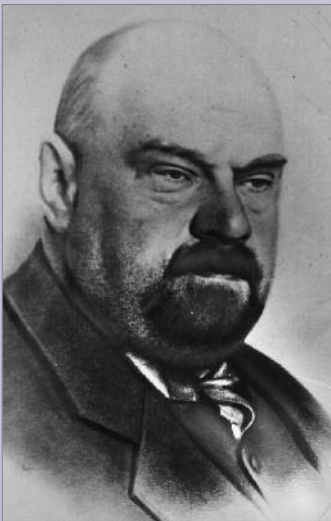


Снова в Суздале



Что и требовалось доказать



Эдвард Мунк



Школа в Венеции

Сто слов на первой полосе



Слово о полку бессмертном

Для моего поколения марш бессмертного полка – одно из самых сильных впечатлений. Эти люди с самого начала мирной жизни проходили через наш дом: товарищи отца по оружию, по плену, мамыны друзья-партизаны, кавалеристы «беловского» корпуса. Со всей страны, без конца и края. С годами этот поток стал постепенно редеть, а в последние годы и вовсе иссяк: поздравлять с Победой, казалось, уже некого.

И вот все они восстали из братских могил и безымянных захоронений «в полях за Вислой сонной» и прошли боевым маршем по Красной площади. Маршем Победы.

«Так будет продолжаться до тех пор, пока русские будут говорить русским языком». ■

П.М.

Вместо интервью

Десять проблем современной научной и практической психиатрии

Лекция для врачей



Александровский Юрий Анатольевич – член-корреспондент РАН, заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор. Более 30 лет руководит отделом пограничной психиатрии ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Минздрава РФ. В публикуемом реферате лекции рассматриваются основные проблемы развития современной научной и практической психиатрии и обосновываются пути преодоления имеющихся сложностей в ее развитии.

В 2002 г. на IX Российском национальном конгрессе «Человек и лекарство» мною была прочитана лекция о некоторых проблемах и парадоксах современной психиатрической практики, вызвавшая интерес слушателей и читателей специально изданного лекционного реферата. За

прошедшие годы рассмотренные в лекции вопросы не утратили своего значения. Наоборот, они переросли в более наглядно проявляющиеся проблемы, существо которых отмечалось и ранее. Наряду с этим появились новые вопросы, требующие специального рассмотрения для привлечения внимания к обсуждению основных направлений развития психиатрии. Это позволяет вернуться, во-первых, к выявлению и по возможности объяснению проблем, существующих в современной научной и практической психиатрии, и, во-вторых, к попытке об-

основания намеченных путей их преодоления.

С точки зрения развития научного познания во второй половине XX века получено большое число новых данных и имеются достижения в развитии научной и практической психиатрии. Наряду с этим они не решили существующих вопросов, препятствующих прогрессу и создающих проблемы в организации психиатрической помощи и лечения психических больных, а в ряде случаев способствующих появлению новых. К числу наи-

Продолжение на стр. 2

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

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

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

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

более общих вопросов, требующих в настоящее время соответствующего анализа и рациональных решений, относятся следующие:

1. Недофинансирование психиатрической службы, ее недостаточное материально-техническое и лечебно-диагностическое обеспечение.

Проблемы сохранения психического здоровья затрагивают, по разным подсчетам, до 20 и более процентов населения разных стран. Речь идет не только о больших психозах и состояниях слабоумия, но и о широком круге так называемых пограничных непсихотических психических расстройств, включающих психосоматические и социально-стрессовые нарушения, а также о наркологических заболеваниях. Это требует четкого понимания масштабов проблем организации психолого-психиатрической помощи примерно пятой части населения развитых стран и соответствующего финансового и материально-технического обеспечения. Оно необходимо не только для решения относительно «узких» вопросов признания, содержания и лечения больных с основными психическими заболеваниями в условиях закрытой специализированной системы психиатрической помощи, но и для «широких» лечебно-профилактических и коррекционных мероприятий, требующихся для сохранения психического здоровья и тем самым поддержания «человеческого капитала» в разных группах населения.

В России имеется более 4 миллионов психически больных, получающих, по данным Н.Д.Букреевой, помощь в 224 государственных психиатрических больницах, 169 психоневрологических диспансерах, в 45 из которых имеются стационарные отделения, 1989 психоневрологических и 750 психотерапевтических кабинетов. В стационарных учреждениях развернуто 146 427 психиатрических коек (10,2 на 10 тысяч населения). Для сравнения: в европейских странах этот показатель в среднем составляет 9,3). Наряду с этим в последние годы, в связи с развитием негосударственных (частных), преимущественно внестационарных, психиатрических (психотерапевтических) центров и созданием психосоматических отделений в многопрофильных больницах, показатели оказания в них психиатрической помощи не всегда учитываются в общей статистике. Можно предполагать, что истинное число лечащихся психически больных значительно больше, чем представляемых в обзорах государственной статистики. Вместе с тем выборочное, в том числе диспансерное обследование населения свидетельствует о существующем по разным причинам (отсутствие специалистов, стигматизация и др.) большим

числе недобывавших и нелеченных больных с психическими (преимущественно непсихотическими) расстройствами. Вследствие этого, благодаря разнице в числе «зарегистрированных» и «незарегистрированных» психически больных, психиатрическая служба практически недополучает из основывающегося на принципе «деньги идут за больными» консолидированного здравоохраненческого бюджета необходимого объема финансирования. Имеющиеся же внебюджетные поступления далеко не в полной мере восполняют нехватку средств для современной организации помощи и лечения больных.

Психиатрическая помощь формально не является «высокотехнологичной», однако реальное обследование больного, установление диагноза, контролируемое медикаментозное лечение, экспертиза (в том числе и судебно-психиатрическая) оценка требуют самой современной высокотехнологичной приборной и лабораторной базы. При этом ее использование возможно при участии не только врачей-психиатров, но и разных высококвалифицированных специалистов. Появление в психиатрических учреждениях новой диагностической и лечебной аппаратуры и ее инженерно-техническое обслуживание вывело психиатрию в последние годы за рамки описательной специальности «разговорного жанра». Однако дальнейшее развитие в этом направлении невозможно без соответствующего финансового и материально-технического обеспечения.

Одной из наиболее актуальных проблем осуществления психиатрической помощи в нашей стране является ветхость зданий многих психиатрических учреждений и их несоответствие современным условиям оказания помощи больным. Об этом свидетельствуют следующие данные, приводимые Росздравнадзором: 55% корпусов психиатрических учреждений построены по проектам, в большинстве случаев не соответствующим современным требованиям; из всего недвижимого фонда психиатрических стационаров около 12% составляют деревянные или шлакоблочные здания; в 47% зданий отсутствует приточно-вытяжная вентиляция; в 6% зданий отсутствует центральное отопление; в 10% зданий нет горячего водоснабжения; 6% зданий не канализовано.

Представленные данные свидетельствуют о том, что недостаточное финансирование и материально-техническое обеспечение психиатрической службы являются одной из основных причин сдерживания ее развития. При этом практически в каждом регионе страны имеются планы развития психиатрических учреждений, реконструкции больниц и оптимизации действий всего комплекса необходимых меро-

приятий (Н.Д.Букреева, 2014). Однако их реализация постоянно откладывается и не выполняется.

2. Противоречие диагностических и терапевтических стандартов, внедряемых в последнее время в практику, необходимость во многих случаях в индивидуальной врачебной оценке состояния больного и нестандартном плане его лечения.

Стремление к использованию в психиатрии принципов доказательной медицины дисциплинирует мышление врача. Однако унифицированные оценки, классификационные схемы (МКБ, DSM), разработанные прежде всего для статистического анализа, диагностические карты, исследовательские шкалы не заменяют клинического обследования. Оно «по старинке» во многих случаях основывается на компетентном «впечатлении» и творческом врачебном «взвешивании» отдельных проявлений болезни, а не на «подсчете баллов» и их сверке с эталонным списком симптомов. Схематизация и догматизация клинических оценок вообще, и прежде всего в психиатрии, где комплексно оценивается не только болезненное состояние, но и личностные особенности больного, как показывает практика, легко может привести к наукообразному врачебно-диагностическому упрощенчеству.

3. Попытки выявления и вычленения из имеющихся клинических группировок «новых» психических расстройств.

В этих случаях не учитывается, что к началу XX столетия описательный этап психиатрии, заложивший ее научный фундамент, начал уходить на второй план, требуя привлечения специфических биологических показателей для объяснения существования отдельных расстройств и заболеваний. Примером этого является предпринятая в США попытка создания принципиально новой классификации психических болезней на основе выявления у больных биологических (органических) нарушений. Это совпало с разработкой Американской психиатрической ассоциацией (АПА) новой версии, так называемой клинко-диагностической схемы DSM-V, основанной на изучении симптомов и синдромов психических нарушений. Специалисты Американского национального института психического здоровья (NIMH), в отличие от авторов DSM-V, в качестве основы диагностики психических расстройств предложили использовать взаимодействия между их биологическими основами (показателями) и клиническими проявлениями болезненных нарушений. Это прогрессивное направление познания сути психических расстройств и возможностей их лечения в первые десятилетия XXI столетия все еще упирается в стену непознанных биологических механизмов пси-

хических расстройств. Можно предполагать, что прогресс в понимании психических нарушений и выделение новых заболеваний «на биологическом уровне» будет медленным, зависящим от общих успехов нейронаук. В ежедневной врачебной диагностической практике при этом будут все шире использоваться как биологические маркеры, так и общепринятые подходы к клиническому описанию и анализу психопатологических проявлений. Предлагаемые новые клинические формы сохраняют свое условное значение главным образом для уточнения влияния конкретных социальных условий на развитие психогенных (социогенных) расстройств. Так, например, выделяются: «Боевое утомление», «Синдром узников концентрационных лагерей», «Посттравматический невроз выживших», «Военный («травматический») невроз», «Синдром изнасилованных», «Вьетнамский (афганский, чеченский и др.) синдром», «Социально-стрессовое расстройство» и другие. В разной степени обобщенности наблюдаемых нарушений, связанных со стрессовыми обстоятельствами, эти «претенденты на новые болезни» повторяют общую динамику, характерную для всех психогенных заболеваний: реакция – состояние – развитие личности. Эти болезни в принципиальном плане не являются новыми психопатологическими образованиями, хотя в практическом плане облегчают лечебную и экспертную работу психиатров. Не появляются и клинически выделяемых неизвестных эндогенных болезней, травматических и интоксикационных расстройств, хотя имеется достаточное число, как правило, навязываемых классификационными схемами попыток их новых терминологических обозначений (например, в DSM-V деменцию называют «большим когнитивным расстройством», бред – «неразделяемой дисфункциональной идеей»).

4. Структура существующей в стране специализированной психиатрической помощи противоречит тенденции к ее организационному сближению с общемедицинской практикой.

В настоящее время в различных странах мира, в том числе и в России, наблюдается сокращение коек в психиатрических стационарах, требующее одновременного роста вне-стационарных учреждений и соответствующих отделений в многопрофильных больницах и поликлиниках. Этого в нашей стране пока практически не происходит. По данным И.Я.Гуровича, анализировавшего изменение структуры психиатрических учреждений (доклад на Всероссийской конференции психиатров 13–15 сентября 2012 г. в Казани. См. опубликованные материалы, стр. 15–16), в РФ в последние годы косячный фонд в психиатриче-

ских учреждениях уменьшился на 1/4 (сокращено свыше 50 тыс. коек) без одновременного развития стационарзамещающих форм помощи. В 1999 г. в России было 300 психоневрологических диспансеров (164 самостоятельных диспансера и 136 диспансерных отделений при больницах), к 2005 г. их число выросло до 318, а к 2011 г. – уменьшилось до 277. В 1999 г. психиатрических кабинетов в общесоматических учреждениях было 2322, в 2005 г. – 2249, а в 2011 г. – только 2038. За эти же годы число психотерапевтических кабинетов сократилось на 309. В последние 5 лет тенденция сокращения вне стационарных психиатрических учреждений продолжилась (см. п. 1).

