – профессор психиатрии медицинского факультета университета г. Лёвина (Бельгия).

сти восстановления всех видов социальной активности (работа, семья, межличностные взаимодействия) в процессе лечения депрессии. Остановившись в начале доклада на разграничении действия лекарств от плацебо-реактивности, были представлены данные метаанализа плацебо-контролируемых исследований (G.Papakostas, M.Fava, 2009), где эффективность антидепрессивной терапии достигала 53,8% против 37,3% для плацебо. Эти данные, по мнению K.Demyttenaere, актуальны только для 10–20% пациентов, так как получены в результате проведения клинических исследований с жесткими критериями включения/исключения. Представляла интерес диаграмма, отражающая отчетливую тенденцию роста плацебо-эффектов с 1960 (32,6%) по 2007 г. (40,6%) при неизменных показателях лекарственной эффективности. В этом контексте были приведены данные другого метаанализа (D.Taylor, 2014), оценивающего эффективность агомелатина по отношению к плацебо и другому антидепрессанту, с отдельным анализом переносимости терапии. Показано, что и опубликованные, и неопубликованные данные согласованно демонстрируют превосходство агомелатина над плацебо, сопоставимое клинического эффекта с другими антидепрессантами (СИОЗС, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина), а также лучший профиль переносимости, приводящий к меньшему риску отказов от лечения в связи с развитием нежелательных явлений.

Говоря о психопатологической разнородности большого депрессивного расстройства, включающего «ключевые» аффективные симптомы, тревожную и соматическую составляющие, докладчик подчеркивает значимость позитивных аффектов, таких как ангедония и нарушение когнитивных функций. Приводя в пример иерархию факторов, имеющих значение для пациентов на пути к выздоровлению (M.Zimmerman и соавт., 2006), показано, что на первом месте стоит наличие положительных эмоций, таких как оптимизм, энергичность, уверенность в себе. Акцентируя внимание на важности баланса между позитивными и негативными аффектами, K.Demyttenaere раскрывает три основных структурных компонента положительных эмоций. Первый компонент – это эмоции, в основе характеристик которых лежит достижение результата (активность, энергичность, живость), вторым компонентом является аффелятивная составляющая с чувством безопасности, защищенности, теплоты во взаимоотношениях с окружающими и, наконец, третьим компонентом является благополучие (т.е. удовлетворенность, спокойствие, расслабленность, умиротворенность). Показывая значимость позитивных аффектов в лечении депрессии, демонстрируются результаты исследования, в котором факторному анализу подвергаются пункты трех оценочных шкал депрессии: шкала Гамильтона для оценки депрессии (Hamilton Depression Rating Scale – HDRS), шкала Монтгомери–Асберга для оценки депрессии (Montgomery–Asberg Depression Rating Scale – MADRS), шкала Бека для самооценки тяжести депрессии (Beck Depression Inventory – BDI; R.Uher и соавт., 2012). Удалось выделить три основных фактора: настроение, когнитивная и нейровегетативная сферы; каждый из факторов в свою очередь делился на две категориальные категории: настроение и тревога для первого, пессимизм и интерес/активность для второго, сон и аппетит для третьего. Применяв этот подход к двум известным исследованиям (STAR-D и GENDER), было показано, что терапевтическая динамика, соответствующая категориальной категории «интерес/активность», является надежным предиктором исхода терапии вне зависимости от фоновой тяжести депрессии. С учетом значимости ангедонии для терапии депрессии докладчик указывает на ее недостаточную диагностику. Так, в двух наиболее распространенных психометрических шкалах (HDRS и MADRS), используемых для характеристики динамики депрессивной симптоматики, оценка ангедонии проводится лишь в трех ответах (по шкале HDRS-17: пункт 7, ответ

2; по шкале MADRS: пункт 8, ответы 2 и 4). В качестве примера разных подходов к оценке эффективности терапии приводится исследование эффективности агомелатина в сравнении с венлафаксином (G.Martinotti и соавт., 2012), в котором стандартная психометрическая оценка не выявила разницы между двумя препаратами, тогда как применение шкалы ангедонии Стайта–Гамильтона (Snaith–Hamilton Pleasure Scale – SHAPS) позволило обнаружить большую эффективность агомелатина уже на 1-й неделе лечения. Влияние агомелатина на эмоциональный фон отражено в исследовании P.Gorwood (2014 г.), проведенном на амбулаторных пациентах с большим депрессивным расстройством (n=1565), оценка состояния которых проводилась по шкале для оценки аффективных состояний (Multidimensional Assessment of Thymic States – MAThys) на 2 и 6-й неделях терапии. Согласно полученным данным агомелатин приводил к статистически значимой редуции ($p < 0,001$) ко 2-й неделе терапии таких показателей, как печаль, раздражительность, паника, тревога и злость. Вместе с тем такая характеристика настроения, как радость, значимо увеличивалась по сравнению с фоном, сохраняя темпы улучшения к 6-й неделе терапии при неизменной динамике показателя восторженности. Оценивая когнитивные особенности пациентов при помощи той же шкалы, было обнаружено значимое улучшение, выявляемое с 2-й недели терапии, для всех изучаемых характеристик: эмоциональная реактивность, скорость мыслительных процессов, психомоторная функция, мотивация, сенсорная чувствительность.

В контексте улучшения социального функционирования приведены данные о значимой корреляции между улучшением ангедонии (шкала SHAPS) и показателями социального функционирования (шкала социальной желательности – Social Desirability Scale – SDS; P.Liorca, D.Gourion, 2014). В подтверждение приведенных данных докладчик анализирует результаты исследования (S.Kennedy и соавт., 2014), отражающие эффекты агомелатина на такие показатели, как работа, социальная активность, семейная жизнь, количество дней нетрудоспособности и количество непродуктивных дней в течение 6 мес терапии. Было установлено, что агомелатин в дозировке 25 и 50 мг приводил к статистически значимой редуции всех показателей социального функционирования. Подводя итоги своего доклада, K.Demyttenaere отметил согласованность результатов имеющихся исследований (в том числе неопубликованные данные) агомелатина, его эффективность по симптоматическим и функцио-

нальным критериям оценки при проведении натуралистических исследований, подчеркнул значимость ангедонии и тесно связанных с ней показателей функционального ухудшения, а также указал на значимую корреляцию между положительными эмоциями и социальным функционированием.

В заключительном слове профессор отдела нейроклинических и междисциплинарных наук Питсбургского медицинского университета David Kupfer (США) еще раз подчеркнул важность изучения комплексных взаимодействий между нейротрансмиттерами, проводящими путями и зонами мозга, отвечающими за настроение, эмоции, интерес и мотивацию. Докладчик обратил внимание на ключевые рецепторные взаимодействия агомелатина, который в от-



Профессор отдела нейроклинических и междисциплинарных наук Питсбургского медицинского университета David Kupfer (США).

личие от препаратов группы СИОЗС усиливает активацию катехоламиновой системы и имеет альтернативный по отношению к другим антидепрессантам принцип действия на серотониновую систему. D.Kupfer еще раз остановился на значимости таких клинических характеристик депрессии, как снижение эмоциональной отзывчивости, мотивации, интересов и способности получать удовольствие, в связи с чем прокомментировал продемонстрированные положительные эффекты агомелатина на улучшение мотивации и когнитивной гибкости при выполнении комплексных вероятностных обучающих задач, подчеркнув их существенное значение для клинической практики. Остановившись на результатах метаанализа (D.Taylor, 2014), подтверждающего эффективность агомелатина, D.Kupfer указал на важность баланса между позитивными и негативными эмоциями для сохранения психического здоровья и социального функционирования в свете положительных влияний агомелатина на восстановление интереса и удовольствия. ■

Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии ФЦДО Московского государственного медико-стоматологического университета им. Н.А.Семашко

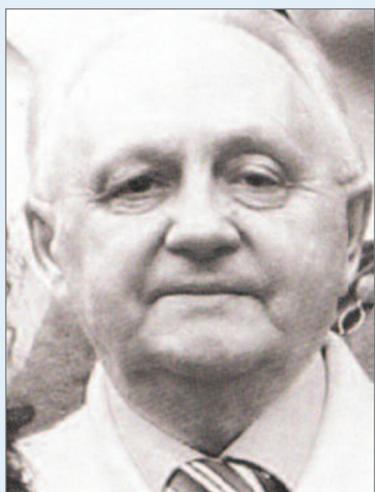


Сотрудники кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФЦДО Московского государственного медико-стоматологического университета. Основана в 1980 г.

Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии была создана на факультете усовершенствования врачей ММСИ им. Н.А.Семашко вначале в виде курса психиатрии. На заседании ученого совета института 20 мая 1980 г. были избраны по конкурсу заведующий курсом профессор А.А.Портнов и два ассистента – кандидат медицинских наук С.А.Овсянников и



Профессор А.А.Портнов.



Профессор С.А.Овсянников.

кандидат медицинских наук В.С.Воробьев.

Под руководством А.А.Портнова была заложена фундаментальная база для реализации научно-педагогического процесса на курсе психиатрии факультета усовершенствования врачей ММСИ им. Н.А.Семашко. Профессор Анатолий Александрович Портнов – один из крупнейших отечественных психиатров, известный своими научными трудами в области изучения экзогенно-органических и интоксикационных психозов, талантливый педагог, руководивший ранее кафедрой психиатрии в Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, а затем Институтом психиатрии Минздрава России, стал одним из основателей наркологии в нашей стране.

Исследовательская работа под его руководством проводилась с акцентом на изучение особенностей преморбиды при психических заболеваниях. На клинической базе курса в ЦМОКПБ стали проводиться циклы усовершенствования врачей из московских областных психоневрологических больниц, а также курсы специализации по психиатрии, практиковались выездные циклы в наиболее крупных больницах области.

В 1981 г. новой базовой клиникой курса стала наркологическая больница №17. Состав сотрудников курса стал постепенно расширяться.

В 1987 г. кафедру возглавил профессор Виктор Петрович Белов, известный ученый, ученик академика О.В.Кербикова, автор трудов в области эпилепсии, психосоматической патологии, пограничной и социальной психиатрии, возглавлявший ранее ЦИЭТИН, председатель Московского городского общества психиатров.

В 1988 г. курс трансформируется в кафедру психиатрии и наркологии с курсом нетрадиционных и традиционных методов лечения. Организуется специальный курс по психофармакологии, который возглавил профессор Б.Д.Цыганков, стали проводиться курсы по сексопатологии, фитотерапии. На кафедре стали обучать врачей-интернов, клинических ординаторов и аспирантов.

В 1997 г. кафедру возглавил профессор Борис Дмитриевич Цыганков – доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ, заслуженный деятель наук РФ, лауреат премии правительства РФ в области науки и техники РФ, специалист в области психофармакологии и ургентной психиатрии, консультант Медицинского центра Управления делами Президента, вице-президент Международной ассоциации по ургентной психиатрии, член президиума Российского общества психи-



Профессор В.П.Белов.

атров, автор многих монографий по актуальным проблемам клиники и лечения психических заболеваний, психиатрии и наркологии.

