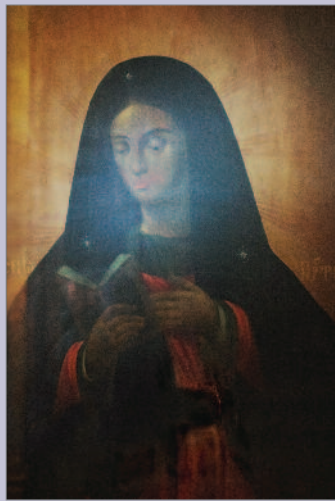




Диалог



Загадка читающей Мадонны



Памяти друга



На охране психического здоровья

## Сто слов на первой полосе



## За многогранность!

Сегодня мы начинаем новый проект-дайджест под названием «Гранка». Дайджест – потому, что здесь в удобном, походном, карманном формате будут печататься лучшие материалы из другого нашего издания – «Дневника психиатра» (по-английски digest означает издание, публикующее материалы из иных журналов в сокращенном виде).

«Гранка» имеет два значения, отражающих суть дайджеста материалов на психиатрическую тему: так называется специальный ключ, используемый в наших учреждениях, а также оттиск с куска печатного набора, так хорошо знакомый нам при подготовке статей и книг. Пусть наша «Гранка» приоткроет вам еще одну дверь в мир нашей профессии, станет вашим постоянным спутником. Отдельное спасибо автору этого названия издания – Виктории Читловой.

П.В.Морозов, главный редактор

## Диалог

**Редакция газеты «Дневник психиатра» предлагает вниманию читателей новую рубрику «Диалог». В ней наши ведущие специалисты будут высказываться по наиболее актуальным и наиболее проблемным проблемам сегодняшней психиатрии. На вопросы редакции отвечают профессор Ю.П.Сиволаев (Москва) и профессор В.Д.Менделевич (Казань).**

– *Какие источники научной информации являются, с Вашей точки зрения, наиболее объективными и надежными: научные журналы, конференции, съезды, симпозиумы, курсы усовершенствования; отдельные лекции, сайты, порталы, вебинары, социальные сети, самостоятельная работа с руководителями, книгами и другими источниками?*

**Ю.П.Сиволаев:** Безусловно, врачу следует использовать разные источники новых знаний, включая все Вами перечисленное, но при этом необходимо учитывать градацию достоверности научных данных.

Самые надежные источники информации – результаты рандомизированных контролируемых исследований, опубликованные в виде статей в наиболее авторитетных научных журналах, – таких как «The Lancet» или «JAMA». Другой важный источник достоверных данных – систематические обзоры и мета-анализы корректных научных исследований.

Для формирования устойчивой профессиональной компетенции обязательно следует изучать зарубежные профессиональные руководства, в первую очередь книги, издаваемые в США и Великобритании. К сожалению, многие отечественные издания пока еще уступают зарубежным книгам по объему и степени новизны предоставляемой информации.

Примечательно, что во многих авторитетных зарубежных руководствах можно встретить такую, к примеру, оговорку: «других данных о сравнительной эффективности данных препаратов в период написания этой книги не получено». Такие комментарии указывают на высокую ответственность авторов за публикуемый ими материал.

Один из наиболее доступных, информативных и универсальных научных медицинских порталов для быстрого поиска практически значимой информации – сайт [www.pubmed.com](http://www.pubmed.com). Что необходимо учитывать при поиске информации в зарубежных, в первую очередь англоязычных,

источниках? Важно принимать во внимание различия в терминологии. Не следует, например, искать в зарубежных источниках данные о вялотекущей шизофрении, поскольку в большинстве стран такая форма болезни не рассматривается. В той же мере непродуктивным будет поиск информации о стадиях алкоголизма, ибо три стадии данного расстройства выделяются лишь в отечественной систематике, да и то не всеми авторами.

Другой пример: если нас интересуют данные о клинической эффективности алимемазина в лечении психических расстройств, следует учитывать, что при введении в поисковое окно слова *alimemazine* появится не только множество европейских статей с этим ключевым словом, но и американские статьи со словом *trimeprazine*, и эти статьи тоже ни в коем случае не следует игнорировать, потому что именно под таким непатентованным наименованием препарат зарегистрирован в США (подобно тому как препарат, известный в Ев-

Продолжение на стр. 2

**Главный редактор:** проф. П.В.Морозов  
**E-mail:** [media@mentica.ru](mailto:media@mentica.ru)  
 Газета зарегистрирована в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).  
 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. 2017 г.  
 Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.  
 В статьях представлена точка зрения авторов, которая может не совпадать с мнением редакции.

**«ОБЪЕДИНЁННАЯ РЕДАКЦИЯ»**  
**Телефон/факс:** +7 (499) 500-38-83  
**E-mail:** [or@nprp.ru](mailto:or@nprp.ru)  
**Медицинский директор:**  
 Б.А.Филимонов  
**Исполнительный директор:**  
 Э.А.Батова  
**Арт-директор:**  
 Э.А.Шадзевский  
**Адрес издателя:** 117071, Москва, Ленинский пр-т, 16  
**Адрес типографии:** 107023, Москва, ул. Электровзводская, 21, 16

**ММА «МедиаМентика»**  
**Директор:** Т.Л.Скоробогат  
**Менеджер по рекламе:** Н.А.Зуева  
**Адрес:** 115054, Москва, Жукот пр-д, стр. 19  
**Почтовый адрес:** 127055, Москва, а/я 37  
**Телефон/факс:** +7 (495) 926-29-83  
**E-mail:** [media@con-med.ru](mailto:media@con-med.ru)  
**Электронная версия:** [www.con-med.ru](http://www.con-med.ru)  
**Отдел по работе с подписчиками:**  
**Телефон:** +7 (495) 926-29-83 (доб. 125)  
**E-mail:** [subscribe@con-med.ru](mailto:subscribe@con-med.ru)

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

ропе как парацетамол, в США и некоторых странах Азии будет носить название ацетаминофен).

Безусловно, перечисленные выше источники – это самый высокий и не всегда достижимый уровень научной информации. К сожалению, не у всех российских врачей имеется доступ к наиболее авторитетным зарубежным научным журналам и не все специалисты в достаточной мере владеют английским языком. Весьма надежные источники достоверной информации для клинической прак-



Профессор Ю.П.Сиволап (Москва)

тики – «Журнал неврологии и психиатрии имени С.С.Корсакова», стремительно набирающий авторитет и высокие рейтинговые оценки «Неврологический вестник», содержание которого отнюдь не сводится к неврологии, но включает качественные оригинальные статьи и обзоры литературы по психиатрии, «Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева» и, безусловно, журнал «Психиатрия и психофармакотерапия» – издание, предельно насыщенное актуальной информацией по вопросам психофармакологии, представленной статьями авторитетных российских специалистов и переводами наиболее интересных зарубежных статей.

**В.Д.Менделевич:** С Вашего позволения, я бы хотел начать с двух историй.

Не так давно ко мне обратился один адвокат, который в суде должен был опровергнуть выводы о виновности своего подзащитного, сделанные с использованием полиграфа («детектора лжи»). Вопрос адвоката был о том, что считать научным, а что антинаучным? Передо мной встал вопрос, ответ на который имел бы серьезные юридические последствия для конкретного человека. Кстати, эта история может показаться далекой от психиатрии. Но в реальности она наша, психиатрическая. Не так давно по линии Российского общества психиатров мне довелось рецензировать учебный модуль «Психофизиологическая диагностика в сексологии», в котором отстаивалась на-

учность диагностики парафилий с применением полиграфа. Я вынужден был дать отрицательный отзыв на учебный модуль. Обоснование: в современной мировой психо-сексологической литературе не представлено результатов корректных исследований в парадигме доказательной медицины об объективности заключений, сделанных на основании полиграфического метода. Считаю, что в сфере психиатрической диагностики использование принципа «презумпции доказанного» – единственно верный путь. О научности данных об эффективности и безопасности лекарств и методов терапии судят по-другому (но об этом позже).

Еще одна история. Несколько лет назад перед отечественной психиатрией встала острая диагностическая проблема – автобиографическая амнезия. Появилась необходимость осмыслить, почему вдруг в стране появилось множество пациентов с «новой болезнью». Регистрируемая психическая патология противоречила известным закономерностям патогенеза мнестических нарушений. Диагнозы варьировались от шизофрении и диссоциативных расстройств до симуляции. Тиражировалось и антинаучное, не основанное на результатах исследований, мнение о том, что данный феномен связан со специфическим психотронным воздействием спецслужб на людей. На эту тему были даже защищены диссертации, написан ряд статей. Но ведь такой вывод явно выходил не только за рамки доказательного подхода, но за пределы здравого смысла.

Таким образом, для научной психиатрии важна как доказательность, так и убедительность.

**– Как практикующему врачу правильно ориентироваться в степени объективности источника информации, как не терять своего времени?**

**Ю.С.:** Практикующему врачу следует учитывать уровни доказательности источников информации. Самый высокий, 1-й уровень – объемные, выполненные на большом материале, двойные слепые рандомизированные исследования и метаанализы таких исследований. Самый низкий, 4-й уровень – экспертные мнения и консенсус экспертов.

**В.М.:** Вопрос очень непростой. Хорошо бы, чтобы практический врач имел время на чтение свежей литературы и следил за новинками. Однако понятно, что на это времени у него нет. Да и публикации в научных журналах зачастую носят не обобщающий характер, а посвящены одному конкретному препарату. Следовательно, нашему врачу остается ориентироваться на лекции специалистов, которые предоставляют информацию по проблеме, а не по лекарству. Не обязательно устные – можно выбирать и пред-



Профессор В.Д.Менделевич (Казань)

ставленные в Интернете. Получается, что принципиальным становится адекватный выбор лектора, которому можно доверять. Лично я обращаю внимание, слушая лекцию, на заявление лектора о наличии конфликта интересов, а также на наличие у него реальной клинической практики и на его репутацию. Мне не важно – это профессор или практический «неостепененный» врач. Понятно, что репутацию измерить нельзя, но все же в профессиональном сообществе имеется «гамбургский счет». Можно посмотреть «послужной список» лектора, темы и тексты его статей, и сделать вывод, убедителен ли он.

Я точно знаю, на что не следует ориентироваться – на патенты. Для получения патента изобретателю нет необходимости проводить исследования в дизайне доказательной медицины. Запатентовать сегодня можно всякую чушь.

**– В последние годы выступления публично исследователи указывают на возможные конфликты интересов. Как это отражается на степени объективности излагаемых данных?**

**Ю.С.:** Заявление о конфликте интересов является необходимой этической нормой, обязывающей докладчика к максимальной объективности, хотя и не гарантирует такую.

**В.М.:** С моей точки зрения, указание на наличие конфликта интересов – это этикет, ритуал, отражающий открытость лектора. Он не может служить абсолютной гарантией от субъективизма и ангажированности. Но все же заявление о конфликте интересов организует как лектора, так и слушателя. Доверять или не доверять – каждый решает сам. А лучше «доверять, но проверять». Надо иметь в виду, что лектору, дорожающему своей репутацией, не хочется выступать в качестве «говорящей головы», то есть озвучивать чужие мысли. А предупрежденный заранее слушатель может делать соответствующую оценку представляемой информации. Я бы точно не доверял лектору, который скрывает конфликт ин-

тересов, хотя по ходу лекции всем становится понятно, какой именно препарат он рекламирует. Замечу, что реклама – это распространение информации для привлечения внимания к объекту рекламирования. От обычного рекламщика не требуется научного обоснования продукции. В медицине должно быть не так. Несомненно, реклама лекарственных препаратов имеет право на существование. Но лекции авторитетных специалистов – это не реклама, а предоставление всесторонней информации о проблеме (расстройстве, заболевании) с указанием сведений о доказанной эффективности и безопасности разных препаратов. Слова лектора можно легко проверить, к примеру, обратившись к Кохрановской библиотеке или метаанализам. Эта информация сегодня доступна на русском языке. И даже появился первый официальный русскоязычный филиал Кохрановского сообщества – в Казани.

**– Каковы должны быть основные принципы взаимодействия ведущих специалистов-лекторов с фармацевтическими компаниями?**

**Ю.С.:** Готовность отстаивать собственную точку зрения вне зависимости от запросов компании. Мне известны случаи, когда ведущим специалистам удавалось убедить сотрудников фармацевтической компании, что им следует изменить стратегию продвижения препарата, отказавшись от представления данных, не соответствующих принципам доказательной медицины. В итоге это повышало уровень доверия врачей к образовательным мероприятиям, организуемым компанией, и к ее безусловным репутационным приобретениям.

**В.М.:** Открытость и еще раз открытость. В идеале лектору должно быть предоставлено право информировать слушателей о всей линейке лекарств по теме терапии какого-то расстройства, а не одного конкретного препарата. Для этого фармкомпания не должны бояться комплексного подхода в рамках научных мероприятий. В реальности же они часто не рекомендуют лектору говорить о конкурирующих препаратах других фармкомпаний. Это плохо.

**– Как вновь внедряемая система учета баллов-кредитов сможет оказать влияние на дифференцирование получения достоверной научной информации в психиатрии?**

**Ю.С.:** Трудный вопрос. Не думаю, что первое влияет на второе.

**В.М.:** Думаю, что не может никак. Баллы-кредиты – количественная, а не качественная характеристика. Никогда не слышал, чтобы при получении разрешения на выдачу сертификатов



# Тералиджен®

сбалансированный вегетокорректор<sup>1,2,3,4</sup>

- Эффективно устраняет вегетативные нарушения благодаря комплексному влиянию на рецепторы ЦНС<sup>1,2,4</sup>
- Купирует все проявления тревоги и стресса<sup>1,2,3,4</sup>
- Начало эффекта через 15-20 мин<sup>5</sup>
- Безопасен для больных пожилого возраста<sup>5</sup>
- Имеет благоприятный профиль безопасности<sup>5</sup>



1. Д.Ф. Ибрагимов. Алимемазин во врачебной практике//Журнал неврологии и психиатрии. 2008. №9. С.76-78.
2. Д.Ф. Пушкарев. Алимемазин в психиатрической практике и общей медицине (обзор литературы)//Психические расстройства в общей медицине. 2013. №1. С.56-61.
3. Е.С. Акарачкова. К вопросу диагностики и лечения психовегетативных расстройств в общесоматической практике//Лечащий врач. 2010. №10.
4. О.В. Воробьева, В.В. Русая. Вегетативная дисфункция, ассоциативная с тревожными расстройствами//Эффективная фармакотерапия. 2011. №1
5. Инструкция по медицинскому применению препарата Тералиджен®.

ПАО «Валента Фарм»  
119530, г. Москва, ул. Генерала Дорохова, д. 18, с. 2  
Тел.: +7 (495) 933 60 80, факс: +7 (495) 933 60 81



учитывалось научное качество преподаваемого лектором материала.

**– Сформулируйте, пожалуйста, в результате основных принципов получения объективной научной информации в вопросах диагностики и терапии в психиатрии. Какое примерный алгоритм получения подобной информации?**

**Ю.С.:** Принцип 1 – читать как можно больше. Принцип 2 – читать как можно больше на английском языке. Принцип 3 – читать как можно больше на английском языке наиболее авторитетные научные журналы и наиболее надежные научные интернет-порталы. Принцип 4 – читать как можно больше на английском языке самые последние номера наиболее авторитетных научных журналов и самые свежие новости наиболее надежных научных интернет-порталов.

Если практикующий специалист регулярно следует 4-му принципу, он может перестать

нуждаться в мнениях ведущих специалистов для принятия собственных врачебных решений.

Но, с другой стороны, даже самые лучшие лекторы способны получить удовольствие и пользу, слушая выступления своих коллег.

**В.М.:** Ориентация на репутацию лектора как независимого исследователя, учет Кохрановской базы научных данных и здравый смысл. Следует признать адекватным следующий алгоритм поиска объективной научной информации. К примеру, врач обнаружил у стационарного пациента галлюцинаторно-параноидный синдром. Какой препарат выбрать для купирования острого состояния? Учитывая, что у него имелась информация об эффективности хлорпромазина, он должен в базах научных данных уточнить, действительно ли данный препарат будет способен купировать выявленную психопатологическую симптоматику и можно ли избежать побочных эффектов. «Забивает» в поисковике адрес Кохрановской библиотеки ([www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)) и находит свежую информацию от 6 января

2014 г. о том, что 55 корректно построенных исследований показали, что «хлорпромазин остается одним из самых используемых и недорогих препаратов для пациентов с шизофренией, несмотря на появление нового поколения антипсихотиков». Что, к примеру, в Великобритании, где на долю типичных антипсихотиков приходится 44% назначений, хлорпромазин является наиболее часто назначаемым антипсихотиком. И самое главное, что, несмотря на возможные проявления экстрапирамидного синдрома, к примеру, акатизия при его использовании возникает не чаще, чем при применении плацебо. Но, может быть, стоит выбрать другой препарат? Для сравнения с другими препаратами врач «забивает» в поисковике Google слова «comparative efficacy and tolerability of antipsychotic drugs» и обнаруживает в журнале «The Lancet» за 2013 г. широкомасштабный метаанализ сравнительной эффективности 15 антипсихотиков. Находит среди всех препаратов хлорпромазин и обнаруживает, что «при применении хлорпромазина экстрапирамидный синдром

возникает практически в равном проценте случаев по сравнению с рисперидоном, в 8,8 раза чаще, чем при использовании клозапина, но в 1,8 раза реже, чем при использовании галоперидола». Далее он принимает терапевтическое решение, учитывая как доступность конкретного препарата в стационаре, так и фармакоэкономическую составляющую.

*Убеждены, что этот откровенный диалог вызовет неподдельный интерес наших читателей и коллег, спровоцирует новые сложные вопросы и разделит мнения. Лично мне было бы интересно узнать здесь реакцию молодых психиатров на все более активное использование Интернета, на возможность получения знаний с помощью участия в вебинарах, прослушивании переводных лекций и других современных методах выявления научной информации. Но об этом мы еще обязательно поговорим.*

**Редакция благодарит профессора Ю.П.Сиволана и профессора В.Д.Менделевича за интересный обмен мнениями.**

## Лекция

# Уроки прошлого и взгляд в будущее: современные концепции улучшения терапии психических заболеваний. Часть 4 (расширенный реферат, подготовленный А.В.Павличенко)



Marc Millan

Mark Millan, Guy Goodwin,  
Andreas Meyer-Lindenberg,  
Sven Ove Organ

## Изменения структуры проведения исследований (см. табл. 4)

В последние годы исследования в области разработки лекарств претерпели значительные изменения. По-видимому, сложные специализированные и длительные по времени технологии, сосредоточенные на поиске новых мишеней, следует заимствовать из других областей. Следует также заметить, что в настоящее время

компании могут работать сразу над несколькими проектами одновременно, так как в процессе работы приоритеты и цели исследований могут измениться по многим причинам. При планировании длительных исследований следует помнить о том, что необходимо обеспечить долговременное финансирование. С другой стороны, недостаточное финансирование исследований со стороны государства, сложности с привлечением частных инвестиций и акцент на получение практических результатов, которые могут быть быстро внедрены в практику, привели к значительным изменениям в сфере фарминдустрии. Качественные публикации и высокий стандарт обучения все еще являются приоритетными задачами, однако не следует забывать о таких важных аспектах, как необходимость привлекать дополнительные источники финансирования, нужно обращать внимание на коммерческую ценность открытия за счет патентов, лицензирования и новых моделей сотрудничества с индустрией. Также необходимо отметить важную тенденцию по-

следних лет: небольшие и средние по размеру биотехнологические компании в своей работе над созданием новых препаратов активно сотрудничают с представителями академической науки. Кроме того, появляются инициативы по проведению совместных клинических исследований, например, программа TURNS, направленная на улучшение когнитивных функций при шизофрении, или программа Национального центра по развитию трансляционных исследований, нацеленная на поиск новых веществ не только с улучшенной эффективностью, но также воздействующих на патофизиологические основы психических заболеваний.

В последние годы активизировалось сотрудничество между разными участниками исследования в области психофармакологии: например, при работе над совместными проектами фармацевтические фирмы открывают для представителей академической науки свои библиотеки данных о химических веществах, тесты на фенотипы и даже разрешают этим лицам входить в свои лаборатории.

Очевидно, что мероприятия, направленные на улучшение лечения психических расстройств, преодолевают национальные границы. Также заметно желание расширить прогресс в области психофармакологии на менее благополучные в экономическом плане регионы и установить глобальную сеть исследований. Не следует, однако, забывать, что во многих регионах успех в основном будет зависеть от разработки стратегий по улучшению психического здоровья в целом, а также стандартов жизни и гигиены, противодействия бедности, защиты экологии. Одними из важнейших будущих угроз для психического и физического здоровья, возможно, будут локальные изменения климата. Кроме того, при разработке и использовании препаратов не следует забывать о генетических и других различиях между континентами и странами.

Можно упомянуть о нескольких совместных проектах: глобальные инициативы по проблемам психического здоровья; открытые данные об экспериментальных и клинических исследова-

**Таблица 4. Обзор достижений в области фармацевтической индустрии в отношении клинического развития и общей организации исследований**

Область фарминдустрии	Последние и будущие достижения
Клиническая оценка и использование новых лекарств	<p>Усовершенствование связи между преклиническими и клиническими исследованиями с помощью использования совместных данных и процедур. Обратный переход от исследований у человека к животным для того, чтобы уточнить модели и параметры</p> <p>Более точное определение мишеней для действия лекарств с помощью мультимодальной нейровизуализации, электроэнцефалографии и т.д.</p> <p>Тщательный отбор пациентов для ранних этапов клинических исследований и поиска биомаркеров</p> <p>Привлечение опытных экспертов для проведения открытых диагностических исследований, нацеленных на определение перспектив использования препаратов с новым механизмом действия</p> <p>Улучшенные и обновленные рейтинговые шкалы; разнообразные параметры функционирования пациентов в обычной жизни; совместная оценка пациентом, врачом и родственником для более полноценной оценки эффективности лечения</p> <p>Совместно с регулирующими органами разработка протоколов исследований для тестирования инновационных механизмов действия и измерения отдельных терапевтических исходов конкретных групп больных</p> <p>Инициирование исследований в небольших целевых популяциях, распределенных по принципу общих клинических профилей и/или биомаркеров, симптомов/патофизиологических механизмов, на которые направлено действие лекарства</p> <p>Инициирование исследований гомогенных групп больных, страдающих очерченными расстройствами (например, синдром Мартин–Белл), а лишь затем изучение более гетерогенных и распространенных болезней, таких как шизофрения или аутизм</p> <p>Оптимизация протоколов, демонстрирующих преимущества существующих препаратов: сравнительные исследования, оценка резистентных случаев, адьювантной терапии для улучшения эффективности</p> <p>Акцент на доказательной медицине. Персонализированная и точная медицина – долговременные цели на будущее, но пока не реализуемые и недоступные</p> <p>Улучшение приверженности терапии с помощью более удобных и менее частых доз, лучшей переносимости, возможностей отдаленного мониторинга, психообразования</p> <p>Цифровая медицина: программа и приложения для смартфонов, консультации, лечение, идентификация и мониторинг (например, поведения пациента и его сна)</p>
Организация исследований и сотрудничество между разными партнерами	<p>Усилия на национальном и наднациональном уровне стимулировать терапевтический прогресс/открытие лекарств для психических заболеваний</p> <p>Фарминдустрия должна добиваться более тесных контактов с академической наукой и биотехнологией: ускорить процесс лицензирования и появления новых ЛС из разных источников</p> <p>Академической науке следует больше ориентироваться на клинические и социально-экономические проблемы вместе с защитой интеллектуальной собственности</p> <p>Новые способы взаимодействия фарминдустрии и академической науки: доступ ученых к базам данных химических веществ фармкомпаний, процедурам отбора. Распространение и анализ данных. Новые способы усилить эффективность взаимодействия</p> <p>Консультации и совместные встречи регулирующих органов, фарминдустрии, врачей и пациентов</p> <p>Повышение сотрудничества союза пациентов и врачей, определение реальных потребностей пациентов, разработка исследовательских программ и новых проектов исследований</p> <p>Группы больных для исследования новых препаратов должны быть более ограниченными, но более однородными, а препараты – более эффективными</p> <p>Более универсальный подход, который учитывают специфику лиц разных национальностей, включенных в исследования</p> <p>Набор, сохранение, распространение и анализ больших массивов данных (GWAS, секвестрация генома): потребность новых и более эффективных решений, включающих все ключевые фигуры сферы психического здоровья</p>



Andreas Meyer-Lindenberg

ниях по всему миру; аккумуляция огромного массива данных о секвестрации генома и генетических исследованиях; картирование головного мозга, например, Human Brain Project; катанестические исследования больших когорт населения. Термин «большие данные» (Big Data) подразумевает изъятие гигантских объемов информации, полученных в разных институтах, для анализа которых следует развивать новые инструменты и более мощные компьютеры. Хотя информационные технологии, по-видимому, через некоторое время смогут обработать полученные результаты, другой проблемой способно стать то, как эти данные могут быть применимы.

В заключение нельзя не упомянуть о возросшей роли самих пациентов в улучшении контроли-

рования симптомов расстройств. На протяжении многих лет больные выступали в роли пассивных участников процесса, получающих лечение и принимающих участие в клинических исследованиях. Однако доступность информации изменила их отношение с врачами и повысила уровень знаний о психических расстройствах и их лечении. В контексте клинических исследований самоотчеты пациентов и оценки врачей являются взаимодополняющими документами. Так, пациенты сообщают об особенностях их ежедневной жизни, формулируют терапевтические запросы, высказывают предпочтения в выборе лекарств, соглашаются с рисками терапии. Также не нужно забывать, что частные пожертвования от больных в некоторых странах являются важным источником финансирования исследований в области фармакологии.

**Заключительные комментарии**

Таким образом, можно сделать вывод, что нейробиология и нейронаука в целом за последние 60 лет прошли очень длинный путь, началом которого можно считать появление первых ПС. Более того, современный этап развития науки можно охарактеризовать как состояние перехода (transition), в том смысле, что нам нужно двигаться вперед, хорошо изучив уроки. Как было показано

в этой статье, появившиеся в последние годы разнообразные подходы продолжают развиваться в последующие десятилетия. Однако самый важный вопрос состоит в том, как улучшить профилактику и лечение психических расстройств. Путь от появления идеи до ее воплощения в жизнь может занять 20–25 лет (!). Секвестрация человеческого генома, безусловно, стала эпохальным событием, однако оно не привело к изменению парадигмы в психиатрии. Возможно, что в отдаленной перспективе оно и станет важным источником знаний, но пока привело лишь к тому, что наши первоначальные ожидания того, что природа психических расстройств вскоре будет раскрыта, не оправдались, и мы хорошо сейчас понимаем ограниченность исследований по изучению генома. Также важно понимать, что нам потребуется еще очень много времени для того, чтобы полностью понять связанные между собой причины психических расстройств и предложить лучшие препараты и другие стратегии контроля над симптомами болезней. В этом отношении нельзя не упомянуть другой важнейший элемент исследований в данной области – привлечение финансовых средств. Крайне важно понять, что работа над новыми препаратами для лечения болезней центральной нервной системы должна хорошо и регулярно

финансироваться. В этом смысле время (а также терпение, упорство, активность) и деньги, разумно вложенные в исследования, приведут к тому, что третий элемент успеха – полученные знания – приведет к улучшению понимания природы психических расстройств и лучшему лечению. Многие представленные аргументы не могут не внушать оптимизм по поводу того, что более эффективные стратегии терапии и профилактики психических рас-



Gui Goodwin

стройств неизбежно появятся в будущем. Для достижения этих целей необходимо объединение всех ключевых игроков в этой области: фарминдустрии, представителей академической науки, практикующих врачей, пациентов, регулирующих данную область государственных институтов и всего общества в целом. ■

# Загадка читающей Мадонны (опыт психологического исследования). Часть 2

П.В.Морозов,  
профессор кафедры  
психиатрии ФДПО РНИМУ  
им. Н.И.Пирогова

## Что в именовании тебе моем?

*Но черный блеск бездонных глаз  
Пронзит на улицах Севиллы,  
И в вороненых прядях-крыльях  
Тебя я вижу каждый раз.*

«Видение», П.Т.

