



**СОЮЗ ОХРАНЫ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ**

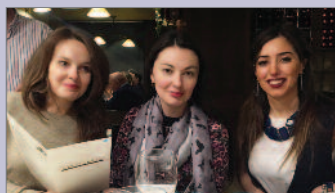
Стилизованный журавлик – эмблема Союза охраны психического здоровья



У истоков психоанализа: трагическая судьба «русской пациентки» О.Блейлера, З.Фрейда и К.Г.Юнга



Царь Иван IV: Грозный или ужасный?!



Три девицы вечером Сели рядом за столом

Сто слов на первой полосе



Им надо помогать

Когда я впервые услышал о Союзе охраны психического здоровья, не скрою – отнесся к этому скептически, да и коллеги мои пожимали плечами. Лишь познакомившись с его командой, хорошо присмотревшись, стал потихоньку менять свое отношение. Люди небезразличные и инициативные, охваченные идеями милосердия, всегда вызывают симпатию. У нас много помогают больным детям, собирают деньги всем миром – и это прекрасно. Между тем на Руси издревле опекали блаженных и юродивых: жили они при монастырях и считались людьми Божьими – и в этом домонгольском мире своим отношением к психически больным русские опережали просвещенную Европу.

Подумаем о психическом здоровье общества вместе.

П.В.Морозов, главный редактор

Интервью

«Мне хотелось бы, чтобы было понимание...»

Интервью с врачом-психиатром Н.В.Треушниковой, президентом Союза охраны психического здоровья

П.В.Морозов: К сожалению, психиатрическая общественность страны практически ничего не знает о возглавляемой Вами организации. В чем заключается деятельность Союза охраны психического здоровья (СОПЗ), каковы его цели и задачи?

Н.В.Треушникова: Организация наша сравнительно молодая, от того, вероятно, информации о ее деятельности недостаточно в консервативном психиатрическом сообществе. СОПЗ – это не узкопрофессиональное объединение, более того, даже не «НКО медиков». Целью создания СОПЗ стало объединение профессионалов из разных сфер деятельности, так или иначе вовлеченных в решение задач по сохранению психического здоровья людей. Мы пытаемся стать платформой для диалога и совместной деятельности врачей (в первую очередь, несомненно, психиатров и психотерапевтов), психологов,

педагогов, социальных работников, деятелей культуры и искусства, спортсменов, общественных работников, юристов, чиновников. На первый взгляд может показаться, что наши цели и задачи слишком объемны, а порой и амбициозны. Но на самом деле идея четко структурирована: для решения задачи сохранения психического здоровья необходимо движение одновременно по трем направлениям: профилактика, лечение, реабилитация (ресоциализация). Ни одно из этих направлений не может быть реализовано силами узкоспециализированных профессионалов. Без объединения усилий на современном этапе успеха не достичь.

П.В.: Кто является членами организации, каковы основные направления работы?

Н.В.: Членами СОПЗ могут стать организации любых форм собственности, а также физические лица. Критерий приема в наши ряды – это непосредствен-



ная профессиональная деятельность кандидата в сфере охраны психического здоровья. На сегодняшний день помимо физических лиц (а это специалисты в области психиатрии, психотерапии, психологии, педагогики, культуры и спорта) членами СОПЗ являются несколько вузов, научно-исследовательские институты, психиатрические боль-

Продолжение на стр. 2

Главный редактор: проф. П.В.Морозов
E-mail: media@mentica.ru
Газета зарегистрирована в Государственном комитете Российской Федерации по печати.
Рег. номер: ПИ №ФС77 – 64486
Общий тираж 15 тыс. экз.
Полное или частичное воспроизведение материалов, опубликованных в газете, допускается только с письменного разрешения редакции.
Все права защищены. 2016 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.Шадринский

ММА «МедиаМентика»
Директор: Т.Л.Скоробогат
Менеджер по рекламе: Н.А.Зуева
Адрес: 115054, Москва, Жуков проезд, стр. 19
Почтовый адрес: 127055, Москва, а/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 допускаются без размещения знака информационной продукции.

ницы. Честно говоря, мы не стремимся бесконечно жадно расширять членство в нашей организации, стараемся сохранить гибкость и приветствуем разные виды сотрудничества и взаимодействия.

П.В.: *Замечу, что Ваш благоустроенный офис расположен в историческом здании у стен Кремля. Кем и как финансируется Ваша деятельность? Не обижайтесь, но дело с такими благородными лозунгами должно быть предельно прозрачно.*

Н.В.: Мы не создаем секрета из источников финансирования. Организация наша некоммерческая, существующая на средства пожертвований. На сегодняшний день нам удалость построить теплые дружественные отношения с представителями бизнеса, банками. Кому-то в наше непростое время хочется поддерживать спорт, кому-то – досуговые и увеселительные мероприятия, нам же удается убедить людей в том, что ценнее и актуальнее психического здоровья на сегодняшний день в России ничего нет. Из месяца в месяц общество потрясают все новые и новые трагедии, напрямую связанные с этими вопросами: подростковые и материнские расширенные суициды; ужасающие преступления, совершенные в психически измененном состоянии (как в алкогольном и наркотическом опьянении, так и в состоянии психоза или суженного сознания); вопиющие случаи дискриминации по отношению к людям «с психиатрическим опытом». Не секрет, что социум настроен к подобным проблемам негативно. Говорить об этом открыто, привлекая не только внимание прессы и общественности, но и финансы, также является одной из задач СОПЗ.

П.В.: *Почему к Вашей деятельности психиатры подключаются чуть ли не в последнюю очередь, после психологов, психотерапевтов, геронтологов, общественных деятелей (Н.С.Михалков), музыкантов (Баста) и т.д.?*

Н.В.: Это не совсем так. Сама организация создана группой психиатров, первый и основной практический наш проект – это патронаж психиатрической больницы №22 в Химках. Однако не секрет, что психиатры крайне настороженно относятся к различного рода общественным организациям и движениям. Сама будучи психиатром, я и сейчас хорошо помню волну открытых гонений на психиатрию в нашей стране в 1990-е годы, многочисленные митинги и пикеты саентологов и т.д., поневоле срабатывает защитный механизм, когда встречаешь молодую НКО, да еще с таким названием, как наше. Единичные специалисты, главные врачи сотрудничают с нами охотно. Слож-

нее было убедить крупных учебных и серьезные государственные учреждения в том, что мы не мошенники и не шарлатаны. В какой-то степени этому содействовало наше тесное непосредственное сотрудничество с чиновниками и представителями органов государственной власти. С другой стороны, мне приятно думать, что немаловажным аргументом стала наша однозначная позиция, что заниматься такими сложными, а подчас и деликатными вопросами должны исключительно профессионалы! Я глубоко убеждена, что далеко не любой человек с улицы может прийти в средние учебные заведения и заниматься профилактикой в таких сложнейших вопросах, как суициды, агрессия и т.д. Не может и не должен неподготовленный человек приходить в психиатрические учреждения и вмешиваться в процессы лечения и реабилитации. Только в совместной профессиональной деятельности мы не нанесем вред, а достигнем позитивных результатов. Что касается сотрудничества с геронтологами, психологами, педагогами, социальными работниками, то оно уже сложилось в ходе нашей практической деятельности при реализации проектов. Деятели культуры, входящие в высший совет СОПЗ, тоже люди не случайные. Если отвечать на Ваш вопрос буквально, то Баста многие годы активно участвует в различных социальных проектах, он по собственной инициативе записал ролик для нашей организации. Как человек популярный он эффективно привлекает внимание в первую очередь молодежи к тому, чем занимается СОПЗ. Никита Сергеевич, будучи активным гражданином, переживающим в том числе и за психическое здоровье подрастающего поколения, внимательно изучив нашу деятельность, принял решение нас поддержать.

П.В.: *Кто инициатор создания СОПЗ, кому в голову пришла такая своевременная идея?*

Н.В.: Не люблю прибегать к штампам, но в данном случае без этого никак. Идея витала в воздухе. Нас было несколько человек, три практикующих психиатра, психотерапевт, психолог, юрист и экономист. Из повседневной практической жизни назрели вопросы: мой пациент выписывается из стационара – что с ним будет дальше? От качества социальной жизни, регулярности поддерживающей терапии зависит прогноз его психического состояния и жизни в целом. Но является ли это сферой компетенции только психиатра? Современная тенденция к смещению медицинской помощи на амбулаторное звено актуализирует вопросы профилактики. Но кто и когда должен этим заниматься? В состоянии кризиса, увы, психиатрии и всему, что с ней связано, уделяться фи-

нансовое и информационное внимание будет в последнюю очередь. Но как найти механизмы, с помощью которых можно было бы этого избежать? Сама собой родилась идея создания такой площадки, на которой было бы возможно объединение и формирование диалога, которая позволит не просто делиться



опытом, но и предлагать практические решения текущих объемных многокомпонентных задач.

П.В.: *Для чего Вы решили собрать большой международный конгресс в Москве в октябре этого года? Каковы его цели, лозунги, кто примет в нем участие, сколько гостей Вы ждете?*

Н.В.: Было бы нелепо провозглашать себя платформой для объединения профессионалов, не создав для этих самых профессионалов возможность начать диалог. Мировое сообщество много говорит и пишет о тех вопросах, которые нас интересуют. Не буду голословной: Евросоюз уже много лет формулирует и внедряет наднациональные модели охраны психического здоровья, в странах Запада накоплен громадный опыт по организации социальной помощи и поддержки людей с психиатрическим опытом, в некоторых странах СНГ есть примеры прогрессивных инновационных реабилитационных методик. Я с полной ответственностью хочу заявить, что нам, российским ученым и практикующим специалистам, тоже есть что сказать. На сегодняшний день мы созрели к выработке комплексных стратегических решений. Конгресс – это уникальная глобальная платформа, консолидирующая более 600 руководителей и ведущих мировых экспертов в сфере охраны психического здоровья. Мероприятие проходит под патронатом четырех министерств: Министерства здравоохранения, Министерства образования и науки, Министерства труда и социальной защиты, Министерства спорта. Об актуальности конгресса можно судить уже по тому, что организаторами его стали Российское общество психиатров, Профессиональная психотерапевтическая лига, Российское психологическое общество, Российская ассоциация геронтологов и гериатров. Мы получили признание ключевых глобальных лидеров в сфере охраны психического здоровья: Всемирной психиатрической ассоциации (WPA), Всемир-

ного совета по психотерапии (WCP), Международной ассоциации социальной обеспечения (ISSA) и многих других. Думаю, более подробно с составом участников, ключевых докладов, программой конгресса удобнее ознакомиться на официальном сайте мероприятия.

П.В.: *Планируете ли Вы сделать такие конгрессы регулярными?*

Н.В.: Как раз в регулярности и заключается смысл. Разовое мероприятие подобного масштаба – это пиар чистой воды и бесполезная трата денег! Мы планируем проведение конгресса регулярно, один раз в два года. Важно не только задекларировать намерения, но и наметить направления развития. А через два года уже будет возможность делать какие-то выводы, ставить более конкретные вопросы и задачи.

П.В.: *Какими Вы видите источники финансирования такого события и какова роль государства? В оргкомитете конгресса четыре заместителя министра...*

Н.В.: В этом году мероприятие финансируется полностью из благотворительных источников СОПЗ. Мы можем говорить о государственной поддержке исключительно в качестве включения в план мероприятий, проводимых профильными министерствами и ведомствами для придания конгрессу необходимого статуса. Принципиальной для нас является позиция непривлечения в качестве спонсоров фармацевтических компаний во избежание предвзятости или аффилированности. У фармацевтов и производителей сопутствующих товаров будет возможность принять участие в выставке в рамках Конгресса.

П.В.: *За время существования СОПЗ Вы собрали под свое крыло многие благородные инициативы, способствовали развитию разных проектов помощи психически больным лицам, а заодно и произвели некую «инвентаризацию» подобных дел. Вместе с тем на сайте СОПЗ анонсированы различные виды деятельности, включая научные исследования. О чем идет речь?*

Н.В.: О наших проектах я могу рассказывать очень много! Мы запустили и проводим ежегодный конкурс профилактических программ «Здоровое поколение». Материал, который мы получаем из всех регионов России, просто бесценен! Мне хотелось бы, чтобы было понимание – это профессиональные работы, методические разработки и рекомендации, авторские методики. Кроме того, что победители конкурса получают финансовую поддержку для практической реализации своих программ, мы собираем лучший опыт и объединяем его в

глобальной профилактической программе. Я надеюсь, что уже в следующем учебном году нам удастся начать реализацию пилотной апробации этого коллективного продукта. Вторым глобальным проектом стал фестиваль реабилитационных программ «Другие?». В 2015 г. он проходил в Московской области и позволил не только поближе познакомиться руководителей психиатрических больниц, ПНИ, учебных заведений и различных НКО, но и составить целостное представление обо всех участниках процесса реабилитации, которые осуществляют свою деятельность в Москве и Московской области. По окончании фестиваля мы составили каталог этих организаций и планируем обновлять его каждые полгода. Еще одним практическим результатом фестиваля стала годовая программа реабилитационных программ для психиатрической больницы №22 в Химках. Каждый вид деятельности в этой программе обсчитывается, анализируется и изучается на предмет доказательной эффективности. В дальнейшем результатами этих исследований станут научные труды. Если говорить об участии СОПЗ в научных исследованиях, то речь здесь идет скорее о прикладной науке. Фундаментальные исследования – дело государства или крупного бизнеса, на такие масштабы финансирования мы не замахиваемся. В этом смысле я вижу роль СОПЗ в правильном освещении существующих научных потребностей и привлечении внимания к необходимости фундаментальных исследований.

П.В.: *Собираетесь ли Вы защищать права не только психически больных лиц, но и психиатров, ограждать их от необоснованных нападок, антипсихиатров да и подчас от некоторых нерадивых властных структур, пытающихся закрыть некоторые больницы или сократить отпуска или зарплаты?*

Н.В.: Хм. Что подталкивает людей, далеких от медицины, к агрессивным нападениям на психиатров? Страх! А он, со своей стороны, рождается темной неизвестностью, закрытостью. Почему психиатрические учреждения в России остаются в боль-



шинстве своем закрытыми – вопрос дискуссии. Я призываю в первую очередь психиатров стать более открытыми. Если мы начнем говорить о пациентах, их состояниях, достижениях науки, проблемах в отрасли, сложности нашего труда – нас обязательно услышат! Просто поразительно, как меняется отношение пациентов и их родственников к врачу и медицинскому персоналу, когда их вовлекают в процесс лечения, когда уходит страх перед неизвестностью за закрытыми дверями. Я не сторонница боевых «военных» действий. Защиту психиат-

рического сообщества я вижу в сотрудничестве и диалоге: как с общественностью, так и со структурами массовой информации и властными структурами.

П.В.: *Судя по всему, у Вас активная жизненная позиция. Готовы ли Вы начать политическую карьеру?*

Н.В.: Честно говоря, о карьере как таковой я никогда не задумывалась. Что касается политики... Так или иначе, пытаюсь решать задачи глобальные, мы все становимся участниками процессов политических. Поэтому с уверенностью могу сказать, что уже сегодня ощущаю себя связанной с политикой.

П.В.: *У Вас в офисе лежит открытый том С.С.Корсакова. Скучаете ли Вы по клинической работе?*

Н.В.: Очень скучаю! Я люблю свою профессию и свою работу. Конечно, на сегодняшний день времени на пациентов почти не остается. Продолжаю наблюдать только тех, которые со мной уже много лет.

П.В.: *Весной будущего года в Суздале пройдет очередная знаменитая школа молодых психиатров. Вы готовы приехать туда, увлечь молодежь Вашими идеями?*

Н.В.: Не просто готовы приехать и увлечь! Я надеюсь, что у нас еще будет возможность обсудить с организаторами школы формы взаимодействия и совместной работы. Возвращаясь к научной деятельности, скорее всего, мы найдем возможность поддержать работы молодых уче-

ных. Кроме того, СОПЗ активно поддерживает волонтерское движение, мы выпустили пособие для волонтеров в психиатрии, может быть, это направление заинтересует и молодых психиатров.

П.В.: *Расскажите немного о себе: из какой Вы семьи, где родились, какое учебное заведение окончили, где трудились. Какие у Вас интересы в жизни помимо охраны психического здоровья?*

Н.В.: Я родилась в Саратове в медицинской семье. Как это ни удивительно, врачебная специальность у всех у нас разная: терапевты, детские хирурги, рентгенологи, дерматологи, стоматологи. Психиатр я одна. Окончила Саратовский медицинский университет, лечебный факультет, а затем клиническую ординатуру в ГНЦССП им. В.П.Сербского. Несколько лет работала психиатром в Саратове, в клинической больнице, а затем вернулась в родные пенаты – в Сербского, в лечебное наркологическое отделение к Андрею Леонидовичу Игонину. Последнее время возглавляю СОПЗ. Я замужем, у меня трое детей. Пожалуй, моя семья и является для меня главным интересом и увлечением кроме работы. Одна лишь есть слабость – это книги. Я очень люблю читать, хотя в последнее время удается это делать все меньше и меньше. Так сложилось, что я в настоящее время являюсь соавтором издательского дома. К конгрессу, я очень на это надеюсь, мы подготовим целую серию книг по психиатрии, психотерапии, психоанализу. ■

Забываемые методы лечения

Индоклон (флуротил) – историческая альтернатива электросудорожной терапии. Ретроспективный клинический анализ



Р.А.Беккер

Р.А.Беккер¹, Ю.В.Быков²

¹Университет им. Давида Бен-Гуриона в Негеве, Израиль, Беер-Шева

²ГБОУ ВПО Ставропольский государственный медицинский университет Минздрава России

Введение

Искусственное вызывание генерализованных припадков при лечении психических заболеваний имеет почти вековую историю. С помощью исследований, проведенных в 1930-х годах, обнаружено пониженное содержание глиальных клеток в головном

мозге больных шизофренией и, напротив, резко повышенное количество этих клеток у больных эпилепсией (при посмертном исследовании). Тогда было сделано предположение, что, возможно, увеличение количества глии при помощи искусственного вызывания припадков может создать клиническое улучшение у больных шизофренией.

Впервые индуцированные камфорой медикаментозные припадки были использованы для лечения психических заболеваний в 1934 г. венгерским врачом-неврологом Ласло Медуной (M.Fink, 2014). Однако данный способ

имел множество недостатков: припадки, вызванные камфорой, были очень длительными и вызвали много осложнений. К тому же камфора вводилась внутримышечно, что замедляло всасывание препарата и не давало возможности точно прогнозировать время наступления припадка, его длительность и управлять им. В поисках лучшего и более управляемого агента для вызывания медикаментозных припадков Л.Медуна перепробовал множество препаратов, в том числе такие, как стрихнин, пикротоксин, кофеин.

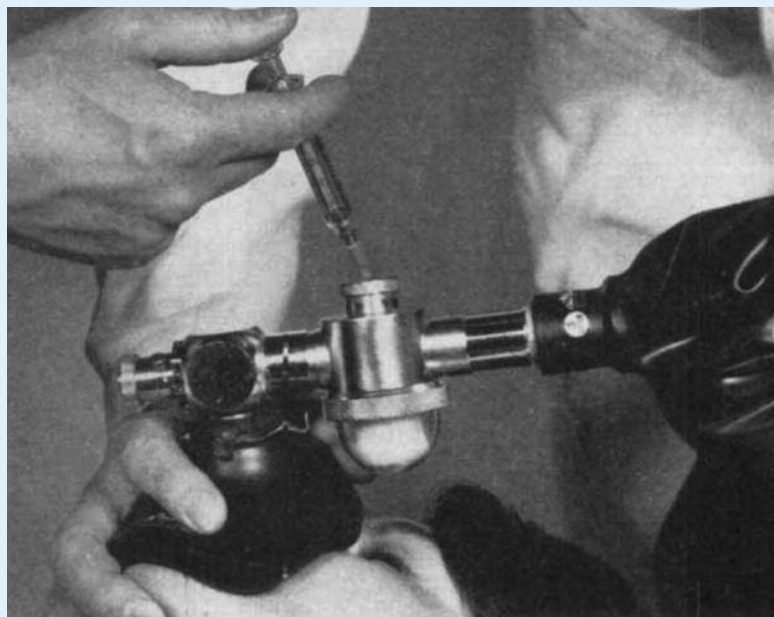
Продолжение на стр. 4

Наиболее подходящим с точки зрения надежности, управляемости и безопасности вызывания припадков оказался водорастворимый синтетический аналог части молекулы камфоры – коразол (коразол). Именно коразоловая методика вызывания медикаментозных припадков позднее стала очень популярна во всем мире (K.Cooper, M.Fink, 2014).

Позднее, основываясь на опыте Л.Медуны, итальянские врачи У.Черлетти и Л.Бини в 1938 г. предложили вызывать припадки при помощи электрической стимуляции мозга (ЭСТ), а не при помощи лекарств. Это давало ряд преимуществ: в частности, электростимуляция вызывала почти мгновенную потерю сознания, а припадок и предшествующая ему электростимуляция чаще всего амнезировались; перед наступлением припадка у больных не отмечалось типичных для действия коразола сильнейшего возбуждения, страха, удушья и паники, и больные меньше боялись ЭСТ, чем коразоловых припадков; эффект электростимуляции был более предсказуем и управляем (добиться возникновения припадка и управлять его продолжительностью, варьируя дозу тока, оказалось легче, чем коразолом); при этом клиническая эффективность и безопасность при применении ЭСТ (немодифицированной) были сравнимы с теми, что наблюдались при применении коразола. Этот метод быстро стал ведущим среди существовавших на тот момент методов индукции припадков, вытеснив коразол, так же как чуть ранее коразол вытеснил камфору. Однако лидерство ЭСТ среди методов индукции припадков не останавливало исследователей в поисках новых препаратов для вызывания лечебных припадков. Дело в том, что уже в самом начале клинического применения ЭСТ и коразола стало понятно, что их терапевтическая эффективность зависит от провокации именно генерализованного большого припадка достаточной продолжительности и силы. Было показано, что стимуляция, не приводящая к развитию припадка, равно как и стимуляция, вызывающая малые или abortивные припадки (с недостаточной генерализацией, недостаточной силой и продолжительности), неэффективна.

С открытием первых антидепрессантов фармакологам стало понятно, что наличие седативной активности не противоречит наличию проконвульсивной активности (раньше считалось, что противоречит, потому что все известные до того конвульсанты, такие как кофеин, коразол, камфора и другие, способные вызывать припадки, были психостимуляторами и/или аналептиками). Тогда и начался поиск в направлении новых препаратов, которые бы одновременно и седатировали

(вплоть до выключения сознания), и вызывали припадки, оказывая проконвульсивное действие, что теоретически могло бы позволить совместить общую анестезию и индукцию припадков в одном препарате и избавиться от необходимости разделения этапов индукции анестезии и наложения электростимуляции с соответствующим уменьшением когнитивных побочных эффектов, связанных с электростимуляцией. Одним из таких препаратов и стал ингаляционный анестетик – флуротил (Индоклон), представляющий, на наш взгляд, определенный исторический интерес в вопросах индукции лечебных припадков. Индоклону и будет посвящена данная работа.



Испаритель для флуротила, соединенный с кислородным источником

История открытия

Флуротил был обнаружен во время активных химико-медицинских исследований середины XX в., когда происходил поиск и разработка новых ингаляционных анестетиков (M.Krasowski, 2003). Исследователи искали способы избавиться от недостатков диэтилового эфира и хлороформа, применяемых в то время в качестве ингаляционных анестетиков. В связи с этим особое внимание исследователей в то время было уделено поиску соединений, которые были бы невзрывоопасны и негорючи в отличие от эфира и менее токсичны, чем хлороформ (M.Krasowski, 2003). В период Второй мировой войны именно исследования в области химии фтора были очень активны. Это привело к открытию нового поколения современных на тот момент галогенизированных эфирных анестетиков, таких как галотан, энфлюран, флуротил, изофлюран и др. (M.Krasowski, 2003).