С этого времени начинается развитие кафедры и расширение ее деятельности по всем направлениям педагогической, методической и научной работы. Профессор Б.Д.Цыганков организует работу с клинико-терапевтическим направлением, на новой современной клинической базе, больнице №8 им. З.П.Соловьева. В 2004 г. в МГМСУ был образован новый диссертационный совет по защите кандидатских диссертаций, который с 2007 г. трансформирован в совет по защите докторских и кандидатских диссертаций по психиатрии и медицинской психологии. Кафедра проводит сертификационные циклы по психиатрии, нарко-

гии, психотерапии, а также циклы профессиональной переподготовки по психиатрии, осуществляющиеся индивидуально на контрактной основе.

Научная работа кафедры под руководством профессора Б.Д.Цыганкова посвящена изучению эмоционально-аффективных нарушений в структуре психических расстройств при шизофрении, химической (наркотической) зависимости и пограничной психической патологии. Под руководством профессора



Профессор Б.Д.Цыганков.

Б.Д.Цыганкова с 1999 по 2012 г. защищено 14 докторских и 60 кандидатских диссертаций. Было издано 20 монографий и 3 учебника. С 2000 по 2012 г. опубликовано и издано более 20 учебных пособий, методических руководств и рекомендаций, опубликовано более 150 журнальных статей. В профессорско-преподавательский коллектив кафедры входят поистине видные специалисты. С.А.Овсянников – доктор медицинских наук, профессор кафедры, автор более 100 научных работ, 3 учебников – имеет ряд авторских свидетельств на изобретения в области терапии психических заболеваний, является уникальным специалистом в области истории психиатрии. Заведующий учебной частью кафедры, заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор С.А.Шамов является одним из авторов раз-



Профессор Ю.Т.Джангильдин.

Продолжение на стр. 14

Начало на стр. 13

работки инновационных технологий в наркологии. Профессор Ю.Т.Джангильдин является одним из ведущих исследователей в России в области клинической психотерапии.

В 2011 г. заведующий кафедрой Б.Д.Цыганков был назначен главным психиатром города Москвы. Также в 2011 г. профессор Б.Д.Цыганков и профессор С.А.Шамов были награждены Премией Правительства РФ в области науки и техники за разработку новых терапевтических технологий в наркологии.

Заведующие кафедрой:

А.А.Портнов – 1980–1987 гг.
В.П.Белов – 1987–1997 гг.
Б.Д.Цыганков – с 1997 г. по настоящее время.

Москва, 1-й Донской проезд, д. 43
Тел.: (499) 236-05-94
Москва, ул. 8 Марта, д. 1
Тел.: (499) 612-61-33
boristsygankov@yahoo.com
Psymgmsu2011@yandex.ru



Образование

Так нужно ли увеличить длительность обучения по психиатрии в России?



А.В.Павличенко
ГБОУ ВПО МГМСУ
им. А.И.Евдокимова
Минздрава России

Длительность обучения по психиатрии в России, включающая обязательное прохождение интернатуры (1728 ч) или ординатуры (3456 ч), более чем в 3 раза меньше, чем в странах Европейского союза и США. В последние годы вопросами улучшения программ обучения по нашей специальности в Европе активно занимается Европейская федерация врачей-стажеров (EFPT), которая объединяет молодых специалистов из более чем 30 стран Европы. Кроме того, многие аспекты подготовки специалистов часто обсуждаются на психиатрических конгрессах различного уровня, в которых принимают активное участие молодые российские психиатры (Мария Орлова, Павел Алфимов, Дарья Смирнова, Алексей Павличенко). В комментариях к выступлениям отечественных специалистов и личных беседах коллеги из других стран в качестве возможных путей улучшения подготовки по психиатрии в нашей стране неизменно рекомендуют увеличить длительность обучения.

По-видимому, увеличение времени подготовки врачей-психиатров в РФ приведет к неизбеж-

ном пересмотру и дополнению существующих программ с включением в нее новых разделов. В некоторых странах, например в США, в начале обучения по специальности «психиатрия» учащиеся должны пройти обязательную подготовку по внутренним болезням (4 мес) и неврологии (2 мес). Однако нам представляется более целесообразным в качестве отправной точки для пересмотра программы обучения в РФ взять рекомендации по обучению психиатрии, одобренные во втором чтении в 2003 г. экспертами Секции по психиатрии Европейского союза медицинских работников (UEMS) [1, 2]. Помимо общих статей, посвященных осуществлению контроля над обучением, требованиям к организациям, проводящим тренинг по психиатрии, самим обучающимся и их кураторам программа содержит 9 основных разделов, основные положения которых представлены ниже.

Первый раздел (теоретическая подготовка) включает проведение лекций и семинаров не менее 4 ч в неделю на протяжении 4 лет не только по традиционным разделам психопатологии и частной психиатрии, но и по таким областям, как культуральные и этические аспекты психиатрии, методология проведения научных исследований, медицинская информатика и телемедицина.

Второй раздел (обучение психотерапии) направлен как на обучение теориям психотерапии (акцент на интегративные модели), так и таким прикладным аспектам нашей специальности, как правильное установление и поддержание контакта с пациентом, осознание собственных эмоций и чувств в процессе терапевтической работы и понимание психологических аспектов различных психических расстройств, в том числе психотических состояний. Кроме того, важным аспектом обучения психотерапии должна быть групповая и индивидуальная супервизия.

Третий раздел (консультативная психиатрия) направлен на овла-

дение знаниями работы в мультидисциплинарной команде, а также особенностям оценки состояния пациента вне стен психиатрических больниц, включая поликлиническое звено медицинской сети и курирование больных в домашних условиях.

Четвертый раздел (основы биологической психиатрии) включает не только обучение психофармакологии, но и всему тому, что связано с нейробиологическими основами психических заболеваний, т.е. изучение основных концепций нейронауки.

Пятый раздел (психиатрия позднего возраста) подразумевает обучение исследованию когнитивной сферы, диагностики, лечению и профилактике наиболее распространенных геронтологических заболеваний, психологическим и этическим аспектам пожилого возраста и навыкам коммуникаций с родственниками больных.

Шестой раздел (обучение навыкам руководства и управления) включает обсуждение таких важных аспектов работы психиатра, как мотивация пациентов к лечению, составление плана терапии, руководство и оценка терапевтического процесса во время совместных обходов и консилиумов.

Седьмой раздел (ведение журнала) включает следующие подразделы: а) общее описание работы учащегося, где должны быть отражены такие пункты, как обязательное посещение в процессе обучения общепсихиатрических, приемных, геронтологических, наркологических, детских, судебных, диспансерных отделений, особенности супервизии и тренинга по психотерапии, а также общий уровень теоретической подготовки; б) специальные «образовательные цели», где будущему психиатру по согласованию со своим куратором предоставляется возможность получить дополнительное образование в соответствии со своими научными и практическими интересами (например, тренинг по прикладным аспектам судебной психиатрии,

возможностям нейровизуализации при шизофрении). Активное участие обучающегося в данном процессе должно значительно повысить мотивацию к обучению в целом.

Восьмой раздел (супервизия в психиатрии) включает клиническую супервизию, осуществляемую старшими коллегами-врачами во время обходов в отделении или совместных обсуждений больных, а также образовательную супервизию, которая, являясь важнейшим элементом психиатрического обучения, нацелена на обучение конкретным клиническим навыкам и оценку куратором того, насколько ординатор усваивает учебный материал в процессе обучения. Супервизор (куратор) не только должен обладать обширными знаниями и умениями в конкретной области, уметь планировать процесс обучения, постоянно оценивать работу своего подчиненного, но также уметь пробудить интерес к специальности и способствовать его (ее) профессиональному росту. Супервизия должна занимать не менее 1 ч в неделю, во время которого учащиеся должны быть освобождены от клинической и административной работы, и включать следующие темы: регулярные клинические разборы пациентов; обсуждение особенностей взаимоотношений «врач-пациент»; обучение психотерапевтическим техникам; анализ историй болезни учащегося; обзор литературы по данной теме; планирование и общее руководство исследовательской деятельностью; обсуждение проблем, возникших в процессе обучения (обратная связь). Конечно, самим кураторам время от времени также требуется проходить обучение, которое является неотъемлемой частью их собственного непрерывного профессионального развития.

Девятый раздел (контроль за подготовкой специалистов в области психиатрии) означает, что любая программа обучения должна иметь четкую цель, в ней должны быть прописаны необходимые условия для осуществле-

ния процесса обучения и инструменты оценки знаний учащихся. Основной задачей обучения является достижение достаточных знаний и клинического опыта для последующей самостоятельной работы в области психиатрии, а программа обучения и дневник учащегося в конкретной стране должны соответствовать общим рекомендациям UEMS по психиатрии. Для того чтобы быть допущенным к процессу обучения, супервизор и координатор должны не менее 5 лет проработать по специальности и иметь соответствующую подготовку по конкретной дисциплине. Кроме того, необходимы регулярные инспекции обучающих центров на основе рекомендаций UEMS.

Несмотря на то что содержание программ по психиатрии в разных европейских странах в целом соответствует общим рекомендациям UEMS, особенности самой подготовки имеют значительные различия в разных странах, а внедрение программ обучения в практику связано с определенными сложностями [3, 4]. Опрос врачей-ординаторов из 29 стран Европы показал, что в 21 из них программа не соответствовала условиям обучения, и это свя-

зано с такими факторами, как нехватка времени на обучение, отсутствие у обучающихся адекватной заработной платы и общий недостаток преподавателей-кураторов. Наиболее проблемными сферами обучения будущие врачи-психиатры назвали психотерапию, методологию научных исследований и подготовку по наркологии [5].

Сравнивая данные рекомендации по обучению психиатрии UEMS, с одной стороны, и программы по психиатрии и особенностям прохождения ординатуры в России – с другой, можно сделать вывод, что многие аспекты обучения в той или иной степени у нас совпадают (теоретическая подготовка, основы биологической психиатрии, психиатрия позднего возраста, курирование учащихся старшими коллегами, контроль за подготовкой специалистов со стороны надзорных органов). Также важно отметить, что проблемы, с которыми сталкиваются российские и европейские ординаторы, во многом схожи (недостаточная заработная плата, нехватка педагогов высшей школы, трудности в проведении научных исследований). В то же время многие важные разделы,

представленные в европейских программах, практически отсутствуют в теории и практике обучения российских ординаторов: обучение психотерапии, консультативной (community) психиатрии, навыкам руководства, личной супервизии, возможность получить дополнительную подготовку по конкретным темам.