Вена – прекрасный город. Я люблю бывать в нем еще с тех времен, когда долго работал в Женеве, во Всемирной организации здравоохранения, и по делам службы часто навещал австрийскую столицу. И всегда заглядывал в местные музеи. Вот и сейчас, изголодавшись по путешествиям, приехал я в этот город и сразу направился в Музей истории искусств. Времени было немного, поэтому тотчас устремился в центральные залы итальянской живописи – к Рафаэлю и Перуджино. Посмотрев заодно венецианцев: Тициана и Тинторетто, я свернул в боковые галереи, чтобы идти к выходу, слегка ускоряя шаги. Когда проходил мимо одной из картин, показалось, что передо



Мадонна с Христом и Иоанном Крестителем. Вена

мной мелькнул знакомый образ. Внутренне усмехнулся: «Даже здесь все думаешь о своей Мадонне, везде она тебе мерещится» – так часто в молодости бывает, когда влюблен. Но я все же остановился... Сомнений быть не могло: это она, «Мадонна с Донской»! Те же нежные черты лица, тот же взгляд, тот же изящный поворот головы, правда, она не одна, рядом дети: Иисус и Иоанн Креститель. Но в руках она держит открытую книгу! Карло Маратта!

Маратта? Что я знаю о нем? Скопее к книгам, справочникам, Интернету.

Прохожу немного вперед, и вдруг новая встреча с тем же ли-

ком – «Мадонна с Младенцем». И снова Маратта!

Очевидно, что у художника была одна и та же модель и что он очень любил творчество Рафаэля.

## Явление героя

Много пришлось просмотреть, и вот что удалось узнать.

Карло Маратта (1625–1715) писал свои полотна в академической традиции своего учителя Сакки, берущей свое начало еще в творчестве Рафаэля. В конце XVII в.



Карло Маратта (1625–1715). Благовещение

Маратта и Сакки были признанными ведущими римскими живописцами, он может быть назван четвертым в ряду выдающихся представителей римской школы того столетия после Караваджо, Аннибале Карраччи и Пьетро да Кортона.

Кроме алтарных полотен для церкви, мастер писал также портреты, фрески, создавал скульптуры. Наиболее интересен он как портретист. Его работы любили Людовик XIV, целый ряд понтификов.

В настоящее время картины К.Маратта можно увидеть в музеях Парижа (Лувр), Рима, Берлина, Флоренции, Санкт-Петербурга, Лондона, Мадрида, Бостона, Вены, Брюсселя, Мюнхена и даже во Владивостоке (в 1930-е годы Эрмитаж передал туда последнюю работу художника).

Похоронен мастер в римской церкви Санта-Мария-дель-Анджели-э-деи-Мартири (базилика Св. Марии, Ангелов и Мучеников). Маратта очень любил творчество своего гениального соотечественника Рафаэля. Однажды он так выразил свое восхищение его работами: «Если бы мне показали картину Рафаэля и я не знал бы ничего о нем самом, если бы мне при этом сказали, что это создание ангела, я бы этому поверил».

Современникам особенно нравились его милостивые мадонны, доставившие ему прозвище Карло, или Карлуччоделле-Мадонне. Вне Италии он наиболее полно представлен как живописец в Императорском Эрмитаже, где имеются 11 его несомненных картин, в том числе превосходный портрет папы Климента IX.

Он был зрелым мастером, с великолепным умением соединять элементы стилистики барокко и римской традиции классицизма. В облагороженных образах святых часто угадываются реминисценции из произведений Рафаэля и Сакки. Уже в эти годы Маратта получил прозвище Апеллес Рима. Прекрасный знаток античности, живописи Рафаэля, а также искусный реставратор, Маратта был приглашен в годы понтификата Иннокентия XI (1700–1721) реставрировать с учениками Лоджии Рафаэля (рафаэлевские фрески в «Станцах» Ватиканского дворца). В академических кругах эта работа была признана неудачной и в начале XVIII в. вызвала широкую полемику о правомочности реставрации.

Стиль Маратты оказал большое влияние на мастеров молодого поколения. В Риме его последователями стали С.Конка, Ф.Тревицани, Ф.Имперали, Б.Лути, К.Джакуинто, Дж.Кьяри. В частности, в одной из известных нам работ любимого ученика Маратты – Франческо Тревицани мы также находим знакомый образ читающей Мадонны.

В Италии получили широкое распространение рамы maratta



Карло Маратта. Мадонна, чтение. Эрмитаж

(по имени художника). Они стали популярны и в России, где также были распространены рамы с динамичной композицией, прихотливой резьбой, сложной проработкой левкаса, создающими дополнительный объем на поверхности.



Ф.Тревицани. Мадонна с Младенцем

## Мадонны с книгами

Как упоминалось выше, в Эрмитаже находится самая большая зарубежная коллекция картин Маратта – 11 полотен. Однако главный сюрприз ждал меня впереди – одним из любимых сюжетов Карло Маратта были мадонны с книгами! Я насчитал более 15 таких полотен в разных музеях мира, причем одна из них – «Мадонна, чтение» – находится в Санкт-Петербурге. Но и это еще не все: на этой картине руки расположены так же, как на иконе Калужской Божьей Матери: одна молитвенно прижата к груди, а другая держит открытую книгу. А ведь раньше утверждалось, что подобных поз на картинах, изображающих Деву Марию, выявлено не было. Ту же позу наблюдаем и у читающей Марии Магdalены на картине одного из учеников Маратты. И еще: на многих работах автора, изображающих Богоматерь, мы много раз встречаемся со знакомым лицом, напоминающим мадонн кисти Рафаэля – несомненно, прототип у многих картин Маратты был один. Интересно, что художник предпочитает изображать свою модель в три четверти, в полуобороте, когда же это правило нарушается, то сразу обращает внимание чуть удлиненный и заостренный нос прототипа – черта весьма приметная.

Единственное, что немного смущало меня в выдвинутой гипотезе, это то, почему картина в храме на Донской улице в Москве так почернела – ведь Маратта как реставратор владел всеми тайнами сохранения полотен. Но и этому нашлось неожиданное объяснение. Сохранились свидетельства того, что Маратта из зависти (будем называть все своими именами) к таланту одного из своих учеников посоветовал ему покрыть картину рекомендованным им составом лака. Как результат, полотно довольно быстро потемнело. Из песни слова не выкинешь.



Евдокия Лопухина, жена Петра I

Но если икона из церкви Ризоположения принадлежит кисти пока еще безымянного ученика из круга Маратта, то это подтверждает, что она представляет несомненную художественную ценность – ведь сам Маратта таким бесчестным образом признавал талант своего последователя.

#### К делу приступает реставрация

Однако и эту столь заманчивую гипотезу пришлось отбросить: реставратор, с которой меня самым неожиданным и счастливым образом свела судьба, а точнее Провидение, рассказала мне удивительные вещи. Во-первых, икона оказалась не почерневшей, а лишь плохо освещенной. Часть потемневшего лака можно удалить, и образ вновь засияет всеми своими красками. Во-вторых, подтвердилось наше впечатление



Современный облик Калужской Чудотворной

о том, что икона была написана на доске и, увы, ее датировка относится к XIX в., скорее всего, к его второй половине, тем годам, когда создавался и киот для нее.

Так неужели все мои догадки и поиски были напрасными?

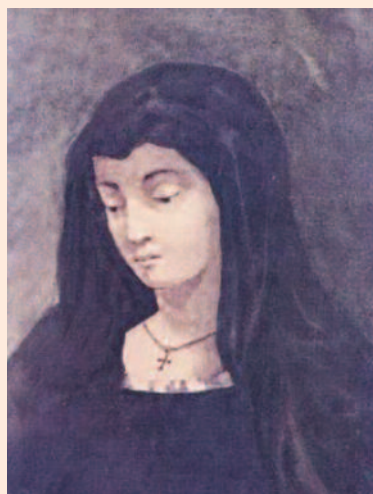
Реставратор иконы Галина Лозовская самым терпеливым образом выслушала все мои сомнения на этот счет, с интересом ознако-

милась с «лопухинской» линией моего исследования и подтвердила мое предположение о большом сходстве оригинала с фотографией чудотворной иконы (судя по старому снимку). Эти два образа наиболее близки друг другу из всех известных существующих икон Калужской Божьей Матери. К тому же они весьма совпадают и по размерам. Но, как мы отметили ранее, образ на Донской более ценен с художественной точки зрения, хотя он, как оказалось, и более поздний. И наконец, а как же быть с Карло Маратта?

#### Еще раз с самого начала...

Теперь попробуем суммировать то, что удалось узнать и что можно предположить.

Картина итальянского художника попадает в московский храм изначально, вместе с другими работами западноевропейских жи-



Варвара Лопухина

вописцев. В те годы итальянские мастера активно работали в России, в частности, расположенный на той же тихой Донской улице (а в те времена это было предместьем столицы) Малый собор Донского монастыря, построенный в то же время, был расписан живописцем Клаудио с Аппенинского полуострова.

Аннунциата каким-то образом связана с именем Евдокии Лопухиной, последней царицы русского происхождения, первой жены Петра Великого. Возможно, это вклад царицы в храм, на кресте которого расположена золотая корона петровской эпохи в знак ее покровительства строящейся церкви, возможно, она истово молилась перед ней в ожидании наследника – обратим внимание на широкий пояс Богородицы на картине.

Когда Евдокию жестоким образом принудительно отлучают от престола, сына, и насильно постригают в монахини, ее преданные земляки мещовские купцы тайно заказывают русскому художнику ее портрет – «парсуну». Тот берет за основу любимый образ Евдокии, перед которым она молилась – Мадонну Аннунциату (Оповещенную) и привозит

холст с изображением одетой во все черное инокини на родину опальной царицы. Ее чело подчеркнуто украшено императорской короной. Парсуна точно воспроизводит московский оригинал и по размерам, и по деталям (широкий пояс Богородицы, в частности, известен лишь на одной из поздних копий чудотворной иконы – Донской). Возможно, что все было еще проще – любимый портрет читающей Богородицы кисти Маратта забирают из храма на Донской и отвозят на родину царицы.

Крамольный портрет царицы с книгой в руке в монашеском одеянии и с короной хранится в имении Лопухиных, а когда на его след выходит Тайная канцелярия, то он передается в семью родственников – Хитрово. Те от греха подальше прячут его на чердаке, пока холст «случайно» не находят как раз в год 50-летия пострига Евдокии Лопухиной.

Когда парсуна начинает творить чудеса, калужане говорят о том, что Богородица явилась к ним в образе царицы Евдокии.

Слух о чудесах, совершенных иконой Калужской Божьей Матери, доходит до Москвы, там знают о прототипе чудотворной иконы и решают мягко подправить ситуацию – так на московской копии, по-видимому, появляется та же корона, лучи и надпись. Возможно, поэтому поколения священнослужителей храма старались не привлекать к ней особого внимания.

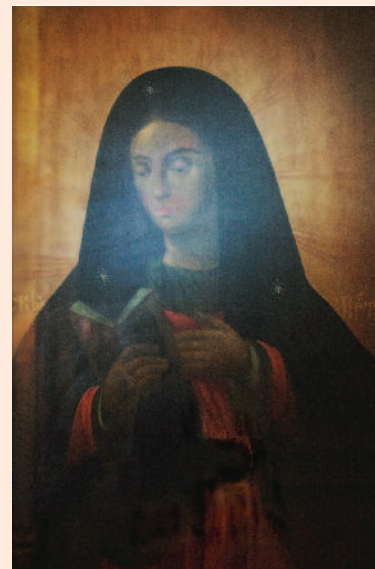
«Парсуна», или исчезнувший оригинал кисти Маратта, явились прототипом известного портрета Лопухиной в Покровском монастыре в Суздале. Теперь уже невозможно было представить образ царицы без книги в руках, и не в той же позе, что и на чудотворной иконе.

Предположение о том, что автором прообраза иконы в церкви Ризоположения является Карло Маратта (или кто-то из его последователей) основано на следующем:

- Лик Мадонны удивительно совпадает с другими аналогичными образами в произведениях К.Маратта и его учеников.
- Его работы выполнены под большим влиянием Рафаэля, что и бросается в глаза при знакомстве с картиной и с восстановленным по фотографии оригиналом чудотворной иконы.
- В храме на Донской были (да и есть) и другие итальянские работы того же времени.
- Одним из любимых сюжетов Маратта была Мадонна с книгой (более 15 известных нам полотен).
- На некоторых из них мы видим абсолютно ту же позу Мадонны, более нигде не встречающуюся: одна рука молитвенно прижата к груди, другая держит раскрытую книгу.
- В России было много произведений этого художника.

• Возможно, картину написал один из талантливых учеников Маратта...

Картину в московском храме никогда, судя по всему, не исследовали и не реставрировали. Воз-



Образ Калужской Божьей Матери в храме на Донской улице. Москва

можно, под слоем лака найдется такое, что позволит подтвердить или опровергнуть ход моих догадок. Но одно очевидно – икона достойно того, что ее исследовать.

Видимо, прообразом и для «донского» и для «парсунного» образа Калужской Богородицы была картина итальянского мастера Карло Маратта, перед которым молилась молодая царица Евдокия, ожидавшая своего первенца.



Читающая Мария Магдалина. Школа Карло Маратта

#### Пояс Богородицы

Обратим теперь наше внимание на пояс Богородицы на исследуемой иконе. Подчеркнутая широкая коричневая лента (деталь крайне редкая на иконах, обычно обозначается лишь узкий поясок) выделяет данную деталь образа. Реставратор картины Галина Лозовская говорит о несовершенной технике исполнителя московской копии чудотворной иконы Ка-

Продолжение на стр. 8

лужской Богородице: складки тунники Богородицы неточно передают контуры ее тела. И тут в голову приходит неожиданная догадка, возникшая еще при знакомстве с современной чудотворной иконой, находящейся в кафедральном соборе Калуги: очертания тела Божьей Матери говорят... о ее беременности. Возможно ли такое? Не противоречит ли это христианским канонам, учению церкви? Оказывается, нет, не противоречат, и иконы с изображением беременной Богородицы, с младенцем в чреве, существуют.

Известно, что народно-христианские представления наделяли пояс Богородицы свойствами сильнейшего оберега при родах.



Калужская Божья Матерь (фото 1930-х гг.)

Так, английская королева Елизавета Йоркская заплатила немалые деньги некоему монаху за использование «пояса Богородицы» при родах. Хорваты опоясывали роженицу, которая долго не могла разродиться, «поясом Богородицы» (хорв. Gospin pasac), принесенным из церкви. В Сербии женщину на сносях заранее опоясывали веревкой, которая всю ночь провисела в церкви у иконы Богородицы. Словенцы Каринтии считали, что роды облегчает двухметровая лента velikost Marije, продаваемая в церквях. У македонских греков матери, несчастливые в детях, незадолго до родов старались раздобыть у побывавших в Фокее паломниц «пояс Богородицы» (греч. ζώνη της Παναγίας) из выделанной кожи.

Согласно преданию, пояс из верблюжьей шерсти Богородица сплела себе сама, он был на ней во время беременности. В честь чудотворного Пояса Пресвятой Богородицы была написана икона, известная в России под именем «Пояс Пресвятой Богородицы». В Греции ее называют «Агия Зони», что дословно обозначает «Святой пояс». Образ этот также прославился многочисленными чудотворениями – исцелениями от бесплодия.

Пояс Пресвятой Богородицы указывает на аскетизм ее жизни. Это символ внимания и воздержания, потому что в античности и в отеческой традиции «перетянуть пояс» значило наложить на себя строгий пост.

Таким образом, еще в древности Пояс Божией Матери почитался не только как святыня первой величины, но и как символ аскетизма и чистоты. Не случайно Пояс Божией Матери хранится и почитается на Афоне среди аскетов – монахов и отшельников.

#### Лопухины и Лермонтов

Я не исключаю, что молодой М.Ю.Лермонтов, влюбленный в дальнюю родственницу царицы Евдокии, Варвару Лопухину, романтизировал ее образ, изобразив возлюбленную в виде испанской монахини на своей акварели. Варенька Лопухина (Бахметева), похороненная поблизости, на той же Донской улице, явилась прототипом многих героинь произведений великого поэта. Эта достаточно неожиданная ассоциация возникла сразу, при первом же знакомстве с образом читающей Мадонны. История древнего рода дворян Лопухиных тесно переплетена и с Калужской землей, и с храмом на Донской и, видимо, с чудотворным образом Богородицы Оповещенной (Аннунциаты). Напомню, что калужская усадьба Лопухиных Серебряно находилась близ Мещовска и была известна с XIII в. – там располагались 2 монастыря и 5 храмов. Двоюродный брат опальной царицы Александр Петрович Лопухин являлся дедом Евдокии Николаевны Орловой-Чесменской (Лопухиной), что была супругой могущественного графа Алексея Орлова. Супруги Орловы отвева-

лись в храме Ризоположения на Донской, являлись его прихожанами и делали богатые вклады в эту церковь. Неподалеку от сестры Евдокии, в начале Калужской, обосновался и Дмитрий Николаевич Лопухин, который поручил архитектору Матвею Казакову выстроить свою усадьбу (ныне здание Горного института). Лопухины, безусловно, гордились родством с последней царицей русского происхождения и знали о ее почитании в храме на Донской.

Не могла не знать этого и Варвара Лопухина. Ее акварельный портрет кисти юного Лермонтова, где она изображена в виде испанской инокини, поразительно напоминает икону с изображением Богородицы Аннунциаты. Варенька после отъезда Лермонтова в Петербург, поверив слухам о его увлечении другой женщиной, вышла замуж за Бахметева, однако продолжала любить поэта. После известия о смерти Лермонтова Варвара тяжело заболела, о чем прямо свидетельствует письмо ее сестры Марии («...отношу это расстройство к смерти Мишеля»). После долгих и многолетних попыток вылечить Лопухину (а она



Восстановление по старому фото с оригинала

отказывалась от новых поездок на заграничные курорты) муж в 1846 г. решил построить в своем имении церковь с престолом, посвященным великомученице Варваре – небесной покровительнице его жены. Не по ее ли желанию храм позже получил название Благовещения?



Варвара Лопухина, художник Меллер (1833)

Она молилась здесь еще пять лет, вплоть до своей кончины, и была похоронена не в родовой могиле Лопухиных (где положили и Евдокию Орлову) в Спасо-Андрониковом монастыре, а на Донской, в малом монастырском соборе, ведь при Ризоположенской церкви кладбище не было.

Случайно ли это? Я не знаю, но уверен, что икона Калужской Божьей Матери оказалась в этом храме не случайно.

Если я, пусть по-дилетантски, привлеку к этой картине внимание специалистов, то буду считать, что выполнил свою задачу.

Но даже если этого не произойдет – я по-прежнему буду приходить сюда.

Она снова влечет меня.

*Чей образ по утрам тревожит,  
Волнует в сумраке ночей,  
Прекрасный облик осторожно  
Приходит в сплаве праздных  
дней.*

*Его черты неповторимы,  
Тот образ вижу каждый час,  
Казалось, взором много раз  
В толпе ловил сей лик любимый.*

*И ноги вновь приводят сами  
К иконе, что стоит во храме,  
И сердце словно на ладони.*

*Я с преклоненной головой  
Стою, исполненный мольбой  
Моей читающей Мадонне.  
(Аннунциата, П.Т.)*

#### У наших друзей

## Пятьдесят оттенков Дориана Грея

*И увидел он коленипреклоненного на жестких каменных Долинах Отчаяния юношу, который был наг и плакал. Цвет его волос был подобен меду, и его тело было как белый цветок, но он изранил свое тело*

*шитами и вместо короны покрыв свои волосы пеплом.*

Оскар Уайльд. «Учитель»

Жил-был юноша, и у него, как и у нас с вами, была душа. Только, в отличие от других, как заметила

его тетушка, леди Агата, «был он юноша серьезный, и у него была прекрасная душа». Вот это становится интересным, не так часто встречаются серьезные юноши с прекрасной душой, разве что в книгах о рыцарях и мушкетерах.

Да, чуть не забыл, этот серьезный юноша любил искусство и умел его ценить. Он часто посещал театр, знал и боготворил Шекспира и героев его пьес, музицировал, разбирался в живописи и особенно высоко ценил красоту. Хочу





А.Н.Богдан  
доцент кафедры  
психиатрии ФДПО РНИМУ  
им. Н.И.Пирогова

отметить, что, по оценке его друзей и просто знакомых, этот юноша был не просто привлекателен, но обладал удивительной красотой – «юный Адонис, словно сотворенный из точеной слоновой кости и лепестков роз».

Вот еще одно мнение – лорда Генри, циника с его апологией «нового гедонизма», после знакомства с нашим героем: «Да, бесспорно, этот юноша – с нежными очертаниями ярко-красных уст, чистыми голубыми глазами, золотистыми кудрями – был чрезвычайно красивый. Его лицо чем-то таким сразу вызвало доверие. Из него проговаривала вся искренность юности, вся чистота юношеского запала. Виделось – жизненная грязь еще не обозначила его своим тавром». Но это только завязка истории, или преморбид, нашего героя, Дориана Грея. Все другие его особенности, его судьбу помогут раскрыть друзья и покровители, да и сам герой не останется на задворках сцены.

В «Портрете Дориана Грея» наиболее ярким «властителем дум» является лорд Генри, в которого Оскар Уайльд вложил много своих идей и, конечно же, обаяния. Лорд Генри – представитель высшего круга аристократии, циник, эстет и гедонист, обладающий невероятным даром убеждения. Он подкупает своими остроумными и парадоксальными заявлениями, его монологи и диалоги просто очаровывают. Именно он пытается из нашего героя создавать, лепить личность по своему подобию. Однако обстоятельство часто сильнее желания.

У лорда Генри есть целый набор заповедей и правил жизни. Для примера одна из них: «Самое страшное на свете – это скука. Вот единственный грех, которому нет прощения». Дориан усвоил эту заповедь лорда Генри. Он преобразует мир силой своей фантазии, создает свой мир, в котором «все приняло свои формы и оделось яркими светлыми красками».

Настал момент, когда искусство уступает место науке. Преморбид

уступает место первым признакам эндогенного заболевания. Психопатологичный дебют с признаками возбудимой личности, когда часто констатируется весьма неровное течение жизни, и не только потому, что наш герой постоянно избегает трудностей, а потому, что часто высказывает недовольство, проявляет раздражительность и склонность к импульсивным поступкам. «После нашей встречи я утратил покой, мне все время казалось, что внутри у меня трепещет каждая жилка. Прогуливаясь по парку или по Пикадилли, я с жадным любопытством всматривался в прохожих, пытаясь угадать, какую они ведут жизнь. Некоторые казались мне привлекательными, другие внушали страх. В воздухе витало что-то восхитительно ядовитое. Мною владело страстное желание испытать новые ощущения...».

На первый план выступает необоснованность поступков. Он постоянно меняет свои увлечения. То это католичество, привлекавшее своей обрядностью, то мистицизм «с его дивным даром делать простое таинственным», то дарвинизм – «так заманчива была идея абсолютной зависимости духа от физических условий». Был в жизни Дориана период, когда он весь отдавался музыке. То он изучал ароматические вещества, открыв, что «всякое душевное настроение связано с чувственным восприятием». Затем появилась новая страсть: драгоценности, гобелены и старинные вышивки. Все эти сокровища помогали ему спастись от страха, который он испытывал перед глубиной собственного падения.

Дориан Грей убедился в том, что в его жизни культура и разврат сопутствовали друг другу. И это понятно: он изгнал из культуры все, а искусство воспринимал как нечто нейтральное, не влияющее на деятельность человека. Когда-то Дориан опьянился мыслью, что «вечная молодость, неутомимая страсть наслаждения, утонченные и запретные безумия счастья и еще более исступленное безумие греха – все будет ему дано. Но и это уже в прошлом».

Первая любовь с самыми неожиданными ассоциациями. «Ну скажите, разве я был не прав, обратившись за любовью к поэзии и найдя себе супругу в шекспировских пьесах? Уста, которые научил говорить сам Шекспир, шептали мне на ухо свои заветные тайны. Меня обнимали руки Розалинды, и я целовал Джульетту». И буквально через считанные дни после очередной встречи на спектакле мнение и все чувства кардинально меняются: «Вы убили мою любовь! Раньше вы поражали мое воображение, а теперь поражаете своей посредственностью. Вы стали мне безразличны. Каким безумием была моя любовь к вам! Сейчас вы для меня ничто. Я не хочу вас больше видеть. Я никогда не вспомню о вас, никогда не произнесу вашего имени». И это только из-за неудачно сыгранной роли.

Достаточно того, чтобы что-либо не понравилось, как разрушающаяся личность берет свое, наш герой сразу же отворачивается и, не утруждая себя взвешиванием последствий, берется за новое, совершенно не заботясь о происходящем. Он обожал в ней Джульетту, Офелию, Дездемону, но он никогда не любил обыкновенную девушку Сибиллу Вейн. Ее смерть, самоубийство если и опечалили его, то только на несколько секунд.

«Какое она имела право убивать себя? Это эгоистично с ее стороны! Почему я не страдаю так сильно, как мне надлежало бы? Неужели у меня нет сердца?... И все же... то, что случилось, не подействовало на меня так, как должно было бы подействовать. Я воспринял все это как неожиданную развязку какой-то увлекательной пьесы. В этой развязке пугающая красота греческой трагедии, в которой я играл главную роль, но которая не затронула моей души».

Возбудимые личности нередко производят впечатление людей примитивных, т.е. уже по их мимике можно судить о невысокой интеллектуальной подвижности, они замечают только то, что сразу бросается в глаза. «Он безмозглое, очаровательное существо, на которое всегда было бы приятно смотреть зимой, когда нет цветов, и летом, когда захочется охладить разгоряченный мозг». Таково первое мнение лорда Генри о Дориане Грее. В беседе они малоини-



Дориан Грей. Кадр из фильма

циативны, скупы, как правило, не проявляют недружелюбие, им просто не нравится, что приходится давать такое количество ответов, и поэтому реагируют очень раздраженно. Одним словом, и здесь они не умеют держать себя в руках, и это неоднократно видно в беседах с лордом Генри и, особенно, с художником Бэзиллом Холлуордом. Недостаточность управления собой нередко ведет к конфликтам в общении с людьми. Именно по этой причине произошло убийство Бэзила.