5. Психофармакологический «бум» второй половины XX века находится в противоречии с «отставанием» ожидаемого излечивающего терапевтического эффекта психотропных препаратов и утратой веры больных и их родственников в быстрое действие «таблетки от психоза». Несмотря на большое число лекарственных средств, общее число психически больных не снижается. Во многих случаях при эндогенных заболеваниях наблюдается определенный терапевтический патоморфоз их отдельных клинических форм в виде прежде всего достаточно быстрого купирования эффекта при острых психотических состояниях и действия «смягчающего» и «отдаляющего» развитие выраженных негативных психических расстройств. Это является веским основанием в принципиальном плане оценивать основное терапевтическое действие психофармакологических препаратов прежде всего как лечебных средств, направленных на требующие устранения последствия болезненного процесса, а не на его «первопричину». Примером этого является значительный рост числа больных с депрессивными расстройствами, несмотря на наличие в лечебной практике широкого набора антидепрессантов, каждый из которых оценивается их создателями как «высокоэффективное» средство. Объяснения этому, вероятно, можно найти как в действительном увеличении больных с выраженными и «скрытыми» аффективными расстройствами, так и в расширенном толковании самого понятия «депрессия», происходящего, в частности, под влиянием рекламы фармацевтических фирм, заинтересованных в сбыте антидепрессивных препаратов. Определенное значение в недостаточной эффективности психотерапии имеет неадекватное лечение, включающее позднее начало терапевтического курса (пропуск «терапевтического окна», приводящий к хронизации болезненного процесса), отсутствие обоснованного выбора препарата, уровня назначаемых

доз, учета индивидуальной чувствительности к лекарственным препаратам. Это требует от врача большого объема знаний, партнерства с больным и его родственниками и отхода от ремесленного понимания назначения препаратов только на основе выявленного симптома и его сопоставления с зафиксированными показаниями к их приему («симптом (синдром, состояние) – лекарство»). При этом нельзя не учитывать, что в современных условиях легко можно познакомиться «по Интернету» с действием психотропных препаратов. Это создает определенные сложности при общении с «грамотно подготовленными» пациентами и их родственниками при получении информированного согласия на проведение терапии. Приостановление развития психотерапии в значительной мере связано с тем, что в последнее время происходит известный кризис в создании и внедрении в практику новых психотропных препаратов. В Европе в течение 10 лет лицензирован лишь один новый психотропный препарат «Вальдоксан» (фирма «Сервье»), ряд крупных мировых фармкомпаний, создававших новые психотропные препараты, снизили уровень инвестиций в исследовательские разработки в области психиатрии и создания новых антипсихотических, противодепрессивных, антитревожных средств. Существующее во многих странах, в том числе и в России, аналоговое («женериковое») производство давно созданных психотропных средств нуждается в тщательном контроле качества выпускаемых препаратов и их соответствия оригинальным средствам. Имеющиеся экспериментальные клиничко-фармакологические разработки отечественных и зарубежных исследователей при отсутствии необходимого финансирования не могут пройти все стадии изучения и быть в ближайшем будущем внедрены в практику.

6. Необходимость интегрированного системного подхода к обследованию и лечению психически больного не соответствует «расчленению» специальности «врач-психиатр». Разделение психиатров на множество официальных и полуофициальных субспециальностей (психотерапевт, нарколог, психоаналитик, сексопатолог, судебный психиатр, психофармаколог, «специалист по неврозам», реабилитолог и др.) может оцениваться двояко. С одной стороны, «удаление» врача, занимающегося психиатрической практикой, от базовых клинических знаний своей основной специальности снижает его квалификацию, с другой стороны – это приближает психиатров, а с ними и психиатрию в целом, к другим областям медицины. Особое место в усовершенствовании знаний в области базовой и прикладной психиатрии и объединении спе-



циалистов занимают публикации в профильных журналах. В СССР стабильно издавался один общесоюзный «Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова». Наряду с ним в разные годы существовало еще только 2–3 периодических издания, печатавших статьи после их серьезного рецензирования. Небольшие возможности для публикаций журнальных научных работ и обобщенного опыта практических врачей, работавших во всех республиках СССР, вероятно, сдерживали развитие отечественной психиатрии, однако они не позволяли появляться случайным и малозначимым публикациям. Каждое психиатрическое издание, как правило, обсуждалось во многих врачебных коллективах. В настоящее время в Москве, Санкт-Петербурге, других городах издается более 10 официально зарегистрированных психиатрических научных и научно-практических журналов, а также большое число руководств, методических пособий, научных работ и тезисов множества конференций по вопросам психиатрии. При столь широких возможностях знакомства с публикуемыми работами отмечается определенный парадокс – приобретает, читает и использует в своей работе предлагаемые рекомендации крайне небольшое число специалистов. Одной из причин этого является появление Интернета и возможностей электронных публикаций. Заменяют ли они научные печатные издания? Ответ на

этот вопрос неоднозначен. С одной стороны, современные электронные информационные системы значительно расширяют поиск научной литературы, с другой – сокращают время раздумий читателя, вызванных «держанием в руках» публикациями, а значит, и возможности творческого анализа и использование в своей работе получаемых сведений.

7. Укрепление авторитета психиатрии как клинической дисциплины требует рационального решения парадоксального вопроса – с одной стороны, интеграции с философией, социологией и другими немедицинскими науками, с другой – разобщения с ними. Социологизация и психологизация психиатрии в своем крайнем выражении формируют различные «антипсихиатрические» воззрения. Для противостояния им необходима масштабная кампания по изменению распространенного представления о том, что «психиатры многое знают, но ничего не могут». Оно в настоящее время значительно устарело – появились новые диагностические методы выявления в нарушениях деятельности головного мозга при психических заболеваниях «специфического» и «неспецифического», «органического» и «функционального», возникли принципиально новые терапевтические возможности. Это требует внесения серьезных корректив в доста-

Продолжение на стр. 4

точно широко еще распространено понимание психических нарушений как проявлений духовных и социальных влияний.

8. Расширение среди населения информации о естественной научной базе понимания природы психических расстройств. Это необходимо в связи с сохранением и даже расширением в последнее время мистического понимания многими людьми психической деятельности и соответствующего шарлатанства неспециалистов при попытках оказания больным психиатрической помощи. Сложившаяся ситуация во многих случаях дискредитирует клиническую психиатрию и незаслуженно снижает ее авторитет в обществе.

9. Появление большого числа практикующих психологов, не имеющих врачебного образования и не понимающих сути общеклинических и психопатологических процессов, мешает развитию психиатрической помощи. Обращение больных не к врачу-психиатру, а к психологу в ряде случаев ведет к неграмотному и несвоевременному назначению лечения. Распространенная у части населения боязнь при психическом нездоровье обращения к психиатру часто дорого обходится больному – первые проявления болезни, как известно, поддаются лечению гораздо лучше, чем запущенные ее формы.

10. Необходимость расширения социальной службы, дополняющей лечебно-реабилитационное обеспечение больных и инвалидов с хроническими психическими заболеваниями. Особое значение это имеет в тех случаях, когда невозможно добиться излечения больного, хотя и сохраняется возможность облегчения его состояния. В настоящее время в связи с отсутствием требуемого внимания общества и трудных финансовых условий деятельности, социальная служба в отечественной психиатрии не может на современном уровне в полном объеме выполнять свои функции. Следствием этого является длительное нахождение в психиатрических стационарах больных, нуждающихся в переводе в психоневрологические интернаты, которых не хватает, и недостаточность во многих регионах лечебно-социальной поддержки хронически больных, получающих амбулаторное лечение. Прежде всего это касается увеличившегося числа больных с эндогенными психозами, находящихся благодаря психофармакотерапии в состоянии ремиссии, а также детей с психическими расстройствами. Отсутствие социально-реабилитационной помощи является одной из причин сохраняющихся в населении бытовых суждений (стигматизация) о лицах с психическими расстройствами и мешает им

адаптироваться в обычных условиях жизни.

Число названных проблемных вопросов в современной отечественной психиатрии не исчерпывается перечисленными примерами. Они возникают при рассмотрении не только общих, но и многих частных научных и организационно-практических вопросов. При этом принимаемые решения зачастую рассматривают ту или иную проблему в «разных плоскостях». Отказ от этого может привести к более полному анализу и соответствующему обобщающему решению в каждом конкретном случае. Так, например, для психиатрической практики необходимы и «стандарты», и индивидуальные подходы при рассмотрении диагностических и терапевтических вопросов (см. п. 2); и учреждения специализированной и общемедицинской помощи (см. п. 4); и специализация врача-психиатра с широкой «общепсихиатрической» и с более узкой «профильной» подготовкой (см. п. 6). Многие проблемы, сдерживающие развитие научной и практической психиатрии, объясняются относительной ее молодостью как научной дисциплины и продолжающимся периодом накопления научных фактов и эмпирического опыта. История отечественной психиатрии второго десятилетия XXI века, наряду с упомянутыми общими проблемами, характеризуется двумя неоднозначно оцениваемыми значительными изменениями организационных основ научных исследований и практической работы врачей-психиатров. Это, во-первых, слияние подведомственных Минздраву РФ трех московских научных институтов (центров), каждый из которых имеет свою многолетнюю историю, и организация на их основе Федерального медицинского исследовательского Центра психиатрии и наркологии, на который должны быть возложены задачи разработки и решения основных вопросов развития отечественной психиатрии. И, во-вторых, фактическое объединение в условиях недофинансирования здравоохранения стационарной и амбулаторной помощи психически больным с изменением функций и ликвидацией во многих случаях организационной самостоятельности психиатрических диспансеров, являвшихся на протяжении почти 100 лет гордостью отечественной психиатрии. К указанным организационным изменениям следует добавить происходящий отток из специальности врачей-психиатров, особенно работающих в государственных учреждениях, и сокращение студентов, желающих стать врачами-психиатрами. Причиной этого является не только снижение профессиональной престижности, но и сложность работы психиатра в современных условиях, необходимость длительной под-

готовки к самостоятельной врачебной деятельности, невысокий уровень заработной платы. Перечисленные и ряд других вопросов создали сложную ситуацию, нуждающуюся в обоснованном принятии решений. Можно предполагать, что по мере разрешения трудностей сегодняшнего дня будет происходить прежде всего дальнейшее развитие биологической психиатрии, организационной и лечебной основы помощи психически больным. Оно зависит как от выделяемых государственных и негосударственных ресурсов, так и от прогресса фундаментальных разработок проблем психических нарушений нейронауками и развития клинической психиатрии.

К числу основных направлений расширения научной и практической психиатрии, с учетом отмеченных выше проблем, могут быть отнесены следующие.

1. Теоретические и фундаментальные научно-исследовательские разработки, необходимые для продвижения психиатрии из клинко-описательной в теоретически-расчетную и экспериментально-доказательную науку.

- Интеграция клинического анализа психопатологических расстройств с общепсихиатрическими и психофизиологическими показателями состояния больных, направленная на познание основ когнитивных и других процессов, обеспечивающих психическую деятельность в норме и при психических заболеваниях.
- Разработка новых методов исследования больных и психофизиологических процессов с использованием нейровизуализации и компьютерно-томографических показателей, направленных на обнаружение специфических для того или иного заболевания нарушений.
- Генетический анализ основ эндогенных психических расстройств и личностно-типологических особенностей больных, внедрение фармакогенетики в клиническую практику.
- Целенаправленное создание новых препаратов на основе изучения зависимости психофармакологического эффекта от химической структуры «психотропного вещества», его фармакологического действия, общего и селективного влияния на психопатологические расстройства у психически больных.

2. Прикладные вопросы научного обоснования диагностики и терапии психически больных.

- Разработка и совершенствование дифференцированных программ лечения.
- Изучение гомеостатических процессов при психических расстройствах, пользы и риска психофармакотерапии и других средств и методов лечения,

включая рассмотрение вопросов «качества жизни» больного во время терапии.

- Анализ индивидуальной чувствительности к действию психотропных препаратов с комплексным изучением особенностей их фармакодинамического и фармакокинетического действия.

3. Организационные вопросы психиатрической практики.

- Разработка стратегии развития психиатрической помощи с учетом происходящих в стране организационных преобразований системы здравоохранения.
- Внедрение в практику новых организационных форм оказания помощи больным с психическими расстройствами, в том числе в общемедицинских учреждениях.
- Внедрение в практику обоснованных рекомендательных «стандартов» диагностики и терапии психически больных, сочетающихся с возможностью разработки индивидуальных программ лечения.
- Повышение уровня знаний врачами, принимающими участие в лечении психически больных, направленных на изучение не только клинического выражения имеющихся психопатологических нарушений, но и на индивидуальные особенности больных, их личностное своеобразие, так называемую «органическую» (биологическую) почву, а также на показатели нейрогенетических исследований, нейропластичности, психофизиологии, фармакодинамические и фармакокинетические показатели действия назначаемых лекарственных препаратов.