Кроме того, если обучение основным субспециальностям внутри психиатрии (психотерапия, судебная психиатрия, наркология, сексология) уже входит в общую программу UEMS, то российские психиатры нуждаются в получении дополнительного сертификата по данным дисциплинам. Таким образом, одним из путей усовершенствования подготовки специалистов в области психиатрии в России видится увеличение длительности обучения за счет включения в обязательную программу новых разделов и отмена необходимости получения дополнительной подготовки по отдельным психиатрическим субспециальностям. Однако если имплементация в базовую программу теоретической подготовки и приобретения практических навыков по таким разделам, как психотерапия, судебная психиатрия,

наркология и сексология, не должно встретить значительных сложностей, то разработка программ по консультативной психиатрии и внедрение супервизоров, особенно при обучении психотерапии, может сопровождаться определенными трудностями, особенно на начальном этапе. Тем не менее успешный опыт расширения длительности обучения психиатрии за счет включения в программу новых разделов в постсоветских странах Балтии (Литва, Латвия, Эстония) позволяет надеяться, что данный процесс в итоге окажется успешным и в нашей стране. ■

Литература

1. UEMS Section for Psychiatry. Charter on training of medical specialists in the EU: requirements for the specialty of psychiatry. *Eur Arch Psychiat Clin Neurosci* 1997; 247 (Suppl. 6): s45–7.
2. <http://uemspsychiatry.org/wp-content/uploads/2013/09/Chapter6-11.10.03.pdf>
3. Oakley C, Malik A. Psychiatric training in Europe. *Psychiatrist* 2010; 34: 447–50.
4. Nawka A et al. Mental health reforms in Europe: challenges of postgraduate psychiatric training in Europe: a trainee perspective. *Psychiat Serv* 2010; 61: 862–4.
5. Kuzman M et al. *World Psychiatry* 2012; 2: 135.

Юбилей

Борис Алексеевич Лебедев – ученый и учитель. К 90-летию со дня рождения

Предпосылкой к настоящей публикации послужили не только желание отдать долг памяти выдающемуся представителю советской медицинской науки профессору Борису Алексеевичу Лебедеву, но и попытка оценить его деятельность в развитии мировой психиатрии.

Борис Алексеевич Лебедев родился в Новороссийске 4 февраля 1925 г. Закончив с отличием Первый Ленинградский медицинский институт имени академика И.П.Павлова в 1949 г., работал клиническим ординатором на кафедре психиатрии Казахского государственного медицинского института (в клинике профессора А.П.Штееса). А затем в течение 14 лет в Ленинградском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М.Бехтерева: вначале в должности старшего научного сотрудника, затем – заместителем директора института, а с 1960 по 1964 гг. – директором института.

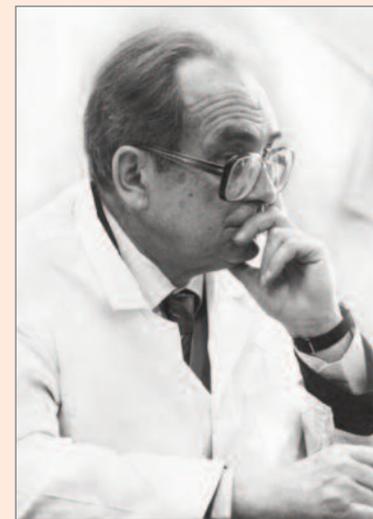
С 1964 г. Б.А.Лебедев представлял советскую психиатрию в отделе охраны психического здо-

ровья Всемирной организации здравоохранения. В 1967 г. был избран на должность руководителя этого отдела ВОЗ. Под его руководством и участием подготовлено 7 докладов ВОЗ по проблемам психиатрии. Атмосфера политического противостояния, характеризовавшая в то время отношения между Востоком и Западом, касалась и области психиатрии. К моменту начала работы в качестве сотрудника одного из отделов ВОЗ профессор Лебедев имел на родине репутацию крупного ученого, подтвердившего свое право на высокий профессиональный рейтинг не только десятками широко известных научных работ, но и приверженностью традициям школы клинической психиатрии. Как врач, получивший образование в стенах 1-го Ленинградского медицинского института им. акад. И.П.Павлова, и исследователь, ориентированный на естественно-научный принцип подхода к психиатрической проблематике, он рассматривал нозологическую систематику Эмиля Крепелина в

аспекте органодинимического единства психического и соматического. При этом в отличие от многих других отечественных исследователей его нельзя было упрекнуть в ортодоксальности.

Научная деятельность профессора Лебедева в качестве сотрудника, а с 1960 по 1964 гг. в должности директора Научно-исследовательского психоневрологического института имени В.М.Бехтерева была отмечена интересом к психо- и социогенетическим аспектам психической патологии. Пожалуй, не будет преувеличением сказать, что именно этот научный коллектив в условиях господства авторитарной идеологии наиболее успешно отстаивал свое право на профессиональную независимость, а заложенные в те годы демократические традиции оказались созвучными идеям перестройки.

Так или иначе, избрание Б.А.Лебедева на должность руководителя психиатрического отдела ВОЗ, спустя три года после начала работы в этом департаменте, означало признание за ним качеств



Борис Алексеевич Лебедев.

профессионала и человека, способного, несмотря на политические противоречия, найти приемлемый компромисс как в чисто научном плане, так и в отношении возможного распространения гуманистических идей. Проводившиеся в те времена и при его участии международные научные форумы значительно сблизили позиции западной и восточной психиатрии, а начавшееся сотрудничество во многих отношениях оказалось плодотворным и породило оптимистические надежды.

Продолжение на стр. 16



Борис Алексеевич.

Начало на стр. 15

Было бы очевидным преувеличением отнести наметившуюся в конце 1960-х годов тенденцию к демократизации общественной жизни в СССР исключительно к заслугам руководителя психиатрического департамента ВОЗ, однако после ухода профессора Б.А.Лебедева с этого поста и прихода на его место Н.Сарториуса ситуация заметно изменилась к худшему. Об этом свидетельствует хотя бы тот факт, что в 1977 г. советские психиатры на конгрессе Всемирной психиатрической ассоциации в Гоналулу были обвинены в злоупотреблениях психиатрией в политических целях.

Вернувшись в 1971 г. на родину, профессор Б.А.Лебедев принимает на себя обязанности заведующего кафедрой психиатрии и наркологии 1-го медицинского института имени академика И.П.Павлова в Ленинграде. Он сам был выпускником этой кафедры, учеником академика Н.И.Озерецкого (1983–1955 гг.), как и многие другие видные ленинградские психиатры того времени (А.Е.Личко, М.М.Кабанов, Ф.И.Случевский, Р.А.Харитонов, С.С.Либих и др.). Новое назначение не прерывает его связей с зарубежными центрами научной психиатрии. Он принимает активное участие в осуществлении ряда международных исследовательских программ, оставаясь корреспондентом авторитетных периодических изданий, продолжает печататься в своей стране и за рубежом. В качестве эксперта ВОЗ по психиатрии он готовит материалы для докладов этой организации.

Научные интересы кафедры концентрируются на изучении церебральных механизмов психических нарушений. Под его руководством была проведена большая методическая и научно-практическая работа: пересмотрено содержание лекционного курса по психиатрии и наркологии с учетом новейших достижений современной науки, апробированы новые методы лечения психических и психосоматических расстройств, расширен фонд наглядных пособий, шире стали применяться технические средства обучения. На кафедре психиатрии и наркологии введено преподавание новой научной дисциплины – курс об-

щей и медицинской психологии для студентов лечебного и стоматологического факультетов. Результаты многочисленных исследований, помимо чисто практического аспекта, подготовили почву для более широких теоретических обобщений, благодаря которым имя профессора Б.А.Лебедева стоит одним из первых в списке тех, кто наполнил понятие «психосоматическая медицина» современным содержанием.

Особое внимание в научной деятельности кафедры уделялось психогенным заболеваниям, психосоматическим соотношениям, клинической фармакологии, современной организации психиатрической и наркологической помощи – вопросам, имеющим особо важное значение для врачей практического профиля. Как и всякий большой ученый, он не ограничился лишь теоретической разработкой психосоматической концепции. Его идеи находят конкретное воплощение в практике работы созданного им одного из первых в стране отделений психосоматической медицины. Он проявляет себя в новаторской роли реформатора основ общего и специального медицинского образования. В течение непродолжительного времени усилиями профессора Б.А.Лебедева была создана школа, в стенах которой формировались специалисты, качественно по-новому подходившие к ре-



Борис Алексеевич на конференции СНО.

альности в субординатуре, интернатуре, клинической ординатуре. Профессора Б.А.Лебедева всегда отличали широта научных интересов, высокое педагогическое мастерство, незаурядные организаторские способности и доброе отношение к друзьям и коллегам по работе. Все это снискало ему глубокое уважение и авторитет не только в Санкт-Петербурге, в нашей стране, но и среди зарубежных психиатров. Наряду с психосоматической проблематикой Б.А.Лебедева как ученого и руководителя научных тем привлекают вопросы гериатрии, психогенной патологии, клинической фармакологии, алкоголизма и наркомании. В эти годы им опубликовано

ентации, он верил в возможности человеческого разума. Самым большим достоинством научной работы он считал ее репрезентативность. Отдавая дань феноменологической психопатологии, он стремился к тщательной рационализации своих оценок, требуя точных дефиниций и от своих учеников.

Однако из повседневного общения с ним в процессе совместной клинической работы можно было вынести впечатление, что нечто самое главное остается за рамками четких формулировок. Он обладал редким даром интуитивного проникновения во внутренний мир больного, понимая болезнь и как данность чувственного опыта. Его клинические разборы, лекции, прочитанные с блестящим мастерством, остались в памяти не только примером того, что может дать традиционный научный анализ, но и образцом незабываемо ярких экскурсий в сакральные глубины человеческой души. Эстетика человеческого стиля с доброжелательной терпимостью, внимательной участливостью являлась одним из секретов его профессионального мастерства. Она же формировала особую атмосферу жизни кафедры и индивидуальные качества его учеников, что поддерживает и сегодня высокую репутацию как научной школы в целом, так и тех, кто вышел из ее стен.

Б.А.Лебедев – эксперт ВОЗ, был избран почетным членом Американской психиатрической ассоциации и Бельгийского психотерапевтического общества. Имеет правительственные награды: был награжден орденом «Знак Почета» и медалями. Профессор Б.А.Лебедев неоднократно избирался членом правлений Всесоюзного и Ленинградского научных обществ психиатров и являлся им до последнего времени. Завершая этот краткий очерк, с чувством глубокой благодарности мысленно обращаемся к светлой памяти Б.А.Лебедева, жизнь которого безвременно оборвалась в самом расцвете творческих сил 25 января 1992 г. Его прах покоится на Серафимовском кладбище в городе Санкт-Петербурге. Психиатрическая общественность отметила 90-летие со дня рождения этого выдающегося ученого. ■



Борис Алексеевич на кафедре, 1985 г.

шению частных медицинских проблем. Под его руководством была подготовлена новая генерация ученых, педагогов, организаторов здравоохранения, воспитанных в духе перемен, происшедших в общественной и профессиональной жизни.

Студенты 1-го Ленинградского медицинского института получили возможность приобретать знания по общей и медицинской психологии, которые стали преподавать на II и III курсах лечебного и стоматологического факультетов. Подготовка будущего врача-психиатра сложилась в поэтапную систему, опирающуюся на базисные знания психологии и психиатрии, изучаемой на V курсе, и завершающуюся в дальнейшем углубленным освоением избранной специ-

выше 70 обобщающих научных работ, в том числе и несколько монографий.