Дальнейшие эксперименты показали, что продолжительное воздействие через дыхательные пути этого анестетика у белых крыс приводит к возникновению генерализованного тонико-клонического припадка, сходного с припадком, происходящим при ЭСТ (A.Esquibel и соавт., 1958). Никаких

серьезных повреждений тканей и органов на фоне генерализованного припадка при экспериментах на животных описано не было: более того, флуротил, как оказалось, был более безопасным с точки зрения скелетных травм, чем немодифицированная ЭСТ и тем более коразол (J.Krantz и соавт., 1958).

Предположительно в том же году сотрудники этого же университета провели эксперимент, назначив флуротил 4 пациентам с психическими расстройствами, 3 из которых дали удовлетворительный по длительности (более 40 с) генерализованный припадок, после которого у больных не было диагностировано никаких нарушений памяти (M.Fink,

медицинскую практику США (Drug Is Approved for Inhalation Use, 1964). В 1966 г. в обзорной статье журнала Американской медицинской ассоциации этот анестетик был официально рекомендован к использованию в психиатрической практике в качестве лечебного агента (A Convulsant Agent for Psychiatric Use, 1966). А уже через год данный анестетик был запатентован как Индоклон. Флуротил получил широкое применение в основном в клиниках США. Однако существовала практика его использования и в Европе, например, флуротил применялся во Франции (J.Delay и соавт., 1967) и Италии (C.Fazio и соавт., 1967). Но к началу 1970-х годов интерес к этому виду терапии стал падать. Так, в 1972 г. после одного из последних исследований на данную тему было показано, что «Индоклон является менее полезной процедурой, нежели ЭСТ, но рекомендуется как метод 2-й линии» (по-видимому, в качестве 1-й линии рассматривалась ЭСТ); J.Small, I.Small, 1972. А в ведущем руководстве по психиатрии в США от 1972 г. (W.Sargent, E.Slater, 1972) об Индоклоне уже не было упоминания вообще. По-видимому, именно с указанного периода использование данного анестетика было завершено совсем, тем более что приблизительно в это время выпуск Индоклона был прекращен его изготовителем.

Предположительный механизм действия

Еще в середине прошлого века клиницисты иногда наблюдали различия в терапевтической эффективности между припадками, вызываемыми при помощи разных методов. Например, были пациенты, которые не получили терапевтического эффекта от применения ЭСТ, но получали его от флуротила и наоборот (B.Dolenz, 1967). B.Dolenz считал, что флуротил оказывает более диффузное воздействие на головной мозг; в частности, вызывает подъем ликвородинамического давления, и что он, возможно, обладает также некими дополнительными и не зависящими от индукции припадков механизмами реализации терапевтического эффекта, подобно уже известным в то время антидепрессивным эффектам ряда других анестетиков, таких как закись азота и γ -оксимасляная кислота (B.Dolenz, 1967).

Методика проведения (по L.Rose, A.Watson, 1967)

Немодифицированный вариант. В первые годы применения флуротила на практике использовался немодифицированный (т.е. без общей анестезии) метод. Согласно наблюдениям практиков после 3–6 вдохов флуротила больной начинал засыпать (входил в легкую седацию), а

последующие несколько вдохов обычно вызывали генерализованный тонико-клонический припадок. Перед припадком у больных, как правило, наблюдался приступ апноэ.

Сравнительная эффективность флуоротила и ЭСТ

В отличие от предшествеников Индоклона, применяемых в 1930-е годы (камфора, коразол) сугубо на эмпирической основе, флуоротил был подвергнут научному анализу на основе имевшихся на то время возможностей доказательной медицины. Несколько исследований показали эффективность Индоклона в клинической практике. Так, V.Dolenz (1965 г.) получил положительные результаты при применении флуоротила у пациентов с шизофренией и депрессией, которые не получили эффекта от ЭСТ. Lapolla и соавт. (1965 г.) получили улучшение у всех 40 пациентов с «тяжелыми расстройствами психики» при общем количестве процедур 6 сеансов на курс лечения. L.Arce (1970 г.) провел небольшой метаанализ в период с 1958 по 1970 г., куда вошло 6 исследований, в которых был использован флуоротил (Индоклон), и резюмировал, что 78 пациентов получили «полное восстановление», 144 – «хорошие результаты» и 10 «не получили улучшения совсем».

Почему методика индукции припадков флуоротилом умерла?

Приводятся две основные причины, по которым флуоротил не

прижился на практике (M.Fink, E.Shorter, 2014). Во-первых, во время подачи смеси через лицевую маску все же не каждый раз удавалось избежать утечек флуоротила в атмосферу, и в процедурном кабинете зачастую чувствовался сильный специфический запах этого анестетика, а это вызывало страх у медицинских работников, что это может спровоцировать припадки и у них самих. Вторым препятствием для использования флуоротила были высокая стоимость патентованного препарата и сложность технического проведения и обеспечения процедуры как по сравнению с психофармакотерапией, так и по сравнению с ЭСТ. Внутривенная же форма флуоротила не прижилась на практике из-за токсического воздействия на почки пациентов и склерозирующего воздействия на вены. В то же время большинство анестезиологов считали интубацию и аппаратную искусственную вентиляцию легких (ИВЛ), которые могли бы помочь справиться с проблемой утечки флуоротила в атмосферу, не показанными при столь коротких процедурах и оценивали риск и потенциальную травматичность интубации как превышающие риск самой процедуры. К тому же интубация и аппаратная ИВЛ, а также сопряженная с ними повышенная оплата труда анестезиолога на Западе значительно повышают стоимость процедуры, а процедурные кабинеты для флуоротиловой терапии обычно не оборудовались аппаратурой для аппаратной ИВЛ, так как это считалось экономически необоснованным. Именно поэтому приме-

нялись масочный метод и ручная ИВЛ. В то же время М.Финк отмечает, что при обеспечении адекватной вытяжной вентиляции в помещении, где проводилась флуоротиловая терапия, со стороны персонала не поступало жалоб на запах, и врачи не испытывали страха по поводу возможной индукции припадков у них самих (M.Fink, E.Shorter, 2014).

Выводы

1. Флуоротил – это уникальный и эффективный анестетик, способный индуцировать генерализованные припадки, которые, согласно множественным литературным источникам, оказывают благоприятное терапевтическое действие при психических заболеваниях. Его эффективность была сравнима с ЭСТ, а по данным некоторых исследователей, в отдельных случаях даже превосходила ее.
2. Вызывание искусственного лечебного припадка при помощи химических агентов, с исключением прямого воздействия электричества на головной мозг, является эффективным методом лечения психических заболеваний, вероятно, с меньшим побочным воздействием на когнитивную функцию.
3. Прекращение использования Индоклона в начале 1970-х годов было обусловлено несостоятельностью анестезиологического обеспечения, а также высокой ценой патентованного препарата (генериков не производилось). В современных условиях эти проблемы могли бы найти свое решение.

4. Пример успешного использования флуоротила для индукции медикаментозных припадков на фоне общей анестезии с лечебным эффектом, сравнимым с ЭСТ, а иногда и превосходящим его, говорит о том, что поиск новых препаратов, обладающих сходными свойствами, на современном, более высоком уровне развития фармакологии может быть перспективным направлением исследований.
5. Задачу, которую ставил перед собой разработчик метода флуоротиловой терапии J.Krantz (задачу совместить свойства общего анестетика и препарата, способного индуцировать припадки, в одном препарате и тем самым избежать разделения этапов индукции общей анестезии и индукции припадков при помощи электровоздействия), применение флуоротила не решает, так как при его использовании, в целях обеспечения комфорта и безопасности пациентов, медикаментозная седация и миорелаксация все равно необходимы. Однако это вовсе не означает, что сама идея медикаментозной индукции припадков (и необязательно тем же препаратом, который используется для общей анестезии) не имеет будущего или что она не может обладать потенциальными клиническими преимуществами, например меньшими когнитивными побочными эффектами или большей эффективностью.

Авторы выражают благодарность А.И.Нельсону (Наро-Фоминск, Россия) за помощь в подготовке публикации. ■

Из истории нашей психиатрии

Кафедра психиатрии и медицинской психологии с курсом института последипломного образования Ярославской государственной медицинской академии

Основана в 1947 г.

Ярославская государственная медицинская академия (первоначально – Ярославский государственный медицинский институт) открыта в 1944 г. на базе эвакуированного в 1943 г. в Ярославль Белорусского мединститута. Кафедру психиатрии Белорусского мединститута возглавлял профессор В.И.Аккерман, автор работ о синдроме Кандинского–Клерамбо, бредообразовании. ЯГМА в настоящее время имеет в своем составе лечебный, педиатрический, фармацевтический, стоматологический факультеты, институт последипломного образования.

Клиническая база кафедры психиатрии ЯГМА – Ярославская областная клиническая психиатрическая больница, основанная в 1779 г.

Первый заведующий кафедрой психиатрии ЯГМИ – О.В.Кербилов (1947–1952 гг.), ученик П.Б.Ганнушкина. Лекции, которые блестяще читал О.В.Кербилов, позднее были изданы «Медгизом» и до сих пор являются ценным учебным пособием. В 1949 г. издана монография О.В.Кербилова «Острая шизофрения», в которой обосновывается прогностически важный принцип: необходимость

Продолжение на стр. 6



и при шизофрении (этой хронической болезнью) дифференцировать синдромы на острые, подострые и хронические. В этой и других работах О.В.Кербиков широко применил математический анализ при рассмотрении психопатологии – это новый для того времени подход. Под руководством О.В.Кербикова разрабатываются доступные в то время новые формы терапевтических подходов (облегченная наркозом электросудорожная терапия и др.). Закладываются традиции тесного взаимодействия в работе с психиатрической службой. В 1947 г. по инициативе О.В.Кербикова в Ярославле открывается психдиспансер.



О.В.Кербиков

В 1952–1954 гг. кафедрой руководил С.В.Крайц, также ученик П.Б.Ганнушкина. Особо большое внимание он уделял дифференциальной диагностике шизофрении и шизофреноподобных состояний, органических психических нарушений.



С.В.Крайц

В 1954–1959 гг. заведовал кафедрой участник Великой Отечественной войны Г.К.Ушаков, ученик С.С.Мнухина. Для Г.К.Ушакова характерен большой интерес не только к клинике, но и биологии психических заболеваний; трудясь на кафедре, завершил важную работу «Материалы к исследова-



Г.К.Ушаков

дованию этиологии и патогенеза эндогенных психозов». Активно внедрял новые формы терапии, одним из первых в стране применил аминазин.

В 1959–1961 гг. во главе кафедры стояла выпускница ЯГМИ В.Н.Ильина, ученица О.В.Кербикова, известная работами о психозах позднего возраста, климактерических неврозоподобных состояниях.

Далее (1961–1968 гг.) кафедру возглавлял Н.А.Хромов, участник



В.Н.Ильина

Финской и Великой Отечественной войн, выпускник и преподаватель Военно-медицинской академии, автор монографии «Нарушения высшей нервной деятельности при проникающих ранениях черепа». Работая в Ярославле, завершил большое исследование «Клинико-экспериментальный анализ истерии у военнослужащих».

Самое продолжительное время (1968–1997 гг.) кафедру возглавлял выпускник ЯГМИ профессор Л.К.Хохлов. Кафедра получает новые помещения, в которых работает до настоящего времени. Начинается преподавание курса психотерапии, организуется курс медицинской психологии (1976 г.), курс повышения квалификации (1987 г.); с того времени на кафедре проводятся повышение квалификации, специализация и сертификация врачей-психиатров, наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов, работающих в Центральном регионе. На-



Н.А.Хромов

учные интересы в этот период: дифференциальная диагностика психозов, протекающих с синдромом Кандинского–Клерамбо; эпидемиология и патоморфоз (в том числе терапевтический) психических заболеваний, начавшихся в детском возрасте, психических нарушений позднего возраста, шизофрении, депрессии, алкогольных психозов. Разработана классификация вариантов и проявлений синдрома психического автоматизма, систематика патоморфоза психических заболеваний. Предложена и разработана методика лечения алкоголизма фуразолидом в качестве сенсibiliзирующего к алкоголю средства.



Л.К.Хохлов

С 1997 г. до настоящего времени во главе кафедры стоит выпускница ЯГМИ, доктор медицинских наук профессор Е.А.Григорьева. Основное научное направление – клиничко-нейрофизиологические особенности депрессивных расстройств при различных заболеваниях, в том числе соматического профиля, преодоление резистентности.



Е.А.Григорьева

Кафедра внедряет в практику новые лекарственные средства для лечения разных психических заболеваний, методики для ослабления резистентности и нежелательных явлений при приеме психотропных препаратов. Группа исследователей под руководством заведующего кафедрой проводит клиническую апробацию новых психотропных препаратов.

Коллектив пользуется уважением сотрудников академии, клиники, студентов за высокий профессионализм, обеспечивающий хорошее качество преподавания, клинических консультаций и лечения пациентов.

За последние 10 лет выпущено 4 монографии, защищено 6 кандидатских и 1 докторская диссертация, опубликовано 279 научных статей. ■

Заведующие кафедрой:

О.В.Кербиков	1947–1952 гг.
С.В.Крайц	1952–1954 гг.
Г.К.Ушаков	1954–1959 гг.
В.Н.Ильина	1959–1961 гг.
Н.А.Хромов	1961–1968 гг.
Л.К.Хохлов	1968–1997 гг.
Е.А.Григорьева	С 1997 г. по настоящее время



Сотрудники кафедры

School of Old Age Neuropsychopharmacology (геронтологическая школа) Европейского колледжа нейропсихофармакологии



М.В. Гантман
ФГБНУ Научный центр
психического здоровья, Москва

Европейский колледж нейропсихофармакологии регулярно проводит научный конгресс, а также обучающие курсы для врачей и ученых, посвященные клиническим и фундаментальным проблемам психиатрии и неврологии. Эта организация была основана в 1987 г. по инициативе ученых, чтобы ускорить прогресс в сфере исследований и облегчить обмен идеями в смежных областях нейропсихофармакологии. Представители Европейского колледжа нейропсихофармакологии поддерживают успешных молодых ученых грантами, премиями и возможностью обучения. Основные школы по нейропсихофармакологии проходят ежегодно в июле в Оксфорде, педиатрические школы – ежегодно весной в Венеции.

Геронтологические школы молодых ученых проходят раз в два года, и одна из них состоялась 19–24 апреля 2015 г. на острове Сан-Серволо в Венеции. Участниками этого мероприятия стали молодые ученые из Евросоюза, стран бывшего СССР, Турции, прошедшие отбор по резюме.

В ходе занятий чередовались лекции и практические семинары по соответствующим темам. Программу курса составлял Robin Jacoby, профессор Оксфордского университета. В качестве преподавателей были приглашены крупнейшие специалисты в области геронтопсихиатрии и нейробиологии из разных стран Европы.

Первый день занятий был посвящен вопросам лечения и диагностики деменции и делирия у пожилых. Karen Ritchie – психиатр, эпидемиолог из французского Национального института здравоохра-

нения и медицинских исследований рассказывала об исследовании когнитивных функций. Для врачей, постоянно занимающихся лечением деменции, это практически основная часть обследования пациента, и данная тема кажется хорошо знакомой. Однако в лекции наряду с обобщением и систематизацией известных данных было немало нового. В западных странах применяют многие тесты, которые никогда не были переведены на русский язык, поэтому они неизвестны отечественным врачам и ученым. Например, существуют тесты, позволяющие выявить симуляцию нарушений памяти. Эти тесты основаны на факте, что логичные сочетания слов запоминаются лучше, чем нелогичные, что не соблюдается, если обследуемый делает ошибки намеренно. Также не используются в России тесты на ориентацию в пространстве, где обследуемый должен сопоставить изображения гор с разных сторон. Интересно использование в практике врача и исследователя компьютерное тестирование когнитивных функций. Оно позволяет избежать погрешностей, связанных с различным предъявлением и оценкой заданий разными врачами и одним и тем же врачом на разных визитах. На семинаре было продемонстрировано тестирование в программе Cognito.

Крайне полезными были лекция и практическое занятие по нейровизуализации головного мозга в геронтологии, поскольку эта область стремительно развивается. В последние годы распространяется диагностика при помощи магнитно-резонансной и позитронно-эмиссионной томографии и крайне необходимы источники информации, которые научили бы врача ориентироваться в трактовке снимков. Mara ten Kate – сотрудник VU University Medical Center в Амстердаме рассказала о том, какие изменения являются возрастной нормой (немногочисленные очаги сосудистого генеза в белом веществе, лейкоареоз, симметричная легкая кортикальная атрофия и расширенные пространства Вирхова–Робина), а также о том, какую информацию дает стандартный режим магнитно-резонансной томографии головного мозга (не используют контраст, режим T1-взвешенного изображения позволяет оценить атрофию различных отделов мозга, аксиальный FLAIR и T2 TSE – увидеть сосудистые очаги, аксиальный T2 градиент-эхо или SWi – выявить микрокровоизлияния и кальцификаты, дополнительно можно использовать режим DWI –

диффузно-взвешенное изображение – для исключения изменений, характерных для болезни Крейтцфельда–Якоба). Были рассмотрены современные методы позитронно-эмиссионной томографии: FDG для изучения метаболизма глюкозы, амилоидный маркер 11C PIB и DAT-сканирование для оценки метаболизма дофамина. При диагностике болезни Альцгеймера важно учитывать, что отсутствие изменений на снимке магнитно-резонансной или компьютерной томографии не исключает данного диагноза. При этом для позднего начала заболевания характерна атрофия медиальных отделов височной доли (гиппокампа), а для раннего начала – атрофия прекунеуса. На практическом занятии участники школы учились определять степень атрофии гиппокампа и распознавать типичные для разных причин деменции изменения на снимках, в том числе такие редкие, как сингитом «колибри» и «уши Микки Мауса» при прогрессирующем надъядерном параличе.

Daniel Davis из Великобритании в своей лекции о делирии подчеркнул необходимость тщательного соматического обследования и анализа причин делирия и предостерег от избыточного применения нейролептиков и транквилизаторов. Профессор Brian Lawlor из Ирландии рассказал о новой концепции додементных когнитивных расстройств и новых критериях диагностики болезни Альцгеймера, привел ряд интересных клинических примеров, когда современные исследования биомаркеров позволяли установить диагноз.

Ralph Kupka из Нидерландов сделал обзор современных рекомендаций по ведению пациентов с биполярным аффективным расстройством, а Klaus Ebmeier из Германии разобрал тактику лечения тревожно-фобических и депрессивных состояний у пожилых. Declan McLoughlin из Ирландии изложил современные представления о применимости электросудорожной терапии у пациентов с деменцией и рассказал об униполярном способе наложения электродов, безопасном в плане нарушения когнитивных функций.

Andrea Cipriani из Италии изложил теоретические основы организации клинических испытаний методов лечения, а Craig Ritchie из Великобритании научил слушателей планировать клинические испытания самостоятельно. Очень актуальной для повседневной врачебной практики была интерактивная лекция, которую прочитал

Michael Davidson из Израиля. Лектор обратил внимание аудитории на самые частые проблемы пожилых людей: снижение зрения и слуха, нарушения походки, социальную изоляцию.

Jose Luis Molinuevo из Испании рассказал о результатах исследований толщины коры больших полушарий при развитии болезни Альцгеймера. В начале патологического процесса толщина коры больших полушарий становится не меньше, а больше, и механизм этого явления еще предстоит изучить.

Помимо болезни Альцгеймера были рассмотрены и другие более редкие причины деменции: деменция с тельцами Леви (Dag Aarsland из Норвегии), сосудистая деменция (Ingmar Skoog, Швеция) и лобно-височная дегенерация (Florence Pasquier, Франция). В изучении лобно-височной дегенерации за последние годы произошел значительный прогресс: выделено множество нозологических единиц, проявляющихся схожим синдромом, и обнаружены гены (например, програнулин), отвечающие за развитие некоторых клинических вариантов болезни.

Профессор Margda Waern из Швеции изложила новейшие данные об эпидемиологии и клинических особенностях суицидального поведения у пожилых. Было опровергнуто предубеждение о том, что пациенты с деменцией никогда не совершают суицид, и эта информация внушила слушателям должную осторожность при оценке суицидального риска. Очень важны были данные о том, что транквилизаторы при депрессии повышают риск суицида за счет снижения контроля за своими действиями (подобно алкоголю).

Robert Howard из Оксфорда – организатор первого и единственного в своем роде двойного слепого рандомизированного клинического исследования нейролептика (амисульприда) при старческом параноиде – рассказал о клинической картине психозов в позднем возрасте. На данный момент только для двух препаратов – рисперидона и оланзапина, несомненно, с соблюдением современных требований к исследованиям, доказана эффективность против бреда при деменции. Кветиапин имеет лучшую переносимость, но более низкую эффективность (оценивали влияние именно на бред, а не на поведенческие расстройства). Лектор подчеркнул важность психологической и образовательной работы с семьей пациента, чтобы найти возможность справиться с нарушениями поведения немедикаментозно. ■

Хлорпротиксен в наркологии



Ю.В.Быков

Ю.В.Быков¹, Р.А.Беккер²
¹ГБОУ ВПО Ставропольский государственный медицинский университет Минздрава России
²Университет им. Давида Бен-Гуриона в Негеве, Израиль, Беер-Шева

Хлорпротиксен – низкопотентный типичный антипсихотик, известный с 1959 г., когда он был впервые выведен на рынок компанией Lundbeck. По химическому строению является алифатическим производным тиоксантена и первым в серии известных тиоксантеновых антипсихотиков (позже семейство производных тиоксантена пополнилось зуклопентиксолом, флупентиксолом, тиотиксеном); J.Ravn и соавт., 1980.

Несмотря на то что хлорпротиксен принято относить к традиционным, или типичным, антипсихотикам, он обладает рядом «атипичных» свойств, которые дали основание авторам Техасского алгоритма лечения психозов называть хлорпротиксен наряду с такими традиционными антипсихотиками, как тиоридазин (Сонапакс), а также отсутствующие в России локсапин и молиндон, – «somewhat atypical» («слегка атипичным»). Таким образом, хлорпротиксен занимает, в некотором роде, промежуточную нишу между традиционными типичными антипсихотиками и атипичными (Mental Health Connections, 2012).

Хлорпротиксен обладает седативной и снотворной активностью, которая в основном обусловлена наличием у него выраженной H_1 -гистаминоблолирующей и α_1 -адреноблолирующей активности (J.Ravn и соавт., 1980; М.Д.Машковский, 2012). Гипо-

тензивное действие хлорпротиксена опосредуется в основном блокадой α_1 -адренорецепторов периферических сосудов, гипотермическое – блокадой D_2 -рецепторов центра терморегуляции гипоталамуса, противорвотное – блокадой D_2 -рецепторов триггерной зоны и рвотного центра (J.Ravn и соавт., 1980; М.Д.Машковский, 2012). Хлорпротиксен также обладает сильным противозудным действием, обусловленным блокадой H_1 -гистаминовых рецепторов кожи и слизистых оболочек (H.Neyen, 1963; М.Д.Машковский, 2012).