Настала очередь истории с портретом Дориана Грея. Признать всю фантастичность его существования было бы очень просто и предсказуемо. Передо мной

лежит второй том книги Карла Ясперса «Собрание сочинений по психопатологии», изданной в 1996 г. в «Библиотеке зарубежной психологии». Вот о чем он пишет на с. 18: «Парейдолии – это не объяснимые аффектами и ассоциативными процессами, наступающими при ясном сознании и против воли, преобразования реальных восприятий, так, что его элементы содержатся и в этих новообразованиях». Кальбаум ввел термин «парейдолия» (восприятие побочных образов) для всех иллюзий, которые являются чувственным продолжением восприятия, чтобы терминологически отличить их от неправильных истолкований восприятий путем выводов. Нарушение восприятия при психопатологичном дебюте эндогенного заболевания – достаточно частое явление. Вот как описывает Оскар Уальд первую встречу Дориана Грея с «изменившимся» портретом: «Он протер глаза и, подойдя к портрету как можно ближе, снова стал внимательно всматриваться в него. Краска, несомненно, была не тронута, никаких следов подрисовки. А между тем выражение лица явно изменилось. Увы, ему это не почувдилось – страшная перемена бросалась в глаза. И тем не менее перед ним был его портрет со складкой жестокости у рта... Размышляя об этом, Дориан спросил у себя: а что, если в один прекрасный день портрет станет изменяться прямо у него на глазах? Он содрогнулся

при одной только мысли об этом, но в то же время у него возникло острое желание это увидеть».

Болезнь прогрессирует. Уже не только парейдолии пугают Дориана Грея, именно в период ухудшения состояния, как и ожидалось, его начинает преследовать дикий страх смерти, выражающийся в кажущейся опасности преследования. Дориану казалось, что за деревьями его подстерегает человек, намеревающийся убить, что «чудовищные крылья смерти» шумят над ним в свинцовой духоте. Он искал место, где будет в безопасности, становился в тягость самому себе. Вместе с

Продолжение на стр. 10

этим Грей становился эмоционально холодным, когда по его вине страдали и погибали люди, и сам совершил хладнокровное убийство, за которое не испытывал вины: «Как быстро все это произошло! Дориан чувствовал себя странно спокойным». Эмоциональная холодность становится определяющей. Через несколько часов, ночью «Дориан спал безмятежным сном, лежа на правом боку и подложив под щеку ладонь. Спал, как утомившийся от шумных игр ребенок. Его сон не тревожили никакие видения – ни светлые, ни мрачные. А улыбался он потому, что молодость жизнерадостна без причин, и в этом ее главное очарование».

Что ждет дальше нашего героя? Все ярче и ярче проступают гебоидные черты, появляется то, что называется непристойным поведением. «Через семь-восемь минут он добрался до ветхого думика, вклинившегося между двумя захудалыми фабриками. В конце коридора висела грязная зеленая занавеска, заколыхавшаяся от порыва ветра, залетевшего с улицы через открытую дверь. Отдернув занавеску, Дориан вошел в продолговатое помещение с низким потолком, похожее на третьеразрядный танцкласс. На стенах горели газовые рожки, их резкий свет тускло и криво отражался в

засиженных мухами зеркалах. Дориан торопливо поднялся по трем расшатанным ступенькам и вошел внутрь. Его встретил тяжелый запах опиума. Он глубоко вдохнул, и ноздри его затрепетали от удовольствия». Любитель и ценитель Шекспира и Шумана Дориан Грей стал завсегдаем притонов и грязных кабаков. Нет уже прежнего лоска высшего общества, но возникли характерные эпизоды злобного возбуждения с импульсивными агрессивными действиями. Чего только стоит убийство близкого друга-худож-



Портрет Дориана Грея. Кадр из фильма

ника и то, каким образом Дориан избавился от его тупа. Даже то, что раньше было доминирующим, – высшее общество, ощущение поклонения и любви окружающих – стало исчезать, уступая место негативной симптоматике и паранойальному отношению к своему загадочному портрету.

Меня всегда занимала мысль: а что, если бы у Дориана Грея украли злополучный портрет? Как бы это отразилось на его поведении? И что, если бы у него было несколько портретов, и каждый бы из них реагировал по-своему? Каким образом можно было бы помочь этому юноше сегодня, случись все это в наше время?

Поведение Дориана Грея в случае похищенного портрета или появления троицы других портретов предсказать трудно, ибо здесь нужно обладать фантазией Оскара Уайльда, а вот что касается современных методов лечения, то здесь уместен опыт и достаточный выбор современных психотропных препаратов. Эндогенное заболевание, гебоидный вариант течения с элементами тревоги, страха и развивающейся паранойей, и все это на фоне нарастающей негативной симптоматики подсказывает нам Неулептил (перидиазин) как препарат выбора, обладающий направленным действием на эмоциональные и поведенческие нарушения в рамках расстройств личности. Этим мы одновременно сможем воздействовать как на опасное импульсивное поведение, так и на тревожное состояние. В нашем случае доза препарата может достигнуть 100 мг/сут. Эффект был бы реален и наступил довольно скоро.

Наступил день сегодняшней, и «на полу с ножом в груди лежал мертвый человек во фраке. Лицо у него было морщинистое, увядшее, отталкивающее. И только по перстням на руках слугам удалось узнать Дориана Грея». Не получился из него ни рыцарь, ни мушкетер. Мертвый герой показан абсолютно неэстетичным, т.е. эстет Уайльд не приемлет совершенного Дорианом убийства и его нового образа жизни, осуждает их. «Пытаясь убить свою совесть, Дориан Грей убивает себя», – так сформулировал мораль романа сам автор. Уайльд спорит с Уайльдом. Дориан вызывает в нем больше сочувствия и сострадания, чем жертвы его страстей. «Чем в области мысли был для меня парадокс, тем в области страсти стала для меня извращенность», – сознался тот, кто остается великим и в XXI в.

Оскар Уайльд не был психиатром, но как точно и ярко описал он развитие болезни – от дебюта влюбленности прежде всего в самого себя и до полного регресса личности. Перед гением я обнажаю голову.

«Придите же и рассудим! – говорит Господь. – Если даже багровы ваши грехи, чистыми сделаю вас, белыми, как снег, и пускай они черной крови подобны – Я вас, как шерсть, добела отмою» (Ис 1:18). ■

## Психиатрия и литература

# От Михаила Булгакова к Понтию Пилату Когда мигрень заразна

А.Н.Богдан  
доцент кафедры  
психиатрии ФДПО РНИМУ  
им. Н.И.Пирогова

*Пилат сказал им: «Почему бесы не повинуются врачам вашим?»  
И они ответили: «Не ведаем».*

Апокрифические евангелия:  
Евангелие от Никодима, глава VIII

### Часть 1

Вы понимаете, что такое тревога и что такое страх? Именно эти эмоции я испытываю сегодня, сидя перед компьютером, пытаясь передать свои мысли и ощущения после очередного прочтения «Мастера и Маргариты». «Не пытайтесь снять фильм или поставить спектакль по этой книге! Роль Иешуа навсегда закроет вам дорогу на подмостки!» Господи! Но я не планирую создать зрелище или сыграть роль. Я хочу найти ту связь в мыслях, идеях и представлениях Михаила Булгакова, которая привела к созданию образов Иешуа, Пилата, Мастера, Воланда и других героев этого романа, заставляющего после прочтения последней страницы вновь возвращаться к первой. Оставим в стороне до луч-

ших времен философскую сторону романа. Не будем погружаться в мысли и поступки его героев. Только глаза врача, только душа психиатра. Предпримем попытку понять природу некоторых болезненных симптомов, которые разбросаны по страницам книги. Откуда они? Испытывал ли их автор перед тем, как создать свой роман? И в ком из героев романа больше Булгакова? В Мастере? В Иешуа Га-Ноцри? В Пилате? В Воланде? А может быть, в Коровьеве? Одни вопросы! Но главный из них, заставший в под- сознании врача-психиатра, – заразна ли мигрень? Передал ли автор свои проблемы героям книги? Именно в этом вопросе прячется ответ на все остальные: в ком из героев романа затаился автор.

Чтобы защитить себя от возможных (реальных или мнимых) последствий анализа романа, проанализируем один текстологический факт: почему у Понтия Пилата болит именно голова? Не суставы, не сердце, не живот. И второе, можем ли мы, обладая современными знаниями и препаратами, помочь герою? Прежде всего следует поставить правильный диагноз. Если диагноз определен, то

стратегия и тактика лечения станут простыми и понятными.

Понтий Пилат – центральный персонаж книги. Он появляется в начале второй главы, «в белом плаще с кровавым подбоем, шаркающей кавалерийской походкой» выходит на страницы романа и будет зримо или незримо присутствовать в нем до последней фразы эпилога: «жестокий пятый прокуратор Иудеи всадник Понтий Пилат». Само сочетание белого (цвет чистоты и невинности) и кроваво-красного цвета уже воспринимается как трагическое предзнаменование.

Благодаря таланту Михаила Булгакова Понтий Пилат стоит передо мной. Я вижу его, ощущаю и пытаюсь понять. «Пилат усмехнулся одною щекой, оскалив желтые зубы...», «...на желтоватом его бритом лице...», «...на желтоватых щеках Пилата...», «Пилат накиннул кашпир на свою чуть лысеющую голову...», «...заметил прокуратор, и тонкий, длинный палец с черным камнем перстня поднялся вверх...», «...неподвижный в кресле человек, бритый, с издерганным желтым лицом, человек в белой мантии с красной подбивкой...». Желтушность кожи, слизистых. В каждом

его движении, слове ощущается внутреннее напряжение, раздражительность: «...лицо прокуратора было грозно, но глаза тревожны». Блестящий военачальник, одержавший множество ярких побед, не нуждающийся в деньгах, принадлежащий к привилегированному сословию всадников в Риме: «...это я тебе говорю – Пилат Понтийский, всадник Золотое Копье!», «У меня в Кесарии есть большая библиотека, я очень богат...». Понтий Пилат по долгу службы приезжает в Ершалаим, в город, который он ненавидит. «Ненавистный город, – вдруг почему-то пробормотал прокуратор... Я бываю болен всякий раз, как мне приходится сюда приезжать...». Он мечтает о возвращении в Кесарию, где сады, рядом нежное море, а не колочий песок. Все раздражает. Раздражительность и жестокость – основные черты характера: «...лицо прокуратора было грозно, но глаза тревожны...». Только в одной строке мы прочли, что Пилат может смеяться, да и то во сне: «...жестокий прокуратор Иудеи от радости плакал и смеялся во сне...», «Это меня ты называешь добрым человеком? Ты ошибаешься. В Ершалаиме

все шепчут про меня, что я свирепое чудовище, и это совершенно верно...», «Знает народ иудейский, что ты ненавидишь его лютой ненавистью...». Кто же он на самом деле? Трус? Карьерист? Или недалековидный чиновник?

Понтий Пилат не трус. Он храбрый воин. «Вот, например, не струсил же теперешний прокуратор Иудеи, а бывший трибун в легионе, тогда, в Долине Дев, когда яростные германцы чуть не загрызли Крысобоя-великана...». Но принимая решение о судьбе Иешуа Га-Ноцри, он ведет себя, как трус... Или как карьерист, осторожный человек? «...Неужели вы, при вашем уме, допускаете мысль, что из-за человека, совершившего преступление против кесаря, погубит свою карьеру прокуратор Иудеи?», «На свете не было, нет и не будет никогда более великой и прекрасной для людей власти, чем власть императора Тиверия! – сорванный и большой голос Пилата разросся... Закон об оскорблении величества...». Он одинок. У него нет друзей. Нет, есть единственный друг – его собака Банга: «Ведь нельзя же, согласись, поместить всю свою привязанность в собаку...», «...твоя собака, единственное, по видимому, существо, к которому ты привязан...», «Так оба они, и пес и человек, любящие друг друга, встретили праздничную ночь на балконе...». И вот этот по-своему сильный, жестокий, но одинокий человек волею судьбы встречает Сына Бога и должен решить его судьбу, судьбу мира на многие тысячелетия вперед. Непосильная для обычного человека задача. Но Понтий Пилат обладает сильной интуицией: «...я обязан предвидеть все. Такова моя должность, а пуще всего я обязан верить своему предчувствию, ибо никогда оно еще меня не обманывало...», «...у меня предчувствие, говорю я вам! Не было случая, чтобы оно меня обмануло...». Возможно, здесь его предчувствие обмануло. Или, наоборот, интуиция помогла ему. И он совершил то, к чему стремился Иешуа Га-Ноцри; открыл ему путь к мученической смерти, а затем к бессмертию. Мне кажется, что именно в этом предназначение Понтия Пилата, его историческая роль. Не он, не Каифа выбрали Иешуа, направили его на распятие, а это Сын Божий по воле Отца Своего выбрал их для своего воскресения и бессмертия.

Я не нашел документального подтверждения болезни Понтия Пилата, его мучительных головных болей, мигрени. Это автор, Михаил Булгаков, «по своему образу и подобию» наградил его не существенными болями или хроническим бронхитом, плохим слухом, зрением, а именно головной болью, которой сам страдал с юности и до самой смерти. Но к этому мы обратимся несколько позже. Сейчас перед нами «жестокий пятый прокуратор Иудеи всадник Понтий Пилат», он же, по-моему, избранник Божий: «...это она, опять она, непобедимая, ужасная бо-

лезнь... гемикрания, при которой болит полголовы... от нее нет средств, нет никакого спасения... попробую не двигать головой...». Истина прежде всего в том, что у тебя болит голова, и болит так сильно, что ты малодушно помышляешь о смерти...», «...страшные, злые боли прокуратора некому излечить; от них нет средства, кроме смерти...». Символично, что болезнь прокуратора гемикрания (мигрень) усиливалась из-за розового масла: красная роза – символ крестных мук и последующего воскресения Христа. После казни Иешуа состояние Понтия Пилата ухудшается. Он плохо спит: «Я сплю плохо, – прокуратор усмех-



Картина Михаила Мункачи «Се человек» (1896): Пилат и Иисус

нулся, – и все время вижу во сне лунный луч. Так смешно, вообразите. Будто бы я гуляю по этому лучу...», «...какая пошлая казнь! Но ты мне, пожалуйста, скажи... ведь ее не было! Молю тебя, скажи, не было?» В наказание за смерть Иешуа Понтий Пилат получает бессмертие. С тех пор он две тысячи лет мучается от бессонницы: «...более всего в мире ненавидит свое бессмертие и неслыханную славу...», «Около двух тысяч лет сидит он на этой площадке и спит, но когда приходит полная луна, как видите, его терзает бессонница...». В конце концов Михаил Булгаков, теперь как Воланд, дарит Понтию Пилату свободу и прощает его: «Этот герой ушел в бездну, ушел безвозвратно, прощенный в ночь на воскресение сын короля-звездочета, жестокий пятый прокуратор Иудеи, всадник Понтий Пилат».

## Часть 2

*Прибой утих. Молите Бога,  
Чтоб был обилен наш улов.  
Страшна и пениста дорога  
По мутной зелени валов.*

С. Кессельман

Михаил Булгаков прожил несколько жизней. В первой жизни он любимый сын преподавателя Киевской духовной академии и крестник профессора той же академии. Затем студент медицинского факультета Киевского университета.

Во второй жизни еще студент, а вскоре дипломированный врач узнает о начале Первой мировой

войны и поступает на работу в прифронтовую госпиталь в прекрасном европейском городе Черновицы.

С началом Октябрьского переворота и Гражданской войны начинается третья жизнь Михаила Булгакова. И в ней сразу все: неудачный первый брак, зависимость от приема морфия, первые пьесы, фельетоны и рассказы. Именно тогда начались мучительные головные боли, постоянная тревога и бессонные ночи.

Головная боль – главный бич Михаила Булгакова. Она преследовала его большую часть жизни. Она не была моносимптомом. По воспоминаниям жены писателя, Елены

до будет у фельдшера шубу взять разьездную, замерзнешь завтра в своем пальто... Что с ним такое?.. «Надежда блеснет...» – в романах так пишут, а вовсе не в серьезных докторских письмах!.. Спать, спать... Не думать больше об этом. Завтра все станет ясно... Завтра».

А вот как лечили в ту пору головную боль, мигрень (цитирую по рассказу «Морфий»): «Какой ясный закат. Мигренин – соединение antipyrin'a, coffein'a и ac. citric. В порошок по 1,0... разве можно по 1,0?... Можно».

В архиве М.А.Булгакова найден врачебный бланк с медицинским заключением: «22.05.1934. Сего числа мною установлено, что у М.А.Булгакова имеется резкое истощение нервной системы с явлениями психастений, вследствие чего ему предписаны покой, постельный режим и медикаментозное лечение.

Тов. Булгаков сможет приступить к работе через 4–5 дней. Алексей Люцианович Иверов. Врач Московского художественного театра».

О подобных невротических состояниях и попытках их лечения упоминает и сама Е.С.Булгакова в дневниках 1934 г.

«13-го мы выехали в Ленинград, лечились там у доктора Полонского электризацией.

25 августа. М.А. все еще боится ходить один. Проводила его до Театра, потом зашла за ним.

13 октября. У М.А. плохо с нервами. Боязнь пространства, одиночества. Думает, не обратиться ли к гипнозу?»

20 октября. М.А. созвонился с Андреем Андреевичем Арендом по поводу свидания с доктором Бергом. М.А. решил лечиться гипнозом от своих страхов.

19 ноября. После гипноза у М.А. начинают исчезать припадки страха, настроение ровное, бодрое и хорошая работоспособность. Теперь – если бы он мог еще ходить один по улице.

21 ноября. Вечером – Берг. Внушил М.А., что завтра он пойдет один к Леонтьевым.

22 ноября. В десять часов вечера М.А. поднялся, оделся и пошел один к Леонтьевым. Полгода он не ходил один».

В письмах к В.Вересаеву, тоже врачу по профессии, Булгаков признавался: «Болен я стал, Викентий Викентьевич. Симптомов перечислять не стану, скажу лишь, что на деловые письма перестал отвечать. И бывает часто ядовитая мысль – уж не совершил ли я в самом деле свой круг?» Болезнь заявляла о себе крайне неприятными ощущениями «темнейшего беспокойства», «полной безнадежности, нейрастических страхов».

В своих дневниках Елена Сергеевна часто упоминает о головных болях Булгакова еще задолго до первых манифестаций поражения почек. 01.05.1934: «Вчера у нас ужинали Горчаков, Никитин... Встретил их М.А., лежа в постели, у него была дикая головная боль. Но потом он ожил и встал кужину».

Продолжение на стр. 12

29.08.1934 : «М.А. вернулся с дикой мигренью (очевидно, как всегда, Аннушка зажала еду), лег с грелкой на голове и изредка вставлял свое слово».

Видимо, в один из таких (мигренозных?) приступов головных болей у Булгакова его застал дома главный администратор Художественного театра Ф.Н. Михальский (знаменитый Филипп Филиппович Тулумбасов из «Театрального романа»), который вспомнил: «На диване полулежит Михаил Афанасьевич. Ноги в горячей воде, на голове и на сердце холодные компрессы. “Ну, рассказывайте!”. Я несколько раз повторяю рассказ и о звонке А.С. Енукидзе, и о праздничном настроении в театре. Пересилив себя, Михаил Афанасьевич поднимается. Ведь что-то надо делать. “Едем! Едем!”».

В архиве, собранном Е.С. Булгаковой, имеется серия рецептов, документально свидетельствующих о назначении писателю лекарственных препаратов (аспирин, пирамидон, фенацетин, кодеин, кофеин, иногда вместе с люминалом), о чем в рецептурной сигнатуре так и было обозначено – «при головных болях». Эти рецепты выписывались с завидной регулярностью лечащим врачом Захаровым, прибегавшим к тому же ко всеяческому ухищрению для бесперебойного обеспечения несчастного пациента этими препаратами. Подтверждением может служить одна из его записок к жене М.А. Булгакова: «Глубокоуваж Елена Сергеевна. Выписываю аспирин, кофеин и кодеин не вместе, а порознь для того, чтобы аптека не задержала выдачу приготовлением. Дадите М.А. таблетку аспирина, табл. кофеина и табл. кодеина. Ложусь я поздно. Позвоните мне. Захаров. 26.04.1939». Это уже не помогало, а разрушало организм.

В то время инъекции сернокислой магнезии, пиявки и кровопускания были основным средством лечения артериальной гипертонии. Так, в одной из записей в дневнике Е.С. Булгаковой находим: «09.10.1939. Вчера большое кровопускание – 780 г; сильная головная боль. Сегодня днем несколько легче, но приходится принимать порошки».

Состояние больного продолжает ухудшаться, что проявляется непрекращающимися головными болями (наиболее вероятно, вследствие тяжелой гипертонии), признаками нарастающей азотемической интоксикации.

Из дневника Е.С. Булгаковой: «24 января 1940 года. Плохой день. У Миши непрекращающаяся головная боль. Принял четыре усиленных порошка – не помогло. Приступы тошноты... Живем последние дни плохо, мало кто приходит, звонит. Миша правил роман. Я писала. Жалуются на сердце. Часов в восемь вышли на улицу, но сразу вернулись – не мог, устал».

За две недели до смерти визит врача из поликлиники Наркомздрава.

«25.02.1940. Status: Общее тяжелое состояние, резкие тяжелые головные боли. Сердце: тоны глухие. Аритмии не отмечается. Пульс симметричен на обеих руках, но неравномерен 74–92 в 1 минуту. Кровяное давление макс. 195–200, мин. – 100. Впечатление предуремического состояния. Врач М. Роселов».

«Булгаков лежал на постели голый, в одной набедренной повязке (даже простыни причиняли ему боль), и вдруг спросил меня: “Похож я на Христа?..” Тело его было сухо. Он очень похудел...». Судя по всему, Булгаков был человеком глубоко верующим. Не лекарства, не врачи могли избавить его от страданий, от головной боли и других мучений, а встреча с Иисусом. Услышать Его голос, ощутить Его прикосновение. Однако действительность, в которой пребывал писатель, была ближе к аду, а не к раю или хотя бы чистилищу. Здесь царствовали бесы во главе с сатаной-кесарем, и встретить здесь Сына Божьего было так же невероятно, как и выздороветь. Это был самый тяжелый, четвертый период жизни, начавшийся с конца 1920-х годов.

Цензура, одна за другой запрещаются пьесы, книги Булгакова изымаются из библиотек, а 18 апреля 1930 г., в пятницу Страстной недели (Отметьте это! Вспомните судьбу Иисуса, или Иешуа Га-Ноцири!) ему звонит Сталин. Кажется, что еще немного, и появится расписка, написанная кровью. Вначале разговор обнадежил («Мне очень нужно с Вами поговорить!» – надеялся Булгаков. О чем он хотел говорить с «кесарем»? О той же цензуре, о свободе слова?), но вскоре стало очевидно, что встреча не состоится и ничего в жизни Булгакова не изменится. (Расписка прячется под замок в шкапулку до лучших, или страшных дней.) Ведь не случайно в том же «Мольере» появляется глава «Нехорошая пятница», где многократно повторяется: «пятница – это самый скверный день», «пятница, пятница – опять начинается эта ипохондрия», «это пятница – с этим уже ничего не поделаешь». Да и Мольер умрет именно в эту нехорошую пятницу, из его горла хлынет кровь... Это в горле Булгакова, в его душе поселился страх. Ничего не помогало, ни многократные визиты «кесаря» во МХАТ, ни задуманная пьеса «Батум». Вокруг совершаются аресты близких или просто знакомых ему людей. В любую ночь могут прийти и за ним. Страх порождает трусость, а трусость награждает человека множеством белезней. Булгаков знал это. Страх сжимал обручами голову, заставлял закрыть все окна и двери и принимать горстями обезболивающие лекарства.

Несколько раз пытался Понтий Пилат, или сам Автор, спасти Иешуа Га-Ноцири от казни. В черновиках своего романа 1928 г. Михаил Булгаков пишет: «Прокуратор лично допросил бродягу и нашел, что Иешуа Га-Ноцири психически болен.



Понтий Пилат. Иллюстрации к фильму «Мастер и Маргарита»

Больные речи его и послужили причиной судебной ошибки. Прокуратор Иудеи смертный приговор Синедриона не утверждает. Но, вполне соглашаясь с тем, что Иешуа опасен в Ершалаиме, прокуратор дает распоряжение о помещении его, Га-Ноцири, в лечебницу в Кесарии Филипповой при резиденции прокуратора...». Еще одна попытка Понтия Пилата изменить Божий промысел, отвести смерть от Иешуа. Возможно, вспомнил Михаил Афанасьевич о своей основной профессии и попытался стать немого психиатром. Однако все уже предначерчено. Следующая фраза в черновиках: «Секретарь исчез». Исчез, растворился, нет человека. Также исчезли люди по воле другого Кесаря. Но здесь воля Господа неизменна. Пилат смотрит в глаза Иешуа, а видит вместо лица Иешуа обрюзгшее лицо кесаря. Так и Булгаков, создавая свой роман, думал о своем «кесаре» и его воле, и «тревога ключом застучала у него в груди».

Страх подавляет все – эмоции, волю, желания, разрушает здоровье. Стоит задуматься: а в чем корни возникшего страха? Что это – особенности характера или воздействие злых сил, которые пытаются навязать гению свою волю, заставить его жить и писать по их указке, а за отказ начинают истязать его плоть и разрывая душу. Очень трудно не поддаться искушению и продолжать идти своей дорогой. И как результат – вместо героя-демона плутовского романа появилось то, что меркнет перед образами Мастера, Иешуа, Пилата. Гений, талант извратить, уничтожить неспосто. Бесы мучают, запугивают, начинают разрушать организм. Сама историческая эпоха, судьба России помогает их планам. Однако здесь они просчитались. Им удалось уничтожить государство, заставить жить целый народ по бесовским законам, посадить на трон сатану-кесаря, но поработить гения, заставить подписаться своей кровью они не смогли. И, как расплата за свою победу, гений обрек себя на мучения. Возможно, когда-нибудь мы оценим христианский подвиг Михаила Булгакова и приобщим его к кагорте русских святых, не сдавшихся и борющихся с темными силами до последнего вздоха. Перебои в сердечном ритме, работе почек, кишечника, нестерпимая головная боль и, как удар в спину гения, сле-

пота. Порой не хватает сил для борьбы с пришельцами из ада. Хочется, хоть на время, поделиться своими страданиями, наградить ими своих литературных героев. Последний всплеск бесовского воздействия – это пьеса «Батум» и мучающий вечный вопрос: будет ли сатана-кесарь на сегодняшнем спектакле. По тексту романа разбросано потаенное желание отступить от предназначения Господа и обратиться за помощью к другим силам, таким заманчивым и вроде бы всемогущим, которые только и ждут твоей расписки кровью. Однако не следует забывать о промысле Божьем. Автор выдержал, и, уже в облике Мастера, не сдался, не встал на колени, а словами Иешуа Га-Ноцири произнес, что «в числе человеческих пороков одним из самых главных он считает трусость». Он это знал, но был бессилен. И эти слова очистили автора от всех его прошлых грехов и даровали бессмертие его роману, главному в его жизни, а 10 марта 1940 г. в Прощенное воскресенье «протянулась долгожданная лунная дорога» и «...человек в белом плаще с кровавым подбоем поднялся с кресла и что-то прокричал хриплым, сорванным голосом. Нельзя было разобрать, плачет ли он или смеется и что он кричит. Видно было только, что вслед за своим верным стражем по лунной дороге стремительно побежали он. – Мне туда, за ним? – спросил беспокойно мастер...». Иди за ним, за твоим alter ego, туда в лучший из миров, где нет ни цензуры, ни злобного кесаря, ни головной боли, а нам оставь свои рассказы и пьесы, и свой роман, который, прочтя последнюю страницу, хочется закрыть и вновь открыть на первой и читать, читать, читать...