Особо следует отметить деятельность профессора Б.А.Лебедева в качестве одного из наиболее авторитетных судебно-психиатрических экспертов страны. Его новаторские идеи успешно разрабатываются многочисленными учениками. Более 25 диссертационных исследований было осуществлено под его руководством. С 1985 г. являлся главным психиатром ГУЗЛа. Под его руководством разработана концепция реорганизации психиатрической помощи, заложены научные основы управления психиатрической службой с использованием вычислительной техники. Как и всякий другой большой ученый естественно-научной ори-

Какая Схетына...

В ХМАО–Югре 3 февраля прошли акции против предложения министра иностранных дел Польши Гжегожа Схетыны перенести празднование 70-летия Победы из Москвы. Люди вышли на улицы сразу в нескольких городах автономного округа.

Как сообщает РИЦ «Югра», одна из акций под названием «Битва за Москву» прошла в Ханты-Мансийске возле здания клинического психоневрологического диспансера. Участники держали в руках плакаты с надписями «Здесь тебя заждались, Гжегож Схетына», «Палата №6 ждет тебя, пан Схетына» и др. Исполняющая обязанности главного врача диспансера Яна Качальская в своем выступлении

подтвердила: «Места в палатах всегда в наличии».

Креативный директор ОТРК «Югра» Любовь Госниц назвала заявление главы польского МИД неадекватным. Подобные акции также состоялись в Сургуте и Нижневартовске. Югорчане надеются на то, что их порыв подхватит вся Россия.

Напомним, что поводом для таких акций стало недавнее заявление министра иностранных дел Польши о том, что День Победы нельзя отмечать в Москве. Он отметил, что в Европе почему-то легко «привыкли к тому, что Москва – это место, где чтят окончание военных действий, а не Лондон или Берлин».



В конце января он уже прославился на весь мир, заявив, что Освенцим якобы освобождали одни украинцы. ■

Подробности: <http://www.regnum.ru/news/polit/1891355.html#ixzz3QbWF9ImX>

Психиатрия и живопись

Микалоюс Чюрлёнис: художник, композитор, бедняк

О.Ф.Ершнев

Туристическую поездку по Литве, в частности по Каунасу, предпринимала весьма большая часть населения бывшего Советского Союза, в особенности интеллигенция, и экскурсии по Каунасу всегда начинались с музея Чюрлёниса. Этот художник и композитор (редкое сочетание!) – гордость маленькой Литвы.

Музей Чюрлёниса был прекрасно, идеально приспособлен для осмотра. Залы с широкими проходами, мягкие полы, тишина, которую нарушает лишь негромкая музыка того же Чюрлёниса. Картины великолепно обзреваются, хоть свет и не ярок: для живописи яркий свет противопоказан, вреден для красок, да и эстетическое впечатление теряется. Произведения особенные, таких не увидишь у других модернистов, да и краски иные – художник предпочитает темперу, тушь, пастель, иногда карандаш.

Люди нашего времени, даже среднего возраста, не говоря о молодежи, мало знают о художнике и композиторе Чюрлёнисе, поэтому приводим вкратце основные этапы его жизненного пути.

Микалоюс Константинас Чюрлёнис родился в 1875 г. в местечке Варена, на юге Литвы, в семье сельского органиста. Мать его была из немецкой семьи евангелистов. С трех лет мальчик жил в Друскининкае. В семье было пять братьев и четыре сестры, Микалоюс – старший. Две сестры и брат оставили о нем воспоминания.

В другом небольшом городке – Плунге – М.К.Чюрлёнис учится в

музыкальной школе. Ее содержит князь Огиньский, потомок создателя знаменитого «Полонеза». В годы учения в Плунге Чюрлёнис начинает сочинять музыку и рисовать. В 1894 году он поступает в Варшавский музыкальный институт. Таким образом, ранний Чюрлёнис в большей степени все-таки музыкант и композитор.

В Варшаве – первая неудача в личной жизни. В 1899 г. Микалоюс Чюрлёнис влюбился в сестру своего друга – Марию Моравскую. Это была глубокая романтическая любовь. Однако отец невесты резко запретил ей даже



Сотворение мира.

думать о будущем, связанном с молодым и совершенно материально не устроенным композитором: «Не позволю, чтоб моя дочь стирала белье где-нибудь на шестом этаже» (из книги Витауса Ландсбергиса). Наступает депрессия, которую Чюрлёнис преодолевает

с помощью своего друга, Эугениша Моравского. В этот период он создает исполненные печали «Ноктюрн» и «Прелюд». На рубеже веков в журнале «Меломан» впервые были опубликованы его музыкальные пьесы.

Безденежье вмешалось и в попытку получить второе музыкальное образование в Лейпцигской консерватории. Чюрлёнис был исключен оттуда за неуплату учебных взносов, правда временно, однако испытав сильнейшее унижение. Его жизнь в Лейпциге – беготня за учениками; для экономии он питается лишь растительной пищей, иногда голодает.

С 1901 г. Чюрлёнис придает живописи не меньшее значение, чем музыке. Пишет он и стихи. В 1904 г. поступает в школу изящных искусств в Варшаве. С 1905 г. его живописные произведения экспонируются на художественных выставках в Варшаве, Петербурге, Вильнюсе. Но доходов нет. Осенью того же года с рекомендательным письмом М.Антокольского он едет в Петербург и вступает в тесное общение с членами будущего объединения «Мир искусства» – Добужинским, Бенуа, Рерихом, Билибиным и др. Чюрлёниса приглашают участвовать в выставке «Союза русских художников». Ему обещают признание и материальное благополучие, но.. в будущем.

В 1908 г. у Чюрлёниса возникает сильная любовь к молодой студентке-филологу, позже писательнице, Софии Киманайте. 1 января 1909 г. – бракосочетание в Литве, затем оба переезжают в Петербург, где муж без-



успешно мечется по городу в поисках учеников; участие в выставках денег не приносит. Спустя некоторое время София живет в Литве и ждет ребенка. Микалоюс Чюрлёнис в одиночестве снова возвращается в Петербург, находит одного (!) ученика. Дальше – болезнь, о которой поговорим более подробно.

Прежде чем повествовать о болезни, мы должны остановиться на двух моментах. Первое – своеобразии творчества Чюрлёниса, послужившее поводом для предположений о болезни литовского гения. Второе – личность Чюрлёниса. Любимый квалифицирован-

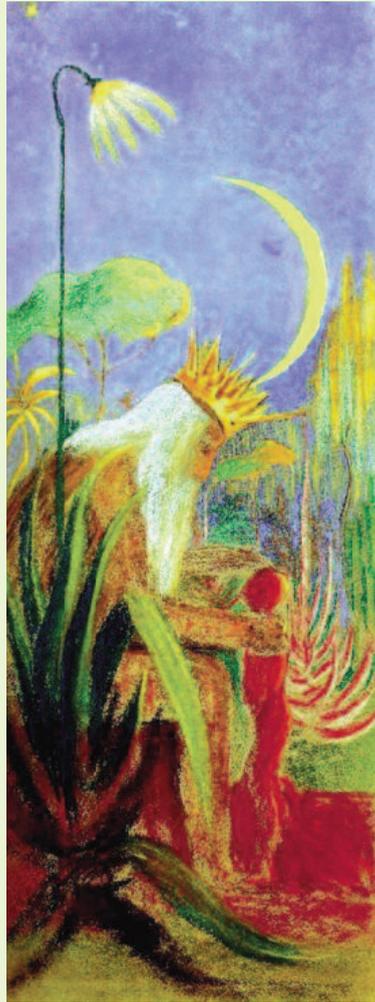
Продолжение на стр. 18



Литва. Друскининкай. Мемориальный музей.



Эскизы к витражам.



Начало на стр. 17

ный психиатр, рассматривая историю болезни человека, собирает сведения о его характере до болезни. Иногда особенности личности являются одним из факторов, способствующих возникновению заболевания.

При жизни творчество Микалоюса Чюрлёниса, особенно живопись, удостоилось высочайших похвал его соратников по «Миру искусства» и «Союзу русских художников». После смерти признание росло.

Максим Горький указывал на фантазию и романтизм Чюрлёниса, противопоставляя их «фотографизму» некоторых советских художников. Наиболее высокой, даже ошеломляюще высокой, была оценка его творчества Ромеюном Ролланом: «Это новый духовный континент, и его Христофором Колумбом несомненно останется Чюрлёнис».

В то же время мнение широкой публики при жизни Чюрлёниса было в основном осуждающим и насмешливым. Картины и музыку называли странными и непонятными. Многие художники относили его исключительно к музыкантам, а последние, в свою очередь, – к художникам. Сам Чюрлёнис воспринимал подобные отзывы спокойно-нисходительно. Однако он был человеком скрытым, и, кто знает, может быть, под внешним равнодушием скрывалась душевная боль.

Да, его картины и музыка своеобразны, самобытны. Чюрлёнис

нетрадиционен, ни в коем случае не может быть втиснут в рамки реалистического искусства.

Сейчас мы поняли и приняли ряд модернистских течений в живописи, и картины Чюрлёниса не кажутся странными и шокирующими. (Живопись Дали, Кандинского, Пикассо представляет куда больше загадок). Вспомните прекрасные картины «Покой», «Дружба», «Легит черная беда». Это символические выражения того или иного явления или состояния, создающие у зрителя определенное настроение, вызывающие эмоциональный отклик. Воздействие образами художник усиливал сочиняемой для определенных картин музыкой. Максимум впечатления творения Чюрлёниса производят при рассмотривании его картин в звуках сочиненной им музыки. Художник с удивительным вкусом и фантазией в своеобразных, но конкретных образах изображал абстрактные вещи. Блестящим примером этому может служить цикл «Знаки зодиака». «Овен» – силуэт животного, гордо стоящего на остром пике скалы; «Дева» – неподвижная задумчивая девушка, смотрящая на небо; «Стрелец» – фигура на вершине горы с напряженно натянутым луком и стрелой, нацеленной в зенит, в грудь птицы, закрывающей своими крыльями созвездия.

Основное стремление Микалоюса Чюрлёниса – взаимопроникновение искусств. Он добивался музыкальности в живописных образах и фантастической

образности в музыкальных звуках. К такому же синтезу стремился и Скрябин.

Из воспоминаний жены М.Чюрлёниса: «Он... говаривал, что нет рубежей между искусствами. Музыка объединяет в себе поэзию и живопись и имеет свою архитектуру. Живопись также может иметь такую же архитектуру, как и музыка, и в красках выражать звуки. В поэзии слово должно быть музыкой. Объединение слова и мысли должно рождать новые образы».

Живописное творчество Чюрлёниса называли «музыкой на мольберте». Известный художник Остроумова-Лебедева вспоминала: «Мне они (картины Чюрлёниса. – Авт.) казались музыкой, прикрепленной к холсту красками и лаками».