Еще одна особенность хлорпротиксена – антидепрессивная активность (E.Petersen, 1981; М.Д.Машковский, 2012). Механизм антидепрессивного действия хлорпротиксена сложен и до конца не прояснен, но, согласно одной из гипотез, он обусловлен способностью данного препарата преимущественно блокировать пресинаптические α_2 -адренорецепторы (так же, как это делают мirtазапин, миансерин, клозапин; E.Petersen, 1981) и тем самым повышать центральную норадренергическую активность и, подобно «классическим» антидепрессантам, таким как имипрамин и циталопрам, вызывать десенситизацию центральных α_2 -адренорецепторов (L.Antkiewicz-Michaluk, 1985). А возможно, это объясняется тем, что он, обладая, как и все тиоксантены и фенотиазины, трициклическим строением, характеризуется, в отличие от большинства тиоксантеновых и фенотиазиновых антипсихотиков (и сходно с левомепромазином, тиоридазином, клозапином, также обладающими антидепрессивными свойствами), «правильными» для трициклического антидепрессанта углами между кольцами в молекуле и имеет свойства сильного ингибитора обратного захвата моноаминов – серотонина и норадреналина (M.Tatsumi и соавт., 1999). Или же, может быть, играет роль сильная способность хлорпротиксена блокировать $5-HT_{2A}$ - и $5-HT_{2C}$ -серотониновые рецепторы, повышать содержание серотонина в центральной нервной системе и количество $5-HT_{2A}$ - и $5-HT_{2C}$ -серотониновых рецепторов, а также его свойства $5-HT_{1A}$ парциального агониста, что в сумме сближает его с атипичными антипсихотиками и с такими антидепрессантами, как тразодон, миансерин,

миртазапин (T.Wander и соавт., 1987; L.Antkiewicz-Michaluk, 1986).

Хлорпротиксен в малых дозах давно (с 1960-х годов и по настоящее время) используется как успокаивающее средство при тревожных состояниях, нарушениях сна (самостоятельно и в сочетании со снотворными, транквилизаторами, антидепрессантами), кожном зуде и др. Однако целесообразность его использования в «малой психиатрии» некоторыми специалистами сегодня оспаривается на том основании, что он, хотя и редко, способен вызывать экстрапиримидные, нейроэндокринные и иные нежелательные побочные эффекты, которых нет у бензодиазепинов (А.В.Городничев, 2012).

Сравнительно недавно было обнаружено, что хлорпротиксен является сильным антагонистом рецепторов $5-HT_6$ ($K_i=3,08$ nM) и $5-HT_7$ ($K_i=5,31$ nM); E.Glusa, H.Pertz, 2000; V.Roth и соавт., 1994. Воздействие на $5-HT_7$ -рецепторы также может объяснять наличие у него анксиолитической, антидепрессивной, анальгетической активности и его сильное нормализующее влияние на циркадные ритмы и архитектуру сна, в то время как воздействие на $5-HT_6$ - и $5-HT_7$ -рецепторы может объяснять «про-когнитивные» эффекты, меньшее по сравнению с хлорпромазином негативное влияние на когнитивные функции больных (P.Hedlund, 2009).

Показано, что введение хлорпротиксена в средних дозах до 500 мг/сут или левомепромазина в средних дозах до 300 мг/сут больным с героиновой абстиненцией приводило к купированию не только симптомов вегетативных и психических (инсомния, тревога, агрессивность, возбуждение), но и алгических проявлений абстиненции, чего не наблюдалось при применении хлорпромазина в сопоставимых дозах (H.Schanda и соавт., 1982; O.Presslich и соавт., 1983; König P., 1979). Авторы связывают этот факт с наличием у хлорпротиксена и левомепромазина анальгетической активности. По данным российских авторов, хлорпротиксен также положительно зарекомендовал себя при лечении психических расстройств и купировании абстинентного синдрома на фоне героиновой наркомании (С.Н.Авдеев и соавт., 2001).

При алкогольной абстиненции наблюдается гиперчувствительность α_2 -адренореактивных структур, и хлорпротиксен наряду с клонидином способен эффективно ее уменьшать (J.Balldin и соавт., 1992). В другом исследовании показано, что комбинация хлорпротиксена и карбамазепина не менее эффективно уменьшала проявления алкогольного абстинентного синдрома, измеренные по шкале общей психопатологии алкогольного абстинентного синдрома (AWIP), чем комбинация карбамазепина и клонидина (K.Bokstrom, J.Balldin, 1992; J.Balldin, K.Bokstrom, 1986). Хлорпротиксен пытались применять даже при купировании алкогольного делирия (J.Boucek, 1982; M.Sainsbury, 1975; A.Masciocchi, A.Marino, 1962).

В то же время хлорпротиксен в наркологии не лишен и некоторых недостатков. Одним из них является способность, подобно алифатическим фенотиазинам (хлорпромазин, промазин и др.), сильно понижать судорожный порог, вызывать коллаптоидные состояния, провоцировать делирий или удлинять и утяжелять его течение (E.Tagashira и соавт., 1981). Это заставило авторов данного японского исследования предостеречь от бездумного использования хлорпротиксена для седации и купирования абстиненции у пациентов с алкогольной, барбитуровой или бензодиазепиновой зависимостью и особенно – от попыток за счет применения седативного эффекта хлорпротиксена снизить «замещающую» дозу фенобарбитала или бензодиазепинов, поскольку хлорпротиксен оказывает лишь седативное действие, но не предотвращает абстинентные судороги, а, наоборот, усиливает (потенцирует) и удлиняет их и повышает риск их возникновения (E.Tagashira и соавт., 1981).

По данным некоторых авторов (Е.А.Казутина, 2004), следует избегать назначения хлорпротиксена у больных с гепатитом С на фоне купирования опийного абстинентного синдрома, так как данный препарат оказывает гепатотоксическое действие.

Хлорпротиксен показал эффективность при психической патологии у лиц, страдающих алкогольной зависимостью (М.Ю.Дробижев, 2001). ■



Неулептил®

Эффективное решение при нарушениях поведения

* **УМЕНЬШАЕТ**

- АГРЕССИВНОСТЬ
- ВОЗБУДИМОСТЬ
- РАЗТОРМОЖЕННОСТЬ

* **ИМЕЕТ ВЫРАЖЕННЫЙ СЕДАТИВНЫЙ ЭФФЕКТ**

- БЕЗ ВЯЛОСТИ
- БЕЗ ЗАТОРМОЖЕННОСТИ

* **НИЖЕ РИСК РАЗВИТИЯ ЭКСТРАПИРАМИДНЫХ РАССТРОЙСТВ ПО СРАВНЕНИЮ С ДРУГИМИ ТИПИЧНЫМИ НЕЙРОЛЕПТИКАМИ***

- БЛАГОДАря УМЕРЕННОМУ АНТИДОФАМИНЕРГИЧЕСКОМУ ЭФФЕКТУ

Торговое название препарата: Неулептил®.

Регистрационный номер: П N014803/01, П N014705/01.

Международное непатентованное название: перициазин.

Лекарственная форма: капсулы; раствор для приема внутрь.

Фармакотерапевтическая группа: Антипсихотическое средство (нейролептик).

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ. Перициазин является нейролептиком из группы пиперидиновых производных фенотиазина, антидофаминергическая активность которого обуславливает развитие терапевтического антипсихотического (без стимулирующего компонента), а также противорвотного и гипотермического эффектов препарата. **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ.** Острые психотические расстройства. Хронические психотические расстройства, такие как шизофрения, хронические нешизофренические бредовые расстройства: параноидальные бредовые расстройства, хронические галлюцинаторные психозы (для лечения и профилактики рецидивов). Тревожное состояние, психомоторное возбуждение, агрессивное или опасное импульсивное поведение (в качестве дополнительного препарата для краткосрочного лечения этих состояний). Раствор. Дети старше 3-х летнего возраста. Тяжелые поведенческие расстройства с ажитацией и возбудимостью. **СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ.** Капсулы, раствор (взрослые). Суточная доза может колебаться от 30 мг до 100 мг. Максимальная суточная доза составляет 200 мг. Лечение острых и хронических психотических расстройств. Начальная суточная доза составляет 75 мг (разделенная на 2-3 приема). Суточная доза может увеличиваться на 25 мг в неделю до достижения оптимального эффекта (в среднем до 100 мг в сутки). В исключительных случаях суточная доза может увеличиваться до 200 мг. Лечение тревожного состояния, психомоторного возбуждения, агрессивного или опасного импульсивного поведения. Препарат применяется в качестве дополнительного препарата для краткосрочного лечения. Начальная суточная доза 15-30 мг (Разделенная на 2 приема). Лечение пациентов пожилого возраста. Дозы при всех показаниях снижаются в 2-4 раза. Раствор (дети старше 3-х лет). Суточная доза составляет 0,1-0,5 мг/кг массы тела/сутки. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.** Капсулы раствор. Гиперчувствительность к перициазину и/или другим ингредиентам препарата; закрытоугольная глаукома; задержка мочи на фоне заболеваний предстательной железы; агранулоцитоз в анамнезе; порфирия в анамнезе; сосудистая недостаточность (коллапс); острое отравление веществами, угнетающими ЦНС или кома; сердечная недостаточность; феохромоцитома; миастения тяжёлая псевдопаралитическая (болезнь

Эрба-Гольдфлама). Капсулы. Детский возраст. Раствор. Дефицит сахарозы/изомальтазы, непереносимость фруктозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция; детский возраст младше 3-х лет. **С ОСТОРОЖНОСТЬЮ.** Капсулы, раствор. У пациентов с предрасполагающими факторами для развития желудочковых аритмий; с почечной и/или печеночной недостаточностью; с сердечно-сосудистыми заболеваниями; с факторами риска развития инсульта; с факторами риска развития инсульта; с факторами риска развития венозных тромбозомболических осложнений; с эпилепсией; с болезнью Паркинсона; с гипертриглицеридемией; с изменениями картины крови; с раком молочной железы; с сахарным диабетом, пациенты с рисками развития сахарного диабета; у пациентов детского возраста, особенно моложе 6 лет. **ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ.** Капсулы, раствор. При применении перициазина может развиться злокачественный нейролептический синдром; следует регулярно контролировать состав периферической крови; возможность развития фотосенсибилизации и синдрома отмены. Раствор. Применение у детей моложе 6 лет возможно только в исключительных и в специализированных учреждениях. **ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ДРУГИМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ.** Противопоказанные комбинации: с дофаминергическими агонистами. Нерезколькокомбинированные комбинации: с алкоголем; с амфетамином, клонидином, гуанетидином, сультопридом. Комбинации лекарственных средств, при применении которых требуется соблюдение осторожности: с лекарственными средствами, способными увеличить интервал QT; тиазидными диуретиками; гипотензивными средствами; другими лекарственными средствами обладающими угнетающим действием на ЦНС; трициклическими антидепрессантами, ингибиторами MAO, мапротилином, атропином и другими холинолитиками; бета-блокаторами; гепатотоксическими препаратами; гипогликемическими препаратами. Взаимодействия, которые надо принимать во внимание: с антацидами; бромкриптином; средствами для снижения аппетита. **БЕРЕМЕННОСТЬ И ПЕРИОД ЛАКТАЦИИ.** Назначение перициазина при беременности возможно, но всякий раз необходимо сопоставлять пользу для матери с риском для плода. Не рекомендуется проводить грудное вскармливание во время приема препарата. **ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ.** Со стороны центральной нервной системы. Седация или сонливость; апатия; тревога; изменение настроения; экстрапирамидные расстройства; угнетение дыхания. Со стороны сердечно-сосудистой системы. Снижение артериального давления; аритмии; венозные тромбозомболические осложнения. Эндокринные и метаболические нарушения. Гиперпролактинемия; нарушения терморегуляции; гипергликемия. Кожные и аллергические реакции. Аллергические кожные реакции; кожная сыпь; бронхоспазм;

отек гортани; ангионевротический отек; гипертермия. Гематологические нарушения. Лейкопения; агранулоцитоз. Со стороны печени и желчевыводящих путей. Холестатическая желтуха и поражения печени. **ПЕРЕДОЗИРОВКА.** Симптомы передозировки фенотиазинов включают в себя угнетение ЦНС прогрессирующее от сонливости до комы с арефлексией. Лечение должно быть симптоматическим и проводиться в специализированном отделении. **ФОРМА ВЫПУСКА.** Капсулы 10 мг; раствор для приема внутрь 4% (флаконы по 30 и 125 мл). Срок годности. Капсулы. 5 лет. Раствор. 3 года. **УСЛОВИЯ ОТПУСКА ИЗ АПТЕК.** По рецепту.

С подробной информацией о препарате можно ознакомиться в инструкции по применению.

RU.PER.15.02.06



* Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Неулептил® (Рег.уд. - П N014705/01, П N014803/01)

«Нет, широк человек, слишком даже широк, я бы сузил»



АНБогдан
Кафедра психиатрии
ФДПО ГБОУ ВПО РНИМУ
им. Н.И.Пирогова, Москва

Федор Михайлович Достоевский – мой любимый автор. Все читано-перечитано в различные моменты жизни по несколько раз. Однако есть одна маленькая особенность последнего десятилетия: мое эмоциональное восприятие его произведений зависит от двух факторов. Во-первых, я должен держать в руках книгу (не ее электронный вариант!), и это должно быть издание А.Ф.Маркса 1894 г., красная обложка с золотым тиснением и портретом Ф.М.Достоевского в центре в овальной рамочке. Во-вторых, рука тянется за красной книгой чаще всего в тяжелые периоды жизни – болезнь, потеря. Хотя «Бесов» я перечитал в прошлом году на пляже Крита, но это исключение. Все-таки чаще чем мрачнее мысли, тем ярче восприятие.

Есть и любимые герои. Безусловно, князь Мышкин да еще Дмитрий Карамазов. Сознаюсь, что бывают периоды, когда они меняются местами. Каждого из них люблю по-своему. У каждого своя загадка.

Сегодня хочется поразмышлять о Дмитрие Карамазове. Вслушайтесь, как звучит фамилия – Карамазов! В ней скрытая агрессия, сила, загадка. В свои 16–17 лет в Дмитрие Карамазове я видел героя типичного лихо закрученного детектива. В 23–25 – передо мной был яркий страстный человек и его две необычные, будоражившие и меня, женщины – связь с Катериной Ивановной Верховцевой и несбывшаяся любовь к Грушеньке Светловой.

Еще одна линия романа – Дмитрий и его отец, Федор Павлович.

Борьба, ненависть, ревность и обвинение в убийстве и, как заметил М.М.Бахтин, «подлинный Дмитрий остался вне их суда (он сам себя будет судить)».

Не забываю и о главном стержне романа – легенде о Великом инквизиторе. Как верно отметил Василий Розанов, «она есть единственный в истории синтез самой пламенной жажды религиозного с совершенною неспособностью к нему». Все это было необычно, на разрыве горла и сердца.

Вскоре появился и профессиональный интерес, возник вопрос: чего в нем больше, особенностей характера (акцентуации) или реальной болезни? После фильма 1968 г. Ивана Пырьева в моем воображении окончательно сформировался облик Дмитрия, представленный на экране Михаилом Ульяновым. Именно таким я и представлял старшего из братьев Карамазовых, только, может быть, чуть помоложе.

Страстный, нелепый и в основе все-таки благородный, смесь добра и зла, но неглубокого. Его, Дмитрия Карамазова, «горячее сердце» (или эндогенное заблуждение?), толкающее на необдуманные поступки и слова, как бы исходящие из тайных глубин его души. Именно в такой момент включается опыт психиатра. Начинаешь видеть, ощущать описанные рукой мастера частые перемены настроения, неожиданные поступки, давать им оценку. «Трудно узнать, о чем он думает», – отзывались иной раз разговаривавшие с ним. Иные, видевшие в его глазах что-то задумчивое и угрюмое, случалось, вдруг поражались внезапным смехом его, свидетельствующим о веселых и игривых мыслях, бывших в нем именно в то время, когда он смотрел с такою угрюмостью». И еще один эпизод из романа: «...лицо его, чем дальше подвигался рассказ, становилось не то что мрачным, а как бы грозным. Он нахмурил брови, стиснул зубы, неподвижный взгляд его стал как бы еще неподвижнее, упорнее, ужаснее... Тем неожиданнее было, когда вдруг с непостижимою быстротой изменилось разом все лицо его, доселе гневное и свирепое, сжатые губы раздвинулись и Дмитрий Федорович залился вдруг самым неудержимым, самым неподдельным смехом. Он буквально залился смехом, он долгое время даже не мог говорить от смеха».

Федор Михайлович носил в себе гены психиатра. Кто сможет

так ярко и точно описать течение смешанного аффективного состояния?! Именно для этих состояний характерным является одновременное сочетание черт, свойственных как маниакальному, так и депрессивному синдромам. Здесь и «заторможенная мания», и депрессия с ускоренным



Ф.М.Достоевский

течением представлений: «...Потому что я Карамазов. Потому что если уж полечу в бездну, то так-таки прямо, головой вниз и вверх пятаями, и даже доволен, что именно в унизиленном таком положении падаю и считаю это для себя красотой. И вот в самом-то этом



М.Ульянов в роли Дмитрия

позоре я вдруг начинаю гимн. Пусть я проклят, пусть я низок и подл, но пусть и я целую край той ризы, в которую облачается Бог мой; пусть я иду в то же самое время вслед за чертом, но я все-таки и твой сын, господи, и люблю тебя, и ощущаю радость, без которой нельзя миру стоять и быть». Что может быть великолепнее описания этого Гимна Человека! И начинается он фразой «Потому что

я Карамазов». Еще раз вслушайтесь в ее звучание!

Таков Дмитрий Карамазов, запальчивый, необузданный, раб минутных настроений. Можно приводить еще множество примеров, описывающих его личность, его депрессию с отсутствием психомоторной заторможенности, или «ворчливую депрессию», «депрессию с раздражительностью» и т.п. Однако, что и свойственно смешанным аффективным состояниям, бывали у него периоды, пусть и короткие, чистой простой депрессии: «...глубокая тоска облегла, как тяжелый туман, его душу. Глубокая, страшная тоска! Он сидел, думал, но обдумать ничего не мог». Еще пример: «...и вдруг подумал (вот тебе Бог!): да чего же больше маяться, чего ждать? Вот ракета, платок есть, рубашка есть, веревку сейчас можно свить, помочи в придачу и – не бременить уж более землю, не бесчестить низким своим присутствием!» Тяжело и мучительно, но и этого мало. Федор Михайлович добавляет целую гамму вегетативно-соматических расстройств, как бы переводя его состояние в маскированную субдепрессию. «Но он сам чувствовал, что едва сидит, а по временам так все предметы начинали как бы ходить и вертеться у него пред глазами. "Еще немного, и, пожалуй, бре-

– ...Что бы вы ни сказали, я все знаю наперед...

О, поверьте, что я опытный душевный доктор, Дмитрий Федорович.

– Сударыня, если вы опытный доктор, то я зато опытный больной...

(Дмитрий Карамазов и госпожа Хохлакова)

кость: разве я не клоп, не злое насекомое?» Временами его состояние достигало такого уровня, что Дмитрий Федорович, как показывал он сам же, «был как бы тоже совсем не в себе, но не пьян, а точно в каком-то восторге, очень рассеян, а в то же время как будто и сосредоточен, точно об чем-то думал и добивался и решить не мог. Очень торопился, отвечал резко, очень странно, мгновениями же был как будто вовсе не в горе, а даже весел». В какой-то момент в тексте улавливаются признаки деперсонализационной субдепрессии, которые не только заставляют больного страдать от собственной неполноценности или выдуманного уродства, но и сопровождаются выраженным мучительным чувством угнетенности и пессимистической оценкой своего состояния, в первую очередь в отношении психической полноценности. «А главное, он сам не любил свои ноги, почему-то всю жизнь находил свои большие пальцы на обеих ногах уродливыми, особенно один грубый, плоский, как-то загнувшийся вниз ноготь на правой ноге, и вот теперь все они увидят. От нестерпимого стыда он вдруг стал еще более и уже нарочно груб». «Да, я подлец! Несомненный подлец, —

ми нюансами изменчивого настроения. «С этой минуты все завертелось кругом него, как в бреду. Он ходил, смеялся, заговаривал со всеми, и все это как бы уж не помня себя. Одно лишь неподвижное и жгучее чувство сказывалось в нем поминутно, "точно горячий уголь в душе", — вспоминал он потом. Он подходил к ней, садился подле нее, глядел на нее, слушал ее...» Все спектры — от внеземной радости до вселенской тоски, которые одновременно и притягивают и отталкивают. «В последние два дня он был в таком невообразимом состоянии, что действительно мог заболеть воспалением в мозгу, как сам потом говорил». «Тоже доктора выписали, сумасшедшим хотят меня показать».

Любовь требует денег. Катерина Верховцева и Грушенька Светлова особые женщины. С Катериной Ивановной нужно по чести расстаться, а вот чтобы удержать Грушеньку, завоевать ее, в представлении Дмитрия, нужны были большие деньги. Казалось бы, еще мгновение, и деньги будут то ли от отца, то ли от Хохлаковой. Но не даются они в руки, в последний момент ускользают, и тогда «он шел как помешанный, ударяя себя по груди, по тому самому месту

ствию, но теперь, после того как исчезла последняя надежда его, этот, столь сильный физически человек, только что прошел несколько шагов от дому Хохлаковой, вдруг залился слезами, как малый ребенок. Он шел и в забывгьи утирал кулаком слезы». «Казню себя за всю жизнь, всю жизнь мою наказую!»

После гибели отца, обвинений в убийстве, судебного процесса состояние Дмитрия Карамазова принимает несколько иной характер, окрашиваясь переживаниями, но оставаясь эндогенным по своему существу. «Он стоял один, в темноте, в углу и вдруг схватил себя обеими руками за голову. Разбросанные мысли его вдруг соединились, ощущения слились воедино, и все дало свет. Страшный, ужасный свет! «Вот если застрелиться, так когда же как не теперь? — пронеслось в уме его. — Сходить за пистолетом, принести его сюда и вот в этом самом, грязном и темном углу и покончить». Казалось бы, не вынесет Дмитрий Карамазов тяжких обвинений в убийстве отца, потери любимой женщины... Неужели произойдет самоубийство? Но уже через мгновение «Митя отнял от лица руки и рассмеялся. Взгляд его был бодр, он весь как бы изменился в одно мгновение. Изменился и весь тон его: это сидел уже опять равный всем этим людям человек, всем этим прежним знакомым его, вот точно так, как если бы все они сошлись вчера, когда еще ничего не случилось, где-нибудь в светском обществе».

Будучи под следствием и судом, под грузом улик и обвинений в убийстве отца, Дмитрий продолжал страдать и одновременно наслаждаться, упиваясь своей любовью к Грушеньке. «Господи, прими меня во всем моем беззаконии, но не суди меня. Пропусти мимо без суда твоего... Не суди, потому что я сам осудил себя; не суди, потому что люблю тебя, Господи! Мерзок сам, а люблю тебя: во ад пошлешь, и там любить буду и оттуда буду кричать, что люблю тебя во веки веков... Но дай и мне долюбить... здесь, теперь долюбить, всего пять часов до горячего луча твоего... Ибо люблю царицу души моей. Люблю и не могу не любить. Сам видишь меня всего. Прискачу, паду пред нею: права ты, что мимо меня прошла... Прощай и забудь твою жертву, не тревожь себя никогда!» Какова сила этого признания в любви!

Чувство любви при таком варианте аффективных расстройств очень яркое, бурное, с глубокими переживаниями, радостью и тут же страданиями, но оно недолговечно и требует постоянной подпитки теми же страданиями и борьбой неизвестно с кем и за что. Пройдет несколько месяцев, и возникнет новый предмет обожания с теми же страданиями и восторгом. И так всю жизнь до гормональной перестройки и одряхления механизма, ведающе-

го настроением человека, пока не прекратит свое движение маховик болезни. Такая любовь не лечится. От нее нет лекарств, да и кто осмелится лечить человека от любви. Эта любовь требует жертв, полной отдачи, растворения, совместного страдания со своим партнером по страсти. «И вот в этот месяц безнадежной любви, нравственных падений, измены своей невесте, присвоения чужих



А. Колотов. Дмитрий Карамазов

денег, вверенных его чести, ...кроме того, доходит почти до иступления, до бешенства, от беспрерывной ревности, и к кому же, к своему отцу!»