Перечисленные проблемы и общие направления развития психиатрии вряд ли вызывают принципиальные дискусионные возражения. Они в той или иной мере обсуждаются на страницах журналов, на съездах и конференциях психиатров (наиболее полный обзор в последних отечественных изданиях представлен в статьях Н.Г.Незнанова, П.В.Морозова, И.А.Мартынихина «Куда идешь?» в журнале «Психиатрия и психофармакотерапия» им. П.Б.Ганнушкина, 2011, №4, стр. 4–8; Н.Д.Букреевой «Современное состояние и перспективы развития психиатрической службы в РФ» в журнале «Психическое здоровье», 2014, №9, стр. 3–10, и в аналитическом обзоре Н.К.Демчевой и Н.А.Твороговой «Психиатрическая помощь населению РФ», изданном ГНЦ ССП им. В.П.Сербского, 2013, 109 с.). Их конкретизация, однако, требует продолжительной и кропотливой работы. При этом необходимо сохранять гуманистические тенденции отечественной психиатрии, основанные на знаниях и опыте поколений психиатров прошлого. ■

О XII Всероссийской школе молодых психиатров «Суздаль-2015»



Ю.Ю.Осадиный,
Волгоград

Я ехал, чтобы принять участие в XII Всероссийской школе молодых психиатров «Суздаль-2015», которая раз в два года традиционно проходит в г. Суздале в конце апреля, начиная с 1979 г. В этом году встреча была уже двенадцатой, и, созерцая из окна автобуса красоты древней Владимиро-Суздальской земли, я задавался вопросом, что именно позволяет этому мероприятию пользоваться таким успехом в течение всего этого времени. Так случилось, что я не успел на организованный трансфер и ехал отдельно от основной группы участников, что несколько расстраивало меня, так как я надеялся уже в дороге познакомиться с другими «школьниками», которые теперь уже, наверное, разбрелись по гостинице и соберутся все вместе лишь для отъезда. Однако, зайдя в туристический комплекс «Суздаль», я сразу понял, кто из окружающих – участник XII Всероссийской школы молодых психиатров, а кто

приехал по другим делам. Это было видно по лицам, настроению и эмоциям. Уже у стойки регистрации у меня сложилось впечатление, что я посещал эту школу все 12 раз. Все вокруг было родным и знакомым. Представьте, что в незнакомом городе вы неожиданно встречаете почти 300 старых добрых друзей, из которых более 30 – академики Российской академии наук, директора крупнейших научных центров страны, ведущие кафедры, ведущие специалисты в области охраны психического здоровья и т.д. При этом я почти не ощущал дистанции ни с другими участниками, ни с лекторами. Школа молодых психиатров – это, наверное, одно из немногих мест, где незнакомый профессор может поздороваться с тобой первым и непринужденно начать беседу. Интересно, что многие из опытных врачей приехали сюда как слушатели, зная о высочайшем научном уровне мероприятия.

«Хорошо, – думал я, – наверное, это просто кулуары, а вот на самих лекциях будет совсем другое настроение». И, войдя в огромный лекционный зал, я попытался уловить атмосферу, присущую обычным конференциям и семинарам, когда тихий и монотонный доклад начинает «давить» на веки слушателей, постепенно опуская их. Но ничего подобного я найти не смог. Лица слушателей были полны эмоций и внимания, а докладчики смотрели в зал, постоянно пытаясь выйти из-за кафедры. Наверное, только здесь я впервые увидел, как слушают «взалеб». И все это благодаря тому, что это были не просто лекции или начитка материала; это был увлеченный рассказ, передача опыта и каких-то секретов, которые обычно остаются недосказанными. Каждый лектор искал обратной связи и пытался доне-

сти то, что часто теряется за сухими цифрами и статистическими графиками. Да и список докладчиков был максимально представительный: А.С.Тиганов, А.Б.Смулевич, П.В.Морозов, В.Н.Краснов, З.И.Кекелидзе, С.Н.Мосолов, Ю.А.Александровский и многие др. При этом не могу не упомянуть присутствие именитых иностранных гостей: например, Д.Милавич (Великобритания) – руководитель секции детской и подростковой психиатрии Всемирной психиатрической ассо-

циации (ВПА), М.Миллан (Франция) – секретарь Европейской коллегии нейропсихофармакологии, чей индекс Хирша равен 77, профессор А.Джавед (Пакистан) – не только секретарь ВПА, но и президент Всемирной ассоциации психосоциальной реабилитации, а также другие, которые не просто высоко оценили работу школы, но и отметили ее уникальность даже в мировом научном контексте. Например, А.Джавед сразу по возвращении домой (возможно, даже еще по пути) прислал очень теплую и эмоциональную благодарность П.В.Морозову, где подчеркнул высокий уровень организации мероприятия и его беспрецедент-

ную масштабность. Напомню, что сама школа была организована Советом молодых ученых (СМУ) Российского общества психиатров (РОП) под официальной эгидой ВПА. Среди участников школы я встретил молодых коллег из Армении, Беларуси, Молдовы, Казахстана и Кыргызстана. Особым вниманием были окружены молодые психиатры из Крыма. Иногда было трудно выбрать, куда идти, ведь некоторые интересные семинары в одном зале совпадали с не менее увлекатель-



Академия ВПА-«Сервье».

ными лекциями в другом. Нам терпеливо объясняли, зачем молодому психиатру необходимо знать общую психопатологию (А.С.Тиганов), нас учили, как правильно писать доклады и обзоры, как грамотно готовить статьи или постеры (В.Э.Медведев), обучали юридическим тонкостям психиатрии (Т.В.Гурьянова), объясняли, каковы роль и место психологии в клинической практике психиатра (С.Н.Ениколопов), делились тайнами истории психиатрии и ее связи с современностью (А.Б.Смулевич, С.А.Овсянников, П.В.Морозов). Большой интерес вызвали лекции по доказательной

Продолжение на стр. 6



терапии алкоголизма (Е.М.Крупички), нехимическим аддикциям (А.Ю.Егоров), проблемам диагностики и терапии биполярного аффективного расстройства (С.Н.Мосолов), семинар по вопросам детского аутизма (Г.Милавич, Е.В.Корень, Т.А.Куприянова) и др. Особняком стоит лекция М.Миллана «Изменение течения шизофрении: вызовы и возможности»: ее текст принят к публикации в журнал «Nature» – слушатели школы первыми были ознакомлены с оригинальными взглядами ученого на эту проблему.

На протяжении всей школы происходящее вокруг не переставало меня удивлять: вопрос докладчику, например, мог легко перерасти в научный спор в лобби-баре, а незатейливая беседа с профессором – в разработку дизайна совместного исследования. А описать словами те впечатле-

студентов, с выступлениями оппонентов и жаркой дискуссией. Огромный интерес вызвал и международный симпозиум, проведенный молодыми участниками Академии ВПА «Сервье», представленный ее куратором – представителем ВПА по Восточной Европе П.В.Морозовым.

В последний день школы были заслушаны доклады и награждены победители конкурса научных работ: они не уступали докладам основных приглашенных лекторов. Это стало апогеем конкурса, а всего было представлено около 120 работ (все опубликованы в электронном виде), затем комиссия из восьми специалистов (В.И.Крылов, Н.Н.Петрова, М.А.Морозова, В.Э.Медведев, Л.Н.Городец, А.Е.Бобров, Е.Г.Костюкова, Т.А.Куприянова) в порядке слепого перекрестного отбора определила 25 победителей. Все они получили гранты на поездку в Суздаль. Здесь их жда-



Победитель Конкурса работ Д.Н.Сосин.

хотропные вещества. В.В.Тихенко, А.В.Пастушенков (Санкт-Петербург) – 2-е место.

Исследование ассоциации полиморфных вариантов гена DRP6 с тардивной дискинезией у больных шизофренией. Е.Г.Боярко, Е.Н.Воронина (Томск, Новосибирск) – 3-е место.

Клинические и аутоагрессивные характеристики алкогольной зависимости у пациентов с различными видами привязанности к родителям. И.А.Федотов (Рязань) – 4–6-е места.

Клинико-эпидемиологические аспекты умственной отсталости у детей в Забайкалье. Ю.В.Лебедева, В.В.Ахметова (Чита) – 4–6-е места.

Фамильная ненависть: дурной характер или дефицит окситоцина? Попытка осмысления. О.Я.Симак (Ростов-на-Дону) – 4–6-е места.

ВИЧ-инфекция и шизофрения: клинические и социальные аспекты. Н.Б.Халезова (Санкт-Петербург) – приз Председателя оргкомитета.

Эффективность психосоциальных мероприятий в амбулаторных условиях с пациентами, утратившими социальные связи, с привлечением некоммерческих организаций. А.Е.Филатов, Т.А.Попова, (Тамбов) – Поощрительный приз жюри за активное внедрение и развитие новых форм психиатрической помощи.

К вопросу о дифференциации психотических форм расстройств аутистического

спектра у детей. Л.О.Макарова, О.В.Шуштанова (Москва) – Приз издательства «МедиаМедика».

Победители в секции электронных постеров:

- **Проактивные копинг-стратегии как предикторы социального функционирования у больных шизофренией.** А.И.Ерзин, Г.А.Епанчинцева (Оренбург).
- **Дисрегуляция запрограммированной клеточной гибели мононуклеаров периферической крови у пациентов с депрессивными расстройствами.** И.С.Лосенков, Н.М.Вялова (Томск).

Победители конкурса получили набор книг по психиатрии, многие из них с автографами авторов.

Подводя итоги школы, председатель оргкомитета профессор П.В.Морозов, помимо анализа сделанной работы, выразил ряд благодарностей всем, кто поддержал мероприятие в стесненных экономических условиях, и прежде всего РОП и его председателю – профессору Н.Г.Незванову. Самых добрых слов заслужили хозяева: доктора Владимирской психиатрической больницы во главе с главным врачом – Александром Владимировичем Берсеневым, встреча и проводы гостей легли на их плечи. Как всегда, четко и профессионально работали менеджеры официального провайдера школы – агентства «Да Сигна».

На заключительном вечере было организовано «селфи» – массовое фотографирование на память. Все хотели запечатлеть эти прекрасные мгновения незабываемой XII Школы в Суздале. Заходя в автобус, который обеспечивал трансфер участников обратно в Москву, и садясь к окну, чтобы по дороге немного погрузиться, я уже не думал о том, что позволяет школе молодых психиатров пользоваться таким успехом. А думал я о том, где бы мне уже сейчас найти ежедневник на 2017 г., в котором я красным маркером обведу несколько дней в конце апреля и подпишу: **XII Всероссийская школа молодых психиатров «Суздаль-2017».** ■



Оргкомитет.

ния, которые получали молодые психиатры после встреч у камина, проводимых П.В.Морозовым (устные выпуски газеты «Дневник психиатра»), практически невозможно. Это, наверное, один из наиболее запоминающихся форматов беседы, когда ты ощущаешь себя приглашенным в гости домой к ведущим специалистам в области психиатрии.

Конечно, не все разговоры были только о науке и работе: молодые психиатры не могли не заявить о своих гуманитарных талантах. Ставший уже традиционным КВН собрал полный зал зрителей, которые, я думаю, ни на минуту не пожалели, что пришли, несмотря на то что игра завершилась только к полуночи. Однако и после окончания никто не расходился, а все переместились в холл гостиницы, где продолжилось неформальное общение. Возвращаясь после таких встреч в свой номер, перед сном я всегда просматривал программу XII Школы на завтра и понимал, что будет еще интереснее. Программа была составлена очень грамотно и сбалансированно, что не позволяло ни устать, ни потерять мотивацию. Этому во многом способствовали и необычные формы преподавания: например, защита коллективного проекта СМУ РОП – электронного учебника по психиатрии для

ло новое испытание. Победители были разбиты на три группы, и каждый из них в пятиминутном докладе отстаивал свое право на выход в финал. Эти семинары проходили каждый день и были очень интересными. В итоге шестеро лучших претендентов выступили на пленарном заседании. Именно в этот момент я понял, что, наверное, это и есть главная цель школы: поддержка интеллектуального потенциала молодых психиатров и предоставление им возможностей сотрудничества друг с другом и более опытными коллегами, для того чтобы тот, кто был участником XII Школы, через два года вполне мог быть приглашенным докладчиком XIII Всероссийской школы молодых психиатров.

Приятно огласить имена победителей конкурса.

Уровень экспрессии генов транскрипционного фактора Nurr1 и α-синуклеина при синдроме алкогольной зависимости. Д.Н.Сосин, А.Е.Тараскина, М.Н.Грунина, А.М.Забботина, М.В.Иванов, Д.В.Иващенко, К.А.Кирничная, Р.Ф.Насырова, Е.М.Крупички (Санкт-Петербург) – 1-е место.

Индивидуально-личностные особенности лиц, эпизодически употребляющих наркотические средства и пси-



М.Миллан в гостях у «Дневника Психиатра».

Психиатрия на рубеже веков

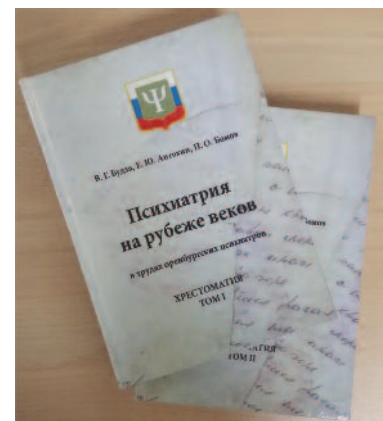
В.Г.Будза, Е.Ю.Антохин, П.О.Бомов

Хрестоматия обобщает материалы научных исследований оренбургских психиатров. Содержит также исторические сведения по организации вузовского преподавания психиатрии в Оренбургской области, психиатрической

службы Оренбуржья. Отдельные разделы посвящены геронтопсихиатрии – направлению исследований под руководством проф. Ю.Е.Рахальского и его ученика проф. В.Г.Будзы. Кроме того, обобщаются данные и по пробле-

мам диагностики и терапии первого психотического эпизода шизофрении, аффективных и невротических расстройств.