Интересно, что восприятие М.Чюрлёниса обладало свойствами синестезии. Это возбуждение двух систем при раздражении лишь одной наблюдалось у ряда творческих личностей, например у всей семьи Набоковых. У Чюрлёниса воспринимаемый им музыкальный фон имел цветовые оттенки. Однако весь синтез живописи и музыки, создаваемый им, нельзя выводить из синестезии. Последняя считается психологическим, а не психиатрическим феноменом.

Названия произведений Чюрлёниса соответствуют его стремлению к синтезу искусств. Это симфонические поэмы «В лесу», «Море», фортепьянная пьеса «Осень» – все подразумевает визуализацию. Еще в большей степени музыкальный компонент содержат названия и циклы картин: «Фуга», «Соната весны», «Соната звезд», «Соната солнца», «Соната пирамид», «Прелюд». В циклах картин сохраняются тради-



Лес.

ционные названия частей сонат: аллегро, анданте, скерцо, финал.

Существуют параллельно симфоническая поэма «В лесу» и картина «Музыка леса». Цикл картин «Соната моря» дополняет симфоническая поэма «Море». Фортепьянную пьесу «Осень» Чюрлёнис пишет одновременно со стихотворной поэмой «Соната», посвященной осени. Он замыслил оперу «Юрате», по-литовски – «Море», где синтез музыкальных и художественных идей был бы воплощен с наибольшей полнотой. Чюрлёнис никогда надолго не оставлял ни музыку, ни живопись, ни стихи.

Каковы же были основные черты личности Чюрлёниса?

«В этом человеке было что-то необычайно достойное, никакой позы, в общении был доброжелателен и тонок... Рядом с Чюрлёнисом нельзя быть плохим человеком», – вспоминала его ученица Галина Вольман.

Но он был общителен избирательно. В семье, в компании близких друзей благодаря высокому интеллекту он занимал лидирующее положение. В то же время с незнакомыми людьми или с теми, с кем только что познакомился, чувствовал себя неуверенно. В Петербурге он ощущал себя особенно одиноким, избегал общества (по воспоминаниям Добужинского). В письме жене жаловался на «одинокость в двухмиллионной каше». «Чужих людей не люблю и боюсь их, жить среди них не умею», – писал брату.

Как правило, он был внешне спокойным. Любимым выражением было: «Не сердитесь!» В то же время признавался в письмах, что слишком близко все принимает к сердцу.

Чюрлёнис с детства был гордым человеком, не терпел насилия над собой, в таких случаях убежал из дома. В период учебы в Плунге он был уличен князем Огинским в ловле карпов из его пруда и жестоко изруган. На следующий день он снова поймал карпов и швырнул их князю на стол: «Вот, ешьте вашу рыбу сами!» (Феликс Розинер). Позже из гордости Чюрлёнис не пошел просить помощи у директора Петербургской консерватории Глазунова, будучи невысокого мнения о руководимом им учреждении.

Обращает на себя внимание его противоречивое отношение к собственному творчеству. В некоторых письмах он жалуется, что ничего не умеет. Однако цены на свои картины назначает непомерно высокие, мечтая о помещении их в будущем в созданном «Вильнюсском национальном дворце». Здесь мы переходим к житейской непрактичности Чюрлёниса.

Он два раза отказывался от предлагаемых ему должностей, обеспечивающих «безбедное существование. Первый раз – от должности директора музыкальной школы в Люблине (Польша), второй – от места преподавателя Варшавского музыкального училища. И это в те годы, когда на издвигении у него были трое младших братьев, а ученики доставались с трудом. Но Чюрлёнис не хотел отвлекаться от живописи.

Письмо к другу, Э.Моравскому: «...получу какое-нибудь место. Буду получать жалованье, приобрету приличную одежду, квартиру, соответственно сытый обед. Посещения знакомых, спокойные разговоры о текущих событиях. Как это смешно, глупо, даже противно... Может, не это называется жизнью?»

Чюрлёнис был совершенно не приспособлен к жизни и постоянно находился в плену фантазий.

Он грезил путешествиями в Африку, Мексику, Америку, на Амазонку, на Цейлон; разрабатывал планы поездок. В последние годы жизни мечтания усиливаются.

Остановимся наконец на многообразных интересах Микалоюса

Незадолго до начала явных признаков душевного расстройства он написал несколько полотен в минорных тонах. Это «Кладбище» – солнце ушло, на желтом небе силуэты крестов, часовенки, деревья. Сходный сюжет во вто-



Рай.

са Чюрлёниса. Он увлекался шахматами, математикой, историей. Составлял таблицы исторических дат, геологических периодов, химических элементов земной коры. Интересовался языками, особенно «мертвыми»: халдейским, ассирийским, финикийским. Составил и свой собственный алфавит, и на некоторых картинах видны таинственные письмена. Поражаясь широте его интересов, нельзя не отметить их житейскую бесполозность, а иногда и странность.

Мог ли такой непрактичный и вместе с тем гордый человек, теряющийся среди чужих и преодолевающий отвращение к деньгам, рассчитывать на успех и материальное благополучие? А оно было необходимо для поддержания большой семьи – уволенного с места органиста отца, Софии и будущего ребенка. Вот он, источник эмоционального стресса – первого шага к болезни.

Итак, мы вплотную подошли к болезни, начавшейся за год с небольшим до его смерти. Легкая депрессия, случившаяся 10 лет назад, после вынужденного расставания с Марией Моравской, пришла и ушла, и к наступившей в 1909 году болезни не может иметь отношения. Однако Чюрлёнис еще в 1907 году писал брату: «За последний год я много пережил, нервы истрепаны вконец, но это пустяки. Одно меня утешает – не гаснет во мне желание работать. С нового года написал 50 картин...» Письмо жене (которой никогда и ни на что не жаловался): «Пишу по 8–10 часов подряд. Если бы ты знала, как приятно так упорно и беспамятно, без передышки писать». К началу 1910 года он писал еще больше, «сжигая себя в творческой горячке» (В. Ландсбергис). И постоянно мучился своей беспомощностью в стремлении помочь семье, особенно жене и будущему ребенку.

ром произведении: «Жемантйское кладбище». Он рисует набросок самой жуткой по настроению картины: «Баллада о черном солнце», некоторые именуют ее проще – «Черное солнце». Эскиз сделан по мотивам фантастической повести одного из любимых авторов Микалоюса Чюрлёниса – французского астронома и писателя К. Фламариона. Солнце превращается в черный шар. А земля – обледеневшее кладбище – странствует в бесконечной ночи. На этом фоне – замок, деревья, раскинувшая крылья птица.

А затем наступила страшная развязка.

В самом конце 1909 г. его застали за вычерчиванием пальцами кружочков на поверхности находящихся в комнате предметов. Он не прекращал рисование виньеток и орнаментов ночами. Больное состояние Чюрлёниса первым обнаружил Добужинский, который дал знать об этом жене Чюрлёниса в Литву и его другу в Петербурге, Ч.Саснаускасу. Когда Софья приехала в Петербург, Микалоюс заказал ей в магазинах роскошные подарки; о возможности оплатить их смешно было говорить, и Софья, объяснив продавцам, что заказы сделал человек с расстроенными нервами, увезла мужа в Друскининкай. Спустя непродолжительное время становится ясно, что его нужно содержать в лечебнице. Микалоюса Чюрлёниса увозят в Варшаву, затем в близлежащие Пустельники, в частную клинику для душевнобольных.

Как раз в это время его принимают в члены общества «Мир искусства», от Василия Кандинского поступает приглашение участвовать в выставке в Мюнхене, появляются долгожданные покупатели. Но слава, как это случается с большинством гениев, запаздывает.

Весной 1910 года Чюрлёнису становится чуть лучше, ему даже

разрешают немного рисовать. Но вскоре возобновляются ночные бдения, и бумагу у него отбирают, а он в гневе уничтожает все свои недавние творения. Проводит вторую зиму в лечебнице. В 1911 г. художник вышел посмотреть на свою любимую весну, и изнуренный организм не выдержал весенней прохлады. 10 апреля он умирает от воспаления легких.

Какова была природа болезни Микалоюса Чюрлёниса? Естественно, задним числом точный диагноз поставить затруднительно, тем более случай спорный.

В 2003 году в газете «Совершенно секретно» появилась статья обозревателя Елены Светловой «Прекрасное безумие», в которой автор утверждает, что Чюрлёниса посещали приступы шизофрении и именно они давали ему новые впечатления и образы. «Разве нормальное состояние может сотворить шедевры... Чюрлёниса? – вопрошает автор. – Но шизофрения может подарить художнику такие впечатления, которые способны невероятно расширить границы мира».

Можно возразить Е. Светловой. Во-первых, никаких «приступов шизофрении» до конца 1909 года ни один биограф Чюрлёниса не отмечает. Во-вторых, как мы уже писали, считать нетрадиционную модернистскую живопись порожденной ненормальным вообра-

чем у Кафки. Люди с любым расстройством личности, в частности шизоидным, весьма тяжело реагируют на стрессы и неудачи.

Так как же можно объяснить начальные проявления болезни Чюрлёниса?

Скорее всего, они были психогенного происхождения, то есть вызваны неблагоприятным воздействием среды. Возьмем болезненный эпизод с заказами дорогих подарков жене. Не приходит ли на память рассказ Чехова о мелком чиновнике, мучимом бедностью, нашедшем кошелек с тремя рублями и тут же воображившем себя миллионером и ввапавшем в душевную болезнь? В психиатрии такое называется диссоциативной амнезией, то есть вытеснением из памяти событий, вызывающих тревогу и стресс. Так произошло и с упомянутым выше чиновником, и с Чюрлёнисом, «забывшим» о бедности. Другой основной начальный симптом болезни – беспрерывное, в том числе ночное, рисование. Он также может относиться к диссоциативным расстройствам на фоне крайнего нервного истощения и преобладания отрицательных эмоций. Скорее всего, Микалоюс Чюрлёнис испытывал чувство вины перед близкими и непрерывным изнуряющим творчеством бессознательно надеялся компенсиро-



Мосты.

ванием – значит становиться на весьма скользкий путь. Вспомним печальные времена вколачивания социалистического реализма, громы выставок художников-авангардистов. В-третьих, утверждение, что «шизофрения расширяет границы мира», способно вызвать лишь насмешку у психиатров.

В то же время Микалоюс Чюрлёнис был личностью весьма своеобразной. Он был интровертом, трудно сходилась с людьми, предпочитал уединение, был склонен к нереальным фантазиям, проявлял странные интересы. Он в чем-то напоминал Ф.Кафку; плохо вписывался в окружающую действительность. Тип расстройства личности был также шизоидным, правда, менее отчетливым,

вату неудачи, не понимая, что это угрожает его душевному здоровью.

В то же время упомянутые диссоциативные расстройства обычно не продолжают столь долго. Документированной истории болезни в своем распоряжении мы не имеем, однако большинство психиатров рассматривают болезнь М.Чюрлёниса как шизофрению (исходя из особенностей личности и творчества).