Кстати, о сексуальной составляющей такой любви. Вначале сексуальное влечение кажется неисчерпаемым, но довольно скоро оно теряет свою силу, как салют по окончании праздника, и на первый план выступает эмоциональная составляющая, прежде всего та ее часть, которая окрашена страданиями. Вся жизнь — в борьбе, встречах и расставаниях, клятвах верности и изменах, и как результат — предмет такой любви получит часовенку, например, Св. Грушеньки Великомученицы, но не обретет счастья от совместной жизни с таким человеком. «Одним словом, началось нечто беспорядочное и нелепое, но Митя был как бы в своем родном элементе, и чем нелепее все становилось, тем больше он оживлялся духом». «Карамазов всегда живет лишь настоящей минутой».

Во всей картине смешанного аффективного состояния Дмитрия Карамазова наиболее отчетливо просматриваются дистимические состояния с преобладанием компульсивных расстройств в том варианте, который описывал профессор А.К.Ануфриев. Вся жизнь Дмитрия — это даже не постоянные смены подъема и спада настроения (хотя в его случае такие переходы наблюдаются постоянно), а явления тягостной взбудораженности, раздражительности, сочетающихся с неприкрытой неприязнью к окружающему,



Юл Бриннер в роли Дмитрия

произнес он вдруг мрачным голосом. — Все равно, плакал или нет, все равно подлец!»

Можно назвать множество случаев, когда поступки Дмитрия диктуются не разумом, а настроением, влечениями и даже капризами. Любовь его также носит импульсивный характер. Впервые появляется он у Грушеньки с намерением побить ее из-за ее связи с его отцом, Федором Павловичем. «Пошел я бить ее, да у нее и остался. Грянула гроза, ударила чума, заразился и заражен доселе, и знаю, что уж все кончено, что ничего другого и никогда не будет. Цикл времен свершен. Вот мое дело». Любовь его не только импульсивна, но и окрашена все-

грудю, по которому ударял себя два дня тому назад пред Алешей, когда виделся с ним в последний раз вечером, в темноте, на дороге. Что означало это битье себя по груди по этому месту и на что он тем хотел указать — это была пока еще тайна, которую не знал никто в мире, которую он не открыл тогда даже Алеше, но в тайне этой заключался для него более чем позор, заключались гибель и самоубийство, он так уж решил, если не достанет тех трех тысяч, чтоб уплатить Катерине Ивановне и тем снять с своей груди, "с того места груди" позор, который он носил на ней и который так давил его совесть. Все это вполне объяснится читателю впослед-

Продолжение на стр. 14



Abbott



Вырваться из паутины депрессии и паники

- Быстрая помощь пациентам с депрессией¹ и паническими расстройствами² без выраженной седации³
- Селектра – высокая селективность⁴ и хорошая переносимость¹
- Оптимальный выбор для лечения депрессии у пациентов с соматическими заболеваниями⁵

Селектра
Регистрационный номер: ПСР-008205/09. МНН: эсциталопрам. Фармакотерапевтическая группа: антидепрессант. **Показания к применению:** депрессивные расстройства любой степени тяжести; панические расстройства (без агорафобии). **Противопоказания:** повышенная чувствительность к препарату или его компонентам, детский и юношеский возраст (до 18 лет), одновременный прием с ингибиторами моноаминоксидазы (МАО), беременность, период грудного вскармливания. **С осторожностью:** почечная недостаточность (клиренс креатинина (КК) ниже 30 мл/мин), гипотансия, маниакальные расстройства, фармакологически неконтролируемая эпилепсия, депрессия с суицидальными попытками, сахарный диабет, пожилой возраст, цирроз печени, склонность к кровотечениям; одновременный прием с лекарственными средствами, снижающими порог судорожной готовности, вызывающим гипонатриемию, этанолом, лекарственными средствами, метаболизирующимися с участием CYP2D6. **Способ применения и дозы:** внутрь. Препарат назначают взрослым один раз в сутки вне зависимости от приема пищи, депрессивные расстройства: обычно назначают 10 мг один раз в сутки. В зависимости от индивидуальной реакции пациента доза может быть увеличена до максимальной – 20 мг/сут. Антидепрессивный эффект обычно развивается через 2-4 недели после начала лечения. После исчезновения симптомов депрессии, как минимум еще в течение 6 месяцев необходимо продолжать терапию для закрепления полученного результата. **Панические расстройства (без агорафобии):** в течение первой недели лечения рекомендуется доза 5 мг/сут, которая затем увеличивается до 10 мг/сут. В зависимости от индивидуальной реакции пациента доза может быть увеличена до максимальной – 20 мг/сут. Максимальный терапевтический эффект достигается примерно через 3 месяца после начала лечения. Терапия длится несколько месяцев. **Пожилые пациенты (старше 65 лет):** рекомендуется использовать половину обычно рекомендуемой дозы (т.е. всего 5 мг/сут) и более низкую максимальную дозу (10 мг/сут). **Сниженная функция почек:** при легкой и умеренной почечной недостаточности корректировки доз не требуется. Пациентам с выраженной почечной недостаточностью (КК ниже 30 мл/мин) следует назначать препарат с минимальных терапевтических доз, постепенно их увеличивая с учетом переносимости и эффективности препарата. **Сниженная функция печени:** рекомендуемая начальная доза в течение первых двух недель лечения составляет 5 мг/сут. В зависимости от индивидуальной реакции пациента доза может быть увеличена до 10 мг/сут. **Сниженная активность цитохрома CYP2D6:** для пациентов со слабой активностью изофермента CYP2D6 рекомендуется начальная доза в течение первых двух недель лечения составляет 5 мг/сут. В зависимости от индивидуальной реакции пациента доза может быть увеличена до 10 мг/сут. **Прекращение лечения:** при прекращении лечения препаратом доза должна постепенно снижаться в течение 1-2 недель для того, чтобы избежать возникновения синдрома отмены. **Побочное действие:** Побочные эффекты наиболее часто возникают на 1 или 2 неделе лечения, затем обычно становятся менее интенсивными и возникают реже при продолжении терапии. **Полный перечень побочных эффектов представлен в инструкции по медицинскому применению.** **Передозировка:** Симптомы: головкружение, тремор, ажитация, сонливость, помрачение сознания, судорожные припадки, тахикардия, изменения ЭКГ (изменение сегмента S-T, зубца T, расширение комплекса QRS, удлинение QT интервала), аритмия, угнетение дыхательной деятельности, рвота, фебрилитет, гипотонический шок, гипоклемия, очень редко – острая почечная недостаточность. **Лечение:** специфического антидота не существует. Лечение симптоматическое и поддерживающее: промывание желудка, оксигенация. Мониторинг функции сердечно-сосудистой и дыхательной систем. **Взаимодействие с другими лекарственными средствами:** Эсциталопрам нельзя назначать одновременно с ингибиторами МАО. Эсциталопрам может быть назначен через 14 дней после прекращения лечения неферральными ингибиторами МАО и как минимум через 1 день после прекращения терапии обратными ингибиторами МАО типа А – моклобемидом. Как минимум 7 дней должно пройти после окончания приема эсциталопрама прежде чем можно начинать лечение селективными ингибиторами МАО. Совместное применение с серотонинергическими лекарственными средствами (например, трамадолом, суматриптаном и другими триптанами) может привести к развитию серотонинового синдрома. Требуется проявлять осторожность при одновременном назначении с другими лекарственными средствами, снижающими порог судорожной готовности. Эсциталопрам усиливает фармакологические эффекты триптофана (усиление серотонинергического эффекта) и токсические эффекты препаратов лития. Одновременное назначение эсциталопрама и препаратов, содержащих зверобой, приводит к усилению риска побочных эффектов. Нарушение свертываемости крови может возникнуть при одновременном назначении эсциталопрама с пероральными антикоагулянтами и другими лекарственными средствами, влияющими на свертываемость крови. В подобных случаях необходим контроль показателей свертываемости крови. Определенное применение эсциталопрама и алкоголя не рекомендуется. **Одновременный прием с лекарственными препаратами, ингибирующими цитохром CYP2C19:** может повышать концентрацию эсциталопрама в плазме крови. С осторожностью следует назначать высокие дозы эсциталопрама одновременно с высокими дозами циметидина, являющегося сильным ингибитором цитохромов CYP2D6, CYP3A4 и CYP1A2. Эсциталопрам является ингибитором изофермента CYP2D6. Необходимо проявлять осторожность при одновременном назначении эсциталопрама и лекарственных средств, метаболизирующихся с помощью этого изофермента и имеющих малый терапевтический индекс. Рекомендуется проявлять осторожность при одновременном использовании эсциталопрама и медицинских препаратов, метаболизирующихся CYP2C19. **Полная информация по взаимодействию с другими лекарственными средствами представлена в инструкции по медицинскому применению. Другие указания:** У некоторых пациентов с паническим расстройством в начале лечения СИОЗС может наблюдаться усиление тревоги. Эсциталопрам должен с осторожностью применяться у больных с маникой/гипоманией в анамнезе. У пациентов с сахарным диабетом лечение эсциталопрамом может изменить уровень глюкозы в крови (возможна как гипогликемия, так и гипергликемия). Необходимо тщательное наблюдение за пациентами, находящимися на лечении антидепрессантами особенно в начале лечения из-за возможности клинического ухудшения и/или появления суицидальных проявлений (мысли и поведения). Гипонатриемия, возможно, связанная с нарушением секреции АДГ, на фоне приема эсциталопрама возникает редко и обычно исчезает при отмене терапии. При приеме эсциталопрама возможно развитие подкожных кровоизлияний (акхимозов и пурпур). Поскольку клинический опыт одновременного применения эсциталопрама и электросудорожной терапии ограничен, то в подобных случаях должна соблюдаться осторожность. **Сочетать эсциталопрам и ингибиторы МАО типа А не рекомендуется из-за риска развития серотонинового синдрома.** У больных, принимающих эсциталопрам и другие СИОЗС одновременно с серотонинергическими препаратами, в редких случаях может развиваться серотониновый синдром. **Внимание на способность управлять автомобилем или механизмами:** В процессе лечения препаратом больным следует избегать выполнения потенциально опасных видов деятельности, требующих высокой скорости психомоторных реакций, таких, как вождение автомобиля или управление механизмами. Увеличь отпуску из аптек – по рецепту. **Полная информация по препарату представлена в инструкции по медицинскому применению.**
IMI1 от 26.12.2011

Информация исключительно для медицинских и фармацевтических работников. Подлежит распространению только в рамках мероприятий, связанных с повышением профессионального уровня медицинских и фармацевтических работников, включая специализированные выставки, конференции, симпозиумы и т.п.

1. Lisa L. von Moltke, David J. Greenblatt, Gina M. Giancarlo, Brian W. Granda, Jerrold S. Harmatz, Richard J. Shader // Escitalopram (S-Citalopram) and Its Metabolites in Vitro: Cytochromes Mediating Biotransformation, Inhibitory Effects, and Comparison to R-Citalopram/Drug Metab Dispos. 2001;29:1102-9.
2. Hedges DW, Brown BL, Shivalb DA et al. The efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors in adult social anxiety disorder: a meta-analysis of double-blind, placebo-controlled trial. J Clin Psychol 2003; 4 (11): 1222-7.
3. Абрамова Л.И., Олейник И.В., Иванен Н.Н., Кинкулькина М.А., Андреев Б.В., Макарова Е.А., Мухин А.А. // Ципралекс (эсциталопрам) при лечении тяжелых эндогенных депрессий: особенности терапевтической эффективности и переносимости. // Психиатр. и психофармакотер. 2007, том 09, №2, 48-53.
4. Owens M.J., Knight D.L., Nemeroff C.B. Second-generation SSRIs: human monoamine transporter binding profile of escitalopram and R-fluoxetine // Biol Psychiatry 2001; Sep 1; 50: 5: 345-350.
5. Wade A, Lemming OM, Bang Hedegaard K. Escitalopram 10mg/day is effective and well tolerated in a placebo-controlled study in depression in primary care. Int Clin Psychopharmacol 2002; 17:95-102.

Начало на стр. 11

развивающиеся на фоне непрерывной смены аффекта. В его представлении именно окружающие люди виновны во всех происшедших и происходящих бедах. До конца, до момента вынесения приговора он сражается и с собой, и со всеми внутри себя. «Он не договорил и зарыдал на всю залу, в голос, страшно, каким-то не своим, а новым, неожиданным каким-то голосом, который Бог знает откуда вдруг у него явился». Приговор объявлен, но не он ему страшен, «подлинный Дмитрий остался вне их суда (он сам себя будет судить)». Путь Дмитрия в романе не завершен: либо он идет в Сибирь (это символ духовного возрождения), либо бежит в Америку (символ духовной смерти).

«На второй день после решения суда он заболел нервной лихорадкой и был отправлен в городскую нашу больницу, в арестантское отделение». Пусть нам неизвестна дальнейшая судьба Дмитрия Карамазова, но не хотелось бы его «суживать». Широкий Дмитрий Карамазов, широк и прекрасен в своих страстях. «Россию люблю, Алексей, русского Бога люблю, хоть я сам и подлец!» «И вечно так, всю жизнь рука в руку! Ура Карамазову! – еще раз восторженно прокричал Коля, и еще раз все мальчишки подхватили его вос-

кливание». Мы все помним, что устами младенца глаголит истина!

Передо мной дилемма: лечить Дмитрия Федоровича или оставить его в своих страстях и метаниях. Безусловно, если лечить, то после окончания суда, когда последняя страница книги перевернута и никто больше не повлияет ни на его любовь, ни на его страдания. Федор Михайлович хотел продолжить судьбу братьев в другой книге или книгах. Не успел! Именно поэтому мы вправе вмешаться, приложить свои познания психофармакологии и современных препаратов.

Для Дмитрия Федоровича очень важно не почувствовать в процессе лечения ухудшения качества жизни. Поездки на рысаках, музыка, песни, цыгане, вкусная еда и красивые женщины не должны исчезнуть в его восприятии. И параллельно с этим нужно снять тревогу, общее напряжение, головную боль и головокружение, убрать навязчивые мысли и пустые переживания. Сегодня это может сделать только Феварин. Хороший психиатр не ограничится слепым определением дозы, а обязательно попросит своего пациента рассказать, как он спал до приема препарата и после, изменились ли у него аппетит, работа кишечника, половое влечение, общее самочувствие. Ежедневные беседы с пациентом, индивидуальный подбор доз,

контроль за приемом препарата делают Феварин не только эффективным, но и универсальным средством для борьбы с различными вариантами депрессии. Много интересного смогла бы рассказать и Грушенька, наблюдая за Дмитрием Федоровичем со стороны. Ее внимание и любовь были бы лучшим катализатором для Феварина.

Периоды безволия, апатии, отсутствия сил и желаний можно будет поправить приемом Селектры. Если врач рядом, а любящая женщина переполнена желанием помочь любимому человеку, то сделать правильный выбор препарата не так уж трудно.

Уверен, что с колебаниями настроения с такими препаратами, как Феварин и Селектра, мы справимся, но сомневаюсь, что у нас получится только с антидепрессантами быстро избавить Дмитрия Карамазова от скачков артериального давления, головных болей и головокружения. Ведь речь идет о человеке с многолетними соматовегетативными расстройствами. Но и здесь не придется долго уговаривать и убеждать даже такого пациента, как наш литературный герой. Одна (!) 20-миллиграммовая таблетка Физиотенза перед сном станет для него примером, как можно быстро и качественно нормализовать артериальное давление и избавиться от головной боли. Дмит-



С.Горбаченко в образе Дмитрия

рий Федорович после поездки на рысаках к цыганам в Мокрое пожаловался на головокружение? Одна таблетка Бетасерка решит и эту проблему.

Физиотенз и любовь Грушеньки, Бетасерк и скачки на рысаках, а также Феварин и Селектра, улучшающие качество жизни и снимающие ненужное напряжение и тревогу, нормализующие настроение и создающие зону комфорта, будут нашим вкладом в дальнейшую жизнь и судьбу Дмитрия Карамазова. Еще бы денег ему побольше! Что ж, Феварин и здесь обязательно поможет. ■

Трагические судьбы

Сабина Николаевна Шпильрейн: ее личность, судьба и вклад в психологическую науку



Ф.Р.Филатов
Академия психологии
и педагогики, ФГАОУ ВПО Южный
федеральный университет,
Ростов-на-Дону

Пионеру российского и международного психоаналитического движения, психиатру, психотерапевту, педологу Сабине Николаевне Шпильрейн (25 октября/7 ноября 1885 г., Ростов-на-Дону – 11 или 12 августа 1942 г., Ростов-на-Дону, Змиевская балка) выпало прожить трудную, поистине трагическую и удивительно насыщенную незаурядными событиями и научными достижениями жизнь. Запутанные обстоятельства ее биографии, влияние личности и идей Шпильрейн на таких патриархов психологической науки XX в., как К.Г.Юнг, З.Фрейд, Ж.Пиаже, сделали ее легендарной фигурой не только многочисленных исследований по истории психиатрии, психологии и психоанализа, но и литературных произведений, пьес, кинофильмов, не всегда достоверно и с надлежащим тактом освещаю-



Семья Шпильрейн в 1896 г. Нижний ряд, первая слева – Сабина Шпильрейн



Сабина, около 1896 г.



Сабина, Ева и Эмилия (Милочка) Шпильрейн, около 1899 г.

щих перипетии этой уникальной судьбы. Долгое время Сабина Шпильрейн интересовала историков науки исключительно как загадочная женщина, сыгравшая заметную роль в жизни Карла Густава Юнга, как его пациентка, ученица и, согласно распространенной версии, возлюбленная; или как женщина «между Юнгом и Фрейдом», занимавшая не до конца проясненное положение в «тайной симметрии» их отношений. Ее собственное научное наследие (включая докторскую диссертацию, опирающуюся на новаторское понимание шизофрении, которое тогда еще только складывалось в школе ее учителя Ойгена Блейлера, и три десятка оригинальных статей) было предано забвению или оставалось в тени.

Лишь в ходе последних трех десятилетий научное наследие и биография Сабины Шпильрейн постепенно оказались в фокусе самостоятельного и кропотливого изучения. После того, как в 1977 г. в подвале Женевского института Жан-Жака Руссо итальянский психоаналитик Альдо Каротенуто обнаружил ее архивы, а в 1980 г. вышла в свет его книга «Дневник тайной симметрии. Сабина Шпильрейн между Юнгом и Фрейдом», эта выдающаяся женщина постепенно заняла достойное место в полной противоречивой истории психоаналитического движения.

Сабина Николаевна Шпильрейн родилась 25 октября (7 ноября по

новому стилю) 1885 г. в Ростове-на-Дону. Она была старшей дочерью преуспевавшего коммерсанта, впоследствии купца 1-й гильдии Николая Аркадьевича Шпильрейна (1861–1938) и Евы Марковны Шпильрейн, урожденной Люблинской (1863–1922). Николай Аркадьевич, выходец из Варшавы, был энтомологом по образованию, Ева Марковна работала врачом-стоматологом. Отец Евы Марковны и дедушка Сабины Мордехай Люблинский снискал огромное уважение и вошел в легенды как человек благочестивый и харизматичный раввин в Екатеринославле.

У Николая и Евы Шпильрейн помимо Сабины впоследствии родились три сына – Ян, Исаак и Эмиль – все трое одаренные ученые, и все трое репрессированы по сфабрикованным обвинениям в разгар сталинских чисток, – а также младшая дочь Эмилия, умершая от тифа в раннем детстве.

Николай Аркадьевич успешно занимался торговлей минеральными удобрениями и владел магазинами в Варшаве и Париже. Он был высокообразованным, интеллигентным человеком, свободно изъяснялся на нескольких европейских языках и отличался музыкальной одаренностью. Его отличали широкий круг естественных и гуманитарных интересов и влюбленность в немецкую культуру, которая передалась дочери. В личном общении Николай Шпильрейн был человеком сложного характера. Его отличали хроническое переутомление, нервозность, склонность перегружать себя работой, доходя до полного упадка сил и подавленного состояния. Он страдал от перепадов настроения и тяжело сходил с другими людьми, часто проявлял вспыльчивость и неврастеническую раздражительность.

Мать Сабины Николаевна Ева Марковна была исключительно одарена. Отец Евы раввин Люблинский стремился обеспечить ей блестящее образование и, невзирая на то что это делало его положение в общине уязвимым, отправил свою дочь в христианскую гимназию и настоял на том, чтобы она посещала университет.

Николай и Ева Шпильрейн идентифицировали себя с русской культурой, русифицировали свои имена, а в домашней обстановке называли друг друга «Коля» и «Маша». Оба стремились жить и воспитывать детей в атмосфере, насыщенной разносторонними научными и культурными интересами.

Поначалу семья Шпильрейн, располагавшая немалым состоянием, жила в арендованных квартирах, а в 1897 г. переехала в собственный дом по адресу: Ростов-на-Дону, ул. Пушкинская, 83.

С 1890 по 1894 гг. Сабина посещала Фребелевский детский сад, в котором применялись инновационные для того времени мето-



Дом Сабины

ды воспитания и образования (педагогическая система Августа Фребеля, ученика И.Г.Песталоцци).

В 1904 г. она окончила с золотой медалью ростовскую Екатерининскую гимназию.

Сабина Шпильрейн уже в детском возрасте проявляла разностороннюю одаренность, богатое воображение, лингвистические и литературные способности, склонность к изучению языков и словесному творчеству, что отразилось в ее детских дневниковых



Сабина, около 1899 г.

записях. Она была впечатлительной, ранимой девочкой с тонкой психической организацией и некоторыми странностями в поведении.

Детский и юношеский дневник Сабины Шпильрейн, в котором она подвергает исследованию собственные фантазии, переживания, детские игры, представляет собой интересный для психолога человеческий документ. Одной из центральных и противоречивых фигур дневника стал отец, к которому девочка испытывала очень сильные и двойственные, амбивалентные чувства. В соответствии с его радикальными представлениями о воспитании в семье в зависимости от дня недели говорили на разных языках: немецком, французском, английском. Нарушения жестких правил сурово карались. Николай Аркадьевич отличался болезненным пристра-

стием к показательным телесным наказаниям, которые нередко приобретали изощренный и явно садистический характер.

10 октября 1901 г. умирает от тифа Эмилия, младшая сестра Сабины, которую она, по ее словам, любила больше всего на свете.

Другой предпосылкой юношеского кризиса стала крайне напряженная, патогенная атмосфера в семье, чрезмерные требования со стороны неврастеничного отца семейства, истерики матери и суровые, часто жестокие наказания. Дети боялись отца и при этом отчаянно бунтовали против его предписаний и запретов. Странности в поведении Сабины, ее капризы, эпатажные выходки и причудливые фантазии с каждым годом все больше нараживали: по мере взросления она все отчаяннее сопротивлялась семейному насилию.

Едва Сабина Шпильрейн, несмотря на конфликты с учителями и эксцентрично демонстрируемую нелюбовь к школярству, окончила Екатерининскую гимназию с блестящими результатами и золотой медалью, обеспокоенный ее состоянием отец помещает дочь в швейцарский санаторий доктора Геллера в Интерлакене. Сабина отправляется в Швейцарию с матерью. Однако ее пребывание в санатории оказалось недолгим: спустя месяц, вымотав медицинский персонал разнообразными выходками, она перенаправляется к прославленному исследователю головного мозга, врачу-невропатологу Константину Монакову, который, однако, отказывается взяться за ее лечение. Доведенная до паники русская пациентка впадает в неконтролируемое состояние: плачет, истерично смеется, кричит, бьет посуду и просит отвезти ее в больницу. Наконец по рекомендации доктора Рудольфа Биона отчаявшиеся родственники, прибегнув к помощи санитарной полиции, доставляют Сабину Шпильрейн с сохранившейся «пугающей симптоматикой» во всемирно известную кантональ-

Продолжение на стр. 16

ную клинику «Бургхельцли» в Цюрихе.