PS. Я обещаю подобрать современные лекарственные препараты и попытаться вылечить одного из героев романа. Закончив излагать свои впечатления от перечитанного романа, я понял, что лечить ни героев романа, ни самого автора я не стану. Да упокоятся их души в вечной жизни! Аминь. ■

*Venit mors velociter,  
Rapit nos atrociter  
Nermini parcatur.  
(Смерть приходит быстро,  
Уносит нас безжалостно,  
Никому не будет пощады.)*

«Gaudemus»

# О Максе Гамильтоне

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

Когда я вспоминаю Макса Гамильтона, то всегда в памяти всплывает его незабываемая улыбка: добрая и ироничная, чуть насмешливая и в то же время сочувственная, веселая и парадоксально грустная.

Я познакомился с этим выдающимся психиатром современности, автором знаменитых шкал Гамильтона для оценки депрессии и тревоги, в 1980 г. в Женеве, во время работы на одном из совещаний Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по проблемам психофармакологии. Время было не самое легкое, к со-

ветским относились настороженно, да и мы чувствовали некую напряженность. К тому же я был весьма молод и неопытен в международных делах, мой английский оставлял желать лучшего. И Гамильтон прекрасно разобрался в ситуации, первым подошел ко мне и представился, расспросил все обо мне. И в дальнейшем он всегда опекал меня, вводил в курс дела. На всю жизнь запомнил его мудрый совет и урок, данный мне на стартовом совещании по кросс-этническим сравнениям действия психофармакологических препаратов. Профессор отозвал меня в сторону и сказал буквально следующее: «Питер, послушай совета старого еврея: запиши в резолюцию совещания пункт о том, что ранее финального общего доклада никто не вправе пуб-

ликовать собственных данных». Я попытался возразить, что результаты будут так нескоро, но Макс убедил меня. Через 4 года я оценил в полной мере, насколько он был прав – все центры с нетерпением требовали разрешения от ВОЗ на досрочную публикацию собственных результатов, но я был непреклонен.

На совещаниях Макс Гамильтон был очень точен в своих формулировках, требователен, краток и ироничен. Работать с ним было не только честью для меня, но и большим удовольствием. Нельзя было представить себя, что этот гроссмейстер статистики и психометрики совсем не сухой и черствый сухарь, но весьма живой и тонко чувствующий ситуацию человек.

Всегда вспоминаю его добрый юмор: в 1985 г. Макс знакомил

меня с Филадельфией, где проходил Конгресс по биологической психиатрии: видя, что достопримечательности города весьма быстро закончились, он рассказал мне в шутку историю о том, как на американском телевидении проводили конкурс «Знаете ли вы Филадельфию?» с первой премией: бесплатное недельное пребывание в пятизвездочном отеле города на двоих. Макс немного помолчал и продолжил: «А за второе место – две бесплатных недели там же, и три недели – за третье место!»

За несколько месяцев до его ухода из жизни я встретил Макса Гамильтона на конференции по психофармакологии в Чехословакии. Вечером он лихо танцевал танго. На его лице была его незабываемая улыбка. ■

## Профессор Макс Гамильтон, его шкала депрессии, и не только



РАБеккер



Ю.В.Быков

*Ю.В.Быков<sup>1</sup>, РАБеккер<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России;

<sup>2</sup>Университет им. Давида Бен-Гуриона в Негеве, Израиль, Беэр-Шева

Макс Гамильтон родился 9 февраля 1912 г. в г. Оффенбах-на-Майне, недалеко от Франкфурта-на-Майне, в Германии, в семье Генри Химмельшайна и его жены Сары Клейнберг (R.Rollin, 2004). В 1915 г., когда М.Гамильтону было всего 3 года, его семья (еще под фамилией Химмельшайн) эмигрировала в Англию, после переезда поселившись в восточной части Лондона. М.Гамильтон получил среднее образование в школе с математическим уклоном, что дало ему солидный опыт в области математики, и в будущем это очень пригодилось ему при статистическом анализе. После окончания средней школы он начал изучать медицину в Уни-

верситетском колледже медицинской школы Лондонского университета. После получения медицинского образования в 1934 г. он вернулся в Ист-Энд, работая врачом в одном из самых бедных районов Лондона (известно, что в течение нескольких лет после окончания Университета М.Гамильтон работал врачом общей практики, обслуживая престарелых пенсионеров). Когда в 1939 г. Вторая мировая война пришла в Великобританию, он поступил на службу в ВВС страны и был назначен полковым врачом в инженерное подразделение. В этом подразделении часть военнослужащих проходили службу именно в связи с тем, что наличие у них тех

или иных психоэмоциональных проблем вынудило воинские власти считать их непригодными для службы в более традиционных боевых воинских частях и направить их на службу в инженерное подразделение, более «легкое» по нагрузкам и не имеющее доступа к оружию. Считается, что именно там в процессе оказания медицинской помощи этим солдатам у М.Гамильтона зародился интерес к психическим болезням и прежде всего к депрессивным расстройствам.

По окончании военных действий, в 1946 г., М.Гамильтон начал свою клиническую психиатрическую практику в больнице Модсли в Лондоне. Оттуда ему вскоре пришлось уволиться из-за сильных разногласий с руководством больницы, негативные воспоминания о которых остались с ним на всю оставшуюся жизнь.

После этого он непродолжительное время работал в больнице Университетского колледжа в Лондоне в должности аспиранта. Там он познакомился и подружился с Сирилом Бертом, уже хорошо известным на тот момент исследователем и статистическим психологом. Он стал учеником Сирила Берта и перенял у него интерес к клинической психологии и медицинской статистике, научился у него многим приемам работы и, в частности, применению шкал-опросников. Таким образом, именно во время своей работы в больнице Университетского колледжа М.Гамильтон заложил прочную основу для своей будущей карьеры. Именно там у него первоначально и возник ин-

терес к использованию методов психологии, статистики и психометрии в клинической психиатрии. В этот период М.Гамильтон начал понимать важность психометрии в исследовании психиатрической патологии. В этом отношении он был далеко впереди своего времени, поскольку использование статистических методов и методов экспериментальной и клинической психологии в психиатрии тогда еще было совершенно новым делом.

С самого того момента, когда М.Гамильтон только начал свою психиатрическую карьеру в Университетском колледже, он считал что психометрия должна быть строгой научной дисциплиной, важность которой в области клинических исследований и клинической практики должна признаваться на одном уровне с важностью биохимии или фармакологии. Его исследования по применению методов психометрии и клинической психологии в психиатрии начались в 1947 г. с изучения личностных особенностей пациентов, страдающих от язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Его диссертация на звание PhD по психологии была посвящена именно на этой теме. В дальнейшем М.Гамильтон продолжил разрабатывать эту тему, изучая психометрическими и психологическими методами статистические корреляции между различными типами личности и психосоматическими расстройствами. То, что М.Гамильтон получил прекрасное ма-

Продолжение на стр. 14

тематическое образование в школе, и его врожденные математические таланты в совокупности дали ему толчок для изучения методов математической статистики и способов применения их в медицине (так называемой медицинской статистике, дисциплине, только-только начавшей зарождаться в то время). В конечном счете М.Гамильтон стал инновационным статистом, и одна из его инноваций состояла именно в применении методов математической статистики к психиатрии, к той области медицины, где математическая статистика до того практически не применялась.

Позже М.Гамильтон перешел на работу в больницу Королевского колледжа в Лондоне в качестве старшего помощника заведующего психиатрическим отделением Денниса Хилла, известного в Британии психиатра. Затем работал старшим психиатром в больнице имени королевы Виктории, где он приобрел ценный клинический опыт. Впоследствии М.Гамильтон часто гордился тем, что он был одним из немногих профессоров психиатрии в Англии, кто не только преподавал, но и действительно работал, что называется, «в поле» (in the field), непосредственно в психиатрических госпиталях и больницах, и нарабатывал там большой практический опыт.

В 1953 г. М.Гамильтон перешел на работу в Университет Лидса и переехал в Лидс. Там он получил должность старшего преподавателя кафедры психиатрии и сосредоточился на изучении депрессивных расстройств (которые, напомним, интересовали его давно, еще со времен военной службы) и составлении шкалы для оценки выраженности этих нарушений. Начал он эту работу с того, что в соавторстве с Г.Харгрейвсом разработал первую пробную шкалу для оценки уровня тревоги, для того чтобы иметь возможность математически измерить и документально отследить эффективность изучавшегося тогда нового потенциального транквилизатора, бензацина, при лечении тревожных нарушений. Первая версия шкалы Гамильтона для оценки депрессий (Hamilton Rating Scale for Depression – HRSD) была опубликована им в 1959 г. в соавторстве с Джеком Уайтом. Уже год спустя М.Гамильтон выпустил усовершенствованную версию своей шкалы для измерения тяжести симптомов депрессии. Именно эту шкалу мы знаем сегодня как классическую шкалу депрессии Гамильтона (HAM-D). Эта шкала с 1960 г. и до настоящего времени остается наиболее широко используемой и популярной из всех известных современных шкал в психиатрии. Интересно отметить, что в предисловии к своей пионерской статье от 1960 г., где он представил усовершенствованную версию шкалы HRSD, ставшую известной под названи-

ем «шкалы депрессии Гамильтона», М.Гамильтон говорил о возможности и вероятности появления еще одной, более доработанной и усовершенствованной версии этой шкалы, поскольку сам он считал как свою первоначальную версию шкалы, так и ее обновленную версию неидеальными, недоработанными. Однако время показало, что эти опасения М.Гамильтона были необоснованными, так как вскоре после своего появления эта шкала завоевала широчайшее признание и популярность в качестве общепризнанного стандартного инструмента измерения тяжести депрессии, и нужда в ее пересмотре и редактировании у него никогда не возникла. Статистическая валидность шкалы Гамильтона подтверждена десятками независимых исследований. На протяжении многих последующих лет шкала Гамильтона была переведена на многие языки мира, валидирована в национальных версиях и стала широко использоваться во всем мире при оценке эффективности лечения депрессивных нарушений (например, в клинических испытаниях антидепрессантов критерием терапевтического ответа обычно является редуция показателей шкалы HAM-D ниже 50% от исходного уровня до начала исследования, а критерием достижения ремиссии – нормализация показателей шкалы HAM-D, т.е. ее снижение до уровня ниже среднепопуляционного). М.Гамильтон был одним из первых, кто понял важность и необходимость объективных оценочных шкал для измерения тяжести различных психических патологий.

Первое исследование с применением этой шкалы, похоже, исходит от австралийских специалистов, которые в 1962 г. попытались количественно, с использованием HAM-D, оценить эффективность амитриптилина при лечении депрессии. В 1963 г. Джей Ти Роуз опубликовал первое исследование о влиянии электросудорожной терапии (ЭСТ) на депрессию с применением этой шкалы (собственно, именно с тех пор строго математически известно, что ЭСТ эффективнее антидепрессантов, до той поры такое утверждение базировалось лишь на общем клиническом впечатлении от применения ЭСТ и антидепрессантов). Однако, несмотря на эти одиночные сообщения, как пишет М.Рот в своей краткой биографии М.Гамильтона, «потребовалось более десяти лет, прежде чем масштаб и значимость изобретения М.Гамильтоном шкалы HRSD были поняты и оценены, и признаны в качестве его основного вклада в науку и клиническую практику». Даже спустя более чем 55 лет после введения шкалы Гамильтона в клиническую практику она является одним из наиболее цитируемых в психиатрической литературе о депрессии источников.

Шкала Гамильтона по депрессии доказала свою полезность и состоятельность в психофармакологических исследованиях. Его рейтинговая шкала измерения тяжести тревоги (HAM-A) тоже оказалась весьма полезной в клинической практике, наряду со шкалой измерения тяжести депрессии, хотя она и реже используется в клинических исследованиях. Помимо своего участия в психо-



Макс Гамильтон (1912–1988)

фармакологических исследованиях и изобретения шкал, М.Гамильтон опубликовал две книги, в 1955 г. – первую, под названием «Психосоматика», а в 1974 г. еще одну, «Лекции по методологии клинических исследований».

В 1959 г. М.Гамильтон провел год в исследовательском центре в больнице Святой Елизаветы (Вашингтон, округ Колумбия), где он повышал свою квалификацию под руководством доктора медицины Джоэла Элькиеса. Затем он 2 года, в период 1959–1960 гг., проработал приглашенным ученым (советником) в Национальном институте психического здоровья, расположенном в Бетесде, штат Мэриленд, США. После своего возвращения М.Гамильтон проработал несколько лет в качестве члена Совета медицинских исследований в Йоркшире.

В 1963 г., в возрасте 51 года, он был назначен на должность заведующего кафедрой психиатрии Университета Лидса. Во время своего заведования он изменил программу обучения студентов и молодых врачей на кафедре, введя в программу клиническую психологию, медицинскую статистику и разделы, касающиеся социальной работы, что было весьма прогрессивным изменением (биопсихосоциальная модель психических заболеваний тогда только начинала получать признание, важность не только биологических, но и социальных и психологических факторов в патогенезе психических расстройств тогда недопонималась многими биологическими психиатрами, а психиатрическая и психологическая школы развивались в изоляции друг от друга и часто

относились друг к другу с неприязнью). Это привело к тому, что на кафедре психиатрии, руководимой М.Гамильтоном, были созданы дополнительные курсы по клинической психологии, а кафедра получила право присвоения степеней и выдачи дипломов по социальной психиатрии. В течение всего своего срока полномочий в качестве заведующего кафедрой психиатрии М.Гамильтон особое внимание уделял качеству академического обучения психиатров, донесению до них понимания значимости клинических исследований и обучению их правильно оценивать качество исследований с позиций доказательной медицины, в том числе с применением методов математической статистики. Кроме того, М.Гамильтон считал, что социальные работники вносят важный вклад в заботу о психически больных, их социализацию и становление качественных ремиссий, и стремился повысить квалификацию социальных работников в области психиатрии и улучшить академическую составляющую в их обучении. К сожалению, открытые М.Гамильтоном на кафедре психиатрии Университета Лидса курсы по социальной работе в психиатрии, клинической психологии, математической статистике в психиатрии были позднее, в 1981–1982 гг., закрыты в результате запущенной университетским руководством программы экономии бюджетных средств университета.

М.Гамильтон был первым президентом Британской ассоциации психофармакологии, почетным членом Королевской коллегии психиатров и одним из немногих президентов Британского психологического общества, которые были по образованию психиатрами, а не психологами (1972 г.). Он также был многолетним главным редактором журнала «Психофармакология». В 1980 г. он был награжден премией Пола Хоха от Американской психологической ассоциации за выдающиеся психиатрические исследования. А в 1983 г. М.Гамильтон был отмечен Университетом Лидса специальной премией за лучшую диссертацию на соискание ученой степени доктора медицины.

Кроме того, М.Гамильтон был очень популярным преподавателем и лектором. Его часто приглашали читать лекции как в Великобритании, так и за рубежом. Он был прекрасно образован, знал немецкий и французский языки и часто читал свои лекции в немецкоязычных и франкоязычных странах на родных языках слушателей. М.Гамильтон был частым гостем в Соединенных Штатах, где проводил длительные периоды времени после своего выхода на пенсию. Он часто представлял свои краткие, но четкие отчеты с особой критикой по многим проблемам психиатрии. Ученый обладал особым даром формулировать очень острые, пронизательные и актуальные вопросы, и

если чувствовал, что прав (а обычно он в итоге оказывался прав), то очень упорно и настойчиво отстаивал свою точку зрения, вступая в жаркие дискуссии с учеными с мировыми именами, невзирая на их статус, заслуги и звания. В свою очередь, критики в свой собственный адрес М.Гамильтон никогда не боялся и не избегал.

По воспоминаниям современников, М. Гамильтон был очень строгим и требовательным, но при этом справедливым преподавателем, чем произвел неизгладимое впечатление на многих своих учеников и повлиял на их становление как профессионалов. При этом он был убежденным сторонником концепции гуманистиче-

ской психиатрии и прав пациента. В качестве гуманистического психиатра ученый всегда подчеркивал ведущую роль именно пациента, как в клинической работе, так и в научных исследованиях, и то, что все должно делаться в конечном счете ради блага пациента, а не, например, ради защиты неких абстрактных «интересов общества» или ради удовлетворения научного интереса. Несмотря на то, что о строгости М.Гамильтона как преподавателя ходили легенды, так же известно, что он был по-человечески очень добр к своим студентам и ученикам и охотно оказывал им разнообразную помощь (в том числе нередко даже материальную).

М.Гамильтон был очень демократичен в общении и часто устраивал у себя дома вечеринки для широкого круга студентов и коллег, как из Великобритании, так и из других стран.

За пределами сферы профессиональных интересов большим вниманием М.Гамильтона пользовалась политика, где он всегда выступал в защиту прав обездоленных и угнетенных. Он придерживался левых (в западном, некоммунистическом понимании слова), либеральных и гуманистических взглядов. Кроме того, он также увлекался фотографией и достиг больших успехов в освоении фотоискусства. Он очень любил садоводство, занимался разведением нарцис-

сов и орхидей, которые самолично высаживал в своем саду возле дома в Лидсе. М.Гамильтон страдал хронической бессонницей, поэтому он любил заставлять некоторых своих наиболее умных учеников проводить с ним ночь рядом со старой школьной доской, вместе с ними разбирая лекционный материал.

М.Гамильтон был дважды женат. У него были два сына от первого брака, который состоялся в 1933 г., и две дочери и сын от второго брака с Дорин Маргарет Муди в 1947 г. Известно, что он поддерживал регулярные контакты со всеми своими детьми. М.Гамильтон умер 6 августа 1988 г. в возрасте 76 лет. ■

## Памяти друга

# Ушел из жизни выдающийся греческий психиатр Костас Стефанис

Он родился в Калабака, Греция, 18 февраля 1928 г., и умер от дыхательной недостаточности в Афинах, Греция, 29 октября 2016 г., в возрасте 88 лет.

Профессор Костас Стефанис с 2006 г. являлся президентом Академии наук Афин, директором Научно-исследовательского института университета психического здоровья (с 1990 г.), заведующим кафедрой психиатрии Афинского университета (1970–1996 гг.), президентом Всемирной психиатрической ассоциации – ВПА (1983–1990 гг.).

Костас Стефанис окончил медицинский факультет Афинского университета в 1953 г. и прошел постдокторантуру в Университете Макгилл (Канада), в Национальном институте психического здоровья и больнице Сент-Элизабет, США (1960–1965 гг.). Он также возглавлял Комитет по этике ВПА (1977–1993 гг.), был председателем Международного комитета по профилактике и лечению депрессии (с 1993 г.), директором сотрудничающего центра Всемирной организации здравоохранения по научным исследованиям и подго-



Костас Стефанис

товке специалистов в области психического здоровья (с 1973 г.), почетным членом 12 иностранных ассоциаций и академий, включая РАМН. Профессор Костас Стефанис являлся автором и редактором 12 международных изданий и более 300 статей в научной прессе, которые широко цитируются

(свыше 3500 ссылок). Широко известны работы К.Стефаниса в области исследования аффективной патологии и психофармакотерапии. Награжден многими национальными и международными наградами, среди которых почетные степени в двух университетах.

Костас Стефанис был видным политическим деятелем – членом парламента Греции (1996–2000 гг.), министром здравоохранения и социального обеспечения Греции (2002–2004 гг.).

Костас был моим другом, он всегда являлся для меня образцом творческого исследователя, врача-гуманиста, честного и принципиального человека, мужественно преодолевающего любые преграды, твердо идущего к намеченной цели. Дважды я был свидетелем того, как, несмотря на недуг или невыносимые боли, он заставлял себя выполнять свой нелегкий долг. Он умел держать удар, выдерживал серьезное по-



Афины, 1989 г.

литическое давление, всегда был искренним другом России и нашей психиатрии. Не хочется здесь вспоминать все сложные перипетии Конгресса ВПА в Афинах, но во многом благодаря его позиции наше национальное общество вернулось в ряды ВПА.

Костас и его жена Адель очень трогательно относились к Ларе и моим детям, они были первыми, кто увидел мою дочь Анну, и сделали об этом запись в семейном альбоме.

Мы бережно храним эту память. Как-то, будучи оторванным от семьи (почти месяц работал в Бангладеш), я летел домой и сделал короткую остановку в Афинах, чтобы повидать друга и обсудить дела. Мы сидели на пустынной осенней набережной, и Костас, почувствовав мое состояние, подозвал одинокого старого скрипача, чтобы он сыграл тему Лары из «Доктора Живаго»...

У него был пронизывающий ум и тонко чувствующая душа – он был Личностью. ■



Последняя встреча. Афины, 2012 г.



К.Стефанис (в центре), слева – проф. Хуан Меззич (США), будущий президент ВПА. Будапешт, 1991 г.

ПВ.Морозов

# Научно-практическая конференция «Лечение шизофрении в новой модели оказания психиатрической помощи»



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

Конференция была организована Российским обществом психиатров (РОП) при участии члена правления и представителя Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) по Восточной Европе и аккредитована по системе Health Maintenance Organization – НМО с присвоением образовательных баллов участникам. Главным спонсором выступила компания «Янссен».

Мероприятие имело беспрецедентно масштабный размах в рамках профессионального психиатрического сообщества: в ней приняли личное участие более 230 докторов из 33 городов, а более 600 врачей подключились к онлайн-трансляции. В ней участвовали и психиатры из других стран: Украины, Казахстана, Беларуси, Великобритании, Японии, Норвегии, Чехии и др.

Мероприятие собрало плеяду именитых ученых-психиатров и



А.Б.Шмуклер

организаторов здравоохранения: в числе выступающих и ведущих были академик А.Б.Смулевич, академик А.С.Тиганов, профессор Н.Г.Незванов, профессор П.В.Морозов, профессор С.Н.Мосолов, член-корреспондент РАН А.Г.Сафронов, профессор А.Б.Шмуклер, профессор Г.П.Костюк, профессор Е.Б.Любов, профессор О.В.Лиманкин, профессор С.К.Зырянов и др.

Открыл работу форума президент РОП, директор НИПНИ им.В.М.Бехтерева профессор Н.Г.Незванов. С приветственным словом к собравшимся обратился академик А.С.Тиганов. Гостей конференции приветствовал также



В зале конференции



А.Б.Смулевич и Н.Г.Незванов



Выступает А.С.Тиганов

представитель ВПА по Восточной Европе профессор П.В.Морозов.

Научная часть конференции открылась докладом академика А.Б.Смулевича, посвященным актуальной проблеме негативных расстройств при шизофрении и заболеваниях шизофренического спектра. В рамках работы представительного научного форума были затронуты актуальные вопросы основных тенденций развития психиатрической службы в России, оптимизации работы

службы на примерах Москвы (доклад профессора Г.П.Костюка) и Санкт-Петербурга (доклад профессора А.Г.Сафронова) и длительной противорецидивной терапии шизофрении (доклад профессора С.Н.Мосолова). Последний докладчик указал на то, что препарат Тревикта является первым антипсихотическим препаратом, с режимом введения 4 раза в год, обеспечивающим длительную ремиссию пациентов с шизофренией.

Во время сателлитного симпозиума компании «Янссен» были освещены преимущества пролонгированных инъекционных атипичных антипсихотиков, опыт их применения в России, дифференциация препаратов Рисполепт Конста и Ксеплион, а также впервые в России был представлен уникальный инновационный препарат Тревикта.

Профессор университета Сиены Андреа Фаджиоллини в режиме видеовращения поделился с врачами опытом применения Тревикты в Европе. Было убедительно продемонстрировано, что Тревикта эффективна в предотвращении рецидивов и обес-



Г.П.Костюк

печивает дальнейшее снижение симптоматики и улучшение социального функционирования пациентов, показала эффективность в отношении предотвращения рецидивов – более чем в 3 раза высокую по сравнению с плацебо (23% vs 7%) в долгосрочном исследовании пациентов вне обострения. При использовании препарата не возникло никаких новых или неожиданных нежелательных явлений.





С.Н. Мосолов



Н.Г. Незнанов



А.Г. Софронов



В.А. Меркель

Продолжение на стр. 18

Доцент кафедры психиатрии Первого СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова Н.Б.Халезова представила участникам конференции несколько собственных ярких клинических случаев терапии пациентов, получавших Тревикту в клиниках Российской Федерации в рамках регистрационных клинических исследований.

По их итогам были убедительно продемонстрированы отсутствие побочных эффектов при применении препарата, уменьшение негативных симптомов шизофрении, положительное влияние на аффективную сферу, упорядочение поведения пациентов, отсутствие продуктивных симптомов во время наблюдения, вы-

сокая приверженность лечению со стороны больных и их родственников.