Каково же соотношение болезни и творчества в случае Чюрлёниса? Скорее всего, его можно представить как возникновение болезни вследствие изнуряющего творчества-самосожжения на фоне мощного, не прекращающегося неблагоприятного стрессового воздействия. ■

Большой сбор ученых (заметка в газете «Комсомольская правда» от 26 апреля, 1979 г.)

Ярослав Голованов, обозреватель «Комсомольской правды»

В Суздале состоялись занятия Первой всесоюзной школы молодых психиатров.

Инициативе Минздрава СССР, Академии медицинских наук, ЦК ВЛКСМ и Института психиатрии АМН СССР собрала в древнем Суздале, а точнее, в его блестящем ультрасовременном туристском центре, 160 молодых психиатров со всего Советского Союза и их молодых коллег из социалистических стран.

Идея создания школы продиктована не только ставшей уже традиционной в последние годы потребностью встреч медиков разных поколений, но и необходимостью непосредственного живого обмена мнениями по самым различным областям избранной науки. Надо отметить, что подготовка и дальнейший рост молодых психиатров не везде и не всегда отвечают тем требованиям, которые предъявляют к ним сегодня наука и клиническая практика. Поэтому особенно важно, что организаторами школы, ее лекторами и руководителями семинаров стали крупнейшие советские ученые и специалисты. Обзорную лекцию, объединяющую различные области психиатрии, прочел Герой Социалистического Труда, академик АМН СССР А.В.Снежневский. О психофизиологических основах эмоций рассказал про-

фессор П.В.Симонов. Нейрофизиологическим механизмам памяти была посвящена лекция академика АМН СССР Н.П.Бехтеревой. Впрочем, все доклады перечислить просто невозможно.

В докладах, прочитанных участникам школы, нередко приводились факты и выводы, полученные в клиниках и лабораториях буквально вчера. Пример тому – доклад кандидата биологических наук В.М.Гиндилиса, посвящен-

ный генетике психических заболеваний.

Обратной связи – знакомству ведущих ученых с молодежью – способствовала викторина по всем областям психиатрии, в которой узкие специальные вопросы сочетались с веселой, но вовсе не бездумной игрой.

– Поверьте мне, что на все вопросы викторины не смог бы ответить даже самый эрудированный специалист, – рассказал

председатель оргкомитета школы, член-корреспондент АМН СССР М.Е.Вартанян. – Приятно, что рядом с фамилией ее победителя – москвича Алексея Боброва – стоят фамилии его молодых коллег из других городов страны: Виктора Южакова (Свердловск), Виталия Кашия (Тбилиси), Алексея Худякова (Иваново). Признаюсь откровенно: за время работы школы я «пригляделся» к восьми ее слушателям и собираюсь привлечь их к тематике работ Института психиатрии Академии меднаук...

Полезное, нужное и дальновидное дело своевременно наметили и четко провели организаторы школы в Суздале. ■



Участники Первой всесоюзной школы молодых ученых-психиатров в Суздале. Апрель 1979 г.

«Я гляжу на фотокарточку...»

Не успели мы объявить о закрытии данной рубрики, как в редакцию стали поступать новые материалы для этого раздела газеты. И поэтому мы повременим с прекращением воспоминаний о кафедре психиатрии ЦИУ – знаменитой кузнице кадров нашей психиатрии.

Вот пришло письмо от Тамбова от учеников Петра Николаевича Зимина, известного психиатра, близкого друга и соратника В.М.Морозова и Р.А.Наджарова. Оба они в разные годы работали вместе с П.Н.Зиминим в Тамбовской психиатрической больнице. В 1951 г. П.Н.Зимин проходил обучение на курсе психиатрии в ЦИУ, где В.М.Морозов выступил в качестве преподавателя. Подружились они во время войны, находясь в гитлеровском плену на территории Германии, в концлагере Штутенброк. Не скрою, что главный редактор «Дневника психиатра» назван Петром в честь Петра Николаевича.

Рядом с П.Н.Зиминим (внизу слева) на снимке молодой Г.Я.Аврущкий, чей юбилей мы недавно отмечали. На фотографии мы встречаем и М.С.Розову, нашего известного психиатра-реабилитолога, соратницу профессора Д.Е.Мелехова (он тоже на снимке). Бросается в глаза и фотография юной красавицы И.Г.Чхеидзе, известного грузинского психиатра. Смущают инициалы под фотографией Татьяны Николаевны Дружининой (неужели я обознался?). Этот выпуск был богат на таланты.

Преподавателей же мы уже хорошо знаем: М.Я.Серейский, А.В.Снежневский, Г.А.Ротштейн, Н.Н.Евплова, Р.Е.Люстерник, Д.Е.Мелехов, В.М.Морозов.

Сердечно благодарим коллег из Тамбова за эту уникальную находку. ■



Актуальные проблемы современной психиатрии: от клиники к терапии



*В.Э.Медведев
ФПК МР ФГАОУ ВО Российский
университет дружбы народов,
Москва*

Одним из основных московских событий осени 2014 г. в психиатрии стала научно-практическая конференция «Актуальные проблемы современной психиатрии: от клиники к терапии», посвященная 15-летию юбилею кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии (с курсами наркологии и суицидологии) факультета повышения квалификации медицинских работников РУДН (заведующая кафедрой – профессор Н.Л.Зуйкова). Конференция прошла 20 ноября в помещении конференц-зала Городской психиатрической больницы №13 Департамента здравоохранения г. Москвы (главный врач – А.Ю.Тер-Израелян) и вызвала большой интерес и положительный отклик среди практикующих психиатров, наркологов и психотерапевтов. Ведущие специалисты в области психиатрии откликнулись на приглашение выступить с сообщениями по предмету своих исследований.

Программа конференции состояла из нескольких тематических блоков: «Отечественная психиатрия в условиях реформ», «Тревожные расстройства», «Аффективные расстройства», «Шизофрения», «Деменция», каждый из которых включал 1–3 доклада.

Вступительный доклад, представленный доцентом кафедры, кандидатом медицинских наук В.Э.Медведевым совместно с профессором Н.Л.Зуйковой и доцентом А.Ю.Тер-Израеляном, был посвящен современному направлению научного поиска патогенеза и оптимизации терапии психических расстройств за рубежом и в России. Большой интерес и последующий отклик вызвали данные о сути и конкретных фактах происходящих в медицинском образовании, науке и практическом здравоохранении реформ. На примере организации

работы кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФПК МР РУДН была представлена современная модель непрерывного медицинского образования, включающего обучение в ординатуре, аспирантуре, профессиональную переподготовку, общее усовершенствование, а также разнообразные тематические обучающие семинары (2–72 ч), в том числе по проблемам психосоматической медицины, позволяющие накапливать образовательные часы не только психиатрам, но и врачам любой другой специальности. Особое внимание в докладе уделялось необходимости и возможности осуществляемого кафедрой междисциплинарного, межвузовского и международного сотрудничества (программы ПУЛЬС, ГЕДОНИЯ и др.) для обмена накопленными знаниями и научными разработками. В заключении сообщения подчеркивалась важность практической направленности деятельности кафедры, активно внедряющей собственные наработки в области психиатрии, психотерапии, наркологии и психосоматики в работу клинических баз, а также необходимость просветительской работы в средствах массовой информации.

Блок сообщений, посвященных диагностике и терапии тревожных расстройств, открыла кандидат медицинских наук Е.Ю.Онегина (заведующая отделением ГБУЗ «Психиатрическая больница №14» Департамента здравоохранения г. Москвы). Докладчик представила эпидемиологические данные о распространенности симптомов тревоги и тревожных расстройств у 6–15% населения, коморбидности в 7–12% наблюдений тревожных и аффективных нарушений, подробно остановилась на описании клинических (психических и соматических) проявлений тревоги, затем детально охарактеризовала современные методы терапии тревоги. Руководитель отдела стрессовых расстройств МНИИ психиатрии Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии Минздрава России, профессор, доктор медицинских наук Д.Ю.Вельтищев посвятил свое сообщение психопатологии и фармакотерапии генерализованного тревожного расстройства (ГТР). Суммировав информацию о распространенности ГТР (3,1–5,7% в популяции, 10,9% – у больных шизофренией, 1,9–22,6% среди пациентов с соматическими заболеваниями), автор привел данные о росте заболеваемости ГТР в последние годы, его негативных последствиях (нарушение социальной адаптации, ухудшение качества

жизни, 6-кратное увеличение частоты суицидальных мыслей и 2-кратное увеличение частоты суицидальных попыток, повышение обращаемости к врачам первичной и специализированной медицинской практики, риска обострения сердечно-сосудистых, желудочно-кишечных, респираторных, иммуновоспалительных, аллергических заболеваний, боли в спине и мигрени) и низкой вероятности выздоровления больных в течение нескольких лет без адекватной фармакотерапии.

Основной темой выступления руководителя группы психиатрических исследований, ведущего научного сотрудника НИИ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко, доктора медицинских наук О.С.Зайцева стало органическое тревожное расстройство (ОТР) и возможности его лечения новыми пептидными препаратами. Актуализируя проблему, автор описал и проиллюстрировал результатами нейровизуализационных исследований основные нарушения деятельности головного мозга при тревоге (снижение активности в цингулярной и префронтальной коре и повышение в амигдале и стволе), акцентировав внимание на том, что зависимость клинических проявлений тревожных расстройств от локализации и особенностей поражения мозга, профиля функциональной асимметрии и возраста больного до настоящего времени изучена недостаточно, а затрудняющими диагностику ОТР факторами считаются фоновые когнитивные и поведенческие расстройства.

В следующем тематическом блоке, представленном докладом руководителя отдела суицидологии МНИИ психиатрии Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии Минздрава России, профессора, доктора медицинских наук Е.Б.Любова, обсуждались «аспекты эффективности и фармакоэкономики терапии старческой деменции». При средней продолжительности жизни россиян – 63 года у мужчин и 75 лет у женщин – у лиц старше 60 лет деменция встречается в 5–7% наблюдений. Треть пожилых пациентов с психическими расстройствами страдают деменциями (50% – сосудистой деменцией и 50% – болезнью Альцгеймера). При этом сочетание болезни Альцгеймера с сосудистой деменцией (так называемые смешанные формы) наблюдается не менее чем у 1/4 больных.

Таким образом, по мнению докладчика, масштаб бремени лечения и ухода за больными старческими деменциями требует перестройки структуры и оптимизации функции психогеронтологической помощи с внедрением биопсихосоциальных стратегий (психосоциальная работа с поддержкой, обучением пациентов и их близких, систематическая фармакотерапия для уменьшения возбуждения, агрессии, самоповреждения, блуждания, депрессии, галлюцинаций и т.д.) с доказанным ресурсосберегающим потенциалом.

ческой помощи с внедрением биопсихосоциальных стратегий (психосоциальная работа с поддержкой, обучением пациентов и их близких, систематическая фармакотерапия для уменьшения возбуждения, агрессии, самоповреждения, блуждания, депрессии, галлюцинаций и т.д.) с доказанным ресурсосберегающим потенциалом.