Ойген Блейлер (1857–1939) возглавил кантональную клинику «Бургхельцли» в 1898 г., и его усилиями она вскоре превратилась в наиболее авторитетный, инновационный и прогрессивный центр европейской психиатрии.

Благодаря плюрализму Блейлера, «Бургхельцли» стала едва ли не первой клиникой, в которой была предпринята попытка внедрить в практику лечения психоаналитический метод Фрейда. Разрабатывать это направление было поручено уже зарекомендовавшему себя Карлу Густаву Юнгу



Карл Густав Юнг перед главным входом в «Бургхельцли»

(1875–1961), выдающемуся швейцарскому психиатру, психологу, психотерапевту и философу.

Следует отметить, что в основной карте Сабины Шпильрейн, составленной Юнгом после ее поступления в клинику, отсутствовал окончательный диагноз – он был поставлен *post factum*, т.е. стал результатом более поздних клинических обобщений. Позднее Блейлер с целью уточнить статус пациентки своей клиники напишет медицинское свидетельство, в котором отметит, что Шпильрейн проходит лечение «из-за нервозности с симптомами истерии».

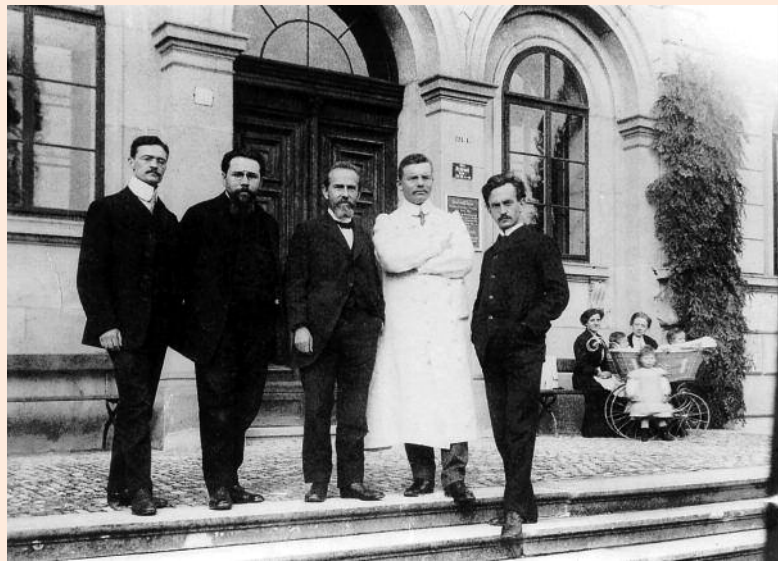
Первый биограф Сабины Николаевны, юнгианец Альдо Каротенуто в своей монографии «Дневник тайной симметрии. Сабина Шпильрейн между Юнгом и Фрейдом» отмечал, что Юнг дал характеристику Шпильрейн как пациентке, проходившей аналитическое лечение в связи с тяжелым истерическим расстройством, в письме З.Фрейду от 23 октября 1906 г.: «Трудный случай, 20-летняя русская девушка-студентка, болеющая с 6 лет». Причем этот кризис был творчески прожит Сабиной Шпильрейн и обернулся для нее личностной трансформацией. Тем не менее очевидно, что, некоторое время колеблясь с определением окончательного диагноза, Блейлер и Юнг практически сразу же поняли, что имеют дело с девушкой незаурядной; вот почему вскоре она стала активно участвовать и асси-

стировать в ассоциативных экспериментах и других исследованиях, проводимых в клинике, помогала врачам в уходе за пациентами и была рекомендована к обучению на медицинском факультете Цюрихского университета с оговоркой Блейлера, что заболевание, от которого она лечилась в «Бургхельцли», не будет препятствовать освоению профессии. Мог ли столь опытный и авторитетный психиатр, как Ойген Блейлер, допустить к своим пациентам в стационаре девушку с психотическим расстройством?

В любом случае результаты экспериментального применения аналитического подхода в лечении эксцентричной русской девушки превзошли все ожидания Юнга: меньше чем через год, 1 июня 1905 г., курс психоанализа был успешно завершён, а терапевтический эффект четко выражен и очевиден. Однако наряду с терапевтическим имел место и неожиданный побочный эффект, который Юнг как начинающий аналитик не мог предвидеть и заблаговременно устранить: пациентка влюбилась в своего женатого доктора, у которого к тому времени уже были дети.

Так открывается новая яркая страница ее биографии. Два ключевых момента, определивших всю ее последующую жизнь и личностное становление, характеризуют данный период. Это любовь к Юнгу, породившая столько мифов, и стремительный взлет вчерашней пациентки, приводившей в замешательство светил европейской психиатрии: обучение на медицинском факультете Цюрихского университета (1905–1909); специализация в области психиатрии, психоанализа и педологии; защита докторской диссертации под руководством Юнга и Блейлера (1911 г.); наконец, написание и публикация новаторской статьи «Деструкция как причина становления», ставшей вехой в развитии психоаналитической теории (*Die Destruktionalen Ursachedes Werdens. Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen*. 1912; 4: 465–503). Сабина Шпильрейн оказалась в числе пионерок женского образования и одновременно стала одной из первых женщин-психоаналитиков. Ее диссертация «О психологическом содержании одного случая шизофрении (*dementia praecox*)» стала первой диссертационной работой в истории психиатрии, посвященной психоаналитическому исследованию психоза и к тому же защищенной женщиной; в этом научном труде нашло отражение новое понимание шизофрении, восходящее к теории О.Блейлера и его школы.

Затем скандалы, резкие выпады, сплетни, втягивание третьих лиц – родственников и коллег, и вот Сабина Николаевна делает неожиданный шаг – она сама вступает в переписку с Фрейдом и вскоре примыкает к его Венскому



Перед главным входом в клинику Бургхельцли. Слева направо: неизвестный, Иоганн Нелькен, Ойген Блейлер, Ганс Вольфганг Майер, Иакоб Клаези. На заднем плане – семья Майер со служанкой

лагерю. Возможно, оказавшись между двумя гениями глубинной психологии, она волею судьбы стала еще одним камнем преткновения в их постепенно назревавшем конфликте.

Первой научной работой Шпильрейн стала уже упомянутая диссертация «О психологическом содержании одного случая шизофрении (*dementia praecox*)» – 1911 г. Она представляет собой сложное, стереоскопическое описание проделанной Сабиной Николаевной в «Бургхельцли» терапевтической работы с интеллектуально развитой пациенткой, страдавшей от шизофрении. В своем исследовании Шпильрейн осмысленно, словно, по ее же словам, следовательно, вслушивающийся в каждое слово, подбирает особый способ группировки клинического материала и его «прочтения», который позволяет глубже понять переживания и образы пациентки, вместо того, чтобы, пользуясь традиционной объяснительной схемой, свести их к какой-то внешней, скажем, органической причине. Диссертация Шпильрейн, с одной стороны, развивает идеи, намеченные ее учителем К.Г.Юнгом в работе «Психология *dementia praecox*» (1907 г.), с другой – предвосхищает и даже иллюстрирует концептуальные положения Карла Ясперса, сформулированные им спустя год после защиты С.Н.Шпильрейн в статье «Феноменологическое направление исследования в психопатологии» (1912 г.). Ее диссертация – одна из вех на пути обновления курса психиатрии и психотерапии; это убедительное исследование конкретного терапевтического случая и реальный пример новаторской работы по изучению психоза, основанной на понимании (как методе) и аналитическом подходе. Все трое ее учителей: Юнг, Блейлер и Фрейд – с энтузиазмом встретили эту работу, и она была незамедлительно опубликована в авторитетном «Ежегоднике психоаналитических и психопатологических исследований».

Лето 1911 г. Шпильрейн проводит в Мюнхене, где изучает историю искусств и совершенствует свое музыкальное образование. В эти месяцы Сабина пишет объемную метапсихологическую работу, которая впоследствии сделает ее имя известным всему психологическому миру. Шпильрейн создает теорию, в соответствии с которой сексуальное влечение состоит из двух антагонистических компонентов, один из которых предполагает деструкцию, разрушение исходного состояния индивидуума ради его возрождения в новом качестве. Статья, получившая название «Деструкция как причина становления», также была опубликована в «Ежегоднике психоаналитических и психопатологических исследований» в следующем, 1912 г.

С октября 1911 по апрель 1912 г. Сабина Шпильрейн, преодолевая эмоциональную зависимость от Юнга, проживает в Вене, вдали от недавних душевных драм. Здесь она знакомится с Зигмундом Фрейдом, принимает участие в заседаниях Венского психоаналитического общества и 11 октября 1911 г. становится его действительным членом.

25 ноября 1911 г. Сабина Шпильрейн выступает на очередном заседании Венского психоаналитического общества с докладом «Деструкция как причина становления». Реакция собравшихся на это сообщение оказывается весьма сдержанной. Вероятно, тезисы Шпильрейн остаются непонятыми, «темными», что спустя 8 лет отмечает Зигмунд Фрейд в сноске к статье «По ту сторону принципа удовольствия» (1920 г.): он признает первенство своей ученицы в открытии деструктивного импульса, констатируя при этом, что ее «богатая содержанием» работа осталась для него недостаточно ясной.

С этого года и вплоть до 1931 г. С.Н.Шпильрейн напишет и опубликует 35 научных статей, посвященных психологическим аспектам шизофрении, вопросам детской психологии, специфике детского мышления, возникновению

и развитию речи в детском возрасте, психологической проблематике времени, бессознательной символике сновидений и литературных произведений и т.д. Дальнейшая хронология ее жизни и творчества характеризуется постепенным, но неотвратимым убыванием достоверной информации: сведения о ней год за годом иссякают, как будто наша героиня уже вступила в реку забвения.

Период с весны 1912 по осень 1913 г. отмечен пребыванием в родном городе Ростов-на-Дону. Шпильрейн впервые дистанцируется и от Юнга, и от Фрейда, пытаясь выстроить собственную жизнь и достичь личностной автономии. 1 июня 1912 г. она выходит замуж за правоверного еврея, врача Павла Шефтеля. Есть основания полагать, что это замужество, которое принесло ей двух дочерей, не было счастливым. В течение того же 1912 г. Сабина Шпильрейн пишет и публикует первую работу по детскому психоанализу «Дополнения к пониманию детской души». Наряду с трудами З.Фрейда («Анализ фобии пятилетнего мальчика», 1909) и К.Г.Юнга («О конфликтах детской души», 1910) эта статья предвосхищает новое направление психоаналитических исследований, связанное прежде всего с именами А.Фрейд и М.Кляйн, которые, однако, заявят о себе лишь в следующем десятилетии.

В 1912–1914 гг. Шпильрейн проживает в Берлине. Эти годы отмечены высокой научной продуктивностью и чередой публикаций, а также рождением (17 декабря 1913 г.) первой дочери Ирмы-Ренаты, аналитические наблюдения за которой вдохновляют Сабину Николаевну продолжать исследование в области детского психоанализа.

В начале Первой мировой войны Сабина Шпильрейн вместе с дочерью переезжает в Швейцарию; с декабря 1914 по апрель 1915 г. она проживает в Цюрихе, с октября 1915 по сентябрь 1920 г. – в Лозанне. 14 января 1915 г. Павел Шефтель в связи с мобилизацией покидает жену и ребенка и возвращается из Цюриха в Россию. Наступает время продолжительной разлуки с мужем, одиночества и материальной нужды. Сабина Шпильрейн, продолжая интенсивную научную деятельность, пробует силы в других сферах творчества: она увлеченно музицирует и предпринимает попытку написать роман на французском языке. При этом ей не удается организовать психоаналитическую практику, которая приносила бы стабильный доход. Родственникам все труднее оказывать ей финансовую помощь – война и революция подорвали былые благосостояние семьи Шпильрейн, – и Сабина Николаевна бедствует, одна с малолетней дочерью на руках, порой она вынуждена просить деньги в долг у коллег. В этот непростой период

З.Фрейд, сочувствуя своей ученице, обращается к швейцарским психиатрам и психоаналитикам с просьбой посодействовать трудоустройству Шпильрейн. Однако послевоенный кризис самым плачевным образом сказался на психоаналитической практике во всех крупных культурных центрах Европы, и, несмотря на поддержку и рекомендацию такого авторитета, отделенная от семейства иностранка не может рассчитывать на постоянные заработки.

Следующая важная веха в ее научной карьере – выступление с докладом на тему «К вопросу о возникновении и развитии устной речи» на VI Международном психоаналитическом конгрессе в Гааге (1920 г.). С сентября 1920 по май 1923 г. С.Н.Шпильрейн живет в Женеве, работает в Институте Жан-Жака Руссо, сотрудничает с одним из его основателей Эдуардом Клапаредом, которому перед возвращением на родину доверит свой архив. В этот период она становится психоаналитиком другого выдающегося психолога XX в. Жана Пиаже и, возможно, пробудив в нем интерес к детскому психоанализу, оказывает влияние на общую направленность его первых изысканий в области мышления и речи ребенка.

25 марта 1922 г. умирает мать Сабины Ева Шпильрейн.

Летом 1923 г. Сабина Николаевна Шпильрейн с благословения Фрейда покидает Швейцарию и вместе с девятилетней дочерью переезжает в Советский Союз, где наблюдается возрастающий интерес к психоанализу и даже предпринимаются экспериментальные попытки использовать его методологию в процессе воспитания человека нового типа. Она на год обосновывается в Москве, переводится в Русское психоаналитическое общество, работает в Государственном институте психоанализа, где читает



Последнее фото С.Н. Шпильрейн (на паспорт), около 1924 г.

спецкурс «Психоанализ подзознательного мышления» и ведет семинарий по детскому психо-

анализу, сотрудничает как врач-педолог с Детским домом-лабораторией «Международная солидарность». Среди советских психоаналитиков она могла бы стать наиболее авторитетной фигурой, наставницей, учитывая опыт ее плодотворного сотрудничества с Юнгом, Блейлером и Фрейдом, но по какой-то причине этого не происходит. Вскоре Шпильрейн дистанцируется от научного сообщества и уходит в тень.

В 1924 г. она возвращается в Ростов-на-Дону, возможно, с целью возродить давший трещину брак с Павлом Шефтелем. В родном городе Сабина Николаевна пытается устроиться на работу в университет, ведет прием как педолог и врач в психиатрической клинике. Она по-прежнему занимается психотерапией детей и взрослых, готовит новые научные публикации. 18 июня 1926 г. в семье Шефтель–Шпильрейн рождается вторая дочь – Ева.

Основные сведения об этом периоде можно почерпнуть из последнего сохранившегося письма Сабины Николаевны, написанного Максусу Эйтингону 24 августа 1927 г. В нем она дает собственную характеристику положения психоанализа в СССР, сетует на активное сопротивление его внедрению в академической среде рефлексологов (прежде всего В.М.Бехтерева и его сторонников), откликается на недавно опубликованный критический очерк В.Н.Волошинова «Фрейдизм» и выражает убежденность в том, что психоаналитическое учение может бесконфликтно сосуществовать в одном научном пространстве с марксизмом.

Из этого последнего письма коллеге-психоаналитику мы узнаем о педагогической и научной деятельности Шпильрейн в Ростове-на-Дону после рождения второй дочери. Зимой 1927 г. ей было поручено проведение двух курсов на тему «Значение психоанализа для исследования ребенка». Эти курсы имели целью повышение квалификации школьных врачей и врачей детских садов. Тогда же Шпильрейн представила в педагогическом обществе Северокавказского университета доклад «Результаты исследований анимистических представлений у детей в возрасте от 3 до 14 лет в городах Москва и Ростов-на-Дону».

В 1930 г. ликвидировано Русское психоаналитическое общество. Начинается разгром психоанализа в Советском Союзе.

В 1931 г. в психоаналитическом журнале «Имаго» опубликована последняя статья С.Н.Шпильрейн «Рисунки детей с открытыми и закрытыми глазами». В том же году она принимает участие в 7-й Международной конференции по психотехнике в Москве – это ее последнее научное выступление.

1930-е годы омрачены трагическими событиями, превратившими жизнь Сабины Николаевны, как, впрочем, и судьбу советского

психоанализа в целом, в непрерывную античную драму. 1936-й становится поворотным и роковым для психоаналитического движения в СССР. Выходит печально известное Постановление Центрального комитета ВКП(б) от 4 июля 1936 г. «О педологических извращениях в системе Наркомпросов». В нем, в частности, утверждается, «что Наркомпрос РСФСР и Наркомпросы других союзных республик допустили извращения в руководстве школой, выразившиеся в массовом насаждении в школах так называемых “педологов” и передоверии им важнейших функций по руководству школой и воспитанию учащихся». Осудив «теорию и практику так называемой педологии» как базирующуюся «на ложнонаучных, антимарксистских положениях», Центральный комитет ВКП(б) постановил: «ликвидировать звено педологов



Братья Шпильрейн: Ян, Исаак и Эмиль, около 1930 г.

в школах и изъять педологические учебники»; «упразднить преподавание педологии как особой науки в педагогических институтах и техникумах»; «раскритиковать в печати все вышедшие до сих пор теоретические книги теперешних педологов».

К этому времени Сабина Шпильрейн теряет место педолога, теперь она работает на должности школьным врачом. Ее близкие один за другим попадают в водоворот сталинских репрессий. В 1937 г. муж Сабины Шпильрейн Павел Шефтель умирает от сердечного приступа.

26 декабря 1937 г. Исаак Шпильрейн приговаривается Военной коллегией Верховного суда СССР к смертной казни через расстрел за «шпионаж и участие в контрреволюционной организации». В тот же день приговор приводится в исполнение. Следующий, 1938-й год приносит новые утраты: 21 января 1938 г. расстрелян Ян Шпильрейн, 10 июня – Эмиль.

17 августа 1938 г., не пережив гибель сыновей, умирает отец, Николай Аркадьевич Шпильрейн. Сабина Николаевна теряет всех

близких родственников-мужчин и остается сломленная горем и опустошенная, с двумя дочерьми, в крайней нужде и неизбежном страхе перед будущим. Ее собственный печальный финал еще впереди.

22 июня 1941 г. германский вермахт осуществляет военное вторжение на территорию Советского Союза. После начала войны старшая дочь Рената Шефтель возвращается из Москвы в Ростов-на-Дону к матери и сестре. Им удастся пережить первую оккупацию,



Памятная доска

однако после освобождения города советскими войсками мать с дочерьми отказываются от эвакуации.

27 июля 1942 г. Ростов-на-Дону повторно оккупирован германским вермахтом. Начинается методичное и планомерное уничтожение еврейской диаспоры. В циничном возвращении к еврейскому населению города оккупационная администрация призывает всех ростовских евреев организованно собраться в специальных пунктах для переселения в отдельный район с целью обеспече-

ния их безопасности и предотвращения насильственных действий со стороны других этнических групп. Сабину Шпильрейн в последний раз видели соседи в августе 1942 г.: она шла в группе евреев, отрешенная, поддерживаемая двумя дочерьми, Ренатой и Евой, к окраине города – месту массового уничтожения.

Между 11 и 14 августа 1942 г. Сабина Шпильрейн и обе ее дочери вместе с 27 тыс. ростовчан приняли мученическую смерть от рук гитлеровских убийц из спецподразделения СС 10а под руководством штурмбаннфюрера Хайнца Зетцена во время геноцида в Змиевской балке (на окраине Ростова-на-Дону).

Так трагически оборвалась жизнь незаурядной женщины, оставившей многообразное научное наследие и множество легенд, вдохновивших писателей, драматургов, кинорежиссеров на создание произведений, в которых факты ее биографии тесно переплелись с авторскими вымыслами, домыслами и досадными искажениями. Упомянем лишь некоторые образцы художественного осмысления ее судьбы. В 2002 г. вышел на экраны художественный фильм итальянского режиссера Роберто Фазензы, известный в российском кинопрокате под названием «Сабина» (в других странах – «Prendimi l'anima» и «The Soul Keeper»). В конце того же года на подмостках малой сцены Лондонского королевского национального театра состоялась премьера спектакля «Исцеление словом» («The Talking Cu-



Экспозиция музея

re») по пьесе известного английского драматурга и режиссера Кристофера Хэмптона. В 2006 г. вышел в свет роман немецкой писательницы Барбель Ритц «Русская пациентка». В 2011 г. американско-канадский режиссер Дэвид Кроненберг представил на 68-м Венецианском кинофестивале фильм «Опасный метод» об отношениях Шпильрейн с Юнгом и Фрейдом.

В прошедшем 2015 г. мировая научная общественность широко отметила 130-летний юбилей Сабину Николаевны Шпильрейн – выдающемуся пионеру психоанализа посвящались выпуски психологических журналов и международные симпозиумы. В ноябре 2015 г. знаменательные события произошли на ее родине – в Ро-

стове-на-Дону. Непосредственно в день рождения С.Н.Шпильрейн, 7 ноября, в доме, где с 1897 г. проживала ее семья (доходный дом семьи Шпильрейн по адресу: Ростов-на-Дону, ул. Пушкинская, 83), была открыта мемориальная экспозиция.

В заключение выразим надежду на то, что научное сообщество еще воздаст должное Сабине Николаевне Шпильрейн и оценит по достоинству ее вклад в науки о человеке. Ведь и сегодня многие ученые мужи, используя широко распространенный в разных сферах знания термин «деструкция», по-прежнему не догадываются о том, что его внедрение в научный дискурс связано с именем этой хрупкой женщины великой и трагической судьбы. ■

У наших друзей

Лекарство от стресса: поиски

*П.В.Морозов,
профессор кафедры психиатрии
ФДПО ГБОУ ВПО РНИМУ
им. Н.И.Пирогова, Москва*

Имеет значение не то, что с вами случается, а то, как вы это воспринимаете.

Ганс Селье

Психосоматические расстройства имеют высокую распространенность среди населения и особенно в высокоразвитых странах. Частота психосоматических расстройств колеблется от 15 до 60% среди населения, а среди пациентов первичной практики – от 30 до 57%. Статистика показывает, что 1/3 больных, получающих медицинскую помощь, первично страдают от эмоциональных расстройств. Среди контингента многопрофильных больниц психосоматические расстройства были выявлены в 53,6% случаев (П.И.Сидоров, 2010).

Когда гениальный канадский ученый венгерского происхожде-

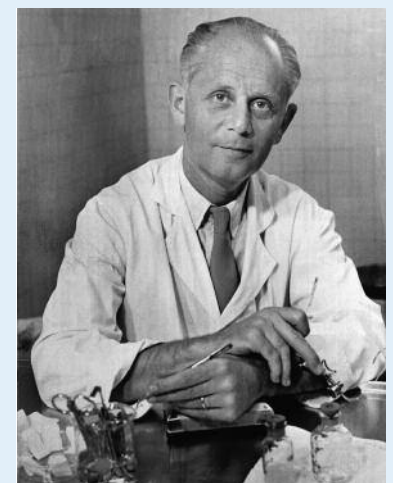
ния Ганс Селье в 1936 г. предложил свою теорию общего адаптационного синдрома, а несколько позже ввел в научный обиход термин «стресс» (предложенный ранее Уолтером Кенноном), он и не подозревал, что через 50–60 лет этот термин станет не только одним из самых используемых в медицинской литературе, но и одним из наиболее употребляемых слов в повседневной жизни каждого человека.

Работая в университетской клинике инфекционных болезней, Селье обратил внимание на то, что первые проявления разнообразных инфекций, любых вредностей совершенно одинаковы; различия появляются спустя несколько дней, но начальные симптомы одни и те же.