Хрестоматия ориентирована на врачей-психиатров, психотерапевтов, клинических психологов. ■



У наших друзей

«Забытый» исследователями перициазин и его значение для современной клинической практики



Д.С.Данилов

Клиника психиатрии им. С.С.Корсакова Университетской клинической больницы №3 ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова Минздрава России;

Научно-образовательный клинический центр «Психическое здоровье» ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова Минздрава России

Бурное развитие психофармакологии, произошедшее в конце XX в., привело к появлению большого числа новых психотропных средств разных групп, которые в настоящее время прочно заняли лидирующие позиции при лечении психических расстройств и значительно потеснили «тради-

ционные» препараты. Несмотря на эти реалии, вполне оправданной представляется развернувшаяся на страницах печати и в рамках научно-практических конференций дискуссия о необоснованности «слепого» предпочтения «новых» средств их «старым» предшественникам. Все чаще высказывается мнение о необходимости продолжения сравнения их преимуществ и недостатков. Правомочность этой точки зрения обосновывается появлением данных о возможной переоценке «достоинств» представителей новых поколений психотропных препаратов, введением современных требований к методике проведения клинических исследований (принципы доказательной медицины), изменением подходов к диагностике психических расстройств (новые нозологические формы, новые принципы классификации) и клинических проявлениях психической патологии (патоморфоз). В связи с этим примечательны попытки исследователей вновь привлечь внимание специалистов к некоторым представителям «старых» поколений психотропных средств. Настоящий критический обзор посвящен повторному анализу опыта использования типичного нейролептика перициазина, который, несмотря на более чем полувековую историю применения, заслуживает отдельного повторного описания.

Первое упоминание о перициазине, синтезированном во Фран-

ции, появилось на страницах периодической печати в 1962 г. В журнале L'Encéphale была опубликована статья Gabriel Deshaies о клинических эффектах этого пиперидинового фенотиазина. В 1963 г. издания, выходящие в Париже, опубликовали результаты коллективных исследований французских психиатров. Несколькими годами позже первые сообщения представили их итальянские и японские коллеги. В 1964 г. сотрудники Тулейнского университета Луизианы опубликовали предварительные данные об использовании перициазина при лечении шизофрении. Однако перициазин не был одобрен для применения в США, разделив таким образом судьбу ряда психотропных средств, которые были созданы в Европе и широко используются во всем мире. Первая систематизация опыта лечения перициазинем произошла в 1965 г. на симпозиуме по поведенческим расстройствам, где были представлены данные о его применении при психопатиях, шизофрении, органических заболеваниях головного мозга, тревожных расстройствах и экзогенных психозах.

Подавляющая часть исследований была проведена в первые 10 лет после начала применения перициазина: в 1962–1971 гг. их число было в 5–6 раз выше, чем в каждое из последующих десятилетий. В базе данных медицинских и биологических публикаций Национального центра биотехнологической информации

США (National Center for Biotechnological Information, NCBI) в настоящее время представлено около 150 исследований, в которых изучались химические, нейрохимические или клинические характеристики перициазина. Их количество в 13 раз меньше, чем число публикаций, посвященных другому представителю пиперидиновых фенотиазинов – тиоридазину.

В последнее время интерес к перициазину вновь возрастает. В 2014 г. впервые за всю историю «Cochrane Collaboration» был опубликован систематический обзор об использовании перициазина при лечении шизофрении. Перициазин до сих пор занимает довольно прочное положение среди нейролептиков выбора при лечении целого ряда психических расстройств во многих странах, несмотря на появление антипсихотических средств II и III поколения¹. Одновременно более чем за 60-летнюю историю многие представители нейролептиков перестали применяться в клинической практике, несмотря на большое внимание к ним в начале 2-й половины XX в. Из пиперидиновых фенотиазинов в настоящее время широко используются только перициазин и тиоридазин.

Механизм действия перициазина, подобно нейрохимической активности других нейролептиков, связан с блокадой рецепторов головного мозга и вегетативной нервной системы. Перициазин обладает антидофаминергической, адrenoлинолитической и холинолитической активностью. Считается, что по профилю нейрохимических эффектов он схо-

¹В настоящее время при классификации нейролептиков все чаще используется их разделение на 3 поколения: I поколение – типичные нейролептики, II поколение – атипичные нейролептики со смешанным дофамин-серотониновым механизмом действия (рисперидон, оланзапин, кветиапин и др.), III поколение – частичные агонисты дофаминовых рецепторов (арипипразол, карипразин).

ден с хлорпромазином, но его аффинитет к дофаминовым, норадреналиновым и ацетилхолиновым рецепторам выражен сильнее. Это заключение было сделано в ранних исследованиях на основании сравнения силы антиэметического действия обоих нейролептиков и выраженности их побочных эффектов. В целом необходимо отметить, что с момента публикации в 1993 г. последнего отечественного обзора, посвященного перидиазину, знания об особенностях его нейрохимической активности пополнились очень слабо.

Недостаточная изученность нейрохимических эффектов перидиазина не позволяет объяснить особенностей его клинического действия. Более того, результаты клинических исследований иногда противоречат экспериментальным данным. Несмотря на то что по силе аффинитета к дофаминовым, норадреналиновым и ацетилхолиновым рецепторам перидиазин превосходит хлорпромазин, в настоящее время распространено мнение о меньшей выраженности его основных психотропных эффектов. Оценка выраженности экстрапирамидных, антихолинергических и адренолитических побочных эффектов отличается неоднозначностью.

Несмотря на плохую изученность нейрохимической активности, спектр клинического действия перидиазина исследован довольно хорошо. Уже в первые годы его использования внимание привлекли случаи высокой эффективности при лечении психопатий. В 1965 г. был представлен опыт применения перидиазина более чем у 700 взрослых психопатов. Оказалось, что терапия значительно ослабляет эмоциональные и поведенческие расстройства, а в некоторых случаях – сверхценные паранойальные идеи, развивающиеся при психопатиях возбужденного круга. Было показано, что терапевтический эффект проявляется при применении препарата в дозе 30 мг/сут и сохраняется при ее снижении до 15 мг/сут по мере стабилизации психического состояния. Позже были отмечены высокая эффективность и безопасность терапии у детей и подростков с нарушениями поведения. Эти данные были восприняты с воодушевлением, поскольку до появления перидиазина «не было средств, позволяющих эффективно контролировать эмоциональные и поведенческие нарушения» у пациентов с расстройствами личности, и «любой шаг вперед» расценивался как «важное событие».

Результаты дальнейших исследований подтвердили первоначальные данные о высокой эффективности перидиазина при лечении психопатий. За перидиазином во всем мире прочно закрепилась репутация «нейролеп-

тика – корректора поведения». В 1975 г. Г.Я.Аврочкин и соавт. высказали мнение, что эффективность перидиазина при коррекции эмоциональных и поведенческих нарушений, развивающихся в рамках расстройств личности, значительно превосходит эффективность всех остальных психотропных средств. В настоящее время эта точка зрения также представляется вполне обоснованной, особенно если учитывать отсутствие сравнительных исследований эффективности перидиазина и психотропных средств, в том числе атипичных нейролептиков, введенных в клиническую практику в последние десятилетия. В единственном сравнительном исследовании, проведенном в начале 70-х гг. XX в., была показана сопоставимость эффективности перидиазина и клозапина (атипичного нейролептика с наиболее широкой и максимально выраженной антипсихотической, или «антипродуктивной» активностью) при лечении психопатий.

Безусловно, эффективность перидиазина при лечении психопатий нельзя считать безграничной. Его применение носит симптоматический характер и приводит лишь к временному (на период лечения) улучшению психического состояния. Однако даже такое действие является значимым, поскольку повышает восприимчивость пациентов к психотерапии, проведение которой является условием достижения более стойкого терапевтического эффекта при некоторых формах расстройств личности.

После введения перидиазина в клиническую практику предпринимались попытки его применения для лечения некоторых форм неврозов. В начале 90-х годов XX в. М.В.Коркина и соавт. продемонстрировали эффективность перидиазина при лечении 350 больных нервной анорексией и нервной булимией, развивающихся в рамках непродуктивных психических расстройств пограничного круга. Было показано, что применение перидиазина в дозе, не превышающей 15 мг/сут, ослабляет выраженность нарушений пищевого поведения, аффективных колебаний, обсессивных и ипохондрических расстройств. В современных стандартах терапии неврозов, утвержденных в разных странах, указание на возможность использования перидиазина отсутствует. При проведении лечения предпочтение отдается более эффективным средствам, применение которых считается патогенетически оправданным (антидепрессанты – ингибиторы обратного нейронального захвата моноаминов). Учитывая частое развитие неврозов вследствие декомпенсации расстройств личности, перидиазин может использоваться для проведения профилактической или вспомогательной терапии невротических расстройств. Стандарты оказания специализированной

медицинской помощи Минздрава России допускают использование перидиазина при агорафобии (F40.0), паническом расстройстве (F41.0), смешанном тревожном и депрессивном расстройстве (F41.2) и посттравматическом стрессовом расстройстве (F43.1).

Результаты клинических исследований свидетельствуют о возможности применения перидиазина при лечении шизофрении, что доказывается его большей эффективностью по сравнению с плацебо при разных формах заболевания. В одном из исследований сравнивалась эффективность перидиазина (15 мг/сут) и тиоридазина (600 мг/сут) при терапии параноидной шизофрении. Отмечено, что использование перидиазина приводит к большему ослаблению бредовой симптоматики. В другом исследовании сопоставлялась эффективность перидиазина (средняя доза 66 мг/сут) и трифлуоперазина у больных с острыми приступами и хроническим течением заболевания. Наблюдение продолжалось 100 дней. Различий эффективности обоих препаратов выявлено не было. Интересны результаты сравнительного исследования применения перидиазина в период ремиссии приступообразных форм шизофрении. Полученные данные свидетельствуют о высокой противорецидивной эффективности перидиазина в дозе 10 и 30 мг/сут. Причем стойкость ремиссий при такой терапии выше, чем при лечении галоперидолом (в дозе 1, 3 мг/сут или 6 мг/сут). Интересно, что использование перидиазина в дозе 60 мг/сут сопровождалось более частым развитием обострений, чем в других подгруппах больных. Вероятно, это было связано с более плохой переносимостью такой терапии, которая приводила к снижению качества терапевтического сотрудничества (комплаенса) и последующему развитию обострений заболевания.

К сожалению, представленные данные об эффективности перидиазина при лечении шизофрении нельзя считать высококачественными из-за несовершенства методики проведения исследования. Авторы Кохрановского систематического обзора, опубликованного в 2014 г., приходят к заключению о наличии всего 5 исследований с качественным дизайном и делают вывод о необходимости дальнейшего изучения эффективности перидиазина при лечении шизофрении. В настоящее время распространено мнение о слабости антибредового, антигаллюциаторного и общего антипсихотического эффекта перидиазина (по сравнению со многими другими антипсихотическими средствами), которое подтверждается концепцией хлорпромазиновых эквивалентов. Эти факторы определяют редкость применения перидиазина при лечении прогрессивных форм шизофрении, проте-

кающих с преобладанием психотической симптоматики.

Несмотря на ограниченность использования перидиазина при лечении психотических форм шизофрении, многие исследования демонстрируют эффективность терапии при вялопрогредиентных психопатоподобных формах заболевания. Отечественный опыт применения перидиазина при психопатоподобной шизофрении впервые был обобщен Л.И.Гелиной и соавт. в 1967 г. Результаты многочисленных исследований, проведенных в последующие годы, свидетельствуют о высокой эффективности терапии перидиазином, которая проявляется ослаблением психопатоподобных расстройств: агрессивности, импульсивности, конфликтности, гневливости, дурашливости (при гебоидной шизофрении) и расторможенности влечений. Эффект наблюдается при использовании широкого диапазона доз перидиазина – от 10 до 450 мг/сут (в среднем 30 мг/сут). Данные, полученные в несравнительных исследованиях, подтверждаются результатами сравнительных исследований эффективности перидиазина и других антипсихотических средств. Показано, что применение перидиазина в большей степени способствует ослаблению поведенческих нарушений, чем использование других пиперидиновых фенотиазинов. Результаты современного отечественного исследования свидетельствуют о сопоставимости эффективности перидиазина, галоперидола и рисперидона у больных шизофренией с несуйцидальным аутоагрессивным поведением. Систематизация полученных данных позволяет отнести перидиазин к нейролептикам выбора при лечении малопрогрессирующей шизофрении, протекающей с преобладанием психопатоподобной симптоматики в разных возрастных группах больных. Этой рекомендации охотно следуют психиатры-практики, что подтверждается высокой частотой применения перидиазина при лечении психопатоподобной шизофрении (по сравнению с другими антипсихотическими средствами).

В литературе представлены указания на возможность применения перидиазина при лечении органических заболеваний головного мозга. Получены данные об ослаблении тяжести дисфорий у эпилептиков двигательного беспокойства, у слабоумных больных пожилого и старческого возраста, нарушений поведения у олигофренов. Понятно, что терапия перидиазином при этих заболеваниях носит сугубо симптоматический характер. Однако она более эффективна, чем применение транквилизаторов. Преимуществами перидиазина перед другими антипсихотическими средствами являются: направленность его действия на поведенче-



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***

- БЛАГОДАРИ УМЕРЕННОМУ АНТИДОФАМИНЕРГИЧЕСКОМУ ЭФФЕКТУ

Торговое название препарата: Неулептил®.

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

Международное непатентованное название: перициазин.