В совместном с С.И.Гавриловой (профессор, доктор медицинских наук, руководитель отдела гериатрической психиатрии и научно-методического центра по изучению болезни Альцгеймера и ассоциированных с ней расстройств НЦПЗ РАМН) сообщении доктор медицинских наук Я.Б.Калын рассказал, что 10–12% пожилых, находящихся в медицинских стационарах, и 12–14% жителей домов для престарелых страдают большим депрессивным эпизодом или большим количеством менее тяжелых депрессивных синдромов. У большинства пожилых людей депрессия развивается впервые, часто на фоне соматических или неврологических заболеваний, что может приводить к неблагоприятному долгосрочному прогнозу, хроническому течению и более высокой частоте рецидивов по сравнению с депрессиями, возникающими в более молодом возрасте.

В этом аспекте особое внимание психиатров-геронтологов привлекает мелатонинергический антидепрессант агомелатин, характеризующийся высокой эффективностью и переносимостью при лечении депрессий как в психиатрической, так и в общей медицинской сети. Проведенное в НЦПЗ РАМН психофармакотерапевтическое исследование подтвердило, что быстрая наступления сбалансированного терапевтического эффекта с последующим его нарастанием на протяжении всего курса лечения, а также хорошая переносимость агомелатина позволяют эффективно использовать этот препарат в амбулаторной практике для лечения пожилых пациентов с легкими и умеренно выраженными депрессивными расстройствами.

Краткая лекция руководителя отдела психотерапии и консультативной психиатрии «МНИИ психиатрии Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии», профессора, доктора медицинских наук А.Е.Боброва «Полиморфизм депрессии и когнитивный подход к терапии депрессивных состояний» имела целью знакомство врачей с динамикой научных представлений о систематике и органическом субстрате аффективных расстройств. Особое внимание профессор уделил влиянию когнитивных расстройств на развитие и течение депрессии. Так, частота когнитивных нарушений при депрессии

Продолжение на стр. 22

колеблется от 13,3 до 46,7% и нарастает по мере повторных обострений.

В этой связи важное значение приобретает наличие прокогнитивных и нейропластических свойств у методов (нейростимуляция, электростимуляция, транскраниальная магнитная стимуляция, психотерапия, нормализация иммунитета, подавление воспалительных процессов) и препаратов (антидепрессанты, психостимуляторы, «когнитивные активаторы»), используемых для терапии депрессий.

Актуальные вопросы диагностики и терапии биполярного аффективного расстройства (БАР) были представлены в докладе исполняющего обязанности заведующего кафедрой психиатрии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И.Пирогова» Минздрава России, доктора медицинских наук А.А.Шмиловича. В первую очередь выступавший обратил внимание на крайне низкую выявляемость БАР в России: 0,0035% в популяции, 0,01% среди психиатрических больных vs 4% больных за рубежом. В сообщении подробному анализу были подвергнуты данные о предраспола-

гающих к развитию БАР факторах (генетическая/биологическая уязвимость, психопатологический «диатез» – чувствительность к стрессорам, недоразвитие компенсаторных приспособительных механизмов личности и т.д.), очерчены основные «маски» аффективного расстройства (патохарактерологические, психогенные, психосоматические, шизофренические, сексуальные дисфункции, нарушения пищевого поведения).

Блок докладов, посвященных современному состоянию изучения шизофрении, открыл главный научный сотрудник отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний НЦПЗ РАМН, доктор медицинских наук И.В.Олейчик. Автор указал на намечающуюся в международных классификациях (DSM-V, 2013) тенденцию к пересмотру критериев диагностики расстройств шизофренического спектра: в частности, выделение отдельных категорий – «кататония», «шизофрения» (без подразделение на формы и типы) и аттенуированный психотический синдром/симптом (необычные мысли, идеи преследования, величия, подозрительность, расстройства восприятия, дезорганизованная коммуникация, не достигающие

развернутого психоза). Кроме того, в DSM-V «шизотипическое расстройство» разделено на два подтипа («позитивная» и «негативная шизотипия») и отнесено к главе психотических расстройств. По сути, в американской классификации произошла деструкция понятия «шизофрения» до уровня синдрома: «салиенная дисрегуляция» по J.Os, S.Karup (2009 г.), «дисфункциональное восприятие» по S.Karup (2009 г.) и т.п.

Важное практическое значение имело сообщение главного научного сотрудника отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний НЦПЗ РАМН, доктора медицинских наук Л.И.Абрамовой «Новые возможности профилактики и коррекции нейролептического синдрома у больных шизофренией». Докладчик подчеркнула исключительную важность для эффективного лечения как острой, так и хронической шизофрении регулярного приема антипсихотических средств. К сожалению, зачастую терапия этими препаратами сопровождается развитием нежелательных явлений – НЯ (нейролепсией и т.п.), что существенно снижает приверженность лечению со стороны пациента. Ограниченный на-

бор средств для коррекции побочных НЯ также приводит к преждевременному отказу больных от терапии.

Завершающий доклад конференции прочитал доцент кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФПК МР РУДН, кандидат медицинских наук А.М.Бурно, описавший модель психотерапевтического преодоления, отмечающегося у большинства пациентов с психическими расстройствами «пустого усиления», направленного на самостоятельное, но тщетное и приводящее к усилению депрессивной, ипохондрической симптоматики стремление совладать с психопатологическим симптомом.

В заключительных словах заведующая кафедрой психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФПК МР РУДН профессор Н.Л.Зуйкова и заведующий кафедрой психиатрии медицинского факультета ФГАОУ ВО «РУДН» доктор медицинских наук И.В.Белокрылов отметили актуальность, научную насыщенность и практическую значимость всех прозвучавших докладов и призвали гостей конференции к повышению самообразования и внедрению полученной информации в реальную клиническую работу. ■

Начинающим психиатрам

Рыцарь психиатрии

Сегодня мы начинаем публиковать отрывки из книги видного отечественного психиатра Юрия Карловича Эрдмана (1904–1981 гг.). Его именем названа Алтайская психиатрическая больница, где он долгие годы трудился главным врачом. Это был необыкновенный человек нелегкой судьбы, изумительный врач, ученик П.Б.Ганнушкина и близкий друг нашей семьи с довоенных времен. Немногословный и ироничный, очень точный в своих кратких определениях, он появлялся в нашей маленькой комнатенке и это всегда был праздник. Он много фотографировал, и мы обязаны появлению семейных альбомов прежде всего ему. Мой отец, В.М.Морозов, еще с 1930-х годов звал его «барон Юриус де Понмерси» – по имени героя какого-то рыцарского романа, обыгрывая его аристократическое благородство и огромный рост. В нашей семье его так и звали – Юриус.

Их вечерние беседы обо всем на свете были необыкновенно увлекательны, и я вырос на них...

Эту книгу, изданную тиражом всего в 50 экземпляров, прислали мне благодарные ученики Юрия Карловича. Кропотливо расшрифтованные полустертые листочки постепенно сложились в этот первый сборник интереснейших наблюдений. Низкий поклон профессору Ирине Игоревне Шереметевой за то, что книга Ю.К.Эрдмана – основателя алтайской психиатрии – увидела свет. В этих кратких заметках – психиатрических этюдах очень просто излагается то, без чего психиатр не может называться психиатром. И я тоже обязан это опубликовать.

П.М.



Внешность (поза)

Отличие исследования психического состояния от любого соматического исследования в том, что

исследование соматического болезненного состояния предполагает такую схему болезни: в основе – материальные изменения во внутренних органах, не доступные ощущениям органов чувств. На их основе возникают внешние признаки, тоже материальные, но уже доступные органам чувств. Эти внешние признаки – листья и побеги, за которыми кроются корни – сущность болезни.

При психическом заболевании схема сложнее:

1. Внешние материальные раздражения, доступные ощущениям органов чувств.
2. Их идеальное отражение и переработка в сознании, снова превращающиеся в материальный мозговой процесс (о котором, впрочем, очень мало известно).

3. Обратная переработка мозгового процесса в идеальные психические переживания.

4. Внешние, материальные, доступные ощущениям проявления психических переживаний. Таким образом, при исследовании психического состояния всегда логически интерпретируются внешние проявления и идеальные переживания.

Начинается эта интерпретация с внешнего вида больного.

Внешний вид составляет из костюма, прически, опрятности и других произвольных воздействий, меняющих внешность. В этих признаках имеются элементы продуктивные (украшение, фасон, прическа и т.д.), отражающие стойкие или – во всяком случае – длительные душевные состояния, и непродуктивные,

проявляющиеся неряшливостью, неопрятностью внешности, определяемые состоянием, при которых исчезает творчество, а иногда и целенаправленная деятельность (например, при расстройствах сознания). Всегда нужно иметь в виду, что внешность – это отражение прошлого, по крайней мере, в такой степени, чтобы уже проявились обратившие на себя внимание внешние изменения. Прошлое это может быть более или менее отдаленным, а может и продолжаться в настоящем. Например, татуировка или поверхностные кожные рубцы указывают на переживания довольно давние. При этом татуировка указывает на характерологические отклонения – даже типа страсти, а рубцы (за редкими исключениями, отражающими мазохистиче-

скую направленность) – на аффективные взрывы прошлого. Фасон платья указывает на стойкие особенности психической деятельности (вкуса), а бумажные украшения на костюме – на продолжающееся (иначе можно было бы без труда уничтожить это отличие) болезненное состояние.

Неряшливость может быть в сложных соотношениях с психическим расстройством. Она может быть проявлением стойкого дефекта, временной депрессии, продолжающегося или недавно закончившегося расстройства сознания, наконец, она может быть результатом уже давно прошедшего состояния, после которого, однако, по объективным причинам больной не может восстановить желаемого внешнего вида.

Все эти признаки позволяют судить о психических состояниях, сложившихся к моменту исследования, т.е. больше или меньше о прошедшем.

Первое знакомство с настоящим состоянием, его стабильностью, изменчивостью, его основными чертами происходит при исследовании движений и прежде всего – позы.

В некоторых случаях поза является единственным признаком, позволяющим определить психическое состояние, так как никаких других проявлений психической деятельности зарегистрировать не удастся.

В одних случаях на самом деле психическая деятельность сведена к минимуму – это коматозные «бессознательные» состояния. Полная пассивность или ригидность, распространяющаяся по неврологическим закономерностям, определяют положение тела. Не только отсутствие реакции на словесное обращение, но и отсутствие реакции на все другие раздражения органов чувств не вызывают никакой двигательной реакции. Определение коматозного состояния подтверждается анамнезом о быстром и внезапном развитии состояния.

Другое состояние обездвиженности – ступор. Его определение проводится тоже на основании наблюдения за позой. Но эта поза, хотя и неподвижная, но иная. В ней активность, хотя бы незначительная, но проявляющаяся в тонких вегетативных и мимических реакциях. По ним возможно различие люцидного ступора, онейроидного и психогенного.