Тогда же он стал разрабатывать свою гипотезу общего адаптационного синдрома, согласно которой болезнетворный фактор обладает пусковым действием, включающим выработанные в процессе эволюции механизмы

адаптации. Селье сформулировал концепцию стресса, при этом он рассматривал физиологический стресс как ответ на любые предъявленные организму требования и считал, что с какой бы трудностью ни столкнулся организм, с ней можно справиться двумя типами реакций: активной, или борьбы, и пассивной, в виде бегства от трудностей либо готовности терпеть их. Он назвал отрицательный стресс дистрессом и положительный стресс эустрессом.

Откуда же берется стресс? Это и отношения с другими людьми (строгий начальник, плохие соседи, нерадивые подчиненные, окружающие в социуме), это плохие условия жизни и работы (жилищные условия, производственные факторы, плохая экология), это какие-либо чрезвычайные обстоятельства (природные и техногенные катастрофы, травмы, болезни), наконец, это политические и экономические факторы (кризис, высокие цены, кредиты, негативные новостные потоки,



Ганс Селье

неблагоприятные прогнозы на будущее). Профессор Ю.А.Александровский даже выделил специальную группу подобных заболеваний, назвав их социально-стрессовыми расстройствами (ССР). Последние годы именно ССР занимают все более видное место в ряду факторов стресса.

Все это вызывает тревогу, тревога отражает не только наше нервно-психическое состояние, но и влияет на наше соматическое здо-



Королева Швеции Кристина

ровье. Г.Селье дал такое определение стресса: «Неспецифический ответ организма на любое требование, которое к нему предъявляется». Недаром ученый любил повторять: «Имеет значение не то, что с вами случается, а то, как вы это воспринимаете». С детских лет мы усвоили, что все болезни – от нервов и нервные клетки не восстанавливаются. Так ли это? Можно ли разорвать порочный круг? Возможно ли помочь нашему организму защитить себя?

Когда я вел на канале «Культура» авторскую медицинскую программу «Консилиум», то часто спрашивал наших ведущих ученых-медиков, лидеров в различных областях медицины, академиков: «Что же является основной причиной данной группы патологии?» Начали они обычно издали, но заканчивали одним: «Многое зависит от психики человека, от его нервной системы», – т.е. фактически повторяли вслед за Г.Селье тезис об основополагающем значении стресса в формировании соматических заболеваний. Выявлено, что пациенты, имеющие симптомы тревоги и стресса:



Рене Декарт

- в 6 раз чаще посещают кардиолога;
- в 2,5 раза – ревматолога;
- в 2 раза – невропатолога, уролога и ЛОР-врача;
- в 1,5 раза – гастроэнтеролога.

Часто человек реагирует на стресс соматически: умер близкий человек, а у тебя пневмония, студент не сдал экзамен – и вдруг флюс от волнения, нелады в семье – головные боли, бессонница... Болезни разные, а механизм один.

Даже нарушения цикла сна-бодрствования иногда приводят к беде. Философ Рене Декарт давал уроки французского языка шведской королеве Кристине очень рано, вынужден был вставать в

пять утра. Будучи «совой» от природы, страдал от раннего вставания, которое выбивало его из привычного биологического ритма жизни. Длительный стресс привел к простуде, она осложнилась пневмонией, и вскоре великий француз умер.

При сплошном годовом осмотре пациентов, обратившихся в обычную московскую поликлинику, выяснилось, что 67,8% из них нуждаются в помощи... психиатра. Эти данные были получены в конце 1980-х годов коллективом отдела аффективной патологии Московского НИИ психиатрии под руководством профессора О.П.Вертоградовой. Вместе с

тем, это не означает, что все люди должны поголовно бежать за помощью к психиатрам, да и они сами вряд ли пойдут на это.

Более полувека психиатры и фармакологи пытаются найти универсальное лекарство против стресса. Чего только ни перепробовали от стресса и его негативных последствий: и растительные средства, и гомеопатию, и антидепрессанты и «классические» транквилизаторы (бензодиазепины).

Однако оказалось, что растительные средства недостаточно эффективны, так как не обладают выраженным анксиолитическим действием, к тому же у них обнаружены нежелательные по-

бочные действия, от них клонит ко сну в дневное время; гомеопатические средства не принимаются на рассмотрение Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ).

С антидепрессантами дело обстоит сложнее – это эффективные препараты в руках специалиста-психиатра, который может распознать под маской соматического заболевания эндогенную депрессию (маскированные или ларвированные депрессии). Назначать их следует с осторожностью, с длительным титрованием дозы, особенно при приеме большим

Продолжение на стр. 20

АФОБАЗОЛ®



РУ ЛС-000861

АФОБАЗОЛ® помогает устранить повышенные

- ТРЕВОГУ
- НАПРЯЖЕНИЕ
- РАЗДРАЖИТЕЛЬНОСТЬ

и защитить нервную систему от разрушительного воздействия стресса

- БЕЗ ДНЕВНОЙ СОНЛИВОСТИ
- БЕЗ СНИЖЕНИЯ ВНИМАНИЯ
- БЕЗ ПРИВЫКАНИЯ

действуя с первой недели приема



АФОБАЗОЛ®: ДЕЙСТВИЕ ПОДТВЕРЖДЕНО ИССЛЕДОВАНИЯМИ^{1,2,3,4}



78%

пациентов отметили уменьшение раздражительности и плохого настроения¹

В 2 РАЗА снижается уровень тревоги¹

70%

пациентов отметили снижение утомляемости и повышение работоспособности¹

Результаты

1. У пациентов, испытывавших эмоциональный стресс и страдавших невротическими расстройствами с выраженными симптомами вегетативной дистонии. Акарачкова Е.С., Шварков С.Б., Маний В.И. Афобазол в терапии вегетативных проявлений тревоги и дезадаптации у больных неврологической и общесоматической практики. РМЖ. 2007. том 15, № 2, с.100-106.
2. Авелисова А.С., Чакава В.О., Лесе Ю.Э., Мальгин Я.В. Новый анксиолитик Афобазол® при терапии генерализованного тревожного расстройства: результаты сравнительного исследования с диазепамом. Consilium Medicum. 2006, Т.8, № 8.
3. Незнамов Г.Г. с соавт. Новый анксиолитик Афобазол: результаты сравнительного клинического исследования с диазепамом при генерализованном тревожном расстройстве. Журнал Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. – 2006. - № 4. – с. 8-15.
4. Смулевич А.Б., Андриющенко А.В., Романов Д.В., Сираничева О.А. Терапия пограничных психических расстройств (исследование эффективности и переносимости Афобазола). Consilium medicum. Психические расстройства в общей медицине. 2006, Т.1, №1, С. 10-16.

Начало на стр. 19

кардиопрепаратов для лечения сопутствующей патологии (тахикардия, дислипидемия, метаболические нарушения и др.). Недавно в США разразился скандал, связанный с частым назначением антидепрессантов людям, перенесшим тяжелую утрату. Считалось, что, согласно последней классификации DSM-5, у всех этих людей – «большая депрессия». Нельзя глушить человеческие чувства антидепрессантами – об этом с негодованием писали журналисты газеты «Washington Post».

Те же мысли возникают у меня, когда мы говорим об использовании в подобных ситуациях и транквилизаторов бензодиазепинового ряда. Помнится, как один известный психиатр сказал своему взрослому сыну-врачу на похоронах жены: «Не надо успокаивающих – они глушат чувства». И добавил: «Эмоции измеряются эмоциями».

Но и это не является главной опасностью приема «классических» транквилизаторов – длительный прием бензодиазепинов ведет к возникновению психической и физической зависимости от них. Наблюдаются также сон-

ливость, головокружение, снижение внимания и концентрации, нарушение координации, ухудшаются все области познания. ВОЗ категорически не рекомендует длительное применение бензодиазепинов...

Так неужели идеального лекарства от тревоги и стресса не существует?

Со студенческих лет я знаком с Сергеем Борисовичем Середениным, мы с ним ровесники, но он всегда отличался от всех нас необычайной целеустремленностью, умением идти к поставленной цели. Ныне академик РАН, директор Института фармакологии РАН, лауреат многочисленных премий и наград так недавно ответил на мои вопросы, почему он стал изучать нервную систему, стресс, обосновал проблему фармакогенетики стрессовых реакций и как он стал создавать инновационные лекарства именно в этой области: «Я участвовал в разработке препарата бензодиазепинового ряда – феназепам, который имеет ряд эффектов, и моя роль заключалась в доказательстве того, что эффект препарата (анксиолитический или седативный) зависит от фенотипа эмо-



П.В. Морозов и С.Б. Середин

ционально-стрессовой реакции. Другими словами, два типичных ответа на стресс, которые есть в классе млекопитающих – активация и фризинг (оцепенение, пассивность), определяют этот эффект. И поэтому следующей моей задачей было понять, почему это происходит и, соответственно, найти средство, для которого из всего спектра эффектов было бы характерно только противотревожное действие, при отсутствии седации. Вот этим я занимался много лет, и в итоге получился препарат Афобазол®».

Скромный Сергей Борисович забыл упомянуть при этом про принципиально инновационный подход к изучаемой давно проблеме, про открытие нового класса анксиолитиков – селективных небензодиазепиновых противотревожных препаратов, про присвоение ВОЗ созданному селективному анксиолитику Афобазолу МНН «фабомотизол» и про его включение в международную классификацию АТХ в группу анксиолитиков. Сегодня Афобазолу исполнилось 10 лет, и мне предстоит подробно рассказать о нем в следующей статье. ■

Психиатрия и история

Царь Иван IV: Грозный или ужасный?



Н.Д. Лакосина

Г.П. Колутаев, В.М. Ключев, Н.Д. Лакосина, Г.П. Журавлев

Личности знаменитого русского царя Ивана Грозного была посвящена специальная монография известного отечественного психиатра П.И. Ковалевского. Вышедшая еще в XIX веке, его книга «Иван Грозный и его душевное состояние» полна интересных наблюдений и умозаключений. Но психопатологический анализ в ней выполнен на уровне психиатрической науки того времени. П.И. Ковалевский все анализирует с позиций учения о дегенерации (наследственном вырождении). Он рассматривает выдающегося Рюриковича как наследственного дегенерата, заболевшего сперва

неврастенией, которая затем перешла в паранюю.

Ранее попытку осветить «душевную болезнь царя Иоанна Васильевича IV Грозного» предпринял Я. Чистович. В приложениях к его книге «История первых медицинских школ в России» (Санкт-Петербург, 1883) есть небольшая статья, в которой, однако, содержатся почти все основные положения, развитые затем П.И. Ковалевским.

Паранюйальность обычно проявляется в возрасте 30–40 лет. Труды русских историков (Н.М. Карамзин, Д.И. Иловайский, Н.Н. Костомаров, Н.Н. Фирсов, В.О. Ключевский) свидетельствуют, что ужасы в царствование Ивана Грозного начались после того, как ему исполнилось 30 лет. Предшествующий период, связанный с деятельностью умных сподвижников государя Сильвестра и Адашева и ознаменовавшийся успешными завоеваниями, упрочением единого независимого русского государства, называют даже «золотым веком» в царствовании Иоанна.

Развертыванию паранюйальной картины часто предшествует какой-либо толчок (психическая травма, телесное заболевание). Подобное случилось и в жизни неординарного царя: на четвер-



А.А. Шишкин. Последний бой

том десятке он перенес какое-то смертельно опасное заболевание, а вскоре после этого потерял первую горячо любимую жену Анастасию, по которой тосковал до конца своих дней.

В 1564 году Иван Грозный со своей семьей, узким кругом доверенных лиц, захватив с собой казну и дворцовое имущество, неожиданно покинул Москву и поселился в Александровской слободе. Причина бегства – непре-

станные мысли о преследовании со стороны бояр, мнимых заговорах, хотя, как свидетельствуют историки, к тому времени не только заговоров, но и какого-либо неповиновения со стороны бояр уже не было. Мысль о спасении бегством и позже неоднократно вспыхивала в сознании Иоанна. В своем завещании, написанном около 1572 года, он серьезно изображает себя изгнанником, скитальцем. В.О. Ключевский пи-

сал о его намерении бежать в Англию и искать пристанища у английской королевы.

Принимая посольство с мольбами вернуться в Кремль, царь сказал о боярах: «Извели нашу кроткую и благочестивую супругу Анастасию Романовну, и если бы Бог нас не охранил, открывая их замыслы, то извели бы и нас, с нашими детьми. Того ради, избегая зла, мы поневоле должны были удалиться из Москвы...»



Tzar Ivan The Terrible («ужасный»)

Как свидетельствуют летописи, в период бегства во внешности царя внезапно произошли резкие перемены. Прежде статный и красивый, он как-то вдруг постарел, осунулся, лишился почти всех волос. Как свидетельствуют летописи, царь стал «нелеп», то есть некрасив.

Иоанн согласился вернуться на трон при условии предоставления ему по сути неограниченной диктатуры, права расправляться с кем захочет и как захочет, и чтоб никто ему в этом не перечил. Даже духовенство лишено было права просить царской милости к осужденным.

Кремль – древняя резиденция московских великих князей – уже не казался Иоанну безопасным. Он скрывался то в укрепленной Александровской слободе, окруженной заставами и дозорами, то в специально выстроенном для него дворце на Неглинной за глубокими рвами и высокими стенами.

Но главное – для обеспечения своей безопасности царь создал опричнину, особую касту людей, наделенных неограниченным правом убивать царских врагов и грабить их имущество. Молодые, отчаянные, часто с темным прошлым, отрекшиеся от друзей и родных, царские дозорщики не просто исполняли охранные функции – они активно выискивали внутреннюю крамолу, могли подозревать любого во всевозможных заговорах. Между тем авторитетные историки свидетельствуют, что в опричнине в то время особой необходимости вовсе не было. Политическая сила боярства была уже подорвана, а местничество лишало удельных властителей способности к дружным действиям. Знатнейшие бояре своим правлением в период малолетства Иоанна снискали ненависть народа. Боярская крамо-

ла в этот период не шла дальше помыслов о сохранении собственной жизни и бегства в Литву. Ни о каких заговорах, покушениях на самодержца со стороны бояр не было и речи.

Разгул опричнины был страшен: ежедневно в Москве «кромешники» (так в народе называли опричников) убивали десятки людей. Трупы валялись на улицах, и никто не смел их убирать. За пределами столицы царил такая же вседозволенность. Крестьянство было разорено полностью, по селам будто бы прошла неприятельская армия. Другая часть государства, именуемая земщиной, хотя формально считалась независимой от опричнины, но фактически была полностью бесправной и целиком ей подвластной. У земщины в пользу опричнины отнималась не только земля, но и дома, домашнее имущество. Тысячи людей посреди зимы выгоняли из дома и толпами отправляли пешком обживать далекие пустые земли.

В условиях постоянного поиска заговоров и измен чрезвычайно развился культ доносов. Царь жаждал доносов. И появилась масса доносчиков, желавших на несчастье других создать себе положение. Тем более что обвинения, содержащиеся в доносах, никем фактически не проверялись. Признавалась единственная форма доказательства вины – признание под пыткой. А мастерство пыток достигло изуверской утонченности. Сам царь изобрел для этой цели специальный «жгучий состав». Естественно, что под страшными пытками люди не только признавались в своей мнимой вине, но и оговаривали других.

Для обнаружения заговоров использовался и метод провокаций: Иоанн, желая проверить преданность бояр, подсылал им подложные письма, якобы от польского короля. Если на следующий день эти письма получатель не приносил в царский дворец, он подозревался в измене.

Казненные, убитые и замученные во время пыток в царствование Ивана Грозного исчислялись десятками тысяч. Казнили не только осужденных, но и их близких и дальних родственников, друзей, слуг, малолетних детей. Наряду с казнями широко практиковались ссылки в дальние, полудикие места. Впрочем, ссылка, как это было с митрополитом Филиппом, не освобождала от последующей казни.

Ненависть к своим мнимым преследователям сначала была направлена на узкий круг лиц, но затем перекинулась на многие семьи, сословия, даже города. Ненавистным сословием для царя стало боярство – от бояр он много натерпелся в раннем детстве. Во время бегства из Москвы все боярство он обвинил в тайном заговоре.

Ненависть к целым городам бывает обусловлена у параноиков каким-либо связанным с этим го-



Елена Глинская, мать царя Ивана

родом неприятным событием в их прошлой жизни, особенно если это событие больно ударило по их самолюбию. Иван Грозный возненавидел Новгород и Псков. В начале его царствования, вскоре после торжественного обряда венчания на царство, жители этих городов осмелились омрачить торжество, прислав свои делегации к царю с челобитной на несправедливость его вельмож и некоторых установленных порядков. Смиранных челобитчиков обвинили в бунте, а ненависть к Пскову и Новгороду всю жизнь тлела в сердце царя. В последние годы царствования он поверил дикому и вздорному доносу о якобы возникшем заговоре знатных новгородцев, в том числе служителей православной церкви, собравшихся передать Новгород католической Польше. И вот русский царь со своим войском отправился в поход против своих же городов, причем городов отнюдь не бунтующих, а являвших собой к тому времени пример верноподданничества.

Вся земля от Москвы до Новгорода была предана огню и мечу. Был сожжен Клин, разграблены Тверь, Торжок, Валдай, Вышний Волочек и другие города и поселения. Было приказано всех встречающих на дорогах убивать, дабы они не могли предупредить другие города. Новгород был заранее окружен войсками, чтобы из него никто не смог выйти. Город был разграблен, а жители перебиты. По свидетельствам летописцев, в Новгороде были убиты от 15 до 60 тысяч жителей. Волхов был запружен плывущими мертвыми телами. И только случайность спасла жителей Пскова от такой же судьбы.

Объектом идеи преследования становятся со временем самые близкие люди – родные, друзья. Иоанн, подозревая в измене, умертвил своих родственников – двоюродного брата князя Владимира Андреевича, его жену, старуху мать (монахиню) и жену его брата (тоже монахиню). Кстати, в расправе с князем Владимиром Иоанн избрал способ, к которому,

по-видимому, охотно прибегают стоящие у власти паранойяльные личности, когда хотят избавиться от лица, пользующегося авторитетом, популярностью или занимающего высокое положение, – насильственное самоубийство. Он заставил князя Владимира выпить яд.

Заговоры и измены стали чудиться царю даже в среде излюбленной им опричнины: князь Вяземский, отец и сын Басмановы (царские любимцы) были подвергнуты жестоким пыткам и казнены. Сам главарь удалцов-палачей Малота Скуратов избег подозрений и казни, по-видимому, лишь потому, что погиб в одном из боев.

Рука об руку с идеями преследования у больного паранойей идут идеи отношения, а зачастую – воздействия и отравления. Вероятно, эти идеи также были присущи Иоанну. По словам летописцев, в печальных взорах своих вельмож царь усматривал предательство, а в их молчании ему чудились угрозы и укоризны. «Отгадывать» по взглядам чужие мысли – одна



Марфа Собакина, царская невеста

из характерных черт бреда отношения.

Страх быть отравленным все время тяготел над Иоанном. Пищу и вино он брал только из рук Вяземского или Федора Басманова. Причину смерти своих жен (Анастасии, Марии и Марфы) он видел в «порче» со стороны придворных и родственников прежних жен. Тем не менее яд и отраву сделалась одним из средств для расправы с мнимыми врагами. В обязанности лейб-медика голландца Бомевилля входило приготовление ядов, а царский кравчий Федор Басманов на пирах подносил от царя чаши с отравленным вином боярам, подозреваемым в измене.

Не менее угнетал Иоанна страх стать предметом колдовства и злых чар. Именно эти обвинения были предъявлены его бывшим любимцам Вяземскому и Басманову. Заподозрить их в измене, по-видимому, казалось невероятным даже для Иоанна. Он настойчиво повторял, что его первую любимую жену «извели».

Была обвинена в намерении «чародейством известить царя» и

некая Мария, подозреваемая в близости с Адашевым – приверженцем царя в его молодые годы, на которого с годами пал царский гнев. Ее и заодно пятерых ее сыновей казнили.

Если страх быть преследуемым и убитым толкал на жестокость и убийства, а страх быть отравленным – на отравление других, то страх быть околдованным обуславливал повышенный интерес к сверхъестественным предметам. Царь жадно прислушивался к астрологическим гороскопам голландца Бомевилля (а гороскопы хитрого лекаря, конечно, сулили заговоры, бунты и измены).



А.А. Шишкин. Царь Иван Грозный

В последние годы жизни Иоанн окружил себя разного рода колдунами и волхвами.

П.И. Ковалевский, анализируя психопатологическое состояние Ивана Грозного, целиком сводит его к бреду преследования.

С современной точки зрения в поступках и помыслах Иоанна можно обнаружить также чрезвычайно характерные для параноика идеи величия. На первый взгляд, это может показаться парадоксальным. Какие же идеи величия могут быть у лица, и без того занимающего в своем государстве самое высокое положение?

Среди параноийальных идей величия обычно фигурируют две основные темы – родственная близость к лицам, стоящим во главе государства, обладающим

всей полнотой власти и пользующимся высшими степенями почета, или великие изобретения, открытия, жажда признания выдающихся научных заслуг. В каком виде эти темы могут проявляться у параноика, стоящего у власти?

Иван Грозный первым среди московских государей торжественно, со всем церковным величием венчался на царство. Правда, титул царя впервые был принят его дедом Иваном III. Перед иноземными послами и в дипломатических бумагах, адресованных в другие государства, Иван III именовал себя царем и самодержцем, желая показать, что создал единое, сильное, независимое от татарского ига русское го-

сударство. Пышный обряд величия ему был ни к чему.

Иное дело – Иван Грозный. Царский титул был для него прежде всего символом божественного происхождения его самодержавной власти. Он желал быть не просто великим князем, первым среди московских князей, признанным вождем правящего класса. Он мечтал подняться над подчиненными ему князьями и боярами на недосягаемую для них высоту. Ивана Грозного не удовлетворяло безоговорочное признание ими его власти над собой по праву отчины, то есть наследства. Таким правом пользовались все бояре в отношении своих поместий. При всяком удобном случае Иоанн старался показать всем и вся божественное происхождение своей царской власти.

Польскому королю Стефану Баторию, избранному на трон польской шляхтой, он писал, укоряя выборным происхождением его власти: «Мы, смиренный Иоанн, царь и великий князь всея Руси по Божьему изволению, а не по мятежному человеческому хотению...» Первым среди московских государей Иван Грозный стал считать себя царем в настоящем библейском смысле этого слова – помазанником Божиим.

Была создана целая «ученая» теория происхождения его царственной власти. Образ могущественного римского императора Октавия Августа, властителя огромной империи, носившего титул цезаря, то есть царя, заманчиво маячил перед воображением Иоанна. Услужливо была пущена в ход нелепая легенда о том, что этот римский цезарь перед смертью разделил всю вселенную между своими наследниками, а брата своего Пруса посадил царствовать по берегам Вислы, отчего эта земля и зовется Прусской. Рюрик же, от которого вели свой род московские великие князья, якобы является потомком этого Пруса в четырнадцатом колене. Так была создана «теория» происхождения царя Ивана Грозного от римских цезарей.

Еще одна легенда была пущена в ход. Византийский император Константин Мономах прислал киевскому князю Владимиру свой царственный венец, бармы и цепь. Владимир якобы завещал хранить эти реликвии до тех пор, пока не появится на Руси достойный самодержец. Вот Иоанн и повелел московскому митрополиту Макарию венчать себя на царство шапкой, бармами и цепью Мономаха. Доказывать свою родственную близость к византийскому двору Иоанну не было нужды – его бабка, Софья Палеолог, действительно была племянницей последнего византийского императора. Здесь легенда должна была доказать, что Иоанн – самый достойный среди своих предков, что он – избранник Божий.

Но и этого оказалось мало. В народе пустили слух, что явилось наконец предсказанное Апокалипсисом последнее «Шестое царство» – царство Московское. Широко распространился девиз: «Москва – третий Рим, а четвертому не быть», задолго до царствования Иоанна высказанный монахами одного из псковских монастырей. Следовательно, с падением римской и византийской империй Москва остается единственным царством, а московский царь – единственным наместником Бога на земле. Отсюда уже рукой подать до идеи мирового господства.