Лекарственная форма: капсулы; раствор для приема внутрь.

Фармакотерапевтическая группа: Антипсихотическое средство (нейролептик).

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ. Перициазин является нейролептиком из группы пиперидиновых производных фенотиазина, антидофаминергическая активность которого обуславливает развитие терапевтического антипсихотического (без стимулирующего компонента), а также противорвотного и гипотермического эффектов препарата. **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ.** Острые психотические расстройства. Хронические психотические расстройства, такие как шизофрения, хронические нешизофренические бредовые расстройства: параноидальные бредовые расстройства, хронические галлюцинаторные психозы (для лечения и профилактики рецидивов). Тревожное состояние, психомоторное возбуждение, агрессивное или опасное импульсивное поведение (в качестве дополнительного препарата для краткосрочного лечения этих состояний). Раствор. Дети старше 3-х летнего возраста. Тяжелые поведенческие расстройства с ажитацией и возбудимостью. **СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ.** Капсулы, раствор (взрослые). Суточная доза может колебаться от 30 мг до 100 мг. Максимальная суточная доза составляет 200 мг. Лечение острых и хронических психотических расстройств. Начальная суточная доза составляет 75 мг (разделенная на 2-3 приема). Суточная доза может увеличиваться на 25 мг в неделю до достижения оптимального эффекта (в среднем до 100 мг в сутки). В исключительных случаях суточная доза может увеличиваться до 200 мг. Лечение тревожного состояния, психомоторного возбуждения, агрессивного или опасного импульсивного поведения. Препарат применяется в качестве дополнительного препарата для краткосрочного лечения. Начальная суточная доза 15-30 мг (Разделенная на 2 приема). Лечение пациентов пожилого возраста. Дозы при всех показаниях снижаются в 2-4 раза. Раствор (дети старше 3-х лет). Суточная доза составляет 0,1-0,5 мг/кг массы тела/сутки. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.** Капсулы раствор. Гиперчувствительность к перициазину и/или другим ингредиентам препарата; закрытоугольная глаукома; задержка мочи на фоне заболеваний предстательной железы; агранулоцитоз в анамнезе; порфирия в анамнезе; сосудистая недостаточность (коллапс); острое отравление веществами, угнетающими ЦНС или кома; сердечная недостаточность; феохромоцитома; миастения 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 гипертриглицеридемией; с изменениями картины крови; с раком молочной железы; с сахарным диабетом, пациенты с рисками развития сахарного диабета; у пациентов детского возраста, особенно моложе 6 лет. **ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ.** Капсулы, раствор. При применении перициазина может развиться злокачественный нейролептический синдром; следует регулярно контролировать состав периферической крови; возможность развития фотосенсибилизации и синдрома отмены. Раствор. Применение у детей моложе 6 лет возможно только в исключительных и в специализированных учреждениях. **ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ДРУГИМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ.** Противопоказанные комбинации: с дофаминергическими агонистами. Нерезкомендуемые 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 МАО, мапротилином, атропином и другими холинолитиками; бета-блокаторами; гепатотоксическими препаратами; гипогликемическими препаратами. Взаимодействия, которые надо принимать во внимание: с антацидами; бромкриптином; средствами для снижения аппетита. **БЕРЕМЕННОСТЬ И ПЕРИОД ЛАКТАЦИИ.** Назначение перициазина при беременности возможно, но всякий раз необходимо сопоставлять пользу для матери с риском для плода. Не рекомендуется проводить грудное вскармливание во время приема препарата. **ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ.** Со стороны центральной нервной системы. Седация или сонливость; апатия; тревога; изменение настроения; экстрапирамидные расстройства; угнетение дыхания. Со стороны сердечно-сосудистой системы. Снижение артериального давления; аритмии; венозные тромбозомболические осложнения. Эндокринные и метаболические нарушения. Гиперпролактинемия; нарушения терморегуляции; гипергликемия. Кожные и аллергические реакции. Аллергические кожные реакции; кожная сыпь; бронхоспазм;

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

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

RU.PER.15.02.06



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

ские нарушения и возможность применения невысоких доз без развития выраженных побочных эффектов, что особенно важно у больных пожилого и старческого возраста. Получены данные об эффективности перидиазина при лечении экзогенных органических психозов (прежде всего, делириев). Однако широкий арсенал антипсихотических средств с выраженными антигаллюциаторным и антибредовым эффектами не позволяет рассматривать перидиазин в качестве препарата выбора при терапии психозов этого круга.

Отдельного внимания заслуживает вопрос возможности применения перидиазина при болезнях зависимости. Результаты отечественных и зарубежных исследований свидетельствуют, что терапия перидиазином приводит к ослаблению тяжести патохарактер-

рологических нарушений, развивающихся в структуре синдрома зависимости при разных вариантах наркоманий и алкоголизма. Одновременно наблюдается ослабление выраженности патологического влечения к психоактивному веществу. Продемонстрирована антисуицидальная активность перидиазина у больных наркоманиями с истерическими и возбудимыми чертами личности в преморбиде. Указания на возможность применения перидиазина при лечении болезней зависимости (в том числе никотиновой зависимости) представлены в федеральных клинических рекомендациях по их диагностике и лечению. В них отмечена обоснованность использования перидиазина для ослабления тяжести патологического влечения к психоактивным веществам, психопатоподобных расстройств, агрессии и суицидального поведения (в рам-

ках синдрома зависимости, синдрома отмены и психотических расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ).

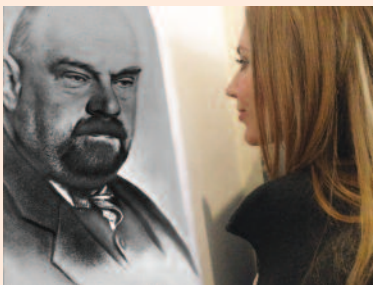
Таким образом, представленные данные свидетельствуют об особенностях спектра клинической активности и высокой эффективности перидиазина при лечении ряда психических расстройств. Отличие перидиазина от других нейролептиков заключается в узкой направленности его психотропного действия. Оно в основном адресуется поведенческим и эмоциональным нарушениям, развивающимся в рамках психопатической и психопатоподобной симптоматики «вне зависимости от ее нозологической принадлежности». Такой спектр клинической активности определяет возможность применения перидиазина при расстройствах личности, шизофрении (вялотекущая психопатоподобная, психопато-

подобный вариант ремиссий, психопатоподобный вариант шизофренического дефекта), органических заболеваниях головного мозга и болезнях зависимости². При психической патологии, проявляющейся невротической, невротоподобной и галлюциаторно-бредовой симптоматикой, использование перидиазина в качестве нейролептика выбора вряд ли оправдано из-за слабой выраженности соответствующих видов его психотропной активности. Необходимо отметить общепризнанность мнения о высокой эффективности перидиазина при лечении психических расстройств, проявляющихся психопатической и психопатоподобной симптоматикой, несмотря на то, что оно было сформировано в основном в результате проведения обсервационных наблюдений, а не исследований, методика проведения которых соответствует современным принципам доказательной медицины. Этот факт представляет интерес в связи с развернувшейся в последнее время дискуссией о значении разных видов исследований при изучении эффективности психофармакотерапии. ■

²Общезвестно, что при назначении лечения важно учитывать возможность фармакокинетического взаимодействия нескольких лекарственных средств, которое может выражаться в снижении или усилении выраженности их клинических эффектов (лечебных и побочных). Вследствие этого интерес представляют результаты современного японского исследования, которые свидетельствуют о взаимодействии перидиазина с полифенолами – биологически активными веществами, содержащимися в чае. Разведение раствора перидиазина в чае или напитках, приготовленных с его использованием, приводит к резкому снижению нейролептической активности препарата. Это наблюдение представляется важным в связи с широко распространенной практикой приема раствора перидиазина в разведенном виде.

Наше наследие

«Статика» и «Динамика психопатий» П.Б.Ганнушкина через призму авторского стиля



ДА.Смирнова¹, ЕА.Слоева¹,
АВ.Потапов²

¹Самарский государственный
медицинский университет;

²Самарская областная психиатрическая больница

Актуальность исследования

Одним из выдающихся классических научных трудов в области дескриптивной психопатологии и психиатрии XX в. является работа профессора П.Б.Ганнушкина «Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика» (1933 г.). В современной психиатрической среде высказываются мнения о том, что разделы «Статика психопатий» и «Динамика психопатий» написаны разными авторами («Независимый

психиатрический журнал», 2011). Обсуждение ведется на страницах профессиональных журналов в опубликованных «Воспоминаниях проф. П.М.Зиновьева о проф. П.Б.Ганнушкине» («Психиатрия и психофармакотерапия», 2011), работах П.В.Морозова «Загадка Зиновьева, или «дураки русской психиатрии» («Психиатрия и психофармакотерапия», 2012), «Без «дураков» («Психиатрия и психофармакотерапия», 2013), «Возвращаясь к «дуракам» («Дневник психиатра», 2013). Данная дискуссия сформировала наш специальный интерес к вопросу, побудив провести комплексное лингвистическое исследование текстов «Статика» и «Динамика психопатий» на предмет подтверждения или опровержения единства авторского стиля. В области лингвистики существует такое понятие, как атрибуция текста, – исследование текста с целью установления его авторства (Е.С.Родионова, 2007). Идентификационные задачи атрибуции позволяют подтвердить или исключить авторство определенного лица, проверить тот факт, что автором текста был один и тот же человек (Т.В.Батура,

2013). Данные задачи решаются из предположения, что автор текста известен.

Методы атрибуции позволяют исследовать текст на различных языковых уровнях: пунктуационном, орфографическом, синтаксическом, лексико-фразеологическом, стилистическом (Т.В.Батура, 2013). На пунктуационном уровне выявляются особенности употребления автором знаков препинания; на орфографическом – характерные ошибки в написании слов; на синтаксическом уровне определяются способы построения предложений, предпочтительные тех или иных языковых конструкций, порядок слов и т.д.; на лексико-фразеологическом уровне исследуются словарный запас автора, склонность к употреблению редких и иностранных слов, архаизмов, профессионализмов, неологизмов, навыки употребления фразеологизмов и т.п.; на стилистическом уровне характеризуются жанр, общая структура текста, стилистические фигуры и приемы (метафора, сравнение, эпитеты, олицетворение и т.п.). Под авторским стилем, по мнению Т.В.Батуры, обычно понимаются последние три уров-

ня: «Анализ именно синтаксического, лексико-фразеологического и стилистического уровней представляет наибольший интерес и сложность при определении авторского стиля» (Т.В.Батура, 2013).

В целом методы анализа стиля можно разделить на две большие группы – экспертные и формальные (Т.В.Батура, 2013). Экспертные методы предполагают исследование текста профессиональным лингвистом-экспертом, формальные основаны на сравнении вычислимых характеристик текстов (А.С.Романов, 2010; А.А.Рогов и соавт., 2008). Основная проблема формальных методов анализа авторства состоит в выборе параметров. В большинстве случаев в качестве характеризующих параметров текста выбираются статистические характеристики: количество использованных определенных частей речи, знаков препинания, длина предложений (измеренная в словах, слогах, знаках), объем словаря, количество полных и служебных слов и т.д. Параметр должен опираться на те характеристики текста, которые слабо контролируются автором на сознательном уровне,

а также должен сохранять постоянное значение для одного автора. В силу случайных причин некоторое отклонение значений от среднего неизбежно, но оно должно быть достаточно мало (В.П.Фоменко, Т.Г.Фоменко, 1995).

Методики по определению авторства на сегодняшний день представлены в большом количестве. Д.В.Хмелев (2000 г.) в их числе называет субъективно-атрибутивные методики, формально-количественные методы, процент служебных слов как авторский инвариант, морфологический анализ. К формальным методам атрибуции относятся теория распознавания образов (М.А.Маруценко, 1990; Е.С.Родионова, 2008), методы математической статистики, теории вероятностей (О.В.Кукушкина, А.А.Поликарпов, Д.В.Хмелев, 2001), кластерный анализ (О.Г.Шевелев, 2006, 2007) и др. Интересен подход, использующий в качестве стиливых признаков бинарные буквосочетания. При таком методе анализу поддаются однобуквенные и двухбуквенные служебные слова, а это значительная часть наиболее частотных предлогов, союзов, частиц и междометий, которые традиционно считаются значимыми стилеметрическими показателями (Т.В.Батура, 2013).

Метод выделения авторского инварианта (от англ. writer invariant, authorial invariant, author's invariant) сводится к изучению такой количественной характеристики литературных текстов или параметра, который может «однозначно характеризовать своим поведением произведения одного автора или небольшого числа «близких авторов», и принимает существенно разные значения для произведений разных групп авторов» (А.Т.Фоменко, 2005). В своей работе А.Т.Фоменко (2005 г.) описывает основные свойства, которыми должна обладать числовая характеристика параметра «авторский инвариант». Прежде всего это интегральный, «массовый» характер, обеспечивающий слабый сознательный контроль или даже отсутствие контроля со стороны автора, совместим с его устойчивым и типичным состоянием, т.е. авторский инвариант – «бессознательный параметр». Данный параметр должен иметь «постоянное значение», незначительно колебаться относительно среднего значения на протяжении произведений автора.