Клинические преимущества и практические аспекты использования 3-месячного палиперидона вызвали живой интерес аудитории, а фармако-экономические вопросы терапии шизофрении доказали обоснованность на-

значения пролонгированных форм антипсихотиков, особенно в условиях сокращения коечного фонда психиатрических стационаров (доклады профессора С.К.Зырянова и профессора Е.Б.Любова). Было показано, что препарат Тревикта более эффективен – затраты на каждый дополнительный день без обостре-



**ТРЕВИКТА**  
ВРЕМЯ НА ТО, ЧТО ВАЖНО

**Единственная в мире терапия шизофрении с режимом дозирования 4 инъекции в год<sup>4-6</sup>**

**РЕСЬПЕ:**

*научиться новому ремеслу*

**Уникальность**

Свобода от постоянного контроля приема терапии<sup>1-3</sup>

**Надежность**

Стойкий и продолжительный эффект<sup>1-3</sup>

**Предсказуемость**

Профиль безопасности и переносимости препарата Тревикта сходен с другими лекарственными формами палиперидона<sup>1-3</sup>

**Удобство**

Комфортная терапия для пациентов, их родственников и врачей<sup>1-3</sup>

1. Trevikta (IMP), per номер ЛП №003867-27 09 16 \* 2. Bernavets J et al. JAMA Psychiatry. 2015; 72(8): 830-839 \* 3. Savits A et al. Int J Neuropsychopharmacol. 2016; doi: 10.1093/ips/ips018. [Epub ahead of print] \* 4. www.fda.gov \* 5. www.ama-assn.org \* 6. www.gfs.rominiad.ro

**Регистрационный номер – ЛП-003867. Торговое название препарата – ТРЕВИКТА. Международное непатентованное наименование – палиперидон. Лекарственная форма – инъекция.** Фармакогруппа – антипсихотическое средство (нейролептик). Показания. Лечение шизофрении у взрослых пациентов, ранее получавших поддерживающую терапию препаратом КСЕТИПОН на протяжении не менее 4 месяцев. **Противопоказания** – гиперчувствительность к рисперидону, палиперидону или любому компоненту препарата. Поскольку палиперидон является активным метаболитом рисперидона, препарат ТРЕВИКТА противопоказан пациентам с известной гиперчувствительностью к рисперидону. У пациентов, получающих лечение рисперидоном или палиперидоном, сообщалось о возникновении тяжелой гиперчувствительности, в т.ч. анафилактических реакций и гипотермического отека. **Применение при беременности и в период грудного вскармливания.** Безопасность применения палиперидона палитата внутримышечно или палиперидона инъекционно при беременности и/или кормлении грудью (включая палиперидон) в третьем триместре беременности, у новорожденных существует риск возникновения экстрапирамидных расстройств и/или синдрома отмены различной степени тяжести. Препарат ТРЕВИКТА можно применять при беременности только в случае, если продолжение приема польза для матери превышает потенциальный риск для плода. Необходимо информировать беременных женщин о потенциальных рисках для плода. В исследованиях применения палиперидона у животных и дисперидона у людей сообщалось о выведении палиперидона с грудным молоком. Препарат ТРЕВИКТА, не должен кормить детей грудью. **Способ применения.** Препарат ТРЕВИКТА необходимо вводить 4 раза в 3 месяца. Препарат предназначен только для внутримышечного введения. Необходимо вводить препарат за одну инъекцию, запрещается делить дозу на несколько инъекций. Препарат следует вводить медленно, глубоко и в вертикальном или горизонтальном положении. Для введения препарата ТРЕВИКТА можно использовать только тонкокалиберные иглы. Данные по безопасности одновременного применения препарата ТРЕВИКТА и других антипсихотиков ограничены. Для того чтобы избежать введения неплотной дозы препарата ТРЕВИКТА, необходимо интенсивно вправлять иглу до начала применения препарата ТРЕВИКТА, рекомендуется вводить 2 последние комбинированные инъекции в одной и той же дозировке. Применение препарата ТРЕВИКТА начинать в день, соответствующий следующей запланированной инъекции препарата КСЕТИПОН, с использованием дозы препарата ТРЕВИКТА, рассчитанной исходя из предыдущей дозы препарата КСЕТИПОН. Препарат ТРЕВИКТА можно вводить на 7 дней раньше или позже дня следующей запланированной инъекции препарата КСЕТИПОН. После первоначальной инъекции препарат ТРЕВИКТА следует вводить каждые 3 месяца. В случае необходимости допускается ступенчатая коррекция дозы каждые 3 месяца в диапазоне от 175 до 525 мг на основании индивидуальной переносимости и/или эффективности препарата. Следует избегать пропусков дозы. В исключительных случаях поддерживающая инъекция может быть введена на 2 недели раньше или позже дня следующей запланированной инъекции. **Способы введения палиперидона.** Безопасность и эффективность применения препарата ТРЕВИКТА у пациентов моложе 18 лет не изучалась. Инъекционный опыт клинического применения не выявил различий в ответе между пожилыми и более молодыми пациентами. Для пожилых пациентов с нормальной функцией почек, рекомендуется та же доза препарата ТРЕВИКТА, что и для более молодых пациентов с нормальной функцией почек. У пациентов с нарушенной функцией почек легкой степени составляет 350 мг. Не рекомендуется применять препарат ТРЕВИКТА у пациентов с нарушенной функцией почек средней или тяжелой степени (клиренс креатинина < 50 мл/мин). Исходя из результатов исследования палиперидона для приема внутрь, для пациентов с нарушением функции почек легкой или средней степени коррекция дозы не требуется. Применение палиперидона у пациентов с нарушением функции почек тяжелой степени не изучалось.

**Переход с других антипсихотических препаратов.** Препарат ТРЕВИКТА можно применять только после применения препарата КСЕТИПОН в течение, по крайней мере, 4 месяцев. **Переход с пролонгированной формы препарата ТРЕВИКТА на препарат КСЕТИПОН.** Для перехода с препарата ТРЕВИКТА на препарат КСЕТИПОН данной препарат следует вводить в день, соответствующий введению следующей дозы препарата ТРЕВИКТА, при этом необходимо использовать в 3,5 раза меньшую дозу. Далее введение препарат КСЕТИПОН следует продолжать на ежесуточной основе. **Переход с пролонгированной формы препарата ТРЕВИКТА на препарат КСЕТИПОН.** Данный препарат следует вводить в день, соответствующий введению следующей дозы препарата ТРЕВИКТА на таблетки палиперидона пролонгированного действия. Прием этих таблеток следует начать через 3 месяца после последней инъекции препарата ТРЕВИКТА, переход осуществляется на протяжении следующих нескольких месяцев. **Побочное действие.** Ниже приведены нежелательные реакции, идентифицированные в клинических исследованиях препарата ТРЕВИКТА, не указанные выше: Акадикизм, бронхит, воспаление подкожной жировой клетчатки, цистит, инфекция уха, инфекция глаза, грипп, синусит, пневмония, инфекция дыхательных путей, синусит, подострый абсцесс, тошнота, диарея, нейтропения, снижение числа белых кровяных телец, гиперчувствительность. Наличие глюкозы в моче, гиперпролактинемия. Повышение концентрации холестерина в крови, повышение концентрации триглицеридов в крови, снижение аппетита, повышение аппетита, полиартирит, снижение массы тела, возбудимость, анорексия, эмоциональная уплощенность, депрессия, бессонница, снижение либидо, нервозность, ночные кошмары, нарушения сна, церебральная ишемия, расстройство внимания, головокружение, постуральное головокружение, диаррhea, гистамин, парестезия, психомоторная гиперчувствительность, обмороч, познания дискинезия, тремор, Конъюнктивит; сухость глаз, глаукома, повышенное слезотечение, нечеткость зрения. Боль в ухе, зноб в ушах, вертиго. Атриовентрикулярная блокада, брадикардия, нарушение проводимости, отклонение на ЭКГ, удлинение интервала QT на электрокардиограмме, учащенное сердцебиение, синдром постуральной ортостатической тахикардии, гипертония, гипотония, Кашель, одышка, носовое кровотечение, заложенность носа, боль в ротовой полости, застойные явления в дыхательных путях, дисфония в области живота, боль в животе, запор, диарея, сухость во рту, диспепсия, дисфония, метеоризм, гастроинтестинальная боль. Повышение активности г-глутамилтрансферазы; повышение активности ферментов печени, повышение активности трансаминаз. Акине, лекарственная сыпь, сухость кожи, экзема, эритема, зуд, сыпь, крапивница, Артериальн. Боль в спине, повышение активности креатининафосфората, онемение, онемение суставов, опухание суставов, спазмы мышц, мышечная слабость, скелетно-мышечная боль, боль в шее. Дискурия, поллажурия, недержание мочи. Дискомфорт в области молочных желез, увеличение молочных желез, боль в молочных железах, недержание эякулята, эректильная дисфункция, гинекомастия, нарушение менструального цикла (нерегулярные менструации, олигоменорея), сексуальные дисфункции. Астения, повышение температуры тела, дискомфорт в области грудной клетки, боль в грудной клетке, онемение, синдром отмены, отек лица, усталость, нарушение походки, недомогание, спазмы (генерализованные отек отек с образованием везикул при надавливании), лихорадка. **Перезарядка.** Поскольку препарат ТРЕВИКТА предназначен для введения медработниками, то вероятность его неадекватного введения (например, инъекция в мышцу) является потенциальным риском. Специфического антагониста для палиперидона не существует. **Особые указания.** ТРЕВИКТА не показан для лечения психоза на фоне деменции. При применении палиперидона, зарегистрировано развитие потенциально летального симптоматического синдрома, иногда называемого злокачественным синдромом (ЗС). Палиперидон вызывает небольшое увеличение нормированного интервала QT (QTc). Следует избегать одновременного применения палиперидона и лекарственных препаратов, которые могут приводить к удлинению интервала QTc. Следует называть препарат ТРЕВИКТА двумя образам, чтобы минимизировать вероятность возникновения поздней дискинзии. Случаи гипергликемии и сахарного диабета были зарегистрированы и при применении препарата ТРЕВИКТА. Во время лечения необходимо проводить анализ концентрации глюкозы в крови натощак. У пациентов, получающих лечение антипсихотиками, наблюдались нежелательные лигандные изменения. При лечении антипсихотическими препаратами наблюдалось значительное увеличение массы тела. Необходимо проводить контроль массы тела пациента. Следует с осторожностью применять препарат ТРЕВИКТА у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Пациенты с тяжелой формой нейтропении (абсолютное количество нейтрофилов менее 1 × 10<sup>9</sup> /л) должны прекратить применение препарата ТРЕВИКТА до тех пор, пока количество лейкоцитов не нормализуется. Следует соблюдать осторожность при применении палиперидона у пациентов с возмущенными пролактиновыми секрециями. Как и другие нейролептики, препарат ТРЕВИКТА следует с осторожностью применять у пациентов, имеющих в анамнезе судороги или другие состояния, при которых может снижаться судорожный порог. У пациентов с риском аспирационной пневмонии следует с осторожностью применять препарат ТРЕВИКТА и другие антипсихотические препараты. В случае возникновения реакции гиперчувствительности необходимо прекратить применение препарата ТРЕВИКТА, принять необходимые поддерживающие клинические меры и проводить наблюдение за состоянием пациента до исчезновения симптомов. Поскольку пациенты, применяющие антипсихотические препараты, часто имеют риск развития венозной тромбоэмболии, все возможные факторы риска должны быть выявлены до и во время лечения препаратом ТРЕВИКТА, и должны быть предприняты профилактические меры. Врач должен сопоставить риск и пользу применения нейролептиков, включая препарат ТРЕВИКТА, у пациентов с болезнью Паркинсона или деменцией с тельцами Леви. **Влияние на способность управлять транспортными средствами и механизмами.** При применении препарата ТРЕВИКТА отмечалась сонливость, сухость и головокружение. ТРЕВИКТА может влиять на способность управлять транспортными средствами и на быстроту реакции психомоторных систем, а также может влиять на зрение. Поэтому пациентам следует рекомендовать не управлять транспортными средствами, пока не будет установлена их индивидуальная чувствительность. **Условия хранения.** Хранить при температуре не выше 30 °С. Хранить в недоступном для детей месте. **Срок годности и срок годности при открытии.** Держать регистрационный удостоверения, организация, принимающая претензии – ООО «Джонсон & Джонсон», Россия, 121614, г. Москва, ул. Крылатская, д.17/2. Контактная информация: Тел: (495) 755-83-57; Факс: (495) 755-83-58.



Подразделение ООО «Джонсон & Джонсон»  
Россия, 121614, Москва, ул. Крылатская, 17/2  
Тел.: (495) 755-83-57; факс: (495) 755-83-58  
Бесплатный номер для России: 8-800-700-88-10  
www.jnj.ru



Г.П.Костюк, О.В.Лиманкин, А.Б.Шмуклер

Начало на стр. 19

ния на 45% ниже, чем при использовании препарата Ксеплион.

Докладчиками было высказано единое мнение о необходимости более широкого применения инъекционных пролонгов в России как ступеньке к новым возможностям в терапии шизофрении для врачей и для пациентов и их родственников.

Конференция завершилась проведением Дискуссионного клуба с участием Н.Г.Незнанова, О.В.Лиманкина, Г.П.Костюка и А.Б.Шмуклера, формат которого позволил участникам из разных

регионов обсудить самые животрепещущие вопросы: стационарзамещающие технологии, реабилитацию пациентов с шизофренией и стигматизацию в психиатрии. Также были обсуждены обновленные клинические рекомендации по терапии шизофрении и место пролонгов в них.

В заключительном слове по итогам конференции профессор П.В.Морозов уделил особое внимание той роли, которую компания «Янссен» со дня ее основания играет в психиатрии: было подчеркнута многолетняя последовательность в работе компании по

постоянному введению в клиническую практику новейших инъекционных пролонгов, отмечались достижения, полученные в рамках подобной стратегии терапии шизофрении, подчеркнута необходимость возможно более раннего начала применения таких инновационных методов лечения. Отмечено, что многолетние катamnестические исследования ряда ведущих зарубежных клиник безусловно указывают на это.

Итоги конференции подвел президент РОП профессор Н.Г.Незнанов. Он подчеркнул важность и актуальность проблематики данного научного форума, отметил тот факт, что конференция получила высокие отзывы со стороны участников, согласно заполненным анкетам обратной связи психиатры оценили насыщенную программу, интересный интерактивный формат и высокий организационный уровень конференции. ■



В зале заседаний

У наших друзей

## Диагностика и терапия тревожных расстройств в Российской Федерации



Н.Г.Незнанов, И.А.Мартынихин,  
С.Н.Мосолов

Российское общество психиатров (РОП) в рамках проекта «маГИСТР», организованного при поддержке компании «Пфайзер», провело в ноябре 2016 – феврале 2017 г. масштабный онлайн-опрос российских врачей-психиатров «Диагностика и терапия тревожных расстройств в Российской Федерации». Мотивом проведения опроса стала низкая частота диагностики тревожных

расстройств по данным российской государственной статистики. Так, в 2013 г., по данным Минздрава России, контингент зарегистрированных в течение года больных с психическими расстройствами, относящимися к главе Международной классификации болезней (МКБ) 10-го пересмотра «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства», составил 0,3% населения России (Б.Д.Казаковцев и соавт., 2015). Тогда как по данным эпидемиологических исследований, распро-

страненность среди населения расстройств, входящих в данную главу МКБ (в том числе тревожных расстройств), существенно выше. Например, по результатам исследования, проведенного в США, самой распространенной группой психических расстройств оказались тревожные расстройства, в течение года они наблюдались у 18,1% населения (R.Kessler и соавт., 2005).

Эти многократные различия в показателях распространенности тревожных расстройств вряд ли могут быть объяснены истинными различиями в заболеваемости, скорее, они в значительной степени связаны с диагностическими традициями специалистов и особенностями обращаемости пациентов за помощью. В связи с этим целью опроса РОП стало изучение практического опыта, отношения к диагностике и лечению тревожных расстройств российскими психиатрами. Особое внимание в опросе было уделено генерализованному тревожному расстройству (ГТР). Для привлечения участников ссылка на анкету опроса бы-

ла разослана по специалистам, зарегистрированным на сайте РОП (psychiatr.ru), опубликована на сайте РОП и во врачебной социальной сети «Врачи РФ».

Всего в опросе приняли участие 1015 врачей со специализацией по психиатрии и ее субспециальностям: 44% респондентов были сотрудниками амбулаторной психиатрической службы, 26% – психиатрических стационаров, 15% – психиатры/психотерапевты соматической сети (поликлиник, многопрофильных больниц) и 15% – научно-педагогические работники. Респонденты представляли 77 регионов России (в том числе Москву и Санкт-Петербург – 25% респондентов): 141 респондент имел степень кандидата медицинских наук, 53 – доктора медицинских наук.

В среднем в соответствии с ответами респондентов почти 60% пациентов психиатров в нашей стране имеют проявления тревоги, а изолированный тревожный синдром наблюдается примерно у 20% пациентов. Для оценки частоты диагностики тре-

возможных расстройств результаты опроса РОП были сопоставлены с результатами всемирного опроса, проведенного совместно Всемирной психиатрической ассоциацией (ВПА) и Всемирной организацией здравоохранения – ВОЗ (G.Reed, 2011). В опросе ВПА-ВОЗ участвовали 4887 психиатров из 44 стран. По результатам сравнения данных, полученных в опросе, выявлено, что в целом тревожные и связанные со стрессом расстройства российских врачи диагностируют значительно реже, чем психиатры в других странах мира (в среднем 41% респондентов в опросе ВПА-ВОЗ ответили, что диагностируют расстройства этих рубрик не реже 1 раза в неделю в своей повседневной работе; в опросе РОП таких участников было лишь 16%). При этом диагноз «смешанное тревожное и депрессивное расстройство» (F41.2) был самым частым диагнозом из этой группы в обоих опросах (67 и 41% врачей соответственно, участвовавших в опросах, ставят этот диагноз хотя бы 1 раз в неделю). ГТР (F41.1) – второй по частоте диагноз в опросе ВПА-ВОЗ и четвертый в опросе РОП, при этом различия в частоте постановки этого диагноза были наиболее высокими (60 и 16% соответственно). Расстройство адаптации (F43.2) – третий по частоте диагноз в опросе ВПА-ВОЗ и второй – в опросе РОП (52 и 30% соответственно). Кроме того, в соответствии с результатами опросов в мире существенно чаще, чем в России, психиатры используют рубрики «Специфические фобии», «Посттравматическое стрессовое расстройство», «Социофобия», «Агорафобия» (более того, 40% психиатров, участвовавших в опросе РОП, ни разу за последний год не выставляли диагноз специфической фобии, 43% – социофобии, 47% – агорофобии). С другой стороны, в России чаще, чем в мире, используются диагнозы панического расстройства и острой реакции на стресс.

В соответствии с ответами респондентов в опросе РОП наиболее часто тревожные расстройства диагностируют психиатры соматической сети (психиатры многопрофильных стационаров, поликлиник, психосоматических отделений). Хотя в среднем респонденты отметили, что хроническая тревога встречается примерно у 25% их пациентов с другими психическими расстройствами (в том числе, например, у 50% больных с рекуррентной депрессией и 40% – с шизофренией), однако большая часть участников опроса (84%) никогда не выставляют таким пациентам коморбидный (второй) диагноз тревожного расстройства (например, ГТР). В отношении выделения в группе тревожных расстройств самостоятельных диагнозов лишь 1/4 респондентов считают, что такое разделение основано на осо-

бенностях патогенеза, и эти заболевания действительно являются самостоятельными расстройствами; более 1/2 (61%) считают, что разделение основано лишь на внешних признаках расстройства; еще 9% – что выделение в этой группе тех или иных самостоятельных расстройств не основано.

Большинство респондентов в качестве 1-й линии терапии при лечении тревожных расстройств указывали препараты группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, после – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина и атипичные анксиолитики (гидроксизин, афобазол). В целом выбор терапии респондентами во многом соответствовал современным международным рекомендациям по терапии этой группы расстройств, однако бензодиазепины, антипсихотики, а также некоторые препараты, которые не имеют доказанной эффективности в отношении лечения тревожных расстройств, по отзывам респондентов часто используются ими в терапии этой группы больных, что вряд ли может быть обосновано. Напротив, при выборе терапии ГТР прегабалин, который в международных рекомендациях относят к препаратам 1-й линии, респонденты выбирали реже, чем другие препараты, рекомендованные для этой линии терапии, и атипичные анксиолитики. Более 60% респондентов отметили, что ждут эффекта от терапии при лечении тревожных расстройств в течение первых 2 нед после ее назначения, еще почти 30% – до 1 мес и только оставшиеся 10% – в течение 4–6 нед, как это предусматривают современные алгоритмы терапии данной группы расстройств.

Таким образом, проведенный опрос свидетельствует о том, что тревожные расстройства, в том числе ГТР, остаются в России недостаточно диагностированными. С одной стороны, это может быть связано с низкой обращаемостью пациентов с такими расстройствами к врачам-психиатрам. С другой – психиатры в России скорее склонны объяснять тревогу другими психическими расстройствами или стрессовыми событиями, чем воспринимать ее как самостоятельное расстройство. Такое отношение к тревоге характерно для традиционной психиатрии, однако за последние десятилетия мировая наука накопила достаточно доказательств в пользу самостоятельности существования тревожных расстройств. Разработаны и эффективные алгоритмы их терапии, основанные на принципах доказательной медицины. В соответствии с этим представляется важным привлечь внимание к вопросам диагностики и терапии тревожных расстройств в современных образовательных программах. ■

**10 ЛЕТ**  
**ЛИРИКА**  
ОРИГИНАЛЬНЫЙ ПРЕГАБАЛИН  
КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ В РОССИИ

**1<sup>ой</sup> линии**  
**Препарат**

терапии генерализованного  
тревожного расстройства<sup>1</sup>

**10 лет** применения в РФ<sup>2</sup>

**25 тысяч** пациентов  
в клинических  
исследованиях<sup>3</sup>

Мировой опыт применения –  
**28 миллионов**  
пациенто-лет<sup>4</sup>

Производство: **Германия**<sup>5</sup>

**Pfizer** Краткая инструкция по медицинскому применению  
препарата Лирика® (прегабалин)

Фармакотерапевтическая группа: ПЭП. Показания к применению. Нейропатическая боль. Лечение нейропатической боли у взрослых. Эпилепсия. В качестве дополнительной терапии у взрослых с парциальными судорожными приступами, сопровождающимися или не сопровождающимися вторичной генерализацией. Генерализованное тревожное расстройство. Лечение генерализованного тревожного расстройства у взрослых. Фибромиалгия. Лечение фибромиалгии у взрослых. Способ применения и дозы. Внутрь, независимо от приема пищи. Препарат применяют в дозе от 150 до 600 мг/сут в два или три приема. Нейропатическая боль. Лечение прегабалином начинают с дозы 150 мг/сут. В зависимости от достигнутого эффекта и переносимости через 3–7 дней дозу можно увеличить до 300 мг/сут, а при необходимости еще через 7 дней – до максимальной дозы 600 мг/сут. Эпилепсия. Лечение прегабалином начинают с дозы 150 мг/сут. С учетом достигнутого эффекта и переносимости через 1 неделю дозу можно увеличить до 300 мг/сут, а еще через неделю – до максимальной дозы 600 мг/сут. Фибромиалгия. Лечение прегабалином начинают с дозы 150 мг/сут. В зависимости от достигнутого эффекта и переносимости через 3–7 дней дозу можно увеличить до 300 мг/сут. При отсутствии положительного эффекта увеличивают дозу до 450 мг/сут, а при необходимости еще через 7 дней – до максимальной дозы 600 мг/сут. Генерализованное тревожное расстройство. Лечение прегабалином начинают с дозы 150 мг/сут. В зависимости от достигнутого эффекта и переносимости через 7 дней дозу можно увеличить до 300 мг/сут. При отсутствии положительного эффекта увеличивают дозу до 450 мг/сут, а при необходимости еще через 7 дней – до максимальной дозы 600 мг/сут. Отмена прегабалина. Если лечение прегабалином необходимо прекратить, рекомендуется делать это постепенно в течение минимум 1 недели. Побочное действие. По имеющемуся опыту клинического применения прегабалина у более чем 12 000 пациентов, наиболее распространенными нежелательными явлениями были головокружение и сонливость. Наблюдаемые явления были обычно легкими или умеренными. Другие частые явления включали: повышение аппетита, зйфирию, спутанность сознания, снижение либидо, раздражительность, бессонницу, дезориентацию, атаксию, нарушение внимания, нарушение координации, ухудшение памяти, тремор, диаррию, парестезию, нарушение равновесия, амнезию, седацию, летаргию, нечеткость зрения, диплопию, сухость во рту, запор, рвоту, метеоризм, вздутие живота, утомляемость, периферические отеки, нарушение походки, увеличение массы тела. Противопоказания. Гиперчувствительность к действующему веществу или любому другому компоненту препарата. Редкие наследственные заболевания, в т.ч. непереносимость галактозы, лактазная недостаточность и нарушение всасывания глюкозы/галактозы. Детский и подростковый возраст до 17 лет включительно (нет данных по применению). С осторожностью. Имеются сообщения о случаях развития зависимости при применении прегабалина. Пациенты с лекарственной зависимостью в анамнезе нуждаются в тщательном медицинском наблюдении на предмет симптомов зависимости от прегабалина. Эффекты на способность управлять автомобилем и пользоваться сложной техникой. Препарат Лирика® может вызвать головокружение и сонливость и, соответственно, повлиять на способность управлять автомобилем и пользоваться сложной техникой. Больные не должны управлять автомобилем, пользоваться сложной техникой или выполнять другие потенциально опасные виды деятельности, пока не станет ясно, влияет ли этот препарат на выполнение ими таких задач.

1. Bandelow B, et al. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. Int J Psychiatry Clin Pract. 2012; 16(2):77–84. 2. www.grfs.rosminzdrav.ru. 3. Lyrica®. Data on File. 090177e184106e98l. Approved On: 08-Apr-2013 09:14. 4. Perez C, et al. Does duration of neuropathic pain impact the effectiveness of pregabalin? Pain Practice 2016. 5. Инструкция по медицинскому применению препарата Лирика® № 001752-241114.

ООО «Пфайзер»; 123112, Москва, Пресненская наб., д. 10,  
БЦ «Башня на Набережной» (блок С)

PP-LYR-RUS-0044 15.12.2016

Реклама

# Чем лечить «обломовщину»?

А.В.Маркин

*Где же тот, кто бы на родном языке русской души умел бы сказать нам это всемогущее слово «вперед»?*

Н.В.Гоголь, из предисловия «Что такое обломовщина?»  
Н.А.Добролюбова

Роман-притча о русской лени, в котором главный герой первые 200 страниц не встает с постели, известен всем со школьной скамьи. Нам представилось интересным дать медицинскую оценку состояния Ильи Обломова с точки зрения современной психиатрии. Состояния, которое привело к смерти главного героя в относительно молодом даже для той эпохи возрасте. Состояния, которое сам автор Иван Гончаров называл «обломовщиной» за неимением медицинского эквивалента.

Вспомним кратко содержание романа, имеющее отношение к психо-характерологическим осо-

На вопросы доктора Илья ипохондрически жалуется: «Плохо, доктор. ...Не знаю, что мне делать. Желудок почти не варит, под ложечкой тяжесть, изжога замучила, дыханье тяжело... – говорил Обломов с жалкой миной».

**Из истории развития:** «В детстве Илюша хочет бегать и резвиться, но родители слишком опекают его. Они не дают Илюше сделать ни шагу самостоятельно, боясь, что мальчик ударится, перегреется на солнце, простудится и т.д.» В воспитании присутствуют явные признаки гиперпротекции. Повзрослев и преисполнившись желаний свершений, Илья тем не менее уклоняется от службы, испугавшись ее: «Когда же жить?» Будучи взаимно любимым, Обломов страшится брака и фактически сворачивает взаимоотношения, которые требуют от него активности. Как пишет Гончаров: «События его жизни уменьшились до микроскопических размеров, но и с теми событиями не справляется он».

быть не может! – вслух произнес он, встав с дивана и ходя по комнате. – Любить меня, смешного, с сонным взглядом, с дряблыми щеками... Она все смеется надо мной... Он опять поглядел в зеркало. «Этаких не любят!»»



Обломовка. Художник П.Н.Пинкисевич

В конце концов Ольга понимает тщетность своих усилий: «...Я думала, что я оживлю тебя, что ты можешь еще жить для меня, – а ты уж давно умер», – что говорит об ограниченности терапии таких состояний исключительно психотерапевтическими методами.

Разрыв с Ольгой для Ильи Ильича становится потрясением, после которого он сблизается с хозяйкой дома, Агафьей Пшеницыной, у них рождается ребенок, и спустя несколько лет Обломов умирает от «апоплексического удара».

По оценке поэта Серебряного века И.Анненского, духовная и социальная смерть Обломова опередила и предопределила физическую: «Он умер потому, что кончился...»

Если оценивать состояние Обломова в первой части романа, нет указаний на выраженность ангедонических симптомов, при этом на первый план выступают симптомы анергического характера: утомляемость, слабость, бездеятельность, апато-астенические симптомы, выраженная социальная дезадаптация (не более 35 баллов по шкале SASS). Также присутствуют жалобы ипохондрического характера на соматические проявления в виде нейродистонических нарушений. В целом картина укладывается в диагноз маскированной депрессии анергического характера с ярко выраженной социальной дезадаптацией.