Как видно, если у обычного параноика идеи величия могут проявиться в мыслях о его «высоком происхождении», то для параноика, стоящего у власти, они превращаются в идею мирового господства и исторической фатальности его власти.

Во времена Ивана Грозного науки в нашем смысле еще не существовало. Изобретения и открытия хотя и осуществлялись, но еще не давали их авторам мировой славы и всеобщего признания. Место науки в духовной жизни общества занимало богословие. Иоанн страстно отдавался богословским занятиям и считал себя непререкаемым авторитетом в богословских вопросах. Каждый день после обеда в Александровской слободе он вел поучающие душеспасительные беседы со своими изуверами-опричниками. Он сам писал сочинения на богословские темы. В этих сочинениях обнаруживается одна черта, чрезвычайно характерная для наукообразных трактатов параноиков, – огромное количество пространных цитат. Как отмечал В.О. Ключевский, «Иоанн любил пестрить свои сочинения цитатами ксати и нексати». Даже в его письмах к князю Курбскому, его бывшему сподвижнику, бежавшему за рубеж, он на каждом шагу вставляет отдельные строки из Писания, иногда выписывает подряд целые главы из ветхозаветных пророков.

Кроме идей преследования и величия Иван Грозный имел определенные характерологические черты, присущие параноийальному развитию личности.

Нетерпимость к замечаниям в свой адрес, невыносимость противоречий обычно служат частой причиной конфликтов и скандалов. Как писали русские историки, Иван Грозный считал добрый совет посягательством на свои права, несогласие со своими планами – крамолой, заговором и изменой. Противоречие нередко вызывало у него вспышки неукротимой злобы и яростного гнева и вело к дикой расправе. Убийство Иваном Грозным своего сына, пожалуй, может служить самым разительным, но не единственным примером: на одном из пиров Иоанн вонзил нож в сердце Оболенского, намекавшего на его противоестественную связь с Федором Басмановым. Нетерпимость к непослушанию доходила до абсурда: он велел изрубить присланного ему в подарок из Персии слона за то, что тот не стал перед ним на колени.

По словам В.О. Ключевского, царю ежеминутно нужно было чувствовать, как его любят и уважают, как ему преданы. Те, кому это удавалось, некоторое время пользовались его доверием (друг детства Федор Воронцов, затем Сильвестр и Адашев, позже Федор Басманов и Малюта Скуратов). Но безграничное доверие всегда было временным. Все они, кроме Малюты, погибли по вине Иоанна.

Другая черта – умелое использование в личных целях общественной морали, извлечение выгоды из господствующих в обществе взглядов, стремлений, законов – претерпевает у параноика, стоящего у власти, своеобразную



Парсуна. Колпенгагенский портрет. Конец XVI в.

трансформацию. В подобной ситуации параноик сам в значительной мере способен влиять на мораль общества, во главе которого стоит, и извлечение выгоды из морали оборачивается оправданием творимых беззаконий, в первую очередь репрессий, перед лицом истории. Эта жажда оправдаться перед историей обуславливает, по-видимому, чрезвычайное развитие ханжества.

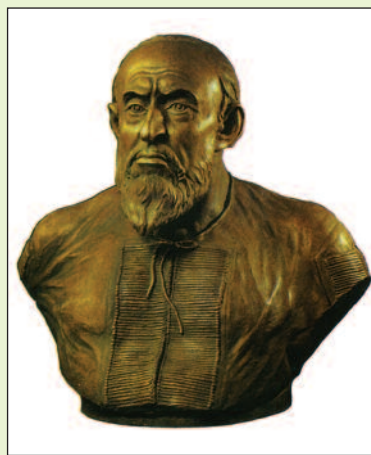
Ивану Грозному страстно хотелось примирить свою бесчеловечную жестокость с религиозной моралью своего времени. Всем своим лютостям он всегда пытался придать видимость закона. Свои репрессии царь объяснял обязанностью вершить истинное правосудие: кто злоумышляет против него – помазанника Божия, тот – враг всего православного царства, а следовательно, и самого Бога. Он умело внушал своему окружению, что его руками вершится Божья воля, что он ниспослан Богом для борьбы с врагами отечества. Он неоднократно ханжески жаловался на тяжесть выпавшей на него исторической миссии, проявлял лицемерную заботу о душах казненных и замученных людей, рассылая по церквям и монастырям поминальные списки и щедрые подношения на поминавание усопших.

Фанатичная религиозность Иоанна имеет свои параноийальные корни – ведь он считал себя заместителем Бога на земле. Но ханжество сквозило и в его религиозности. Отобрав из числа опричников самых отчаянных и жестоких и поселившись с ними в Александровской слободе, Иоанн создал дикую пародию на монастырь. Опричников он обрядил в черные монашеские одеяния, под которыми они продолжали носить раззолоченные и обшитые соболями кафтаны. Сам Иоанн провозгласил себя игуменом. Днем он казнил или присутствовал на пытках в застенках, а по ночам молился со всей своей братией, звонил к заутрене, читал и пел на клиросе, а земные поклонны клал столь усердно, что кровоподтеки не сходили у него со лба. Во время трапезы, когда все опричники объедались и опивались вином, царь за аналоем читал назидательные поучения святых отцов церкви о посте и воздержании.

Ханжество Иоанна проявлялось также в приступах показной скромности. Последняя, пожалуй, заметнее всего обнаруживалась в истории с «царями Симеонами». Разделив государство на земщину и опричнину, Иоанн объявил, что он якобы опричнину оставляет за собой, а земщине дает своего «царя». Он посадил на московский трон пленного казанского царя, крещеного татарина Едигера-Симеона, затем быстро убрал его и посадил другого татарина, также окрещенного Симеоном, и дал ему титул «великого государя всея Руси». Все указы писались от имени этого «царя», а сам Иоанн ездил к нему на поклон как простой боярин, писал челобитные, в которых униженно называл себя князем московским Иванцем, бьющим челом со своими детишками. Но всю власть в государстве Иоанн, конечно, оставил себе. Больше года он наслаждался собственной «скромностью», а затем отправил «царя» Симеона в ссылку.

Ханжество сквозило и в изуверской расправе с конюшим Федоровым. Иоанн вообразил, что конюший хочет свергнуть его с престола и сделаться царем. Он велел обрядить Федорова в свои царские одежды, посадил на трон, кланялся ему в ноги, называл царем, а затем вонзил ему нож в сердце.

Показной аскетизм Иоанна, изнурительные посты, длительные моления бессонными ночами сочетались в нем с кровожадным зверством и половой распущенностью. Иоанн переменил семь



М. Герасимов. Портретная реконструкция Ивана Грозного

законных жен (православная церковь допускала лишь три законных брака) и сменил, по свидетельству летописей, около пятидесяти наложниц. Он велел приводить к себе чужих жен, затем отдавал их на поругание опричникам и после этого отправлял женщин к мужьям. Если же опался мести, умерщвлял их. Иоанн сожительствовал со своим кравчим молодым красавцем Федором Басмановым, а по намекам некоторых летописцев, и с молодым боярином Вельским. Предполагают, что Иван Грозный понуждал к сожительству жену своего старшего сына Ивана. Незадолго до смерти дряхлый, прикованный

к постели, заживо разлагающийся «кесарь» воцарился к пришедшей его навестить жене младшего сына Федора (будущая царица Ирина). Невестка в омерзении и страхе убежала от своего сладострастного свекра. Когда же к нему пришел сын Федор, Иоанн стал убеждать наследника в неверности его жены, говорить о том, как она распутна, что с нею надо развестись и заточить ее в монастырь.

Особо жгучая ненависть у параноика возникает к тем, кто когда-либо оказывал ему помощь. У Ивана Грозного такой род ненависти обращается на сподвижников, кому параноик был обязан своим возвеличиванием. В первую половину царствования Иоанна велись успешные войны. Впоследствии царь почти поголовно обвинил в измене всех, кто прославился ратными подвигами, и жестоко расправился с ними.

Упрочению своей государственной власти Иоанн в значительной мере был обязан умной политике помощников его первых лет – Сильвестра и Адашева. И их судьба оказалась трагичной.

Для идей преследования, которыми терзался царь, характерна еще одна отличительная черта, которая отмечается в Псковской летописи: страх преследования и связанная с ним жестокость обострились внезапными приступами. Начиналось все на фоне относительного душевного покоя. Во время долгих богослужений лицо Иоанна внезапно искажалось, и он отдавал самые жестокие и бесчеловечные приказания.

Посреди трапезы царь издавал иногда дикий крик, который был сигналом сбора для опричников, и они мчались вместе с повелителем пытать и казнить томящихся в застенках. Такой же крик во время трапезы в Новгороде послужил сигналом для разгрома города. Но приступы обрывались так же внезапно, как и начинались. П.И. Ковалевский полагает, что Псков избежал судьбы Новгорода только потому, что у Иоанна миновал подобный приступ.

Видимо, кошмарная жестокость Иоанна, его садизм, личное участие в истязаниях и пытках, собственноручные убийства своих мнимых врагов так же, как и приступообразные состояния, проявляющиеся аффектами ярости и лютыми зверствами, – все это объяснимо наличием в его характере эпилептоидных черт. Сам Иоанн эпилепсией не страдал, но наличие какой-то скрытой неполноценности можно подозревать.

Эпилепсией болел его сын Дмитрий. А сын Иван обнаруживал некоторые эпилептоидные черты.

В последний год своей жизни (Иоанн умер в 53 года), по словам очевидцев, царь заболел какой-то странной болезнью: «В течение многих дней и не говорил ни с кем, ни пищи не принимал, ни даже звука не издавал, так что, казалось, он онемел. А затем, по истечении многих дней, когда бо-

лезнь открывала ему уста, он только звал своего сына Ивана (ранее убитого. – Авт.). Ему мерещилось, что он видит Ивана, что он слышит Ивана, что тот с ним говорит, что он перед ним стоит, а иногда жалобно призывал его к себе как бы живого».

Это немногословное описание, приведенное П.И. Ковалевским, который позаимствовал его у Одеборна, – довольно яркая психотическая картина, вовсе не характерная для параноийальных расстройств. Речь могла идти о психозах другого рода. Можно предположить, что причиной тя-



Прижизненный образ И. Грозного. Свяжск, Успенский собор

желого поражения мозга в последние годы жизни Иоанна был сифилис. Царь умирал, заживо разлагаясь, покрытый гниющими язвами, что характерно для запущенной формы этой болезни.

К ней привели его распутство и чрезвычайное распространение (знаменитая «пандемия») сифилиса в европейских странах в XVI веке, докатившееся и до Московской Руси.

Во всяком случае, картина предсмертного психоза у Иоанна, когда преобладали яркие зрительные галлюцинации, не может свидетельствовать в пользу известной схемы развития параноидной шизофрении вслед за параноийальным этапом.

Что было до этого у Ивана Грозного – только параноийальная психопатия, сформировавшаяся на предшествующей эпилептоидной основе, или параноийальное развитие, достигшее психотического уровня? Вероятнее всего, началось с первого и постепенно перешло на второе. Поначалу идеи преследования сосредоточивались на боярстве, ненавистно Иоанну с детства, где действительно могли быть его потенциальные противники. Такие идеи еще можно назвать сверхценными, а не бредовыми. Но когда Иоанн начал зверски уничтожать самых преданных и близких ему людей по клеветническим доносам, которые никогда не прове-

рял, а то и без всякого повода, по собственному наитию «разгадывая» их измену, то подобное поведение уже определенно можно назвать бредовым.

Большая власть, в силу стечения обстоятельств оказавшаяся в руках паранойальной личности, действует на нее крайне пагубно, накладывая особый отпечаток, чрезвычайно обостряя паранойальные черты. Это имеет далеко идущие последствия для общества, во главе которого стоит параноик. Его идеи преследования оборачиваются диктатурой зла, созданием особой касты вершителей этого зла, порчей устоявшихся традиций добра и справедливости. Идеи величия претворяются в обожествление личности параноика-властелина.

Конечно, возникновение подобных социальных явлений имеет свои социальные причины, а не только одну злую волю исто-

рической личности. Ведущее значение социальных факторов в трагических событиях царствования Ивана Грозного было живо подмечено известным русским писателем и поэтом А.К. Толстым. Завершая свою повесть «Князь Серебряный», он призывал: «...изгладить из сердец наших последние следы того страшного времени, влияние которого, как наследственная болезнь, еще долго потом переходило в жизнь нашу от поколения к поколению! Простим же грешной тени царя Ивана, ибо не он один несет ответственность за свое царствование: не он один создал свой произвол и пытки, и казни, и наущничество, вошедшее в обязанность и в обычай. Эти возмутительные явления были подготовлены предыдущими временами, и земля, упавшая так низко, что могла смотреть на них без негодования, сама создала и усовершенствовала Иоанна, подобно тому, как рабопленные римляне времен упадка создавали Тивериев, Неронов и Калигул.

...Простим же грешной тени Ивана Васильевича, но помянем добром тех, которые, завися от него, устояли в добре, ибо тяжело не упасть в такое время, когда все понятия извращаются, когда низость называется добродетелью, предательство входит в закон, а самая честь и человеческое достоинство почитаются преступным нарушением долга! Мир праху вашему, люди честные! Плата дань веку, вы видели в Грозном проявление Божьего гнева и сносили его терпеливо; но вы шли прямой дорогой, не боясь ни опалы, ни смерти, и жизнь ваша не прошла даром, ибо ничто на свете не пропадает, и каждое дерево, и каждое слово, и каждая мысль вырастает как древо: и многое доброе, и злое, что, как загадочное явление, существует поныне в русской жизни, таит свои корни в глубоких и темных недрах минувшего».

Корни на самом деле оказались глубокими, и до настоящего времени из темных недр минувшего



А.А. Шишкин. Царь Иван Грозный

демоны выходят на поверхность многострадальной действительности. Совсем недавно методы Ивана Грозного снова апробировались в нашем государстве, когда власть в который раз оказалась в руках психопатической личности. ■

Новые исследования

Исследователи выявили ген, повышающий риск шизофрении

Согласно выводам нового исследования, если люди наследуют гены, приводящие к чрезмерной потере здоровых синапсов в мозге в период подросткового возраста, они больше подвергаются опасности развития шизофрении. Американские исследователи проанализировали образцы ДНК 100 тыс. человек из 30 стран, чтобы отыскать генетические варианты в области генома, связанные с повышенным риском шизофрении. В итоге они сосредоточились на гене C4, который участвует в работе им-

мунной системы. В отличие от большинства генов C4 показывает высокую степень структурной изменчивости у разных людей. Генетический анализ более 65 тыс. человек выявил, что те, кто обладал определенными вариантами гена, отличался повышенной экспрессией данного гена и, в свою очередь, имел более высокий риск развития шизофрении. Исследования на мышах показали: помимо того что C4 вносит вклад в работу иммунной системы, этот ген играет ключевую роль в процессе удаления си-

напсов в период развития мозга. Это так называемый синаптический прунинг. Он подразумевает сокращение числа синапсов или нейронов для повышения эффективности нейросети, удаления избыточных связей. Чем выше была активность C4 у животных, тем больше связей между клетками терялось в ключевой момент развития.

Известно, что синаптический прунинг происходит в человеческом мозге в подростковый период. Симптомы шизофрении, такие как галлюцинации и сниже-

ние когнитивных функций, как правило, проявляются в позднем подростковом возрасте, и полученные результаты, возможно, помогают объяснить, почему это так. Новое открытие дает надежду на то, что в будущем появятся методы терапии, которые смогут снижать уровень синаптического прунинга при появлении первых признаков психического заболевания.

О прорыве в изучении биологических причин шизофрении сообщается в статье, опубликованной в журнале «Nature». ■

«Я гляжу на фотокарточку...»

Очень необычна фотография, датированная 1953 г. Во-первых, обращает на себя внимание незначительный состав цикла слушателей этого набора (среди них лишь один мужчина). Во-вторых, кафедра психиатрии ЦИУВ проводила цикл судебной психиатрии, что встречается в наших сериях фотографий кафедры впервые. В-третьих, помимо уже хорошо известных нам сотрудников славного коллектива (заведующего кафедрой профессора А.В.Снежневского, будущего министра здравоохранения СССР С.В.Курашова, профессора А.Н.Бунеева, ассистентов В.М.Морозова, Н.Н.Евпловой, Зыковой) мы впервые видим на снимке профессора, заслуженного деятеля науки П.Н.Снесарева (он весьма продуктивно работал в лаборатории Алоиза Альдгеймера) и доцента Ю.К.Тарасова (соавтора В.М.Морозова в классической работе о типах ремиссии при шизофрении). ■

1953 год



Трудности терапии депрессии в условиях коморбидности

По материалам 24-го Конгресса Европейской психиатрической ассоциации, 12–15 марта 2016 г., Мадрид



М.П.Марачев
ФГБУ Федеральный
медицинский исследовательский
центр психиатрии и наркологии
им. В.П.Сербского
Минздрава России, Москва

В последние годы увеличивается число научных данных, согласно которым депрессия имеет высокую степень коморбидности как с психическими, так и соматическими заболеваниями. Существует несколько путей ее формирования. С одной стороны, наличие соматического (например, инфаркта миокарда, нейродегенеративного заболевания и др.) и/или психического (например, тревожного расстройства, шизофрении) заболевания может приводить к развитию депрессивной симптоматики. С другой – психические и/или соматические расстройства могут возникнуть вследствие длительного дистресса при депрессии. Коморбидность рассматривается как безусловное осложнение терапевтического процесса, затрудняющее диагностику, ухудшающее течение заболевания, ответ на терапию и повышающее уровень социально-экономического бремени. Основной задачей подбора антидепрессивной терапии в этом случае становится поиск баланса между эффективностью и безопасностью назначаемого препарата.

Один из симпозиумов на 24-м Конгрессе Европейской психиатрической ассоциации – ЕРА (European Congress of Psychiatry) в Мадриде, проведенный при спонсорской поддержке компании «Сервье», был посвящен вопросам коморбидности при депрессии и выбору оптимальных терапевтических подходов. Тематика докладов ведущих европейских психиатров сводилась к анализу сопутствующей соматической и психической патологии при депрессии

и актуальным вопросам психотерапии.

В своем вступительном слове глава психиатрического департамента университета Овьедо профессор Julio Bobes (Испания) остановился на нозологическом спектре коморбидной патологии при депрессии, разделив ее на две

большие группы – психические и соматические заболевания. К наиболее распространенным психическим заболеваниям, приводящим к развитию депрессии, относятся: тревожные расстройства, нарушения пищевого поведения, расстройства личности, шизофрения и злоупотребление пси-

хоактивными веществами. Наиболее тесно связанными с депрессивными нарушениями соматическими заболеваниями оказались неврологические расстройства (например, эпилепсия, инсульт, рассеянный склероз, болезнь Альцгеймера, болезнь Пар-

Продолжение на стр. 26

Вальдоксан®

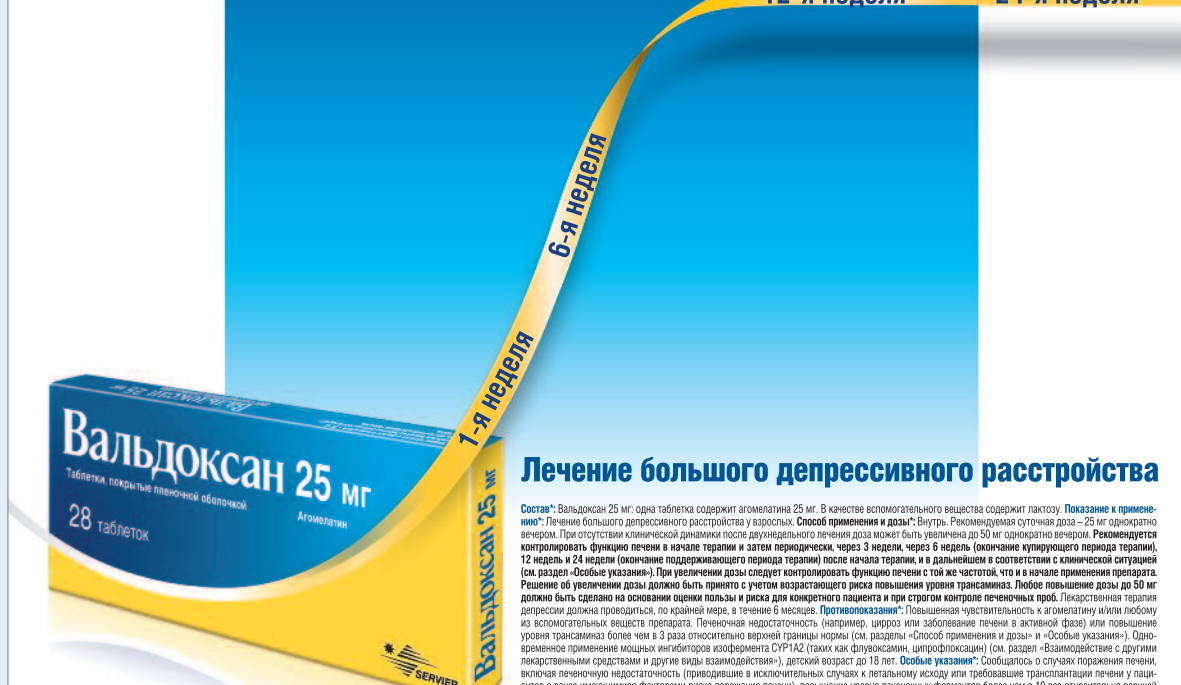
Агомелатин

Первый МТ₁/МТ₂ агонист и 5-НТ_{2С} антагонист

Улучшение сегодня,^{1,2}
выздоровление завтра³

12-я неделя

24-я неделя



Лечение большого депрессивного расстройства

Состав: Вальдоксан 25 мг: одна таблетка содержит агомелатина 25 мг. В качестве вспомогательного вещества содержит лактозу. **Показания 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 3 недели, через 6 недель (окончание купировочного 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. **Решение 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.** Лекарственная терапия депрессии должна проводиться, по крайней мере, в течение 6 месяцев. **Противопоказания:** Повышенная чувствительность к агомелатину или любому из вспомогательных веществ препарата. Печеночная недостаточность (например, цирроз или заболевания печени в активной фазе) или повышение уровня трансаминаз более чем в 3 раза относительно верхней границы нормы (см. разделы «Способ применения и дозы» и «Особые указания»). **Одновременное применение мощных ингибиторов изофермента СYP1A2 (таких как флувоксамин, 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 (приведшие в исключительных случаях к летальному исходу или требовавшие трансплантации печени у пациентов с ранее имевшимися 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 нарушений функции печени, такими как ожирение, избыточная масса тела/абдоминальный жировой гепатоз, 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 большого депрессивного расстройства у пожилых пациентов с деменцией. Пациенты с почечной недостаточностью: следует соблюдать осторожность. Билярные расстройства/мания/гипомания: Следует соблюдать осторожность. При появлении симптомов мании следует прекратить прием препарата. Суицид/суицидальное поведение: В период лечения пациенты должны находиться под пристальным медицинским наблюдением. Совместное применение с ингибиторами изофермента СYP1A2: Следует соблюдать осторожность при одновременном применении агомелатина с умеренными ингибиторами изофермента СYP1A2. Взаимодействие с другими лекарственными средствами и другие виды взаимодействия: Протиропазол: одновременное применение агомелатина и сильных ингибиторов изофермента СYP1A2. Не рекомендуется; алкоголь, умеренные ингибиторы СYP1A2. Беременность: Следует соблюдать осторожность. Период кормления грудью: Если лечения агомелатинном необходимо, грудное вскармливание следует прекратить. Внимание на способность управлять автомобилем и выполнять работы, требующие высокой скорости психомоторных реакций: Исследований по изучению влияния препарата Вальдоксан® на способность управлять автомобилем и другими механизмами не проводилось. Следует помнить о том, что головозвонение и сонливость – частые побочные эффекты агомелатина. Побочное действие: Часто: головная боль, головокружение, сонливость, бессонница, мигрень, тошнота, диарея, запор, боль в животе, рвота, повышение активности АЛТ и/или АСТ, потливость, боль в спине, утомляемость, тревога. Нечасто: парестезия, синдром «блуждающей ноги», шум в ушах, экзема, кожный зуд, крапивница, нечеткое зрение, анжидия и связанные с ними симптомы, такие как раздражительность и беспокойство, агрессивность, ночные кошмары, необычные сновидения. Редко: головит, повышение активности γ-глутамилтрансферазы, повышение активности щелочной фосфатазы, печеночная недостаточность, желтуха, эритематозная сыпь, отек лица и отеки Квинке, маниакальное поведение, галлюцинации, увеличение массы тела, снижение массы тела. Нечеткой частотой: суицидальные мысли или суицидальное поведение. Предостережения: Данные о пероральном применении агомелатина в дозе 2450 мг состояние нормализовались самостоятельно, без нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы или изменения лабораторных показателей. Свойства: Агомелатин – агонист мелатонинергических рецепторов МТ₁ и МТ₂ и антагонист серотонинных 5-НТ_{2С}-рецепторов. Агомелатин представляет собой антидепрессант, активный на модели 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 ацетилхолинового 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. Упаковка для стационаров: По 10 таблеток в блистер (ПВХ/Ал). По 10 блистеров с инструкцией по медицинскому применению в пачку картонную. При расфасовке (упаковка) на российском предприятии ООО «Сервье»: 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. Полный текст инструкции по медицинскому применению см. в упаковке. Представительство АО «Лаборатории Сервье» (Франция), 115054, Москва, Павелецкая пл., д. 2, стр. 3. Тел. (495) 937-01-00, факс (495) 937-07-01, www.servier.ru *Для получения полной информации, пожалуйста, обратитесь к инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата.**