Кроме того, параметр авторского инварианта должен разграничивать группы писателей. В связи с данными требованиями В.П.Фоменко и Т.Г.Фоменко обозначили следующие количественные характеристики, соотносимые с параметром авторского инварианта: длина предложений (среднее число слов в предложении), длина слов (среднее количество слогов в слове), общая частота употребления служебных слов – предлогов, союзов, частиц (процентное содержание служеб-

ных слов), частота употребления значимых частей речи – существительных, глаголов, прилагательных (в процентах), а также частота употребления предлога «в», частицы «не» (в процентах) и количество служебных слов в предложении (среднее число союзов, предлогов и частиц в предложении) (А.Т.Фоменко, 2005).

Имеющееся в наличии программное обеспечение, используемое для анализа текстов, в частности, для идентификации авторства текста, представлено в обзорной публикации А.Романова (2008 г.). Необходимо отметить, что эти программы обнаруживают ограничения в применении, в частности, в связи с задачами нашего исследования. Так, одни программы сравнивают тексты с уже имеющимися текстами в базе данных программы (например, Лингвоанализатор для математического анализа структуры текста в режиме онлайн специализируется на произведениях Русской Фантастики, СМАЛТ – на публицистике 60–70 гг. XIX в.), другие носят слишком общий характер, сравнивая исследуемый материал со всем разнообразием текстов, имеющихся в интернет-пространстве (например, Антиплагиат из группы программ выявления плагиата). Третий вид программ – программы интеллектуального анализа данных – анализируют англоязычные тексты (например, Intelligent Miner for Text и Oracle Text) и/или ориентированы на анализ семантического уровня, кластеризации документов и составление тематических резюме (например, Text Analyst, Semio Map), что не представляет значения для анализа наших текстов, так как они заведомо посвящены одной клинической тематике и могут проявлять на лексико-семантическом уровне лишь очень общие, категориальные сведения, а не стилистические особенности языка автора. Программы, которые ориентированы на составление психологического портрета автора (Лингва-Экспресс, ВААЛ), также нецелесообразно применять к анализу научных произведений, так как данное обеспечение адресует как к поиску особенностей характера автора, зачастую в ракурсе его эмоционально-оценочных реакций или степени эмоционального воздействия на читателя.

Таким образом, выбор лингвостатистических параметров, характеризующих стиль автора, значительно затрудняет исследования в области атрибуции текстов, однако методы выделения количественных характеристик, соотносимых с авторским инвариантом (А.Т.Фоменко, 2005), и преимущественные акценты внимания на лексико-стилистическом, морфологическом и синтаксическом уровнях (Т.В.Батура, 2013) представляются наиболее перспективными для нашего исследования.

Цель исследования – сравнение текстов «Статика психопатий» и «Динамика психопатий» П.Б.Ганнушкина на предмет их соответствия единому авторскому стилю.

Материал исследования

Предметом исследования выступили тексты научного произведения П.Б.Ганнушкина «Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика» (1933 г.). В частности, сравнительно подверглись фрагмент главы о статике психопатий в объеме 3062 слова в пределах первых полных восьми (неполных девяти) страниц исследуемого издания (с. 15–23) (текст 1 «Статика психопатий») и фрагмент главы о динамике психопатий в объеме приблизительно того же количества знаков, а именно 3 тыс. слов, в рамках первых полных девяти (неполных десяти) страниц (с. 62–71) (текст 2 «Динамика психопатий»).

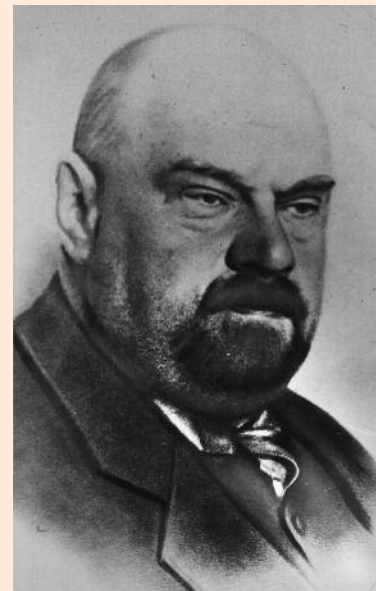
Выбор объема текста для проведения лингвистического анализа был обусловлен необходимостью обеспечения репрезентативности. Было исследовано около 10% общего объема текста в книге. Учитывая, что раздел «Статика психопатий» в книге П.Б.Ганнушкина (1933 г.) составляет приблизительно 46 страниц (с. 15–61), а динамика – около 69 страниц (с. 62–130), было принято решение анализировать в ракурсе сравнения не менее 7 страниц (в среднем около 10 страниц) каждого из текстов. Подсчет количества знаков каждого из текстов определил, что 10 страниц раздела «Статика психопатий» составляет 3487 слов, 10 страниц раздела «Динамика психопатий» – 3151 слово. В связи с полученными данными за фрагмент текста для проведения исследования был принят усредненный объем в размере 3 тыс. слов. Объемы фрагментов (текст 1 – 3062 слова, текст 2 – 3000 слов) незначительно различаются в связи с тем, что за окончание фрагмента было принято считать окончание последнего вошедшего в его состав предложения. Содержание авторских сносок, примеров и заглавий, приведенных из произведений других авторов, а также знаки препинания не учитывались. В связи с необходимостью последующей статистической обработки по программе «Resampling» каждый из фрагментов был разделен на 5 подфрагментов, в пределах которых впоследствии подсчитывались все исследуемые лингвистические показатели. Так, фрагмент «Статика» был разделен на 5 подфрагментов объемом 615, 628, 598, 619, 639 слов, а фрагмент «Динамика» – 605, 603, 608, 603, 581 слово.

Методы исследования

Задача атрибуции текстов решалась с использованием экспертных методов лингвистического анализа. Для оценки и

сравнения параметров авторского стиля проводился анализ лексико-стилистического, морфологического и синтаксического языковых уровней как наиболее показательных для идентификации авторства.

В соответствии с целью исследования, для изучения и стандартизации обработки текстов нами была уточнена последовательность и сформирована процедура анализа материала. Исследовались качественные и количественные характеристики письменной речи П.Б.Ганнушкина на лексико-стилистическом, морфологическом и синтаксическом уровнях.



П.Б.Ганнушкин.

На лексико-стилистическом уровне определялась склонность к употреблению не характерных для научного стиля разговорных конструкторов, архаизмов, фразеологизмов. Рассматривались стилистические фигуры (метафора, эпитет, олицетворение, лексический повтор) и приемы (инверсия), а также такая качественная характеристика, как стереотипность речевых оборотов. Значения количественных характеристик вычислялись по формуле из расчета их содержания на объем текста, равный 10 предложениям, обозначались как индексы и измерялись в баллах (Д.А.Смирнова, Г.Н.Носачев, 2009).

На морфологическом уровне оценивались такие формальные количественные характеристики языка автора, как общая частота употребления служебных слов – предлогов, союзов, частиц (процентное содержание служебных слов), значимых частей речи – существительных, глаголов, прилагательных (в процентах), а также частота употребления предлога «в», частицы «не» (в процентах) и количество служебных слов в предложении (среднее число союзов, предлогов и частиц в предложении) по А.Т.Фоменко (2005 г.).

На синтаксическом уровне исследовались особенности по-

Продолжение на стр. 12

Таблица 1. Показатели лексико-стилистического уровня в исследуемых текстах

Статистические показатели		Лексико-стилистический уровень												
		Индексы – лингвистические показатели (в баллах, на 100 слов текста)												
		Разговорный конструкт	Архаизм	Фразеологизм	Метафора	Эпитет	Олицетворение	Лексический повтор	Инверсия	Риторические фигуры и приемы в сумме	Стереотипные речевые обороты (индексы)			
Синонимы (разного рода, подобного склада)	Сравнение в значении «редко»										Обобщение в значении «часто»	Слово «Однако»		
Текст 1	Среднее	0,362	0,065	0,460	2,025*	1,568	0	0	0,033	3,604	0,289	0,849*	1,304	0,260
	95% ДИ Нижний уровень	0,158	0	0,128	1,374	0,639	0	0	0	2,228	0,127	0,514	0,787	0,096
	95% ДИ Верхний уровень	0,766	0,132	0,930	2,934	2,690	0	0	0,098	4,983	0,443	1,175	1,811	0,457
Текст 2	Среднее	0,136	0,066	0,300	0,967*	0,961	0,100	0,066	0,241	2,359	0,133	0,267*	0,695	0,167
	95% ДИ Нижний уровень	0	0	0,166	0,638	0,498	0,033	0	0,099	1,886	0,033	0,066	0,367	0,165
	95% ДИ Верхний уровень	0,343	0,133	0,497	1,356	1,424	0,166	0,132	0,425	2,745	0,263	0,470	1,024	0,170
p-value		0,235	0,577	0,360	0,035*	0,139	0,990	1,000	0,996	0,116	0,134	0,039*	0,074	0,347

*Значение $p < 0,05$.

Начало на стр. 11

строения предложений – их длина (среднее число слов в предложении) по А.Т.Фоменко (2005 г.), количественная характеристика числа предложений одного типа (простое, сложное, сложное с двойным видом связи, односоставное) по отношению к общему числу предложений во фрагменте текста и такие качественные характеристики, как предпочтение тех или иных языковых конструкций; в рамках пунктуации и орфографии – особенность употребления автором знаков препинания и орфографические ошибки.

Исследование текстов проводилось рабочей группой, в ее составе: врач-психиатр, специализирующаяся в научной области психолингвистического направления в психиатрии, ассистент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии Самарского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук Д.А.Смирнова, и лингвист, доцент кафедры психологии, педагогики и психолингвистики, кандидат филологических наук Е.А.Слоева.

Формулировка нулевой статистической гипотезы сводилась к тому, что по критерию параметров авторского стиля различий между текстами нет. Альтернативная гипотеза подразумевала, что между текстами имеются различия.

Для статистической обработки использовались программы MS Excel® и Resampling Stats® (США). Применялся метод создания повторных выборок – ресэмплинг (resampling) – способ моделирования по методу Монте-Карло. Для описания данных использовались среднее и 95% доверительный интервал среднего (1 тыс. итераций) – создание повторных выборок, для тестирования – метод попарного сравнения групп (10 тыс. итераций), значения показателя вероятности p -уровня менее 0,05 считались статистиче-

ски значимыми. Планирование дизайна исследования и статистическая обработка данных осуществлялись в условиях консультирования со специалистом по биостатистике, кандидатом медицинских наук А.В.Потаповым.

Результаты исследования и их обсуждение

Тексты П.Б.Ганнушкина «Статика психопатий» и «Динамика психопатий» отличаются своим смешанным характером, где преобладание научного стиля сочетается с элементами художественного (часто встречается у авторов дескриптивной психопатологии), о чем свидетельствует большое количество стилистических фигур и риторических приемов. В текстах присутствует эмоционально-оценочная лексика.

Исследование лингвистических показателей на лексико-стилистическом уровне показывает, что из анализируемых 13 показателей только 2 отражают статистически значимые различия между текстами: это Индекс используемых метафор и Индекс стереотипных речевых оборотов – Сравнение в понятии «редко». В табл. 1 представлены средние значения лингвистических показателей лексико-стилистического уровня, доверительные интервалы и значения вероятности различий показателей между исследуемыми текстами.

В обоих изучаемых нами фрагментах произведения встречаются разнообразные стилистические фигуры и приемы. Одинаково часто выявляются разговорные конструкции как признаки устного стиля речи и ненаучной лексики, например, в тексте 1 (Индекс разговорного конструкта – 0,362) – «тугодумы», «прокучивают», «подстегиваемые», «влезают», и в тексте 2 (0,136; $p=0,235$) – «волей-неволей», «добавок». Несколько реже, но сопоставимо по частоте можно встретить лексические

единицы, выходящие из употребления: архаизмы, которые, однако, могут соответствовать эпохе, в которой писалось произведение, и также относиться к категории разговорных конструкций и других стилистических фигур: в тексте 1 (0,065) – «дурно», «наклонных», и тексте 2 (0,066; $p=0,577$) – «худо», «глупость». Фразеологизмы как устойчивые выражения с самостоятельным значением, которые придают описанию тонкость, богатство и выразительность, выявляются практически в каждом из выделенных подфрагментов обоих текстов (0,460; 0,300; $p=0,360$). Так, в тексте 1 – 14 фразеологических оборотов, например: «смотрит на них свысока», «замыкаться в себе», «удерживаться в узких рамках», «не останавливаться ни перед чем», «скрытых талантов»; в тексте 2 – 11 фразеологизмов («претерпевает изменения», «подвергается опасности», «противоречило бы всем принципиальным установкам», «ярким примером», «получают... свой особый отпечаток» и др.).