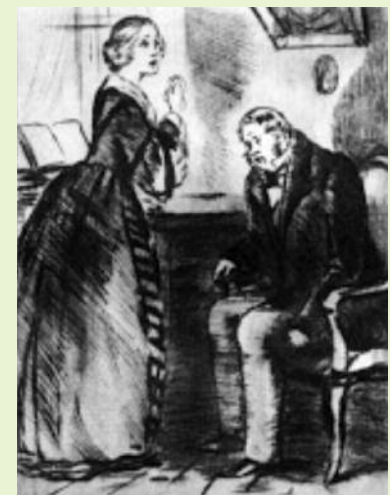
Вместе с тем в подобных клинических случаях следует проводить дифференциальную диагностику с вялотекущим психозом с фазами.

## Актуальность проблемы в современном обществе

Наиболее распространено похожее явление в Японии – хикикомори (яп. 引きこもり или 引き籠もり, находящиеся в уединении) – термин, обозначающий людей, отказывающихся от социальной жизни и зачастую стремящихся к крайней степени социальной изоляции и уединения вследствие разных личных и социальных факторов. Такие люди не имеют работы и живут на иждивении родственников.

## Хикикомори

По данным отчета правительства Японии от 2010 г., в стране насчитывалось 700 тыс. индивидумов, ведущих образ жизни хикикомори, чей средний возраст составлял 31 год. В этой группе можно выделить возрастных затворников (им более 40 лет), их принято называть первым поколением. К текущему моменту они имеют стаж изоляции более 20 лет, и существуют определенные трудности с тем, как они будут интегрироваться в общество, когда их родители начнут умирать, а самим хикикомори будет по 60 лет и они будут иметь стаж изоляции по 40 лет. Проблема получила название «Вызов 2030 года». Вдоба-



Обломов и Ольга. Художник С.М.Шор

вок к этому правительство Японии предполагает, что еще 1,55 млн человек находятся на грани превращения в хикикомори.

Среди предлагаемых средств психофармакотерапии ряд японских исследований показали хороший ответ на терапию с применением милнаципрапа – наиболее сбалансированного антидепрессанта двойного действия. У пациентов с социальной дезадаптацией и депрессией ответ на терапию милнаципрапом был в 2 раза выше (по числу респондеров на симптомы депрессии и социальной дезадаптации) в сравнении с пароксетином.



Обломов. К.Ольшевский, с рисунка К.Тихомирова. 1883 г.

бенностям главного героя. Илья Ильич Обломов вместе со своим слугой Захаром живет в Петербурге, на Гороховой улице, практически не выходя из дома и даже не поднимаясь с дивана, пребывая в своем неизменном халате. Он не занимается никакой деятельностью, не выходит в свет, лишь предаётся мыслям о том, как надо жить. Никакие проблемы (упадок хозяйства, угрозы выселения из квартиры) не могут сдвинуть его с места. «Все знаю, все понимаю – но силы и воли нет», – говорит Илья Ильич сам о себе. Обломов неряшлив, всюду пыль, «сесть некуда», халат на нем не первой свежести и требует починки, то же касается и остальных предметов интерьера. Наличие анергической симптоматики, снижение ухода за собой, выраженная социальная дезадаптация.

## Попытки психотерапевтического воздействия

Взаимоотношения с Ольгой Ильинской на какое-то время изменили Обломова: «...Встает он в семь часов, читает, носит куда-то книги. На лице ни сна, ни усталости, ни скуки... Халата не видать на нем... воротнички рубашки выпущены на галстук и блестят, как снег. Выходит он в сюртуке, прекрасно сшитом, в щегольской шляпе... Он весел, напевает...» Таким образом, любовь и отношения с Ольгой оказали позитивное психотерапевтическое воздействие на Обломова.

Однако Обломов устает от той жизни, которую ему навязывает деятельная Ольга. Постепенно любовь к Ольге кажется ему службой. Периодически возникают идеи малоценности: «...Нет, этого

Окончание на стр. 22



# Неулептил®

**Эффективное решение при нарушениях поведения**

**\* УМЕНЬШАЕТ**

- АГРЕССИВНОСТЬ
- ВОЗБУДИМОСТЬ
- РАСТОРМОЖЕННОСТЬ

**\* 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; феохромоцитомы; миастения тяжелая 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 гипертериозом; с изменениями картины крови; с раком молочной железы; с сахарным диабетом, пациенты с рисками развития сахарного диабета; у пациентов пожилого возраста, в том числе и с деменцией. Раствор. У пациентов детского возраста, особенно моложе 6 лет. **ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ.** Капсулы, раствор. При применении перициазина может развиваться 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. Нерекомендуемые 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 антагонистами; бромкриптином; средствами для снижения аппетита; бета-блокаторами; **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. 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)**



Начало на стр. 20

Существуют и другие похожие состояния, описываемые в западном социуме таким терминами, как:

- **Дауншифтинг** («переключение на пониженную передачу») – отказ от карьеры в пользу «жизни ради себя».

- **Кидалт** («взрослый-ребенок»), – мягкая разновидность эскапизма (ухода от реальности в иллюзорные миры), психический инфантилизм, синдром Питера Пена, описанный для мужчин 30 лет и старше, которые увлекаются

мультфильмами, фэнтези, компьютерными играми (гэмблинг) и бесполезными, но красивыми и часто дорогими гаджетами.

Актуальность образа Обломова подтверждается постоянным интересом театра и кино, например «Несколько дней из жизни Н.Н.Обломова» Н.Михалкова получили премию Национального совета кинокритиков США в 1981 г.

#### Заключение

Таким образом, литературный образ Обломова, с симптомами анергии: безволия, апатии, социальной дезадаптацией (отказ от участия в жизни в обществе, отказ от карьеры, страх ответственности за создание семьи, снижение ухода за собой) и депрессивными симптомами может быть использован для «быстрого описания» портрета пациента, у которого можно заподозрить депрессию.

Исходя из данных «анамнеза», только психотерапевтические методы терапии таких пациентов

могут оказаться недостаточны. С учетом коморбидного ожирения, наиболее целесообразно у таких пациентов использовать антидепрессанты с метаболически нейтральным профилем, а еще лучше, потенциально способствующим снижению индекса массы тела, без негативного влияния на липидный профиль и уровень глюкозы. И с точки зрения клинических эффектов необходим антидепрессант активирующий, с доказанной способностью значимо влиять на социальную адаптацию. Исходя из перечисленных критериев таким пациентам мог бы подойти, например, такой антидепрессант, как милнаципран.

Надеемся, что данный «клинический» разбор литературного персонажа будет способствовать размышлениям для подбора оптимальной терапии у пациентов с большим депрессивным эпизодом и выраженной социальной дезадаптацией. ■

## Интервью

# О формировании благоприятной среды для сохранения психического здоровья (беседа с Н.В.Треушниковой, президентом СОПЗ)



– Для начала формальный вопрос: сколько было участников конгресса «Психическое здоровье человека XXI века», сколько стран они представляли?

– В конгрессе приняли участие более 700 экспертов из 33 стран мира. Были проведены 4 международных конференции, 4 панельных дискуссии, 2 симпозиума с международным участием, 9 мастер-классов по арт-терапии.

– Организаторами были заявлены очень серьезные цели (пожалуйста, напомните нам их). Были ли они достигнуты, по Вашему мнению?

– Конгресс призван формированию благоприятной среды для сохранения психического здоровья через консолидацию усилий российских и зарубежных экспертов на междисциплинарном и межсекторном уровнях. Основными задачами конгресса были объединение международ-

ного экспертного сообщества для выработки консолидированной позиции по сохранению психического здоровья человека, презентация лучших научных и практических достижений в данной сфере, разработка инновационных подходов и практических рекомендаций к проведению научных исследований, реализации экспериментальных программ, разработке механизмов эффективности в сфере охраны психического здоровья.

Что значит «формирование благоприятной среды»? В первую очередь – это создание некоей платформы для обсуждения и решения тех задач, которые в настоящее время стоят перед профессионалами в совершенно разных сферах.

В ходе подготовки и проведения конгресса нам удалось объединить сразу 4 министерства Российской Федерации на самом высоком уровне: это Министерство здравоохранения, Министерство труда и социальной защиты, Министерство образования, Министерство спорта. Конгресс привлек внимание и интерес государственных деятелей высшего уровня: открытие конгресса посетила заместитель Председателя Правительства РФ Ольга Юрьевна Голодец. Она обратилась к участникам конгресса с приветственным словом, пообщалась в кулуарах со студентами-волонтерами, помогавшими в организации мероприятий конгресса.



Н.В.Треушниковая, президент Союза охраны психического здоровья

По его итогам конгресса была принята декларация как программный документ, определяющий направление дальнейшего развития диалога специалистов в сфере психического здоровья. По следам конгресса прошла масса научных мероприятий, которые во главу угла поставили именно охрану психического здоровья человека. Все сказанное и отвечает на Ваш вопрос: нам удалось не просто привлечь внимание к данной проблеме, но и создать прецедент общения, поле для диалога, выявить неподдельный интерес к этой теме среди ученых, государственных деятелей, практи-

куюющих специалистов.

**– Чем данный конгресс принципиально отличался от всех других подобных мероприятий, проводимых в нашей стране?**

– Не секрет, что мероприятия научной направленности организуются для определенной, как правило, очень узкой, сугубо профессиональной аудитории. Психологи, психиатры, психотерапевты никогда не собираются вместе для обсуждения общих вопросов. Не говоря уже о секторе некоммерческих организаций, с которыми зачастую скальваются крайне непростые, а порой и враждебные взаимоотношения у научного сообщества. Еще в ходе подготовки к конгрессу мы столкнулись с трудностями во взаимопонимании между учеными разных специальностей, с необходимостью согласования профессиональных терминологий, поиска компромиссов. А в некоторых случаях и вовсе было сложно доказать, что проблематика конгресса напря-



Обладатели Национальной премии «Гармония»

мирная ассоциация психосоциальной реабилитации, Международная ассоциация социального обеспечения, Всемирный совет по психотерапии, Азиатская федерация по психотерапии, Международная ассоциация по совершенствованию программ в сфере охраны психического здоровья.

**– Всех участников поразила размах мероприятия. Как Вам удалось так громко заявить о себе – да просто собрать таких людей и такие огромные средства в наше непростое время?**

– Работа была очень напряженной! Нужно было не просто пригласить экспертов, но и убедить их в необходимости их участия, уверить, так сказать, в серьезности наших намерений. Залогом успеха стали убежденность в идее и профессионализм команды. Кроме того, я думаю, что потребность в консолидации назрела уже сама по себе, мы стали катализаторами, дали толчок этому процессу.

**– Каким коллективом Вы организовали этот представительный форум? Расскажите о Ваших людях – энтузиастах своего дела.**

– Команда Союза охраны психического здоровья очень немногочисленная. Основные организационные вопросы конгресса фактически легли на плечи четырех хрупких женщин. Почти всем участникам конгресса они из-



Церемония награждения участников конгресса дипломами

мую связана с наукой в данном направлении: спортсмены, например, поначалу недоумевали: «при чем тут мы»? Однако в результате они провели целое мероприятие, посвященное адаптивному спорту, его развитию, осветили необходимость тесного взаимодействия в этом вопросе с психиатрами. Могу с уверенностью сказать, что объединения ученых такого уровня из разных профессиональных сфер – эффективного, интересного – еще никогда не было. В этом мы первопроходцы.

**– Какие организации – международные и национальные – выступили партнерами в организации и проведении конгресса, какова была их роль в этом деле?**

– Соорганизаторами конгресса выступили Российское общество психиатров, Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига, Российское психологическое общество. Международными партнерами стали Всемирная психиатрическая ассоциация, Европейская психиатрическая ассоциация (ЕПА), Все-

собственно, именно наши партнеры и наполнили конгресс новейшими научными разработками, предоставили возможность пригласить к участию ведущих спикеров по обсуждаемым темам.

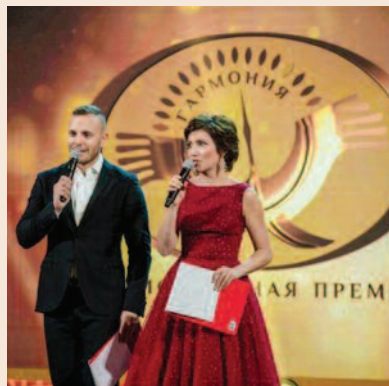
**– Что Вы считаете самым большим достижением в этой работе?**

– Удалось начать диалог. Между психиатрами Востока и Запада; между психиатрами, психотерапевтами и психологами; между медиками и спортсменами; между специалистами из разных культур, разных континентов. Нам реально удалось совместно создать и принять декларацию конгресса. Удалось воодушевить, вдохновить российских профессионалов: участники конгресса говорили в кулуарах о том, что они впервые почувствовали значимость и важность своего дела, что появилось вдохновение для дальнейшей работы. И на сегодняшний день я могу констатировать, что те связи, которые возникли в ходе подготовки и проведения конгресса, развиваются и работают.

сор Владимир Иванович Бородин. Огромный вклад в проведение конгресса внесли наши партнеры, компания «Красный квадрат». Они не просто профессионально выполнили все работы по оформлению конгресса, но всей душой включились в работу, прониклись нашими идеями. Это они создали ролики о победителях премии «Гармония» с такой любовью, что зрители буквально плакали. В работе конгресса приняли участие студенты-волонтеры. Нами была проделана колоссальная работа по их подготовке, но это того стоило.

**– В рамках конгресса проводилось совещание президентов психиатрических обществ Восточной Европы, состоялась встреча с членами Исполкома Всемирной психиатрической ассоциации; президент Европейской психиатрической ассоциации, лауреат первой Национальной премии «Гармония», учрежденной Союзом охраны психического здоровья, имел возможность познакомиться с многими коллегами, которые еще не вошли в ряды ЕПА. Собираетесь ли Вы и дальше использовать этот накопленный опыт – быть связующим звеном между психиатрами Востока и Запада?**

– Мы гордимся тем, что нам удалось собрать на конгрессе психиатров разных школ, направлений, из разных стран. При этом одной из основных задач было дать высказаться российскому психиатрическому сообществу, и это получилось. Нам удастся очень плодотворно сотрудничать с зарубежными партнерами. Что касается Вольфганга Гебеля, то у нас сложились очень теплые отношения, мы состоим в плотном общении в процессе подготовки к следующему конгрессу.



Ведущие Первого канала на церемонии вручения Национальной премии «Гармония» и президент СОПЗ Н.В.Треушников



Н.В.Треушников

вестны в лицо и по именам: это наш директор Ольга Евгеньевна Пазына, руководитель направления профилактики Ольга Суздаль, руководитель направления реабилитации Татьяна Русанова, руководитель направления по административному обеспечению Татьяна Ключина. Стратегические и научные вопросы курировал наш вице-президент профес-

Мне хотелось бы напомнить, что в рамках конгресса была проведена специальная сессия Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) под председательством директора Департамента по вопросам психического здоровья и злоупотреблению психоактивными веществами

Окончание на стр. 24

Начало на стр. 22

ВОЗ, председателя Совета по охране психического здоровья Всемирного экономического форума Шекхара Саксены. Он высоко оценил уровень конгресса и пригласил Союз к дальнейшему сотрудничеству. Это очень важный момент для нас.



Н.В.Треушникова и О.Е.Пазына, директор СОПЗ

#### – А что не получилось из задуманного?

– На мой взгляд, некоторые мероприятия конгресса, международная конференция «Психическое здоровье человека на рабочем месте», например, собрали недостаточное количество слушателей, несмотря на высочайший уровень докладов и очень представительный состав организаторов этого мероприятия. Я отношу этот факт исключительно к нашей недоработке. Значит, не сумели обо-



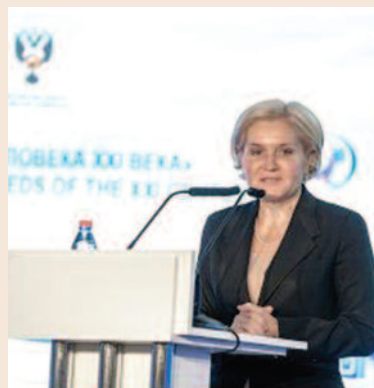
Вольфганг Гебель, профессор, президент Европейской психиатрической ассоциации (Германия)

значить в структуре конгресса эту конференцию так, чтобы интерес к ней был адекватным ее содержанию. При этом некоторые конференции, напротив, были перегружены докладчиками и слушателями, людям не хватало места. Мы обязательно учтем это при подготовке следующего конгресса. Если же говорить о стратегических недочетах, то, к сожалению, от участия в организации I конгресса отказалось Министерство культуры. Тем более горько, что нам не удалось их заинтересовать, учитывая тот факт, что в рамках конгресса наряду с научными мероприятиями был проведен кинофестиваль

«Доку-Ментал», в рамках которого зрителю представили документальные и художественные фильмы на темы психического здоровья, после их просмотра проводились дискуссии психиатров, психологов и кинокритиков, обсуждались профессионально-медицинские и художественные линии картин. Забегая вперед, скажу, что в настоящее время переговорный процесс с Министерством культуры значительно «потеплел», мы ожидаем, что представители ведомства войдут в организационный комитет II конгресса.

#### – Почему такое впечатляющее мероприятие так скудно освещалось в масс-медиа?

– Не могу сказать, что конгресс совсем не освещался. Сюжеты о проведении конгресса прошли в новостных программах центральных каналов телевидения, вышли публикации в крупных печатных изданиях. Однако широкого освещения как такового действительно не получилось. В какой-то степени есть в этом и наша недоработка. Но, думается, основную роль все же сыграли два фактора: конгресс готовился в небы-



Заместитель Председателя Правительства РФ Ольга Юрьевна Голодец

вало короткие сроки, которые не позволили тщательно и планомерно проработать контакты со СМИ, но главное – тема психического здоровья остается темой пугающей, отталкивающей,стораживающей для большинства населения. В этом плане скудное освещение конгресса стало зеркалом, отразившим стигмы по отношению ко всему «психическому», а кроме того, выявило катастрофическую нехватку (если не отсутствие вообще) пула журналистов, разбирающихся в данной теме и заинтересованных в адекватном освещении вопросов психического здоровья. Это поднимает огромный пласт задач, который необходимо глубоко прорабатывать.

#### – Почему Вы не воспользовались услугами фирм-спонсоров?

– Это не совсем так. Естественно, что в финансировании проекта принимали участие как частные спонсоры, так и крупные коммерческие организации. Мы принципиально не приглашаем к

спонсорству фармацевтические корпорации. Это связано с желанием избежать ангажированности и претенциозности научной составляющей конгресса. Но это вовсе не означает, что мы дискриминируем или игнорируем фармацевтов. Мы предоставляли им рекламные и выставочные площадки, в результате все остались довольны, не ущемляя интересов друг друга.

#### – Началась подготовка к проведению II конгресса: когда и где он состоится, что нового Вы привнесете в его повестку дня, в организацию этого важного научного форума в целом?

– Конгресс пройдет с 19 по 21 октября 2018 г. в Москве. Глобальной темой II конгресса станет образование в сфере охраны психического здоровья. Думаю, не стоит говорить о важности этой темы, отмечу лишь, что речь пойдет и о начальном профессиональном, и о постдипломном, и о так называемом непрерывном образовании; о междисциплинарных подходах в образовании, о новых технологиях и необходимости введения новых специальностей; отдельными вопросами вынесены образовательные подходы в профилактике и реабилитационном процессе. Подготовка к конгрессу идет полным ходом, уже прошло первое заседание организационного комитета, сформулирована концепция ме-



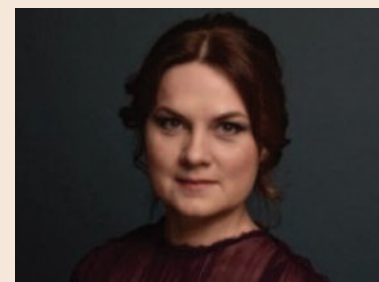
Д-р Шекхар Саксена, директор Департамента по вопросам психического здоровья и злоупотреблению психоактивными веществами ВОЗ

роприятия, ведется активная переписка с иностранными коллегами, утверждены темы основных научных мероприятий будущего конгресса. Намечен план практических программ, учебных мероприятий, научных конференций. На текущий момент отклик ученых всего мира очень большой, я надеюсь, нам удастся подготовить и провести достойное и важное мероприятие.

#### – Какие проекты, помимо организации конгресса, успешно развивает Союз охраны психического здоровья?

– Боюсь, для ответа на этот вопрос мне не хватит формата одного интервью. Если очень кратко: проведен 3-й ежегодный конкурс профилактических про-

грамм «Здоровое поколение», нами получено около 1,5 тысячи заявок, итоги конкурса будут объявлены в мае. Идет подготовка к ежегодному фестивалю реабилитационных программ для людей с психическими особенностями «Другие?», который в этом году пройдет 13 октября в Санкт-Петербурге и будет адресован Северо-Западному федеральному округу Российской Федерации, планируется привлечение к участию специалистов из соседних стран Балтии. Мы запустили программу профилактики профессионального выгорания специалистов в сфере охраны психического здоровья, первым меро-



Н.В.Треушникова, президент Союза охраны психического здоровья

приятием этой программы станет благотворительный показ фильма-открытия Московского международного кинофестиваля 2016 г. «Ке-Ды» Сергея Соловьева. В этом году мы примем участие в школе молодых психиатров в Суздаль. Написаны программы профилактики деменции, профилактики психического здоровья подростков, они находятся на стадии практического запуска. В стадии разработки находятся образовательные программы в сфере арт-терапии, музыкальной терапии, волонтерского движения. Мы продолжаем сотрудничество с крупными институтами психиатрии (Центром Сербского, Научным центром психического здоровья, Институтом Бехтерева). Планируется разработка стратегии сотрудничества с ВОЗ.

#### – Последний вопрос личный, к президенту Союза охраны психического здоровья Наталье Валерьевне Треушниковой: как Вам удалось за полтора месяца до начала конгресса родить четвертого ребенка, быстро войти в форму, так прекрасно выглядеть и быть столь же активной, как всегда?

– Конечно, меня очень поддерживает моя семья: муж и старшие дети. Как это ни удивительно, но с четырьмя детьми мне намного легче, чем с одним или двумя. Мы стали настоящей командой, более чуткими друг к другу, более ответственными, более нежными с появлением малышки. Но на окружающих впечатление производим, особенно в общественных местах. Для меня гармония – это сочетание профессиональной активности с полноценной насыщенной жизнью в семье. ■



# Детский аутизм и смысловая наполненность термина «расстройства аутистического спектра»

Б.В.Воронков<sup>1</sup>, Л.П.Рубина<sup>2</sup>,  
И.В.Макаров<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России;

<sup>2</sup>СПб ГКУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С.С.Мнухина»;

<sup>3</sup>ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева»;

<sup>4</sup>ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова» Минздрава России

## Введение

В последние годы в специальной литературе, материалах конференций и съездов, на высоких совещаниях звучит тревога, переходящая в панику, в связи с буквально захлестнувшим научное сообщество и околонуучные круги (вплоть до медийных) наступлением детского аутизма (ДА), носящего почти всепоглощающий характер, и т.д. Такое состояние дел привело даже к тому, что некоторые губернаторы регионов России обсуждают с представителями комитетов по здравоохранению возможность введения должности главного специалиста по ДА, создаются центры помощи именно пациентам-аутистам, а поскольку «проблема серьезна», то под это запрашиваются разнообразные гранты. Думается, что в мультидисциплинарной помощи нуждаются больные не только с ранним ДА (РДА), но и с любой другой патологией (умственной отсталостью, девиациями поведения, задержками психического развития и др.). Ведь ситуация с психолого-педагогическим и медико-социальным сопровождением психически больного ребенка примерно одинакова для всех пациентов, а ДА не является чем-то исключительным и имеющим пальму первенства перед иными психическими заболеваниями.

Несомненным является и то, что в последние годы появился, видимо, чрезвычайно модный диагноз «расстройства аутистического спектра» (РАС), все чаще заменяющий и подменяющий диагнозы синдрома Каннера, синдрома Аспергера, органического аутизма. Интересно, что диагноз РАС часто и весьма активно стали выставлять не психиатры, а врачи других специальностей (неврологи, педиатры), а также неврологи (психологи, логопеды-дефектологи и некоторые другие). В нашей практике появились случаи, когда о диагнозе РАС родителям говорят

учителя, социальные работники, воспитатели детских садов. При этом уровень психиатрической квалификации данных «специалистов», мягко говоря, вызывает серьезные сомнения, к стати, и законность выставления психиатрического диагноза непсихиатрами заставляет задуматься о возможных юридических последствиях для таких «специалистов», хотя бы, например, за правомочность выставления психиатрических диагнозов, нанесение морального ущерба родителям, узнающим о РАС (читай – аутизме) у их ребенка.

## Обсуждение

В соответствии с гипотезой, что аутизм Каннера – результат асинхронии развития функций, т.е. он является вариантом эволютивно-го дизонтогенеза шизофренического спектра, синдрому Каннера отводится промежуточное место «в континууме» патологии личностного развития от конституциональных шизофренических, шизоидных к промежуточным – типа синдрома РДА Каннера, и от последних к постприступным (процессуальным шизофреническим) типам личностного поражения. Следует отметить, что подобная гипотеза нарушения развития при синдроме Каннера далеко не бесспорна. Отсутствие воображения, взаимности в общении, способности понимать смыслы и значения, буквальность восприятия и т.д. вполне могут быть не следствием недоразвития, а такой же генетически обусловленной данностью, как, например, длительность инкубационного периода и характер сыпи, заложенные в программе корового вируса.

Понятия континуума и тем более шизофренического спектра по смыслу должны включать родственные структуры, в то время как конституционально аномальные личности и постпроцессуальный дефект личности – качественно разные образования. Необходимость в ряде случаев дифференциальной диагностики между ними не доказывает, что это явления родственного порядка. И чем вообще должна определяться «родственность»? Родственность не означает даже близости, и мы неплохо это знаем по семейным отношениям. Шизоидные личности нередко выявляются в семьях больных шизофренией, но это обстоятельство несколько не влияет на вероятность для них заболеть психозом. Скорее это говорит о генетических различиях между ними. О родстве патогенетических механизмов говорить еще труднее,

да и знаем мы о них недостаточно. Опора на клиническую картину еще менее надежна, так как диагностические сложности чаще говорят не о сходстве симптоматики, а о разности ее трактовке психиатрами различных школ. Понятие «спектр» подразумевает круг близких явлений, или плавно переходящих одно в другое (например, цветовой спектр), или имеющих как минимум в проявлениях своих неоспоримо родственную клиническую общность. Использование этого термина для обозначения «родственных» клинических структур, к которым причислены шизоидные личности, шизофренические расстройства, шизофренический психоз, возможно, было бы оправданным, если бы критерии «родственности» были более явными, прослеживались бы тенденции к взаимной трансформации этих состояний и в обязательном порядке объединяющий их клинический признак. Всего этого мы не наблюдаем. Тем более сомнительной представляется правомочность отнесения к болезням так называемого шизофренического спектра синдрома Каннера, не имеющего с шизофренией ни генетической связи, ни общих механизмов симптомообразования, ни свойственной шизофрениции прогрессивности, ни сходства самого феномена аутизма. Следует сказать, что в состав РДА включены синдромы, имеющие различные патогенетические механизмы и клинические особенности, объединенные качественно разными нарушениями в сфере общения.