Регистрационный номер: ЛСР-000540/08

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 нарушений функции печени, такими как ожирение, избыточная масса тела/абдоминальный жировой гепатоз, 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 большого депрессивного расстройства у пожилых пациентов с деменцией. Пациенты с почечной недостаточностью: следует соблюдать осторожность. Билярные расстройства/мания/гипомания: Следует соблюдать осторожность. При появлении симптомов мании следует прекратить прием препарата. Суицид/суицидальное поведение: В период лечения пациенты должны находиться под пристальным медицинским наблюдением. Совместное применение с ингибиторами изофермента СYP1A2: Следует соблюдать осторожность при одновременном применении агомелатина с умеренными ингибиторами изофермента СYP1A2. Взаимодействие с другими лекарственными средствами и другие виды взаимодействия: Протиропазол: одновременное применение агомелатина и сильных ингибиторов изофермента СYP1A2. Не рекомендуется; алкоголь, умеренные ингибиторы СYP1A2. Беременность: Следует соблюдать осторожность. Период кормления грудью: Если лечения агомелатинном необходимо, грудное вскармливание следует прекратить. Внимание на способность управлять автомобилем и выполнять работы, требующие высокой скорости психомоторных реакций: Исследований по изучению влияния препарата Вальдоксан® на способность управлять автомобилем и другими механизмами не проводилось. Следует помнить о том, что головозвонение и сонливость – частые побочные эффекты агомелатина. Побочное действие: Часто: головная боль, головокружение, сонливость, бессонница, мигрень, тошнота, диарея, запор, боль в животе, рвота, повышение активности АЛТ и/или АСТ, потливость, боль в спине, утомляемость, тревога. Нечасто: парестезия, синдром «блуждающей ноги», шум в ушах, экзема, кожный зуд, крапивница, нечеткое зрение, анжидия и связанные с ними симптомы, такие как раздражительность и беспокойство, агрессивность, ночные кошмары, необычные сновидения. Редко: головит, повышение активности γ-глутамилтрансферазы, повышение активности щелочной фосфатазы, печеночная недостаточность, желтуха, эритематозная сыпь, отек лица и отеки Квинке, маниакальное поведение, галлюцинации, увеличение массы тела, снижение массы тела. Нечеткой частотой: суицидальные мысли или суицидальное поведение. Предостережения: Данные о пероральном применении агомелатина в дозе 2450 мг состояние нормализовались самостоятельно, без нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы или изменения лабораторных показателей. Свойства: Агомелатин – агонист мелатонинергических рецепторов МТ₁ и МТ₂ и антагонист серотонинных 5-НТ_{2С}-рецепторов. Агомелатин представляет собой антидепрессант, активный на модели 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 ацетилхолинового 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. Упаковка для стационаров: По 10 таблеток в блистер (ПВХ/Ал). По 10 блистеров с инструкцией по медицинскому применению в пачку картонную. При расфасовке (упаковка) на российском предприятии ООО «Сервье»: 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. Полный текст инструкции по медицинскому применению см. в упаковке. Представительство АО «Лаборатории Сервье» (Франция), 115054, Москва, Павелецкая пл., д. 2, стр. 3. Тел. (495) 937-01-00, факс (495) 937-07-01, www.servier.ru *Для получения полной информации, пожалуйста, обратитесь к инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата.

Регистрационный номер: ЛСР-000540/08

1. Stahl SM, Fava M, Tisei M, Caputo A, Shah A, Post A. Agomelatine in the treatment of major depressive disorder: An 8-week, multicenter, randomized, placebo-controlled trial. J Clin Psychiatry. 2010;71(5):616-626. 2. Martini G, Speddi G, Di Nicola M, et al. Agomelatine Versus Venlafaxine XR in the Treatment of Anhedonia in Major Depressive Disorder: A Pilot Study. J Clin Psychopharmacol. 2012;32(4):487-491. 3. Demyttenaer K, Cornil E, Naja A, Querao Santos MA, Pizarro-Blanco F, Kasper S. A pooled analysis of a month comparative efficacy and tolerability in four randomized clinical trials: agomelatine versus escitalopram, lamotrigine, and sertraline. CNS Spectr. 2013 [Epub ahead of print].



1 таблетка всегда вечером



Профессор Juloi Bobes

Начало на стр. 25

кинсона и др.), патология эндокринологической системы (например, сахарный диабет, гипотиреозидизм), сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), онкопатология и ВИЧ-инфекция. Установлено, что с момента диагностирования депрессии риск развития какого-либо соматического заболевания за год возрастает в 2 раза, а уже имеющееся расстройство приводит к увеличению показателей общей смертности и суицидальности. Влияние сопутствующей патологии на течение депрессии реализуется посредством утяжеления симптоматики, увеличения показателя рекуррентности, хронификации течения заболевания, повышения суицидального риска, снижения терапевтической реактивности и значительного утяжеления социально-экономического бремени как для самого пациента, так и общества в целом.



Профессор Riccardo Torta

Первый доклад «Бремя соматической и неврологической коморбидности при депрессии» представил глава психоневрологического департамента Туринского университета, профессор Riccardo G.V.Torta (Италия). Акцент в выступлении был сделан на копатогенетических механизмах, задействованных в развитии депрессии и ряда соматических заболеваний.

Тесная связь между депрессией и ССЗ была представлена данными, согласно которым у пациентов с депрессией в постинфарктном периоде риск смертности в последующие 6 мес возрастал более чем в 3 раза по сравнению с контрольной группой. Приводя результаты собственных исследований, профессор Torta показал, что 21% больных с ССЗ имеют депрессивные нарушения и 61,3% испытывают дистресс. Именно феномен дистресса занимает центральное место в копатогенетических взаимоотношениях между ССЗ и депрессивной симптоматикой, приводя к каскаду стрессовых биохимических реакций, опосредуя возникновение нарушений ритма сердца и артериальной гипертензии за счет модуляции симпатической/парасимпатической систем, с одной стороны, и становится причиной возникновения воспалительного процесса в сосудистой стенке, с другой.

Другим важным аспектом в выступлении профессора R.Torta был анализ влияния депрессии на лиц с онкопатологией, распространенность которой на примере пациентов с онкологией молочной железы равна 58%. Отражены аспекты ухудшения выживаемости и увеличения смертности в зависимости от наличия депрессивных нарушений и особенностей личности (склонных к повышенной реакции на стресс с недостаточным формированием стратегий совладания). Упомянув существенную роль эмоциональных реакций в генезе депрессивного настроения, докладчик подробно остановился на нейробиологических факторах патогенеза депрессии, в частности роли провоспалительных цитокинов (ПЦ), гиперпродукция которых опухолевыми клетками приводит к активации индоламин-2,3-диоксигеназы, тем самым способствуя снижению синтеза серотонина и усилению нейротоксических влияний глутамата, определяя негативные влияния на настроение, боль и когнитивные функции. Согласно другим данным, длительная химиотерапия также может приводить к компенсаторному увеличению уровня ПЦ, активации стрессовых механизмов и иммунного ответа, приводя к депрессивному настроению, когнитивной дисфункции, усилению боли и увеличению стрессового ответа.

На нескольких слайдах были продемонстрированы результаты итальянского многоцентрового исследования, посвященного количественной оценке депрессивных нарушений у больных после инсульта. Было показано, что около 35% имеют депрессивные нарушения преимущественно легкой степени, однако двухлетний катамнез позволил сделать вывод, что наличие даже легких депрессивных симптомов значительно ухудшает возможность реабилитации по сравнению с контрольной группой.

Научные данные свидетельствуют об общих патогенетических механизмах формирования боли и депрессии. Эти механизмы обусловлены, с одной стороны, снижением нейротрансмиссии серотонина и норадреналина (о чем свидетельствует сопоставимая эффективность некоторых антидепрессантов при обоих видах патологии), с другой – гиперактивностью гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы (ГНЧС) посредством развития нейрональных воспалительных процессов и увеличения ПЦ, которые индуцируют и увеличивают боль, участвуя в генезе психоповеденческих симптомов, таких как когнитивное снижение, астения и депрессия.

Роль повышения ПЦ отчетливо прослеживается и в копатогенетических взаимоотношениях между депрессией и болью в рамках фибромиалгии, отражая одну из гипотез, согласно которой механизм развития депрессии может быть частично обусловлен воспалительным процессом.

Взаимосвязь депрессии и нейродегенеративных заболеваний была продемонстрирована на примере болезни Паркинсона, при которой около 30–50% больных предъявляют жалобы на сниженное настроение. Одним из наиболее распространенных патогенетических механизмов является нейротрансмиттерная гипотеза, в соответствии с которой двигательные, когнитивные и эмоциональные нарушения происходят в результате гомеостатических изменений дофамина, норадреналина и серотонина в разных мозговых структурах. К альтернативным объяснениям копатогенетических взаимоотношений депрессии и болезни Паркинсона относят дисрегуляцию ГНЧС и воспалительную гипотезу.

Высокая сопряженность депрессии и мигрени обуславливает необходимость поиска общих патогенетических механизмов этих состояний. Среди пациентов с мигренью частота аффективных нарушений в 4,5 раза выше, чем в популяции, и составляет 28,1%. Наличие депрессии при мигрени является причиной увеличения восприимчивости к триггерам, большего количества икталных аллодинических симптомов и увеличения количества приступов в месяц. Таким образом, являясь одним из факторов риска хронификации мигрени, общими нейробиологическими механизмами для обоих заболеваний являются дисрегуляция нейротрансмиттерной передачи и индукция каскада биохимических реакций в головном мозге при воспалительном процессе.

Как было показано в докладе, несмотря на ухудшение прогноза заболевания и снижение качества жизни пациентов, только каждый четвертый больной получает антидепрессанты. Одной из значимых проблем в курации

пациентов с сопутствующей патологией является подбор лекарственной терапии со сбалансированными показателями по безопасности и переносимости. В заключение своего выступления профессор R.Torta остановился на важных фармакологических эффектах разных групп антидепрессантов при лечении больных с соматической коморбидной патологией. Упомянув о безопасности антидепрессивной терапии, было отмечено, что применение трициклических антидепрессантов (ТЦА) у пациентов с ССЗ нежелательно из-за возникновения кардиотоксических эффектов, а использование селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) и селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН) требует контроля артериального давления. В случае с онкозаболеваниями ТЦА могут вызывать вегетативные побочные эффекты, а СИОЗС – приводить к нежелательным межлекарственным взаимодействиям. При ведении пациентов с болезнью Паркинсона следует обращать внимание на возможное усиление экстрапирамидной симптоматики, назначая СИОЗС, и следить за переносимостью вегетативных побочных эффектов ТЦА. Переходя к вопросам эффективности антидепрессивной терапии, рекомендации касались назначения СИОЗСН при лечении пациентов с хронической болью, а ТЦА – при мигрени.



Профессор Hans-Jurgen Möller

Профессор департамента психиатрии Университета Людвиг-Максимилиана Hans-Jurgen Möller (Германия) выступил с докладом «Коморбидность тревожных расстройств и депрессии: где мы находимся?», в котором подробно остановился на нейробиологических механизмах, диагностических особенностях, эпидемиологических данных, психосоциальных последствиях и вопросах медикаментозной терапии тревоги и депрессии.

Продemonстрировав взаимоотношения тревожной и депрес-

сивной симптоматики (у 85% тревога при депрессии и у 90% депрессия при тревоге), профессор Н.-J.Möller остановился на генетических и нейробиологических аспектах ко-патогенеза, отражая существующие противоречия. Так, было показано, что механизм развития депрессивной симптоматики преимущественно затрагивает лобную кору и белое вещество, тогда как в случае с генерализованным тревожным расстройством (ГТР) в развитии патологического процесса участвует только лобная кора. Эти различия могут свидетельствовать о разных механизмах развития двух расстройств.

Вместе с тем результаты близнецовых исследований свидетельствуют о единой генетической основе депрессии и ГТР с некоторыми различиями в характере внешних воздействий как одного из этиологических компонентов. С учетом представленных актуальных генетических исследований, единства нейромедиаторных нарушений (нейротрансмиссия серотонина), а также неоднократно показанного в лонгитюдных исследованиях существенно перекрывания симптоматики и взаимоперехода из одного состояния в другое депрессия и ГТР не могут быть разделены на две самостоятельные группы заболеваний, а должны быть включены в одну общую диагностическую категорию и рассматриваться как крайние точки одного континуума с общим психопатологическим диатезом.

Неоднозначность положения сопутствующей тревожной и депрессивной симптоматики была показана на примере эволюции диагноза «тревожно-депрессивное расстройство» (ТДР) в психиатрических классификациях. Если в предварительной версии Международной классификации болезней 11-го пересмотра диагноз ТДР сохраняет свою актуальность, то в DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) был исключен в связи с недостаточной надежностью критериев, а возможность отразить тревожную симптоматику в структуре аффективной патологии реализуется при помощи спецификатора «тревожный дистресс».

Приводя эпидемиологические данные, профессор Н.-J.Möller показал распространенность тревожных расстройств (57,3%) у больных с первичным диагнозом депрессии и отразил вклад конкретных нозологий (в порядке убывания: социальная фобия – СФ – 32,7%, ГТР – 20%, паническое расстройство – ПР – 15,7%, специфические фобии – 12,3%, посттравматическое стрессовое расстройство – ПТСР – 11,3%, обсессивно-компульсивное расстройство – ОКР – 8,7%). Согласно другим данным, вероятность присоединения депрессии у пациентов с тревожными расстройствами (в течение жизни) более 50% (ПТСР – 48%; ПР – 50–65%;

СФ – 34–70%; ОКР – 67%) и только в случае с ГТР этот показатель колеблется в диапазоне 8–39%.

Коморбидное течение тревоги и депрессии по сравнению с монозаболеванием отрицательно влияет на ряд показателей. В частности, утяжеляет течение, приводя к резистентности, повышению суицидального риска, увеличению показателей инвалидизации, ухудшает прогноз и показатели социальной адаптации.

Несмотря на высокие показатели распространенности и социально-экономические последствия, менее 1/2 пациентов с ТДР получают лечение, тогда как, по данным ряда исследований, проведенных с привлечением больших выборок пациентов, показано, что наличие тревоги в структуре депрессии ведет к снижению терапевтического ответа.

Остановившись на вопросах лечения, профессор Н.-J.Möller перечислил основные сложности и практические проблемы подбора фармакотерапии, подчеркнув имеющийся дефицит знаний относительно лечения сопутствующей тревожной и депрессивной патологии за счет изолированной оценки в клинических исследованиях либо антидепрессивного, либо анксиолитического эффектов при косвенном учете влияния коморбидной симптоматики. Вместе с тем, затрагивая вопросы выбора конкретных групп медикаментов, было отмечено, что бензодиазепины, несмотря на аддитивный потенциал и незначительное (по сравнению с СИОЗС) влияние на депрессивную симптоматику, все еще остаются часто используемыми препаратами.

Заключительный доклад «Агомелатин: разное лечение депрессивных пациентов» был представлен главой отделения психических расстройств и заболеваний мозга при Госпитале Святой Анны (Париж) профессором Philip Gorwood (Франция).

Начало выступления было посвящено общим вопросам коморбидности при депрессии. Согласно актуальным научным данным увеличение количества соматической патологии приводит к повышению риска развития большого депрессивного расстройства. Если при наличии только 1 заболевания этот риск равен 50,3%, то одновременное течение 4 расстройств и более увеличивают его до 71,9%, тогда как наличие соматического заболевания является достоверным предиктором низких показателей ремиссии при коррекции симптомов сниженного настроения. В то же время первичный диагноз депрессии приводит к увеличению смертности от какого-либо серьезного медицинского заболевания (ССЗ, неврологические, эндокринологические и т.д.) на 17% в течение 3 лет.

Альтернативный взгляд на проблемы коморбидности заключа-

ется в оценке стоимости лечения депрессии. Прямые затраты, включающие в себя стоимость амбулаторной и стационарной помощи, выписываемые медикаменты и траты, связанные с суицидальностью, более чем в 6 раз меньше в случае изолированного течения депрессии по сравнению с наличием коморбидных расстройств.

Кратко остановившись на актуальности сопутствующих расстройств при депрессии, профессор P.Gorwood перешел к проблеме подбора оптимальной терапии, перечислив основные характеристики «идеального» антидепрессанта: эффективность, безопасность, низкий профиль побочных эффектов, простота применения, минимальный уровень межлекарственного взаимодействия и влияния на сопутствующие соматические заболевания, а также низкий риск преждевременного отказа от лечения.



Профессор Philip Gorwood

Переходя к вопросам применения агомелатина при депрессии с сопутствующими психическими или соматическими заболеваниями, докладчик остановился на механизмах нейробиологического действия препарата, реализующегося за счет синергизма в действии на 2 типа рецепторов (агонист МТ₁- и МТ₂-рецепторов мелатонина и антагонист 5-НТ_{2C}-рецепторов серотонина). За счет специфики нейромодуляторных эффектов агомелатина обеспечивается увеличение выработки норадреналина и дофамина в префронтальной коре (эффективность в отношении утраты интересов и удовольствия), нейротрофического фактора (BDNF – brain-derived neurotrophic factor), процессов нейрогенеза и снижения нейротоксических влияний глутамата. Все перечисленные влияния обеспечиваются эффективностью агомелатина в лечении пациентов с тревожной и депрессией, тогда как высокие показатели переносимости связывают с отсутствием фармакологических

эффектов, блокирующих серотониновый транспорт.

Эффективность применения агомелатина у пациентов с ССЗ была продемонстрирована на примере российского многоцентрового исследования PULSE. Показано, что использование препарата у пациентов с кардиологической патологией приводит к снижению тревоги, депрессии, улучшению качества жизни и показателей общего функционирования (V.Medvedev, European Psychiatry, 2016). Результаты другого многоцентрового исследования, проведенного во Франции (D-CHANGE), у пациентов с гипертонической болезнью продемонстрировали, что каждый пятый больной, ответивший на терапию агомелатином в течение 6 нед, отмечал нормализацию цифр артериального давления спустя 6 нед после начала терапии.

Обратив внимание на сложности в терапии тревожной депрессии, профессор P.Gorwood привел данные относительно эффективности агомелатина у пациентов с симптомами тревоги в структуре депрессии, указывающие на сопоставимые показатели эффективности при сравнении с венлафаксином и флуоксетином, в то время как при сравнении с сертралином эффект агомелатина оказался выше. При анализе результативности агомелатина по двум пунктам шкалы HAM-D – Hamilton Depression Rating Scale (редукция суммарного показателя 10 и 11 пунктов) показана достоверно большая эффективность по сравнению с плацебо и препаратами сравнения. Применение агомелатина у пациентов с сопутствующим течением депрессии и ГТР выявило уменьшение общего балла по шкалам QIDS-C16 и GAF ($p < 0,001$), отражая как общую эффективность, так и улучшение функционирования.

Переходя к выводам, профессор Gorwood подчеркнул негативные факторы, лежащие в основе течения депрессии с сопутствующей патологией, к которым отнес: большую тяжесть расстройства, низкий комплаенс, переносимость и безопасность лечения, доступность имеющейся помощи. А также указал на необходимость учета возможных влияний выбранного антидепрессанта на коморбидную (соматическую и/или психическую) патологию.

Завершал работу симпозиума профессор Н.-J.Möller, в своем резюме еще раз остановившись на важности проблемы коморбидности при депрессии и сложностях, связанных с подбором медикаментозной коррекции. Призвав к продолжению научного поиска в области совершенствования терапевтических стратегий, руководствуясь принципом: одно заболевание, одно лекарство. ■

Первая сессия второго созыва Академии ВПА-Сервье в Мадриде

В связи с 24-м Конгрессом Европейской психиатрической ассоциации (ЕРА) в Мадриде (12–15 марта 2016 г.) собрались на первую сессию нового, второго, созыва участники Академии ВПА-Сервье – молодые психиатры из России, Украины, Белоруссии, Казахстана, Грузии и Азербайджана. Их интереснейшие обзоры по актуальным проблемам современной психиатрии уже хорошо известны читателям этих стран.

Отечественные психиатры постоянно знакомятся с работами членов Академии на страницах таких уважаемых изданий, как журнал им. П.Б.Ганнушкина «Психиатрия и психофармакотерапия», «Психиатрия», «Дневник психиатра», «Сибирский вестник психиатрии и наркологии», «Уральский журнал психиатрии, наркологии и психотерапии». Обзоры молодых коллег публикуют издания психиатрического профиля Армении, Украины, Беларуси, Азербайджана и Казахстана. Следует подчеркнуть необычайно благожелательную атмосферу, царящую в группе, многие обзоры готови-

ли интернациональные бригады-представители двух или даже трех стран.

В этот раз, как обычно, участники Академии, помимо работы на конгрессе, получили возможность пройти специальный семинар по улучшению коммуникационных навыков, организованный специалистом в этой области L.Mogrice (Великобритания). Профессор Н.-J.Möller (Германия), неоднократно читавший лекции «академикам», нашел время, чтобы поприветствовать юных коллег и пообщаться с ними в неформальной обстановке. В ежедневных рабочих совещаниях Академии принимали участие кураторы группы – проф. О.А.Скугаревский (Белоруссия), проф. Н.А.Марута (Украина) и доктор F.Samus (Франция). Им помогал «ветеран» Академии А.В.Павличенко (Россия). Очередную порцию обзоров для передачи в журналы руководители психиатрических обществ 10-й зоны ВПА надеются получить до летних отпусков. Надеемся, что они будут, как всегда, весьма информативными и интересными. Ведь психиатрия объединяет. ■



Кураторы Академии



Участники первой сессии второго созыва Академии ВПА-Сервье

Похождения профессора И.Р.Совкова

Привет участникам XXVII съезда НИИкакой психорганизации (НПО)!



Похождения профессора И.Р.Совкова (Совков на съезде НПО)

ЭШ 2016