Из числа выявленных стилистических фигур чаще всего встречаются метафоры – фигуры речи, несущие в себе переносный смысл и придающие наибольшую выразительность текстам изучаемого нами произведения, в основе которых лежат ассоциации по сходству и по аналогии. Так, в тексте 1 мы находим: «чувство тяжести на сердце», «угрюмой оболочкой», «душевных ранах», «спадает надетая на их действительное “я” маска», «мимозоподобных личностей», «воздушных замков», «открытым характером», «омрачает их душевное расположение», а в тексте 2 – «здоровый протест», «вспышки отчаяния», «оттенок напыщенности», «пестрое переплетение», «роковое значение», «слабостью воли», «разрыхление... связей», «обликом психотической вспышки». В то же время в «Статике психопатий» встречаются 62 метафоры, а в «Динамике психопатий» – в 2 раза меньше, 30 мета-

фор (2,025; 0,967; $p=0,035$). Однако учитывая факт преобладания метафор над другими стилистическими фигурами на протяжении обоих текстов, можно предположить, что статистически значимая разница выявляется в связи с отличием текстов по их типовому значению, а не из-за потенциально различного авторства. «Статика психопатий» как разновидность, тип речи представляет собой описание, при котором имеет место сообщение об одновременных признаках предмета и явления, перечисление этих признаков, обобщенных построений. Автор описывает группы характеров, личностей и чаще использует для усиления экспрессии, красочности того же самого описания метафорические обороты. Для текста «Динамика психопатий», который представляет собой в большей мере повествование как разновидность речи и для которого, следовательно, свойственно сообщение о действиях предмета в определенной последовательности или ходе развития событий в определенных пространственных и временных условиях, метафора является не столь востребованным средством.

Тексты «Статики психопатий» и «Динамики психопатий» также изобилуют эпитетами. Эпитет, с лингвистической точки зрения, представляет собой слово или целое выражение, которое благодаря своей структуре и особой функции в тексте приобретает некоторое новое значение или оттенок смысла, выделяя в объекте его индивидуальные, неповторимые признаки, и тем самым придает тексту определенную экспрессивную тональность. В тексте 1 встречается 48 эпитетов, из них такие, как «небывало грандиозных событиях», «дурная погода», «блестящего... юношу», «глубокое уныние», «занимает выдающееся место», а в тексте 2 – 29 эпитетов («бессмысленное упрямство», «страстное искание признания», «острого недо-

Таблица 2. Показатели морфологического уровня в исследуемых текстах

Статистические показатели		Морфологический уровень						Среднее количество служебных слов в предложении*
		Общая частота употребления служебных слов (%)*	Общая частота употребления существительных (%)*	Общая частота употребления прилагательных (%)*	Общая частота употребления глаголов (%)*	Общая частота употребления предлога «в» (%)*	Общая частота употребления частицы «не» (%)*	
Текст 1	Среднее	20,794*	24,512*	13,322	7,496	2,134	0,914	7,326
	95% ДИ Нижний уровень	19,154	22,44	11,314	6,520	1,848	0,420	6,666
	95% ДИ Верхний уровень	22,118	26,412	15,188	8,723	2,302	1,492	7,992
Текст 2	Среднее	24,594#	28,206#	15,876	7,356	2,526	0,973	7,432
	95% ДИ Нижний уровень	23,104	27,316	14,612	6,566	2,160	0,594	6,986
	95% ДИ Верхний уровень	25,958	29,041	17,140	8,461	2,842	1,397	8,070
p-value		0,005#	0,011#	0,946	0,422	0,069	0,447	0,437

*Значение $p < 0,05$. *Показатели, входящие в состав авторского инварианта (А.Т.Фоменко, 2005).

вольства», «остающееся пока загадочным явление»). Несмотря на то что эпитетов в тексте 1 больше, статистически значимой разницы по данному показателю нет (1,568; 0,961; $p=0,139$). Однако повышение количественного показателя Индекса эпитетов так же, как и Индекса метафор, наблюдается в связи с тем, что эпитеты свойственны в большей мере для описательного типа речи, преобладающего в «Статике психопатий», чем для повествовательного, который выявляется в «Динамике психопатий».

В текстах крайне редко встречаются такие стилистические средства, как олицетворение, – фигура речи, отражающая приписывание свойств и признаков одушевленных предметов неодушевленным («профессия культивирует те свойства психопатической личности») и лексические повторы («чрезмерной перегрузки..., ...чрезмерной силы»). Также нечасто наблюдается инверсия, представляющая собой нарушение обычного порядка слов в предложении («быть может», «главное наше внимание») (см. табл. 1), которая, расставляя акценты и усиливая экспрессию, обычно и преимущественно обедняет и искажает текст на стилистическом уровне за счет апелляции к формам устной речи в письменном тексте. Незначительное употребление выше описанных приемов на количественном уровне, таким образом, подтверждает преимущественно богатые, красочные, высокохудожественные и грамотно выстроенные автором описания, организованные за счет употребления названных выше стилистических фигур – метафор, эпитетов, фразеологизмов и др.

Интересно, что в «Статике психопатий» и «Динамике психопатий» выявляется также особенность использования стереотипных речевых оборотов. Так, в обоих текстах автор практически одинаково часто (0,289; 0,133; $p=0,134$) обращается к синонимам таких выражений, как «разного рода» («разного склада», «иноного рода», «иноного склада») и «подобного склада» («подобного рода», «этого рода», «такого рода», «родственного характера»). Сло-

восочетания, обозначающие сравнение в значении «редко» («иной раз», «от времени до времени» и др.), и обобщение в значении «часто» («большой частью», «обычно», «обыкновенно», «нередко» и др.) повторяются в достаточном количестве на протяжении обоих текстов. Важно отметить, что сравнение в значении «редко» демонстрирует второе статистически значимое различие (26 словосочетаний в тексте 1 и 8 – в тексте 2), выявляемое при сравнении текстов (0,849; 0,267; $p=0,039$). По нашему мнению, данный факт может быть, как и в случае с метафорами, интерпретирован в связи с особенностями стиля описания, который используется автором в тексте «Статика психопатий», с целью дать наиболее точные и подробные характеристики групп характеров. Отсюда сравнение в значении «редко», так же как и обобщение в значении «часто» (49 словосочетаний в тексте 1 и 21 – в тексте 2), хотя и без статистической значимости различий, в большей мере встречаются в тексте 1, чем в тексте 2. Сам факт повторяемости использования данных словосочетаний и признания их в качестве стереотипных речевых оборотов, несмотря на некоторые различия в количественных показателях, указывает на авторские особенности в большей мере, чем на сомнения в единстве авторства, что могло бы констатироваться в том случае, если бы один из стереотипных оборотов встречался бы только в одном из текстов.

Слово «однако» также часто встречается как в тексте 1 (8 слов), так и в тексте 2 (5 слов), тем самым наряду с выявлением и, собственно, частотой употребления других стереотипных речевых оборотов подчеркивая обнаружение характерных авторских элементов.

Таким образом, 11 из 13 показателей лексико-стилистического уровня не имеют различий между исследуемыми текстами, а обнаруженные различия в значениях двух показателей, по нашему мнению, связаны с разновидностями типовых задач текстов – детальное описание характеристик личностей в «Статике психопатий» и последовательного пове-

ствования о поведении людей и развитии их характеров в «Динамике психопатий».

Исследование **морфологического уровня** сводилось к количественному подсчету частоты употребления значимых частей речи и служебных слов. Все изучаемые показатели входят в состав авторского инварианта, который, по мнению его автора (А.Т.Фоменко, 2005), позволяет с достаточной степенью достоверности судить о единстве и различии авторского стиля. Полученные данные представлены в табл. 2.

Из 8 переменных (7 показателей относятся к морфологическому уровню и 1 – «Длина предложений – среднее число слов в предложении» – к синтаксическому), определяющих параметр авторского инварианта, различия отмечались только по двум показателям – «Общая частота употребления служебных слов» и «Общая частота употребления существительных». В «Статике психопатий» было представлено 644 (20,794%) служебных слова и 760 (24,512%) существительных, а в «Динамике психопатий» – больше: 738 (24,594%; $p=0,005$) служебных слов и 846 (28,206%; $p=0,011$) существительных. В то же время частота употребления других значимых частей речи (прилагательных и глаголов), частота наиболее чувствительных для оценки единства авторского стиля предлога «в» и частицы «не», а также значение пограничного с нашим отклонившимся параметром «Общая частота употребления служебных слов» показателя «Среднее количество служебных слов в предложении» были сравнимы в текстах 1 и 2 (см. табл. 2).

Учитывая, что к служебным частям речи относят предлоги, частицы и союзы, которые несут функции пространственных, временных и причинных отношений, мы можем интерпретировать факт некоторого увеличения показателя «Общая частота употребления служебных слов» в «Динамике психопатий» в причинной связи с тем, что в тексте 2 отражена пространственно-временная динамика, которая предполагает указание на местоположение, направление движения и т.д., требующие для повествова-

ния большего числа служебных слов, так же как и существительных, которые описывают эти самые местоположение и направление движения в тексте 2. В качестве примеров различившихся показателей можно привести лишь отдельные, относительно показательные предложения из текста 1 и текста 2, где число служебных частей речи было сравнительно больше в предложениях текста 2 и меньше в предложениях текста 1. Следует также принимать во внимание, что значения параметра «Среднее количество служебных слов в предложении» в целом не различались на статистически значимом уровне на протяжении всех текстов.

Текст 1 (16 служебных частей речи, 17 существительных): «С такими людьми очень приятно встречаться в обществе, где они очаровывают своим остроумием, приветливостью и открытым характером, но не всегда легко поддерживают деловые отношения: помимо того, что их обещаниям нельзя верить, многие из них чрезвычайного мнения о себе и поэтому с большим неудовольствием выслушивают возражения против высказываемых ими мыслей или критические замечания по поводу развиваемых ими проектов, позволяя между тем себе насмешки и остроты, иногда чрезвычайно меткие, но очень больно задевающие собеседника».

Текст 2 (19 служебных частей речи, 24 существительных): «Дальнейшее развитие личности обыкновенно ведет уже в сторону развития органических (атеросклеротических в сосудах головного мозга и атрофических в самой его ткани) явлений; отметим, что у «нормальных», уравновешенных людей старость – это период душевного спокойствия и особой богатой опытом мудрости, которая, однако, при склонности стариков застывать на приобретенном в более молодые годы запасе идей и неспособности их к восприятию нового и оригинального вносимого в жизнь юным поколением, нередко на деле обращается в довольно вредную «глупость»».

Продолжение на стр. 14

Таблица 3. Показатели синтаксического уровня в исследуемых текстах

Статистические показатели		Синтаксический уровень					
		Общее количество предложений во фрагменте	Длина предложений – среднее число слов в предложении*	Количество предложений по видам к общему числу предложений (%)			
				Простое	Односоставное	Сложное	С двойным видом связи
Текст 1	Среднее	17,800	35,506	45,570	1,052	53,376	12,078
	95% ДИ Нижний уровень	16	30,210	38,894	0	43,924	3,633
	95% ДИ Верхний уровень	20	39,310	52,982	3,156	61,960	19,986
Текст 2	Среднее	20	30,308	41,926	1,112	56,962	10,088
	95% ДИ Нижний уровень	18,200	27,932	29,998	0	46,849	4,202
	95% ДИ Верхний уровень	22	32,938	53,504	3,336	66,488	15,708
p-value		0,124	0,056	0,324	0,222	0,319	0,371

*Показатели, входящие в состав авторского инварианта (А.Т.Фоменко, 2005).

Начало на стр. 13

Таким образом, из 7 показателей, которые относятся к параметру авторского инварианта, только 2 продемонстрировали различия между текстами, однако характер различия по показателю «Общая частота употребления служебных слов» связан с задачами текстов – представленной в тексте 2 пространственно-временной динамикой, определяющей в некоторой мере потребность стилистической направленности текста в употреблении служебных частей речи, тогда как смежные с ним чувствительные показатели «Среднее количество служебных слов в предложении», отдельно выделенные по служебным частям речи показатели «Общая частота употребления предлога “в”» и «Общая частота употребления частицы “не”» не обнаружили различий (так же как и служебное слово «однако», исследованное нами на лексико-стилистическом уровне как стереотипный речевой оборот). Отклонение показателя «Общая частота употребления существительных» также может быть объяснено задачами пространственно-временной динамики текста, где они чаще используются в тексте для описания местоположения и направления движения, а не связано с потенциальными различиями авторства.

Лингвистические показатели на **синтаксическом уровне** продемонстрировали, что выбор структуры языковых конструкций (видов предложений) является однотипным на протяжении текстов «Статики психопатий» и «Динамики психопатий». Результаты анализа синтаксического уровня представлены в табл. 3.

В тексте 1 содержится 89 предложений, в тексте 2 – 100 предложений, при этом между текстами не отмечается статистически значимых различий в частоте употребления таких видов предложений, как простое, односоставное, сложное и сложное с двойным видом связи. Так, например, в тексте 1 представлено 41 предложение простого вида, что сравнимо с текстом 2, в котором – 42 простых предложения (45,570%; 41,926%; $p=0,324$). Это такие предложения, как в тексте 1:

«Дело идет о лицах с постоянно пониженным настроением» или «Эта группа психопатов представляет полярную противоположность только что описанной», и в тексте 2 – «В результате психическое равновесие личности снова подвергается опасности» или «Психогенные реакции дальше делятся на шоки, собственно реакции, развития».