Свою лепту в сегодняшнюю ситуацию всплеска диагностики ДА внесли работы Л.Уинг, которая еще в 1980-е годы посчитала синдромы Каннера и Аспергера и другие состояния неконтактности явлениями однородными (!?), различающимися степенью тяжести, и выдвинула представление об АС расстройств. Однако именно расстройства общения послужили и до сих пор служат основанием для включения в АС заболеваний, сопровождающихся нарушением общения, социального взаимодействия, социального понимания и воображения, причем три последние признака в повседневной диагностической практике постепенно стали не более чем фигурой речи. Оперевшись на однородность аутистических расстройств, различающихся степенью тяжести, разным уровнем развития, возрастной изменчивостью и сильными индивидуальными различиями и, соответственно, различными возможностями социального взаимодействия, Л.Уинг включила в «спектр»

родственных нарушений, страдающих дефектом коммуникативных навыков, ряд заболеваний, по своим генетическим, клиническим и прочим особенностям, имеющих, по нашему мнению, между собою явно недостаточно общего, тем более однородного, чтобы соседствовать в границах единого спектра. Л.Уинг заслужила право на свою систему взглядов. К стати, как и любой специалист, занимающийся этими, да и любыми другими проблемами.

Нам, в свою очередь, хотелось бы высказать некоторые собственные соображения относительно основополагающих характеристик отдельных заболеваний, объединяющих их в так называемый АС.

В этой связи хотелось бы получить ответ на вопрос: что общего или хотя бы однородного в клинической картине, а также причинах и самом качестве неконтактности у постоянных представителей так называемого АС – ребят с синдромом Аспергера и, например, болезнью Каннера, у которого вообще отсутствуют какие-либо социальные представления и который, не присутствуя в нашем смысловом поле, «плохо осознает существование других людей и их чувств»? «Психопат» Аспергера не способен к метакоммуникационному общению, естественной импровизации, из-за чего к постоянно меняющемуся миру приспособиться не может и реально помочь ему не могут ни формально высокий интеллект, ни социальный опыт, ни психотерапия, хоть всю жизнь с ним ею занимайся, и главное – не хватает ему интуиции, благодаря которой мы чувствуем партнера по общению и саму ситуацию. И научить этому невозможно. И мы понимаем это не как своеобразное развитие, а как биологический дефект. Именно отсюда проистекают неразрешимые проблемы для его социальной интеграции. К сожалению, внедрение понятия «спектр», не прояснив сути сложнейших расстройств – социальной слепоты, отсутствия воображения, буквального восприятия и т.п., повлекло за собой их упрощенное понимание, как правило, игнорирующее попытки их клинической расшифровки, а применение в качестве критерия диагностики банального нарушения общения открыло ворота для наполнения спектра патологией, абсолютно несхожей между собой по происхождению, механизмам и клинической картине.

Поскольку РАС оказались объединенными формальным признаком житейски понимаемого

Окончание на стр. 26

нарушенного общения, неудивительно, что соседями по спектру наряду с синдромами Каннера и Аспергера оказались и синдром Ретта и деменция Геллера. Вопрос в том, насколько корректно вычленять в руинирующих катастрофах, развале психики и речи в качестве их сути всего лишь утрату коммуникативных навыков, отнести последние к аутистическим расстройствам и на этом основании пополнять ими так называемый АС.

К давно известной деменции Геллера и описанному в 1966 г. синдрому Ретта, получивших название поздно начавшегося или вторичного аутизма, спешно присоединяются другие заболевания, обусловленные наследственной или хромосомной патологией (болезнь Дауна, синдром Ангельмана, синдром ломкой X-хромосомы – синдром Мартина–Белл, фенилкетонурия и др.), а также обменными и органическими заболеваниями мозга, в частности, синдромом дефицита внимания и гиперактивности и туберозным склерозом. К чему эта спешка? Нам кажется, что в ее основе стремление не выпасть из модного тренда, а не из рамок научной истины. А ведь многие десятилетия как-то жила вся эта патология сама по себе, не числясь спектральными расстройствами. На пути постижения тайн психики и ее расстройств стоят выстроенные природой гигантские преграды. При отсутствии реальных прорывов в постижении сути психических расстройств (в том числе аутизма) безудержное размножение новых, клинически не очерчен-

ных, «спектральных» его разновидностей, по существу, не более чем проявление квазинаучной активности, ведущей к созданию не имеющей клинического содержания фантомной психиатрии или психиатрии для бедных, для которых главным, а может быть, единственным профессиональным руководством является очередное издание Международной классификации болезней (МКБ).

Литература демонстрирует прямо-таки лихорадочный поиск аутистичности при разной патологии, а сотни статей, употребляющих словосочетание АС, вероятно, дарят их авторам сознание пребывания на гребне современной науки. Хотелось бы, пусть в нескольких словах, услышать, каким образом слово «спектр» помогает приверженцам его употребления лучше понимать понятия, которые они включают в круг этого самого спектра, ставшего котлом, включающим генетически и клинически разнородные психические расстройства, объединенные всего лишь формальным признаком нарушенного социального взаимодействия. Границы спектра стали практически неразличимыми. АС, объединивший принципиально разнородную патологию на базе весьма поверхностного, исключительно формального, скорее словарного, чем сущностного сходства, был обречен стать аморфной, не имеющей клинического суверенитета, а следовательно, склонной к неограниченному разбуханию конструкции. Поветрие рассматривать все психические болезни как проявление какого-нибудь спектра (шизофрениче-

ского, аутистического и т.п.), бездумное, эхололическое повторение слова «спектр» в разных контекстах и сочетаниях авторы статьи считают явлением временным, вероятно, связанным с недоступностью проникновения в тайны «вещи в себе», хотя и очень модным (пока).

### Заключение

Всеобъемлющая и, на наш взгляд, наукообразная, а не научная, расширительная трактовка истинного ДА связана с двумя основными факторами:

1. Выставление этого диагноза врачами, не имеющими психиатрического образования и не выбравшими для себя психиатрию делом жизни (вариант с людьми без медицинского образования, но охотно находящими аутизм у окружающих, здесь не обсуждаем). В этом случае относительно поверхностные психиатрические знания приводят к тому, что при выставлении диагноза РДА (особенно РАС) вырываются из общего контекста отдельные симптомы (стереотипии, отсутствие речи, отказ от взгляда в глаза и др.), которые приписываются лишь одному ДА, хотя даже по международным классификациям (МКБ или Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) для установления этого диагноза нужен определенный набор устойчивых симптомов.

2. Выставление этого диагноза врачами-психиатрами (частью из них) с весьма расширительной трактовкой теперь уже не РДА, а РАС. Этому способствуют появившиеся шкалы клинической оцен-

ки аутизма у детей, механическое заполнение которых часто «выявляет» ДА и при умственной отсталости, и при шизоидной психопатии, и при сенсомоторной алалии, и при ряде других заболеваний. Наверное, здесь можно только дискутировать о качестве психиатрического образования и необходимости приоритета клинической феноменологии (диагностики) над вторичными методами и методиками обследования больного.

Употребление термина «спектр» ни на йоту не приближает к пониманию сути страдания ни в психиатрии, ни в соматических дисциплинах. Если в психиатрии в спектры стремятся объединить иногда похожие по звучанию, или, опираясь на крайне ненадежные в диагностике проявления (например, дисгармонию в общении), принципиально разнородные вещи, то врачи-интернисты с тем же правом в единый спектр могут включать все заболевания, объединенные болевыми ощущениями (от механических травм до воспалительных и онкологических и других процессов). С не меньшим правом на основе отказа функции в спектр может объединиться все перечисленное нами вместе с последствиями нарушений мозгового кровообращения, в частности, равно как и с признаками уявления организма вообще. Продолжать можно до бесконечности. В конце концов, вся медицинская наука есть не что иное, как спектр болезней, быстро или постепенно сводящих человека в могилу. Порочность подобной логики дополнительных доказательств, на наш взгляд, не требует. ■

СМУ РОП

## Отечество нам – Суздаля чело



Е.М.Чумаков, к.м.н., врач-психиатр СПб ГБУЗ «Городской психоневрологический диспансер №7 (со стационаром)»

Уже в тринадцатый раз на суздальской земле собрались молодые психиатры со всей России. Первый раз я посетил Суздальскую школу, когда был еще ординатором. Тогда я был поражен потрясающим соотношением высочайшего уровня представленного учебного и научного материала и той уникальной доверительной атмосферой, возникающей между школьниками и профессорами, лекторами, готовыми к дискуссии не только на самих симпозиумах, но и в кулуарах. После этой первой поездки моя жизнь приобрела цикличность длиной в 2 года – от Школы до Школы.

Суздальская школа – уникальная образовательная конференция, не имеющая по масштабам аналогов. Это большой организм, идущий в ногу со временем и развивающийся семимильными шагами. Высокое качество образова-

тельной программы в очередной раз было подтверждено поддержкой таких авторитетных организаций, как Российское общество психиатров (РОП) и Всемирная психиатрическая ассоциация (ВПА). Важным свидетельством того, что организаторы ориентируются на самые современные и актуальные повестки дня, является тот факт, что школа была аккредитована в системе непрерывного медицинского образования, а ее участники смогли получить до 26 учебных кредитов, поддержанных РОП. В этом году посещаемость конференции побила все рекорды (более 400 зарегистрированных участников), особенно приятно активное участие как в научной, так и культурной программе наших коллег из Беларуси и Молдовы. Огромную помощь в организации Школы оказали администрация Владимир-

ской области, главный врач местной психиатрической больницы А.В.Берсенева и его коллеги.

Отличительным признаком всех Суздальских школ и этой Школы в особенности является уникальная дружественная атмосфера, в которую погружается каждый участник вне зависимости от того, приехал ли он в составе делегации или самостоятельно. Знакомства начинаются еще на пути в Суздаль, в специально организованных трансферах, а продолжают во время научных дискуссий и совместного досуга в вечернее (ночное) время. Поездка в Суздаль – это возможность за короткий срок поделить свой опыт работы с коллегами из разных регионов, обсудить общие проблемы и попытаться выработать стратегии по их решению, в том числе переняв уже имеющийся опыт.

В этом году научная программа началась с симпозиума, посвященного психическому здоровью женщин. Эта инициатива стала первой в череде нововведений, направленных на расширение научного спектра тем, затрагиваемых конференцией. Уверен, всем участникам Школы запомнились блестящие лекции по клинической генетике в психиатрии председателя секции генетики ВПА профессора Т.Шульце (Германия). Впервые в программе Школы было уделено внимание одному из приоритетных направлений развития не только психиатрии, но и медицины в целом – персонализированному оказанию медицинской помощи. Как обычно, активное участие в клиническом разборе трудного пациента приняли как молодые врачи, так и опытные специалисты. Особый интерес и эмоциональный отклик вызвали мероприятия, подготовленные совместно с Союзом охраны психического здоровья – одним из главных спонсоров Школы, направленные на освещение вопросов, связанных с реабилитацией психически больных, добровольческим движением в психиатрии. Президент Союза Н.В.Треушников тепло приветствовала участников Школы на ее торжественном открытии. Наш гость из Беларуси профессор М.А.Ассанович прочел 2 интересные лекции по проблемам психометрики. Большое практическое значение имели впервые организованный круглый стол по вопросам коммерческой психиатрии, лекция и семинар по проблемам доказательной медицины в психиатрии и наркологии. Также впервые на Школе обсуждались проблемы транскультуральной психиатрии. Стоит отметить, что в подготовке семинаров, круглых столов и симпозиумов активно принимали участие выпускники Школы прошлых лет – не только всеми уважаемые профессора, принимавшие участие в первых Школах еще как слушатели, но и молодые специалисты, еще недавно выступавшие с докладами в рамках конкурсной программы молодых ученых (о ней я более подробно расскажу далее). Также в 2017 г. были впервые опробованы новые форматы обучающего процесса, в том числе показы специально переведенных к Школе записей лекций ведущих исследователей в своей области знаний – в частности, профессора Ч.Немерова (США).

Список лекторов XIII Суздальской школы не может не впечатлять: академики А.С.Тиганов и А.Б.Смулевич, профессора П.В.Морозов (ректор Школы), Н.Н.Петрова (председатель комиссии РОП по работе с молодыми учеными), С.Н.Мосолов, А.Е.Бобров, Л.Н.Горобец (председатель конкурсной комиссии), А.Б.Шмуклер, В.В.Калинин, Е.М.Крупницкий, В.Д.Менделевич,

О.С.Зайцев, Г.П.Костюк, А.Ю.Егоров, В.А.Вербенко, В.И.Бородин; Е.В.Корень, Т.А.Куприянова (председатель оргкомитета), Т.В.Гурьянова, Е.Г. Костюкова, В.Э.Медведев, А.В.Павличенко, Е.С.Телешова, Е.В.Пономарева и многие другие.

Одним из ключевых и значимых событий Суздальской школы является конкурс научных работ молодых ученых. Данный проект уже зарекомендовал себя как отличная площадка для апробации результатов своей научной деятельности и совершенствования качества публичных выступлений. Неоспоримой является ди-

Д.В.Трошина, «Психические (личностные и нозогенные) расстройства в кардиологии» (Москва).

В рамках Школы также проводилась сессия электронных постеров. К сожалению, в этом году в данной сессии приняло участие не столь много молодых ученых, но организаторы Школы надеются, что этот формат будет развиваться, как и на всех современных международных конгрессах.

Победителем постерной сессии стал К.С.Васин (Москва).

Всем победителям конкурса (а всего ими стали более 30 моло-

ганизованные газетой «Дневник психиатра». В этом году участники Школы имели возможность задать любые вопросы П.В.Морозову и Т.Шульце. А завершались вечера обычно в кулуарах турцентра, гостеприимно принимающего Школу, где «школьники» продолжали общение, укрепляли знакомства и очень много пели – спасибо нашим творческим активистам, приехавшим на Школу с гитарами!

Завершилась Школа традиционным гала-ужином, на котором прозвучало много теплых слов как в адрес уважаемых лекто-



«В очах души моей...»

намика по ежегодному повышению уровня не только представляемых научных данных, но и самих докладов (подача информации, оформление презентаций, ответы на вопросы). Всего на конкурс было представлено 155 работ, на предварительном заочном этапе определены 25 победителей – все они получили грант на поездку в Суздаль. В 3 турах очного соревнования уже в Суздале были определены 6 победителей, выступивших на пленарном заседании. Хочется перечислить победителей XIII Всероссийской Школы молодых психиатров «Суздаль-2017»:

**1-е место** – Е.А.Кузнецова, «Клинико-психологические особенности эмоционального состояния и когнитивного функционирования подростков с СВД» (Санкт-Петербург);

**2-е место** – В.В.Дукорский, «Структурированная оценка риска повторных общественно опасных деяний насильственного характера у мужчин, страдающих параноидной формой шизофрении» (Минск);

**3-е место** – А.С.Бойко, «Потенциальные периферические биомаркеры шизофрении» (Томск);

А.В.Лукашук, «Аутоагрессивный профиль родителей девушек подросткового возраста, совершивших суицидальную попытку» (Рязань);

**4-е место** – М.А.Гусева, «Возможности диагностики шизофрении с применением видеоокулографии (eye-tracking)» (Саратов);

дых психиатров) были вручены книги с автографами наших маститых ученых, подборка печатных журналов старейшего медицинского издательства «Каргер», публиковавшего еще в XIX в. труды Зигмунда Фрейда, 2-месячный доступ ко всем электронным источникам издательства по психиатрии за 2016–2017 гг., а также книги и руководства по данной тематике, выпущенным за последние 10 лет.

Однако Суздальская школа славится не только научной программой, но и культурной. Доброй традицией является проведение вечеров КВН, в котором в этом году приняли участие целых 5 команд: сборные Казани и Санкт-Петербурга, 2 команды из Москвы и впервые иностранная (!) команда из Минска. Хочется отметить не только высокий уровень шуток, но и основательную подготовку команд, использовавших современные технические возможности для повышения качества своих выступлений (заранее снятые видеоролики и оригинальное звуковое оформление). Неоспоримым лидером, по мнению компетентного жюри, стала команда Казани. Отдельным максимальным баллом была оценена работа Ю.Ю.Осадшего (руководителя секции по организации научно-практических мероприятий Совета молодых ученых РОП), курировавшего весь процесс подготовки команд. Другим вариантом научно-культурного отдыха были уже ставшие легендарными «встречи у камина», ор-

ров, так и организационного комитета, блестяще справившегося с подготовкой и проведением столь непростого мероприятия, а также в провайдер Школы – агентства «Кофактор». Многие участники Школы облачились в фирменные майки с логотипами РОП и ВПА, а также со специально созданной эмблемой знаменитой цитатой из «Гамлета». А последующие, не побоюсь этого слова, безудержные танцы, объединившие профессоров и слушателей, в очередной раз подтвердили, что Школа – это уникальное в своем роде место, стирающее границы между статусами, возрастными и научными званиями и демонстрирующее все положительные черты лица отечественной психиатрии. Через Школу суздальских встреч прошло не одно поколение наших психиатров, и хотя выпускников первой Школы присутствовало не более 5, по признанию П.В.Морозова, перефразировавшего на церемонии закрытия А.С.Пушкина, «...нам целый мир – чужбина, отечество нам – Суздаль чело».

Подытоживая, хочу сказать, что на XIII Всероссийской Школе молодых психиатров я получил сильнейший заряд энергии (как профессиональной, так и эмоциональной), который предстоит реализовать в надежде и ожидании продолжения, которое состоится через ближайшие 2 года и ознаменует 40-летие Суздальских школ – важнейшего события в истории отечественной психиатрии. ■

# Совет молодых ученых Российского общества психиатров принял участие в симпозиуме по обмену опытом в Университете Осло

9–10 марта 2017 г. при помощи вице-президента Российского общества психиатров (РОП) профессора П.В.Морозова в клинике Университета Осло (Норвегия) прошел двухдневный семинар на тему «**Психотические состояния в России и в Норвегии**», организованный Советом молодых ученых РОП – СМУ РОП (руководитель секции – проф. Н.Н.Петрова) и Исследовательской группой по изучению стресса, вынужденной миграции и психического здоровья при Университете Осло.

В приветственном слове председатель СМУ РОП Илья Федотов (Рязань) представил основные направления деятельности СМУ РОП, обозначил возможности для дальнейшего научного и образовательного сотрудничества. По тематике конференции было представлено 4 доклада российских психиатров и 2 доклада их коллег из Норвегии.

• Доклад **Алексея Павличенко** (Москва) «Концепция единого психоза: назад в будущее» был посвящен истории развития данной концепции, начиная от Zeller и Griesinger и заканчивая идеями известных современных психиатров (Van Os, Sartorius). Также были представлены аргументы сторонников переименования шизофрении, связанные в первую очередь со снижением уровня стигмы, ассоциируемой с данным заболеванием. Были приведены данные опроса молодых российских психиатров, согласно которому 96,3% респондентов отметили, что термин «шизофрения» ассоциируется со стигмой, а 33,3% заявили, что он не является подходящим словом для описания данного расстройства. Кроме того, было показано, что модель «единого психотического спектра» больше согласуется с современным уровнем знаний как в области нейронаук, так и клинической психиатрии, чем выделение отдельных психотических нозологий.

• **Наталья Захарова** (Москва) представила результаты клинического исследования резидуальных кататонических расстройств на отдаленных этапах шизофрении. У больных двух групп (в состоянии ремиссии длительностью более 5 лет и с явлениями глубоких негативных изменений личности), перенесших 1–6 психотических кататонических приступов на поздней стадии заболевания, отмечались субкататонические симптомы, которые тесно интегрированы в структуру нега-

тивных расстройств при отсутствии позитивной симптоматики. В пользу такого заключения свидетельствуют данные натуралистического анализа психофармакотерапии, назначаемой в субтерапевтических дозировках, и отсутствие нейрорепитических расстройств. Биологическим субстратом таких проявлений являются, вероятно, глутамат- и ГАМКергические пути эпипатогенеза кататонических расстройств, что требует дальнейших исследований.

• В докладе **Марии Парпары** (Москва) «Клинические проявления, личностные и когнитивные нарушения при соматоформных расстройствах» было показано, что пациенты с соматоформной симптоматикой характеризовались тревожно-субдепрессивным аффектом, алекситимией, соматосенсорной амплификацией, диссоциацией, а также нарушениями в когнитивной сфере (снижение баллов по шкалам «Память», «Вербальная беглость», «Зрительно-пространственный праксис»). Доклад завершился рекомендацией, что применение объективированных психодиагностических методов может повысить надежность клинической квалификации соматоформных расстройств.

• Выступление **Егора Чумакова** (Санкт-Петербург) «Рискованное поведение у ВИЧ-инфицированных больных шизофренией» было посвящено роли психопатологической симптоматики у больных шизофренией в так называемом рискованном поведении и заражении ВИЧ-инфекцией. Был представлен анализ патологических симптомов как в структуре обострений психического расстройства, так и на доманифестном этапе. Данный доклад вызвал большой интерес у аудитории в связи с наличием организационных различий в подходах к оказанию помощи психически больным с социально значимыми инфекциями в России и Норвегии.

• В докладе доктора **Kristin Lie Romm** (Осло) «Как вовлеченность может помочь улучшить и преобразовать службу лицам с первым психотическим эпизодом» был показан многолетний успешный опыт помощи больным с психотическими состояниями в психиатрической службе Норвегии. Акцент был сделан на социальной рекламе и большой приближенности психиатрической помощи, а также на значительной роли психосоци-

ального звена в комплексном обслуживании данной когорты пациентов.

• В докладе **Astrid Berge Norheim** из больницы Diakonhjemmet (Осло) «Отношение к суици-

временную систему безопасности и комфорта лечебных отделений.

Неофициальная часть визита также была достаточно насыщенной. Норвегия, как и многие дру-



Передний ряд слева направо: Илья Федотов (Рязань), Мария Парпара (Москва), Наталья Захарова (Москва), Marit Bjartvelt (Осло), Ann Færden (Осло). Задний ряд слева направо: Алексей Павличенко (Москва), Егор Чумаков (Санкт-Петербург), Kristin Lie Romm (Осло), Astrid Berge Norheim (Осло)

дальному поведению среди профессионалов в Ставрополе и в Осло» были приведены данные опроса 119 специалистов (врачей, психологов, медсестер), работающих в амбулаторной психолого-психиатрической службе Ставрополя, и 229 их коллег из Осло. Было показано, что, несмотря на позитивное отношение специалистов обеих стран к улучшению помощи суицидальным пациентам, различия между городами оказались достаточно существенными. Потребность в получении дополнительных знаний в сфере суицидологии высказали обе группы респондентов, но система образования в этой области различалась. В обоих городах в качестве основной причины суицидов рассматриваются психические расстройства, а психотерапия являлась основной стратегией лечения при суицидальном поведении.

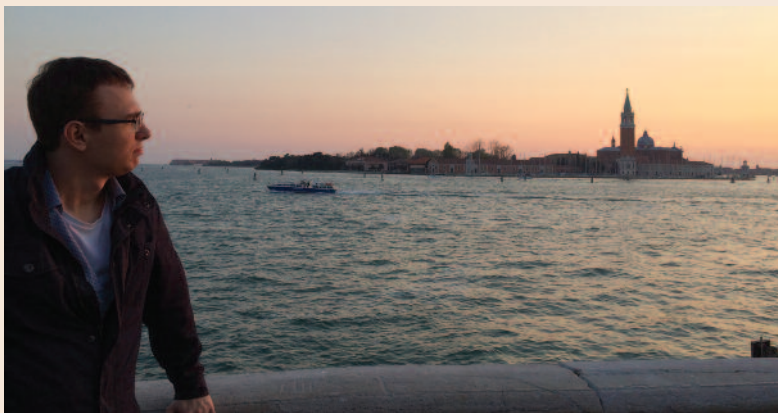
Также для гостей из России были организованы экскурсии в две психиатрические клиники – амбулаторный центр Осло и загородную больницу Sondre Oslo DPS. Мы обратили внимание на преобладание психотерапевтических и реабилитационных мероприятий при ведении психотических пациентов над психофармакологическими, продуманную со-

гие европейские страны, в силу небольшой территории позволяет подробно ознакомиться с культурой и бытом, все памятники оказываются рядом, буквально в шаговой доступности. Вечером после плотного графика работы на симпозиуме участники успели посетить знаменитую городскую Ратушу, в зале которой проходит вручение Нобелевской премии мира, Музей Эдварда Мунка, где попытались проследить динамику психического состояния творца по характеру изменения атмосферы его полотен, потом осмотрели здание Оперы и древний замок на берегу Осло-фьорда, совершили морскую прогулку. Особое впечатление произвело радушие и гостеприимство встречающей стороны – доктор Ann Færden не только отлично организовала основную часть визита, но и досуг с осмотром всех достопримечательностей и подробным рассказом о повседневной жизни норвежцев.

По итогам встречи были достигнуты договоренности о сотрудничестве в научной сфере (обсуждаются детали возможного совместного проекта по исследованию психозов) и образованию. ■

*Наталья Захарова, Илья Федотов, Алексей Павличенко.*

# Школа по вопросам нейропсихофармакологии в детской и подростковой психиатрии



А.В.Абрамов, кафедра психиатрии лечебного факультета РНИМУ им. Н.И.Пирогова

В апреле 2017 г. в Венеции, на острове Сан-Серволо, прошла ежегодная школа нейропсихофармакологии в детской и подростковой психиатрии, организуемая Европейским колледжем нейропсихофармакологии (European College of Neuropsychopharmacology). Данная организация видит своей задачей интеграцию нейробиологии, физиологии, нейрохимии и иных дисциплин в психиатрию с целью улучшения качества оказываемой медикаментозной помощи. В этом году школа собрала 50 участников из 25 стран Европы. В течение 5 дней интенсивного курса обучения ведущими специалистами в своих областях было прочитано 20 лекций, освещающих разные аспекты психи-

атрии детского и подросткового возраста, а ученики школы имели возможность представить для клинического разбора и обсуждения случаи из своей практики. Разбираемые в рамках лекционной части темы касались различных нозологических дефиниций и проблем. Наибольший отклик во мне вызвало живое обсуждение эффективности и безопасности метилфенидата при лечении синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей и подростков. Следует отметить, что положительные характеристики звучали не только от титулованных преподавателей, но и от практикующих врачей из разных уголков Европы.

Примечательно, что практически все лекции включали в себя мощ-

ную базу доказательной медицины, результаты метаанализов, рандомизированных плацебо-контролируемых исследований и пр. Обсуждались лечение тревожных и депрессивных расстройств, результаты исследований, показывающих, что зачастую селективные ингибиторы обратного захвата серотонина не столь эффективны в лечении депрессии, как в лечении тревоги, в то же время антипсихотики показывают высокую эффективность в лечении эндогенных депрессий. На первое место в профилактике суицидального поведения при депрессии вышли препараты лития. Большой интерес вызвала лекция о поиске взаимосвязи между первым психотическим эпизодом в структуре шизофрении и употреблением канабиоидов. Отдельное внимание в лекциях уделялось выявленному патофизиологическому механизму формирования психических расстройств, с демонстрациями патокинеза в конкретных зонах головного мозга.