Если нет состояния обездвиженности, то поза дает возможность выяснить некоторые другие стороны психической деятельности. Но всегда поза дает возможность характеристики только «состояния». Гораздо реже поза позволяет определить способность (например, слабоумие), и почти никогда нельзя по положению тела определить психический процесс, протекающий в настоящее время. В принятой позе может скрываться размышление, порой сопровождаемое бурными эмоциями. Если нет движений

(а еще лучше сопутствующих высказываний), почти ничего не удастся сказать о содержании процесса, его направлении, начале и конце.

Позу можно исследовать при отсутствии возбуждения, а еще лучше – при заторможенности. При двигательном возбуждении можно отметить лишь повторяемость позы (чаще в форме парциальной позы, какого-нибудь жеста), в которой проявляется сохранившаяся привычка или болезненная стереотипия (но стереотипии тоже нужно ценить; иногда это наиболее существенный, хотя и не бросающийся в глаза признак).

Но если возбуждения нет, то можно от рассматривания позы получить немало полезного. Наиболее ценное в позе – положение рук, поворот головы и поза лица, т.е. устойчивое мимическое выражение. Положение ног имеет наименьший интерес. Поворот туловища, его «сгорбленность», положение относительно спинки стула в некоторых случаях приобретают значительную ценность, но только в некоторых (по ним иногда отчетливо видно отношение к ситуации).

Нормально поза должна быть наиболее удобной для данной ситуации, с некоторыми вариантами воспитания, профессиональной привычки и характера.

Стало быть, в позе можно обнаружить бездеятельное состояние или такое, при котором деятельность не обнаруживает себя движениями. Процесс со сменой переживаний большей частью обнаруживает себя сменяющимися движениями, разнообразие сменяющихся движений указывает на сменяющееся содержание переживаний.

Каковы состояния, снижающие деятельность и – соответственно – обедняющие движения?

Усталость, оглушение, апатия (скука).

Состояния, при которых содержание переживаний однообразно, хотя и захватывает на длительное время сознание: боль, тоска.

Состояния, при которых содержание переживаний определяется аффективно насыщенным отношением к среде: подозрительность и тревожное ожидание.

Состояния самопогруженности, при которых интенсивные, сменяющие друг друга переживания не проявляются вовне: мечтательность (онейроид), задумчивость, сосредоточенность.

Как видно, перечисленные состояния различаются степенью внутренней напряженности.

Костюм, прическа

Движение и поза отражают состояние, в котором находится больной во время обследования.

Костюм, прическа и прочее сделаны до встречи врача с больным и отражают состояние, более или менее предшествовавшее встрече.

Нужно также иметь в виду, что костюм и т.д. нередко отражают не психическое состояние больного, а внешние, не зависящие от него условия, вынудившие его одеться и причесаться так, как видит его врач.

Как при наблюдении, так и исследовании всякого другого признака нужно заметить то, чем костюм обследуемого отличается от костюма психически нормального человека.

Наблюдение за костюмом должно ответить на следующие вопросы:

1. Нет ли болезненной неопрятности, неряшливости в костюме (педантичная опрятность имеет гораздо меньшее значение).
2. Насколько внимателен свидетельствуемый к моде, к тому, чтобы костюм хорошо сидел.
3. Нет ли в костюме элементов подчеркнутой театральности, демонстративности, преувеличенных признаков моды.
4. Нет ли манерности, вычурности в покрое и отделке, преувеличивающих элементов моды, сверх всякой меры; скорее игнорирующих ее.
5. Нет ли внешних, самодельных украшений, имеющих явно патологическое оформление.

2, 3, 4-й признаки не могут быть следствием кратковременных состояний; они всегда отражают стойкие черты личности.

Очень редко длительные и мягко протекающие фазы со сменой настроения позволяют заметить перемены в покрое костюма. Так что эти признаки позволяют судить о свойствах личности – врожденных или приобретенных.

5-й признак – самодельные украшения всегда отражают повышенное первичное настроение или бредовое с переоценкой (тогда украшения нередко имеют символический характер).

1-й признак может отражать различные по длительности и характеру состояния: это могут быть следы острых психотических состояний с бредом, страхом, расстройством сознания – это может быть следствием подострого состояния с повышенным и пониженным настроением, при большом или меньшем расстройстве мышления. Может быть хороший костюм и грязная, мятая, неглаженная сорочка. Сам костюм может быть давно не глажен или не чищен. Наконец, неряшливость может отражать различные типы снижения личности. В этом типе неряшливости на первом плане стоят эффективные изменения, но может сказаться и интеллектуальная недостаточность. Эмоциональное снижение может проявиться различно; при органическом снижении, энцефалопатиях (алкогольной и травматической) неряшливость отразит сужение круга интересов. Одежда станет грязной, мятой; попытки отремонтировать ее будут указывать на длительное состояние без выраженных психических яв-

ний (пуговицы и заплатки пришиты небрежно, не подходят по цвету и т.п.). Ботинки зашнурованы как попало разными или связанными шнурами.

Сходно выглядит одежда дефектных шизофреников, но у них нередко, хотя и немного, проглядывает причудливость одежды, может быть оторван козырек шапки, какая-нибудь часть платья, чего никогда не бывает у органических больных.

Интеллектуальная недостаточность олигофренов может проявиться даже в перепутанных туфлях, однако эти явления теряют ценность, так как лежащие за ними нарушения раскрываются проще и полнее другими способами.

Представляет интерес «старомодность» склеротиков, перестающих замечать детали меняющейся моды; видимо, дело в аффективном смещении интересов.

В общем-то одежда не очень помогает при определении психического состояния.

Чаще всего состоянием одежды пользуются для того, чтобы узнать о слабоумных больных, от которых нельзя добиться толковых ответов и о которых нет никаких объективных сведений, откуда они (из дома или из больницы) и сколько времени они уже бродят до встречи с врачом. То есть выясняется не их психическое состояние, а образ жизни.

Что касается их психического состояния, то в стационаре, где больных переодели, по большой одежде можно определить гораздо меньше. Порванные, грязные и прожженные халаты бывают лишь у самых слабоумных и неряшливых больных, состояние которых определяется по иным проявлениям их психической деятельности.

И все же на амбулаторном приеме, при не резко выраженных состояниях одежда дает возможность установить наиболее ценные дифференцирующие признаки для определения расстроенных функций способностей и свойств личности.

По отдельным признакам одежда исследуется примерно по следующей схеме:

1. Костюм, соответствие моде, возрасту, профессии больного.
2. Наличие в костюме излишне ярких, подчеркнуто модных деталей (причем эта театральность адекватна в своих составляющих и не производит впечатления утраченного чувства меры).
3. Наличие в костюме нелепых, вырывающихся из ансамбля, нарушающих чувство меры, вычурных, неудачных, оригинальных, выходящих за грани моды элементов.
4. «Разношерстность» отдельных частей костюма, случайность их подбора. Шапка одного фасона, ботинки другого, совсем не подходящая сорочка.

5. Неряшливость в ремонте, пришивании пуговиц, заплата.
6. Неаккуратность застегиваний, неотглаженность, измятость, пятна, грязное белье.
7. Оборванные без нужды детали костюма.
8. Лишние вещи: кашне, две рубашки и т.п.

Иногда обращает внимание несоответствие между собой отдельных деталей. Например: грязная, мягкая сорочка при очень хорошем костюме. Неправильно застегнутый пиджак при опрятной остальной одежде (так бывает в начальной стадии прогрессивного паралича вследствие расстройства внимания).

Пользуясь перечисленными признаками, на амбулаторном приеме можно увидеть (или по крайней мере предположить) расстройство внимания, сужение круга интересов, снижение уровня личности, эмоциональную тупость, истерическую демонстративность.

Для каждого изменения свойств личности наблюдаются определенные места нарушения туалета:

1. Истерическая демонстрация изберет ведущие при данной моде детали (это могут быть излишне зауженные брюки, излишне яркие носки у мужчин, слишком броские бусы, подчеркнутая отделка платьев у женщин).

2. При сужении круга интересов по органическому типу раньше страдают менее заметные части костюма (ботинки, шнуровка, нижнее белье).

3. При притуплении шизофреников – общая неопрятность (неглаженность, оборванные пуговицы, пятна). При манерности у шизофреников (особенно заметны у женщин) ненужные, вычурные украшения на груди и рукавах; у мужчин – безусловная мода на яркие галстуки, не идущие в тон костюма сорочки.

4. При снижении уровня личности – небрежно пришитые пуговицы, заплата, случайный неряшливый подбор отдельных частей костюма, где видно, что приобретались вещи при разных материальных возможностях, без размышления, насколько они подходят друг к другу.

Расстройство внимания приведет к неправильно застегнутому платью, а то и вовсе не застегнутому.

Вообще на амбулаторном приеме полезно скользнуть взглядом по обуви, чулкам, рукам, груди и белью, которое видно на шее и в рукавах.

Прическа и косметика регистрируют еще более тонкие изменения психической деятельности, но, к сожалению, менее определенные.

Понятно, что различные приемы косметики, прически могут иногда с большой точностью указать на давность и длительность их применения.

Чтобы отрастить бороду или бакенбарды, нужно длительное время; чтобы обрить голову или подстричься, нужен час и менее уравновешенное состояние (иногда острый психоз дебютирует какой-нибудь нелепой стрижкой). У женщин изменение психического состояния проявляется иногда в окраске волос.

В прическе и косметике отражаются и недостаток внимания, и избыток отношения к внешности.

Недостаток приводит к неряшливости, небрежности волос, лица, рук. Избыток – к разного рода украшениям. Иногда (при шизофренических дефектах, снижении уровня личности, при эйфориях на фоне деменции или изменений мышления) одновременно существуют и недостаток внимания в одном направлении, и избыток в другом. Например: завитая и грязная голова; выщипанные брови, ярко накрашенные губы при ненрической голове и неряшливой одежде.

В общем же в творчестве косметического ряда еще большую роль, чем в одежде, играет раздражение, которое при недостатке эстетических чувств приводит к широкому распространению стандартных причесок (благо, фасон прически гораздо меньше

связан с материальными затратами, чем фасон платья). Неумные и примитивные натуры допускают в прическе и косметике «безвкусицу», определяемую влиянием среды, т.е. внушаемостью и подражаемостью.

Чтобы не производить впечатления бестактности и смущающего рассматривания, при раздевании следует провести хотя бы элементарное соматическое обследование, при этом методе осмотра больные обычно не отмечают иные цели раздевания и не смущаются. А врач получает возможность рассмотреть не только нижнее белье, но и состояние кожи – наибольшее значение имеют татуировки и наличие самоповреждений (чаще всего линейные поверхностные ранки). По идее татуировка должна бы отразить различные стороны переживаний, но так как она очень зависит от внешних условий и возможностей, цену можно придать лишь количеству (чрезмерно обильная татуировка характерна для людей, получающих удовлетворение от боли), цинично-непристойным рисункам и надписям (чаще всего выявляющим ситуационную деградацию) и татуировкам, в которых значительное место занимают бессодержательные надписи и рисунки, повторяющиеся у многих (это большей частью лица с невысоким интеллектом и эмоциональной неустойчивостью). ■

Похождения профессора Ивана Роповича Совкова