Среди обозначенных проблем современной психиатрии и нейробиологии часто звучала проблема отсутствия общего языка, затрудняющая взаимную интеграцию. В качестве очередного шага к сближению дисциплин предлагалось использование бесплатного приложения для мобильного телефона Natural Based Science Nomenclature (NbN), где в основу классификации психотропных препаратов заложены достижения нейронауки, также был анонсирован за-

пуск  $\beta$ -версии приложения для детских психиатров. Имели место и острые дебаты между президентом организации профессором Celso Arango и его советником, профессором Gil Zalsman, о будущем проекта RDoC (Research Domain Criteria) – исследовательской концепции, интегрирующей в себе разнообразные информационные уровни (от геномного до субъективного) с целью улучшения понимания базовых дименсий, лежащих в основе всего спектра человеческого поведения (от нормы до патологии). Отдельным ярким впечатлением осталась в памяти лекция Antonio Persico (Italy) о психофармакотерапии расстройства аутистического спектра, в которой рассказывалось об основанной на результатах генетических исследований медикаментозной терапии 30-летней пациентки с данным заболеванием. В результате она впервые за 20 лет смогла выйти из дома и начать АВА-терапию.

И, конечно, нельзя оставить без внимания дружелюбную, позитивную атмосферу, пронизывающую школу от начала и до конца. На этом острове все были воодушевлены одним делом – получать знания и делиться опытом с коллегами. Организаторы старались создать максимально комфортные условия для участников школы и просили распространять информацию и делиться материалами, полученными в рамках школы, с коллегами. ■

## Лекция

# Любовная аддикция: клинические варианты, социальное значение и вопросы профилактики (версия для газеты)



С.И.Ворошилин  
ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

В настоящее время для расстройства (или расстройств) любовного влечения не установлено единого определения и наименования. Наиболее распространенное наименование этого расстройства – **любовная аддикция** (англ. *love addiction*). Но собственно аддикция составляет лишь часть расстройств инстинкта любви.

По российскому Уложению о наказаниях уголовных и исправительных 1845 г. за прелюбодеяние наказывалось не только лицо, состоящее в браке, но и лицо, «с коим учинено прелюбодеяние», независимо от его семейного положения. В качестве наказания предусматривалось заключение в тюрьму на срок до 8 мес или в монастырь (бессрочно) с обязатель-

ным церковным покаянием. Эта уголовная ответственность за супружескую измену в России была отменена лишь в 1917 г.

В отдельных странах уголовная ответственность за супружескую неверность просуществовала до второй половины XX в. и была отменена сравнительно недавно, как, например, в Японии. В 1964 г. Международный конгресс в Гааге принял резолюцию: «Супружеская измена не может рассматриваться как уголовное преступление и в силу этого не подлежит судебному наказанию». В Италии, Франции отменили уголовную ответственность только в 1975 г. А до этого, например, Софи Лорен пришлось уехать из Италии по причине внебрачной связи с Карло Понти. В Турции уголовную от-

ветственность отменили в 1996 г. В Швейцарии по сей день могут запретить после развода вступать в новый брак в течение 3 лет. В Бразилии отменили наказание в 2005 г., а в Мексике – в 2011 г.

В законах многих штатов США можно найти статьи, в которых за супружескую измену и в настоящее время предусмотрены довольно суровые наказания. Так, например, в штате Пенсильвания супружеская измена карается двухгодичным тюремным заключением, а в штате Мичиган за это вообще можно получить пожизненное заключение. В штате Нью-Йорк за адюльтер предусмотрено наказание в виде заключения сроком до 3 мес или

Продолжение на стр. 30

штрафа до 500 долларов. В целом в 10 штатах (в том числе Висконсин, Миннесота, Флорида, Невада и др.) за адюльтер предусмотрено тюремное заключение.

Иудейская Тора (Ветхий Завет) запрещала прелюбодеяние, предусматривая за него смертную казнь для «прелюбодея и прелюбодейки». В христианском Новом Завете Иисус Христос (Евангелие от Матфея 5:28) говорил: «Я говорю вам, что всякий, кто смотрит на женщину с вожделением, уже прелюбодействовал с нею в сердце своем». В отличие от иудаизма и христианства, в исламе любая добровольная половая связь лиц, не состоящих в браке между собой, считается прелюбодеянием. В Иране остается в силе средневековый исламский закон, согласно которому уличенной в неверности жене грозит смерть через забивание камнями. Женщина должна, выходя из дома, надевать бесформенную одежду, скрывающую формы ее тела, и закрывать лицо. Кроме того, женщины подвергаются женскому обрезанию, при котором отрезаются клитор и малые губы, что устраняет приятные ощущения для нее при совершении полового акта. Кроме того, у нее сшиваются большие губы, что также делает невозможным до брака совершать половой акт.

Но в отличие от стран Востока и России, в Западной Европе и в странах Америки в XIX в. на фоне буржуазных либеральных революций и роста антиклерикализма начало расти движение за расширение прав женщин, за уравнивание их в правах с мужчинами. Появление во второй половине XIX в. фотографии, а позднее кино, привело к появлению и распространению эротических фотографий и фильмов. Но наиболее массовое распространение эротических и порнографических материалов стало возможно после того, как населению стали доступны видеofilмы, компьютеры и доступ в сеть Интернет.

В этих условиях почти повсеместно, по крайней мере, в странах Европы и Америки, а частично и в странах Азии, было отменено множество табу, и такие нарушения полового тендерного поведения, как внебрачные связи, перестали рассматриваться как уголовные преступления, а регулирование тендерного поведения стало ограничиваться лишь нормами морали. Более того, в последние десятилетия возникли и крепнут общественные движения, требующие признать некоторые формы аномального сексуального поведения не медицинскими аномалиями, а допустимыми вариантами нормы. Так, во многих западных странах перестали рассматриваться как болезненные расстройства гомосексуализм и транссексуализм, а в странах Скандинавии к числу допустимых были добавлены транзвестизм, фетишизм, садомазохизм.

В настоящее время патологическая любовь рассматривается как вариант аддикции, в рамках расстройств личности, хотя даже единого общепризнанного термина этого расстройства пока не установилось.

Наиболее распространенным в литературе остается термин «**любовная зависимость**» (*love addiction*), под которой понимается поведение человека, которое проявляется зависимостью в переживании любви, воспринимаемой окружающими как чрезмерно интенсивная, ведущая часто к распаду существующей семьи, к неправильному поведению, к межличностным конфликтам и даже к агрессивным и суицидальным действиям. При этом большинство аддиктов не понимают, что они зависимы от любви. Исследователи устанавливают разные границы этого расстройства и выявляют различные варианты его.

Ц.П.Короленко и Н.В.Дмитриева определяют любовную аддикцию как аддикцию отношений с фиксацией на другом человеке.

Они выделяют следующие признаки любовной аддикции:

1. Аддикт непропорционально много времени и внимания уделяет человеку, на которого направлена аддикция. Мысли о «любимом» доминируют в сознании, становятся сверхценной идеей. Процесс носит в себе черты навязчивости, сочетаясь с насильственностью, от чего страдающему чрезвычайно трудно освободиться.
2. Аддикт находится во власти переживания нереальных ожиданий в отношении другого человека, находящегося в системе этих отношений, без критики к своему состоянию.
3. Любовный аддикт забывает себя, перестает заботиться о себе и думать о своих потребностях вне аддиктивных отношений. Это распространяется и на отношение к родным и близким. У аддикта имеются серьезные эмоциональные проблемы, в центре которых страх, который он старается подавить, в том числе страх быть покинутым. Страх часто находится на уровне подсознания.

В русской литературе используется также термин «**любоголизм**» (В.Д.Москаленко, А.Л.Федосова). Под этим термином понимают такую зависимость от любви, при которой зависимому человеку всегда мало того тепла, которое дает партнер.

В работе А.Л.Федосовой любовная аддикция характеризуется следующими признаками:

- 1) сверхценное отношение к «значимому другому» с фиксацией на нем, с чертами непреодолимого насилия;
- 2) нереалистичное, некритическое ожидание, безусловно, положительного отношения «значимого другого» с отказом от возможности оставаться самим собой;
- 3) осознанный страх брошенности, который ослабляет негатив-

- ные чувства к объекту и побуждает идти на любые жертвы ради сохранения взаимоотношений;
- 4) неосознаваемый страх интимности, который тормозит сексуальное влечение в ситуации физической близости;
  - 5) выбор «значимого другого», который не может быть интимным (близким), часто это аддикты избегания.

Распространенным видом любовной аддикции является **неразделенная любовь** (*unrequited love*). Возлюбленная (возлюбленный) может быть или не быть в курсе глубокой и сильной романтической привязанности поклонника (поклонницы). Неспособность безответного «влюбленного» выразить и реализовать свои эмоциональные потребности часто приводит к низкой самооценке, тревоге или колеба-

тому человеку нежеласмое знакомство и/или контакт. Знакомство и общение могут осуществляться по телефону, в письмах, с помощью электронной почты, граффити; контакт происходит при приближении к жертве, во время ее сопровождения и постоянной слежки.

D.Tennov ввела в употребление неологизм «**лимеренция**» (*limerence*), переводимый на русский язык как «влюбленность». Само слово *limerence* является чисто априорным изобретением автора, составленным по соображениям благозвучия, и не восходит ни к какому другому слову. В немецкой же литературе предпочитается традиционный термин **verliebtheit** (влюбленность).

Влюбленность *limerence* – это сильное положительно окрашенное чувство (комплекс чувств), направленное на другого челове-



Ромео и Джульетта. Кадр из фильма 1968 г.

ниям настроения между депрессией и эйфорией. Объектом неразделенной любви часто становится друг (подруга) или знакомый (знакомая), с которым приходится регулярно встречаться в ходе работы или другой деятельности, связанной с людьми. Это создает неловкую ситуацию, в которой «влюбленный» испытывает трудности в выражении своих истинных чувств, страх, что откровенность может проявиться, вызвать смущение или отторжение и положить конец всяким контактам с «возлюбленным». Наблюдения и исследования показывают, что объект безответной любви нередко тоже может испытывать разные негативные эмоции наравне с влюбленным в него, в том числе тревогу, отчаяние и чувство вины.

Другим распространенным видом любовной аддикции является **навязчивая любовь** (*obsessive love*). Это состояние, когда человек чувствует в себе подавляющее навязчивое желание обладать другим человеком, к которому он чувствует сильное влечение с неспособностью принять отказ. У таких навязчивых «влюбленных» могут возникать суицидальные мысли и попытки.

В последнее десятилетие в зарубежной литературе описывается новый вариант любовной аддикции – **сталкерство** (*stalking*). Оно объединяет элементы поведения, включающие повторные и продолжающиеся попытки навязать дру-

ка. Влюбленность сопровождается определенным сужением сознания, ведущим к искаженной оценке объекта влюбленности. Влюбленный игнорирует недостатки любимого человека и не замечает противоречия, возникающие в отношениях с ним, в то время как его положительные качества приобретают для него особую значимость. Несмотря на положительную окраску самого чувства влюбленности, у влюбленного могут возникнуть выраженные отрицательно окрашенные переживания, например, когда объект влюбленности негативно реагирует на действия влюбленного.

Влюбленность является неустойчивым состоянием сознания: она существует как фаза, протекающая в тот или иной, всегда конечный период времени. Она может стихать, заканчиваться и появляться вновь. По окончании влюбленности может переходить в любовь.

В английской литературе используется также термин **infatuation** (*слепое увлечение*), характеризующий состояние, когда влюбленные полностью увлечены безудержной страстью, в основе которой лежит сексуальное (либидинальное) влечение. Как правило, один вдохновлен интенсивной, но кратковременной страстью и восхищением кого-то.

В рамках более общепринятого термина «любовная аддикция» разные авторы выделяют различные типы этого расстройства.

J.Hall выделяет в своей книге «The Love Addict in Love Addiction» 9 типов аддиктов любви:

- 1. Типичный любовный аддикт** (*typical love addict*) является наиболее распространенным типом. Аддикт снова и снова вовлекается в отношения с новой «совершенной» личностью, которые, как он убежден, сделают его жизнь значимой и дадут безусловную любовь.
- 2. Романтический любовный аддикт** (*romantic love addict*) импульсивно перепрыгивает от одних отношений к другим, пытаясь сохранять свои зависимые отношения. Они зависимы от фантазий, создаваемых его воображением, и переполнены нереальными ожиданиями, что однажды он найдет того единственного, с которым они постоянно будут переживать наслаждение, страсть и интенсивные отношения.
- 3. Анорексичный любовный аддикт** (*anorexic love addict*) импульсивно, насильственно принимает решение избегать интимности во избежание предательства или получения сексуального или эмоционального интимного контакта. Его эмоциональное состояние заключается в жестком (ригидном) и навязчивом избегании взаимоотношений.
- 4. Неромантический любовный аддикт** (*non-romantic love addict*) одержим страстью к другому человеку, но не имеющей ничего общего с любовью. Он может стать зависимым от друга, священника, учителя, коллеги, ребенка или знаменитости.
- 5. Любовный аддикт избегающего типа** (*avoidant love addict*) является партнером типичного любовного аддикта, наиболее часто и многократно впадает в отношения с ним. Он становится зависимым от нужности своим партнерам, и его привлекают только те люди, которых он может контролировать.
- 6. Принуждающий (садистический) любовный аддикт** (*abusive love addict*) – это человек, который в своих отношениях с партнером осуществляет эмоциональное, физическое, сексуальное насилие и запугивание.
- 7. Унижаемый (мазохистический) любовный аддикт** (*battered love addict*) – это аддикт, который терпит и остается во взаимоотношениях с принуждающим любовным аддиктом. Унижаемые любовные аддикты – чаще всего женщины, хотя встречаются мужчины-аддикты этого типа.
- 8. Тип сексуального и любовного аддикта** (*sex and love addict*) сходен с типичным любовным аддиктом, но дополнительной чертой являются секс и любовь аддиктивного типа, которая переполнена сексом и сексуальными фантазиями только с одним конкретным человеком. Они не столько любят партнера, сколько любят вступать с ним в половые акты.

**9. Любовный аддикт родительского типа** (*parental love addict*) – это родитель, который любит слишком сильно, но не романтического партнера, а своего собственного ребенка. Любовный аддикт родительского типа становится зависимым от своих детей. Такие родители погружаются в повседневную жизнь своих детей и видят в них продолжение себя. Они испытывают сильную потребность делать все для безопасности детей. Они хотят, чтобы их дети были похожи на них. Они хотят получать от них слишком много информации и манипулировать детьми для усиления самих себя.

Для любовной аддикции, как и для других форм зависимого поведения, характерны следующие клинические проявления:

1. Трудноконтролируемая тяга к повторному совершению поведенческих актов.
2. Сниженная способность контролировать эти действия по ходу эпизода.
3. Отсутствие ясной рационализации мотивов этих действий, причиняющих психологический, социальный и правовой ущерб как самому пациенту, так и его окружению.
4. Поглощенность реализацией аномального влечения.

По данным зарубежных исследователей, переживания «страстной», «роковой» и «неразделенной» любви в той или иной мере знакомы 62–75% взрослых людей. Наиболее выраженные проявления этого расстройства ведут к совершению опасных действий по отношению к членам семьи и связанным с ними окружающим лицам (например, убийства из ревности) или по отношению к самим пациентам, толкая их на самоубийства. Насилие в той или иной форме наблюдается в России в каждой четвертой семье, в 81,6% – со стороны мужей. Основные мотивы насилия: 21% преступлений мотивировались ревностью, 22% – аморальным поведением потерпевшей. Суициды из-за неразделенной любви у подростков до 16 лет составляют практически 1/2 от общего числа самоубийств, а после 25 лет по этой причине кончают с собой гораздо реже. В США 25% случаев самоубийств совершаются супругами, любовниками или соперниками в борьбе за благосклонность одного и того же человека. Среди обращающихся к психотерапевту женщин 1/3 приходят с проблемами, связанными именно с любовной аддикцией.

Распространенность случаев влюбленности велика. По результатам опроса «Сколько раз в жизни вам приходилось влюбляться?», проведенного фондом «Общественное мнение» в 2004 г., были получены следующие результаты: 1 раз – 33%, 2 – 20%, 3 – 13%, 4 – 2%, 5 – 3%, 10 – 3%, много раз – 14%, не влюблялись – 10%, прочие – 2%.

Та любовь, которая воспевается в литературных источниках и яв-

ляется образцом для подражания, является именно любовной зависимостью. Истории Ромео и Джульетты, Петрарки и Лауры, Вертера и Лоты, Хозе и Кармен, Анны Карениной и Вронского и другие прекрасные описания подобных взаимоотношений показывают людям, какой именно должна быть настоящая любовь. Подавляющее большинство песен о любви посвящено именно зависимым отношениям. Людей с детства воспитывают на подобных примерах, формируя стереотип, что настоящая любовь может и должна быть несчастной и полной страданий.

Во всем мире сложилась традиция, имеющая сотни лет, преподавать литературу на основе художественных произведений, в которых воспеваются не нормальная семейная жизнь и нормальная любовь, а патологические варианты этой любви. В школах изучаются произведения, в которых фактически пропагандируются патологические варианты любви и которые способствуют формированию у учащихся неправильных семейных установок, что вносит свой вклад в умножение числа причин происходящего во всем мире кризиса семьи. Результатом усвоения таких неправильных установок являются высказывания молодых людей такого рода в сети Интернет.

Необходимо провести анализ произведений литературы под углом разграничения нормальной и патологической любви, с тем чтобы при изучении произведений учащимися разьяснились бы варианты патологического любовного расстройства, а не продолжалось бездумное восхваление образцов болезненного и опасного для жизни поведения.

Среди факторов, влияющих на формирование такой аддикции, можно выделить социально-психологические (влияние социальных стереотипов и семьи) и индивидуально-психологические характеристики (личностные). В литературе описаны типичные черты любовного аддикта как склонного к депрессии, мазохистичного, нарциссического, неспособного установить здоровые отношения и выдерживать рядом с собой присутствие другого и т.д.

Однако кроме чисто психологических факторов формирования аддикции, несомненно, более существенную роль играют физиологические факторы. Необходимо дальнейшее изучение биохимической природы отклонений этого инстинкта. «Влюбленность» – это результат биохимических процессов в мозге. В ответ на сигналы из гипоталамуса гипофиз высвобождает норадреналин, дофамин, фенилэтиламин (природный амфетамин), эстроген и тестостерон. Выброс указанных медиаторов и гормонов приводит переживанию эйфории при новой любви, а гормоны вазопрессин и окситоцин поддерживают чувство привязанности, как правило, в течение

6–24 мес. В 2012 г. была показана роль окситоцина в поддержании мужской верности. Это позволяет ожидать, что в будущем будут найдены способы терапевтического влияния и на супружескую неверность. В настоящее время основными методами помощи при этом расстройстве являются методы психотерапии.

Нам представляется, что термин «аддикция любви» слишком узко определяет варианты этого расстройства, что можно видеть из ознакомления с разными вариантами рассматриваемого расстройства, например, с представленными в обширной классификации расстройств, предложенной H.Hall. Более точно это расстройство может быть представлено термином «расстройство инстинкта образования семьи» или более коротко – «**любовное расстройство**» (*love disorder*).

Как показывают данные литературы и личный опыт психотерапевтов, данное расстройство может успешно лечиться различными психотерапевтическими методами. Но большей проблемой является обеспечение обращения нуждающихся за такой помощью.

## Выводы

1. Любовная аддикция – разновидность аддитивного поведения с фиксацией на другом человеке, воспринимаемая обычно как страстная любовь, для которой нередко характерны взаимозависимые отношения, возникающие между двумя аддиктами. Любовная аддикция не обеспечивает длительной и надежной семейной жизни, часто приводит к распаду существующей семьи, конфликтам, суицидальному поведению, развитию психосоматических или пограничных психических расстройств.
2. Существуют разные варианты любовной аддикции: аддикции, направленные не на супруга, а на людей, которые не могут стать членом семьи, на собственных детей, варианты, при которых аддикт практически не получает положительных эмоций, варианты, которые препятствуют установлению отношений, характерных для любящих людей. Представляется, что термин «любовная аддикция» слишком узко определяет расстройство, и его следует именовать «любовным расстройством».
3. Ввиду малой известности населению этого расстройства мало кто обращается с ним за психологической или психотерапевтической помощью. В связи с этим важнейшей мерой профилактики этого расстройства является информирование о нем населения и особенно молодежи. Необходимо разъяснение различий между нормальной любовью и любовной зависимостью, в том числе на примерах героев художественной литературы. ■

# Профессору Петру Морозову, представителю ВПА по Восточной Европе



Динеш Бугра, профессор, президент ВПА, от имени Исполкома ВПА

От имени Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА), ее Исполнительного комитета и от себя лично поздравляем профессора Петра Морозова с днем рождения и желаем очень много счастливых дней.

9 декабря 2016 г. отмечается 70 лет со дня рождения профессора Петра Викторовича Морозова, выдающегося русского психиатра, зонального представителя

ВПА по Восточной Европе, вице-президента Российского общества психиатров.

В течение многих лет П.В.Морозов был достойным представителем России в различных международных организациях. В 1979–1986 гг. он являлся старшим медицинским сотрудником Отдела по вопросам психического здоровья Всемирной организации здравоохранения; в 1987–1989 гг. – членом исполнительного комитета Европейского колледжа нейропсихиатрической фармакологии (ЕСНП); в 1989–1995 гг. – членом секции ВПА по классификации и диагностической оценке, а также членом Кураториума психиатров придунайских стран.

С 2006 г. П.В.Морозов является членом Комитета экспертов по проблемам психического здоровья в Комиссии Совета Европы в Страсбурге; в 1990–1997 гг. и с 2009 г. – сопредседателем Франко-русского психиатрического общества; с 2012 г. – послом ЕСНП в России; с 2012 г. – членом совета Европейской психиатрической ассоциации.

С 2011 г. П.В.Морозов как зональный представитель ВПА по

Восточной Европе внес значительный вклад в укрепление профессиональных отношений между специалистами в области психиатрии в странах – бывших республиках СССР, в создание разнообразного и конструктивного взаимодействия, реализовал ряд образовательных и научных проектов.

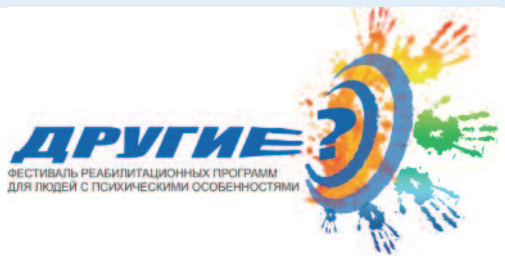
П.В.Морозов известен во всем мире благодаря его успешной издательской деятельности в сфере средств массовой информации. В 1981–1986 гг. он был главным редактором журнала «Биологические подходы к охране психического здоровья» (Pergamon Press, на английском и французском языках); в 1990–1996 гг. – главным редактором франко-русского журнала «Synapse» (NHA Communication); в 1994–1999 гг. – главным редактором российско-голландского «Русского медицинского журнала» (Wolga Publisher). В 1999–2010 гг. П.В.Морозов являлся главным редактором основанного им издательства «МедиаМедика» и с 2011 г. – издателем 10 медицинских журналов (по темам: психиатрия, неврология, педиатрия, пульмонология, хирургия и т.д.). Он помог ВПА

перевести несколько статей с русского на английский язык для более широкого распространения совместной научной информации.

В 1999 г. П.В.Морозов основал журнал «Психиатрия и психофармакотерапия» и стал его главным редактором. В 2012 г. он стал основателем и главным редактором газеты «Дневник психиатра». Сегодня эти издания являются одними из наиболее популярных периодических изданий русской психиатрии.

Опыт Петра Викторовича Морозова и его вклад в международную психиатрию, его творческий дар и талант выходят за пределы только профессиональных научных и социальных достижений. Он является также человеком глубокой эрудиции, тонкости и исчезающей европейской книжной культуры. Он в совершенстве говорит на четырех иностранных языках и является человеком литературных и музыкальных талантов. Выражаем ему наилучшие пожелания и надеемся, что он и дальше будет вносить вклад в международную психиатрию. ■

## Пресс-релиз



25.04.2017

**Открыт прием заявок на участие в III Фестивале реабилитационных программ для людей с психическими особенностями «Другие?», который пройдет 13 октября 2017 г. в Санкт-Петербурге. Мероприятие организовано в рамках деловой программы Петербургского международного Форума здоровья и по традиции приурочено к празднованию Всемирного дня психического здоровья.**

Фестиваль «Другие?» – ежегодный проект Союза охраны психического здоровья, направленный на улучшение здоровья и качества жизни людей, страдающих психическими расстройствами, через развитие системы негосударственных реабилитационных услуг, а также общественно-ори-

ентированной психиатрической помощи и социальной защиты. Каждый год география мероприятия охватывает определенный регион России, где проводится качественное и количественное исследование государственных и некоммерческих организаций, предоставляющих услуги в сфере психосоциальной реабилитации. Результаты исследования публикуются в официальном каталоге Фестиваля.

III Фестиваль направлен на развитие системы реабилитационных услуг в Северо-Западном федеральном округе (СЗФО) и реализуется совместно с Российским обществом психиатров, Всероссийской Ассоциацией центров психосоциальной реабилитации, Всемирным клубом петербуржцев, Профессиональной психотерапевтической лигой и Санкт-Петербургской благотворительной

организацией «Перспективы» при поддержке Министерства здравоохранения Российской Федерации. Фестиваль создает профессиональную платформу для выработки общих подходов и трансляции положительного опыта специалистами психосоциальной реабилитации. Основными мероприятиями Фестиваля станут: Международный Форум реабилитационных программ; Ярмарка ремесел, изобразительного искусства и инклюзивного творчества «Мир особых мастеров»; Конкурс волонтерских программ в сфере реабилитации «Другие?»; Конкурс на звание социально ответственного предприятия в сфере охраны психического здоровья «Признание» и др.

В работе Фестиваля примут участие ведущие российские и зарубежные эксперты в области психосоциальной реабилитации: президент Российского общества психиатров Николай Григорьевич Незнанов, главный психиатр-эксперт Росздравнадзора по СЗФО Олег Васильевич Лиманкин, президент организации «Перспективы» Мария Островская, экс-президент Всемирной ассоциации психосоциальной реабилитации Афзал Джавед (Великобритания), руководитель

Центра транскультуральной психиатрии Марианна Каструп (Дания), руководитель представительства Всемирной психиатрической ассоциации в Норвегии Аулун Педерсен и другие.

К участию в Фестивале приглашаются специалисты в сфере психосоциальной реабилитации СЗФО, которые представляют некоммерческие организации, учреждения системы здравоохранения (психиатрические больницы, психиатрические отделения, психоневрологические диспансеры), социальной защиты (ПНИ, реабилитационные центры), образования и науки, культуры и искусства, физической культуры и спорта, вузы, социально ориентированные коммерческие организации, а также федеральные и региональные СМИ и волонтеры.

Подать заявки на участие и получить подробную информацию можно на сайте [www.festival.mental-health-russia.ru](http://www.festival.mental-health-russia.ru).

### Контакты для прессы:

Алиса Ильина  
ilyina@mental-health-russia.ru,  
+7 (495) 640 16 37  
+7 (985) 800 04 11  
Союз охраны психического здоровья:  
[www.mental-health-russia.ru](http://www.mental-health-russia.ru) ■