В текстах 1 и 2 обнаружено по 10 предложений с двойным видом связи – достаточно сложных синтаксических конструкций, которые нечасто употребляются в научных произведениях и, встречаясь в равной мере в исследуемых нами текстах (12,078%; 10,088%; $p=0,371$), могут служить косвенным доказательством единства авторского стиля. В качестве примеров таких сложнораспространенных предложений с двойным видом связи можно привести следующие.

Текст 1: «По существу, это большей частью – люди веселые, открытые и даже простодушные, однако на окружающих часто производящие впечатление капризных недотрог: *малейшая* неприятность омрачает их душевное расположение и приводит их в глубокое уныние, хотя, обыкновенно, не надолго; *стоит* такому субъекту сообщить какую-нибудь интересную новость или немного польстить его самолюбию, *как* он уже расцветает, делается снова жизнерадостным, бодрым, энергичным».

Текст 2: «Правда, бред параноиков редко и обыкновенно только частично поддается обратному развитию, а после тяжелых длительных реактивных состояний или в результате частой смены фаз циркулярного психоза иногда остаются уже стойкие явления психической инвалидности, *однако* принципиальное отличие этих своеобразных “исходных состояний” от исходных состояний прогредиентных психозов заключается в *том, что* здесь мы имеем исключительно результаты чрезмерной перегрузки истощения мозга, там же происходит разрушение его злокачественным процессом; *здесь* повреждение мозга является побочным следствием чрезмерной силы аффективных переживаний, там же оно представляет собой первичный

“паразитический” исходный пункт всех психопатологических явлений».

Помимо видового состава предложений, на синтаксическом уровне обращает на себя внимание использование в обоих текстах такого знака препинания, как тире, который носит характер авторского (если не учитывать редакционную правку), так как встречается там, где не несет функциональной нагрузки. Тире в авторском исполнении осложняет структуру сложного предложения, усиливает содержание в значении «еще более важно» и формирует дополнительное выделение информации, расставляя множественные акценты по тексту. Так, например, в тексте 1 мы встречаем следующее: «Кроме того, в сделанном они замечают преимущественно ошибки, а в том, что предстоит – столько трудностей, что в предвидении их невольно опускаются руки», или «У некоторых из описываемых нами людей внутренняя угнетенность и заторможение до некоторой степени компенсируются во вне волевым напряжением, чрезвычайно трудно, однако им дающимся: нередко можно видеть, как в минуты усталости или ослабления воли у них спадает надежда на их действительное “я” маска, обнажая подлинное их лицо – и место веселого балагура занимает полный безнадежного внутреннего отчаяния вялый меланхолик». По всей видимости, именно авторское тире мы находим и в тексте 2: «Ошибки, совершенные молодыми людьми, при общей их неустойчивости и свойственной им склонности к беспричинным расстройствам настроения, нередко вызывают – короткие, но острые вспышки отчаяния, ведущие к непоправимым поступкам, например, попыткам на самоубийство», или «Можно ли говорить о “профессиональных психопатиях” (нищие, проститутки и др.) – мы думаем, что нет». Известно, что расстановка знаков препинания может дать информацию об особенностях авторского стиля, но с учетом того, что текст не был подвержен редактуре. Нами оценивалось издание 1933 г., тогда как для большей достоверности предполага-

ется обращение к оригиналам рукописей автора.

Анализ текстов на предмет орфографических ошибок показал, что они, с нашей точки зрения, встречаются умеренно редко: две ошибки (слитное написание – «повидимому», «имеем *ввиду*») приходится на текст 1, три ошибки (орфографическая ошибка – «ослабляют», раздельное написание – «*при чем*», употребление неверного предлога – «об едва») – на текст 2. Учитывая, что ошибки исследуются в рамках активного словаря автора, они должны отражать количественное свойство повторяемости, чего мы не наблюдаем в анализируемых текстах. Кроме того, достоверность качественного анализа ошибок при наличии их повторяемости (например, по типу слитного написания в тексте 1) и в ракурсе их авторской принадлежности может быть оценена только при анализе рукописей, в ином случае должна проводиться дифференциация с машинными, издательскими опечатками и результатами работы редактора.

В связи с описанными выше данными о сложностях разграничения авторских стилистических особенностей и издательской редакции, а также в связи с незначительной представленностью указанных параметров в изучаемых текстах, мы посчитали нецелесообразным учитывать в подведении итогов работы такие качественные характеристики синтаксического уровня, как авторские знаки препинания и ошибки (хотя они и наблюдались в обоих текстах), рекомендуемые в большей мере для уточнения авторского стиля при анализе художественных, а не научных произведений (Т.В.Батура, 2013).

Таким образом, на синтаксическом уровне не наблюдалось статистически значимых различий между текстами, а автор использовал однотипную структуру языковых конструкций.

Выводы

Результаты анализа совокупности значений лингвистических показателей на лексико-стилистическом, морфологическом и синтаксическом уровнях и параметра авторского инварианта, характеризующих авторский стиль

в текстах «Статика психопатий» и «Динамика психопатий», подтверждают гипотезу, свидетельствующую о единстве авторского стиля произведения. Это позволяет сделать вывод о том, что научное произведение «Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика», включая его главы о статике и динамике психопатий, было написано одним автором, т.е. профессором Петром Борисовичем Ганнушкиным.

Ограничения и недостатки исследования

Результаты проведенного нами анализа текстов и статистическая

обработка текстовых данных не выявили, с лингвистической точки зрения, значимых различий между текстами «Статика психопатий» и «Динамика психопатий» по совокупности показателей лексико-стилистического, морфологического и синтаксического уровней, характеризующих авторский стиль. Найденные статистически значимые различия по 4 лингвистическим показателям (из них 2 включены в авторский инвариант) из анализируемых 26, по нашему мнению, объясняются описанными в обсуждении исследования типовыми задачами текстов, а не отклонениями в авторском стиле. В то же время, учи-

тывая, что метод авторского инварианта описывает чувствительные характеристики, соотносимые с авторским стилем, для уточнения или опровержения гипотезы было бы показательным оценить разброс значений как минимум по двум лингвистическим характеристикам («Общая частота употребления служебных слов» и «Общая частота употребления существительных») в текстах «Статика психопатий» и «Динамика психопатий» по сравнению с текстом предполагаемого соавтора в рамках последующих исследований.

Кроме того, следует отметить, что на данном этапе развития

лингвистической науки не существует окончательно отработанного инструментария, который позволил бы как со стопроцентной вероятностью судить или делать окончательный вывод о единстве авторского стиля, так и собственно со стопроцентной вероятностью выделять сам параметр и характеристики индивидуального авторского стиля. Об этом, прежде всего, свидетельствуют лингвистические исследования по теме изучения авторского стиля на примере художественных произведений (В.П.Фоменко, Т.Г.Фоменко, 1995; Г.Хьетсо, С.Густавссон, Б.Бекман, С.Пил, 1989; Г.Хьетсо, 1978). ■

Психиатрия и живопись

Эдвард Мунк: к 70-летию со дня смерти



Академик РАН,
профессор А.С.Тиганов

Выдающийся норвежский художник Эдвард Мунк, создавший множество вызвавших восторг и негодование полотен, занимает особое место в истории мировой живописи. Он писал портреты и пейзажи, жанровые сцены, создавал символические образы; его произведения нередко гипнотизируют и завораживают.

Эдвард Мунк прожил непростую жизнь, будучи крайне противоречивой и далеко не всегда понятной окружающим личностью.

Родился Эдвард в 1863 г. в семье врача, ему было всего 5 лет, когда от чахотки скончалась его мать. После этой трагедии отец, очень привязанный к детям, читавший им сказки и саги и игравший с ними, впал в унылое христианство, постоянно читал Библию, почти не обращая внимания на своих отпрысков. Сестра матери, к которой был очень привязан Эдвард, заметила способности мальчика к рисованию и способ-

ствовала поступлению его в школу живописи, о чем он мечтал. Однако без видимых причин он отделился от нее и в последующем относился к ней с чувством неприязни. В эти юные годы Мунк пишет много портретов своих родных, однако сестру матери он всегда писал с опущенной головой, закрытым лицом, как будто ему не хотелось смотреть ей в глаза. Во время учебы в школе живописи Эдвард попал в кружок художников, где царили достаточно свободные нравы, а члены кружка были завсегдатями одного из ресторанов Осло. В кружке он держался особняком, однако внешне был привлекателен и пользовался успехом среди женщин. В один из вечеров влюбленная в Мунка девушка выстрелила в него и поранила палец на руке, что привело к деформации сустава, кисть художника была изуродована. Он долго не мог забыть этот инцидент; если и раньше ему трудно было общаться с людьми, то теперь он стал еще более нелюдимым.

В возрасте 23 лет Мунк создает картины, вызвавшие противоречивые мнения: «Большая девочка» – прощание Мунка со своей умирающей сестрой, «На другой день» – смертельно усталая, пьяная, полураздетая женщина лежит на кровати, рядом с которой бутылки и стаканы, «Переходный возраст» – обнаженная 14-летняя девушка сидит на краю кровати, видно, что в фигуре просыпается сознание пола и страх.

Критика обрушилась на Мунка с огромной силой, ему советовали найти другую профессию, картины художника критики называли «безнравственными, болезненными, грубыми». Когда Национальная галерея в Осло купила его картину, на другой день один из



Эдвард Мунк.

критиков заявил, что отныне граждане Осло не смогут водить своих дочерей в галерею до тех

пор, пока «пьяным проституткам» Э.Мунка будет «разрешено спать» в залах галереи.

Все произведения, написанные Мунком, отражали его внутреннее состояние. Он утверждал, что будет писать людей, чувствующих, любящих и страдающих; при соприкосновении с живописью люди должны проникаться святостью и снимать перед картинами шляпы, как в церкви. Одновременно с этим он говорил, что люди – это «жалкие земляные вши», они велики лишь в собственных мыслях, «если тебе надоест плясать под дудочку судьбы, остается только один выход – лишиться себя жизни». В этом высказывании прослеживается раздвоенность суждений и оценок, характерных для его личности в течение всей жизни.

В 29 лет Мунк получил стипендию и уехал в Париж, где нахо-

Продолжение на стр. 16



На другой день, 1894–1895 гг.

Начало на стр. 15

дился под сильным влиянием импрессионистов, особенно А.Тулза-Лотрека. Примерно с 30 лет и до самой кончины Мунк пытался изобразить свое мировоззрение: «Фриз жизни» был задуман как ряд картин, которые дают представление о жизни человека. Мунк полагал, что эти полотна будут поэмой о жизни, любви и смерти. Он считал, что люди – всего лишь «безмолвные пешки», высшие силы дают им одну запо-



Мадонна, 1894 г.

ведь: «Преодолейте слепую игру по имени жизнь». На одной из картин изображена борьба обнаженных фигур, лезущих друг на друга, группа людей наверху поднимает гроб. Другие картины этого цикла также отличаются крайней мрачностью сюжета.

Он очень любил обнаженную натуру, часто писал женщин с красивым телом, но отвратительными грубыми лицами. Публичный дом был для Мунка пространством, где царили ужасы, кошмары, кровь и убийства; он написал много картин об этих домах, все они исполнены страха и ужаса. Мунк писал себя обнаженным, на одной из картин он стоит в темной комнате, его тело обьято пла-



Поцелуй, 1890 г.

менем, лицо искажено, он в аду.

Будучи зрелым и уже немолодым художником, он написал автопортрет, когда болел испанкой, портрет так и называется – «Больной испанкой». Старый человек сидит в кресле, накрыт пледом, рот раскрыт, он задыхается. Рассматривающих портрет Мунк спрашивал, не чувствуют ли они удушающий запах, разве они не видят, что он начинает гнить?

Мунк был невероятно наивен и вспыльчив: однажды, обратив внимание на месяц на небе, спросил собеседника, куда же делась луна? Данные ему объяснения, что луна и серп луны – это единое целое, он посчитал глупостью и отказался согласиться с этим. Он был крайне подозрителен, считал, что люди хотят ему зла, тайные противники преследуют его. Заметив, что кто-то при нем шепчется, говорил: «Когда буржуазный сброд перестанет обо мне злословить?»

Тяжелый и продолжительный психоз развился у Мунка достаточно поздно, в возрасте 45 лет, заболевание было диагностировано как «мания преследования». Незадолго до помешения в больницу он подходил на улице к незнакомым людям, которые, как ему казалось, обсуждали и осуждали его, и наносил им удары. В психиатрической клинике Д.Якобсона он провел 7 мес и, несмотря на тяжелое состояние с бредом преследования и галлюцинациями, продолжал рисовать. Исследователи его творчества утверждали, что картина, написанная во время болезни, не хуже и не лучше созданных до заболевания и после выздоровления. В клинике он написал стихотворение «Альфа и Омега», снабдив его серией рисунков, которое дает представление о его болезненном состоянии. Идея стихотворения заключалась в том, что, даже находясь с женщиной на необитаемом острове, нельзя быть уверенным в ней. Звери, цветы, растения и даже луна – твои соперники. Омега, бу-



Смерть в комнате больного, 1893 г.

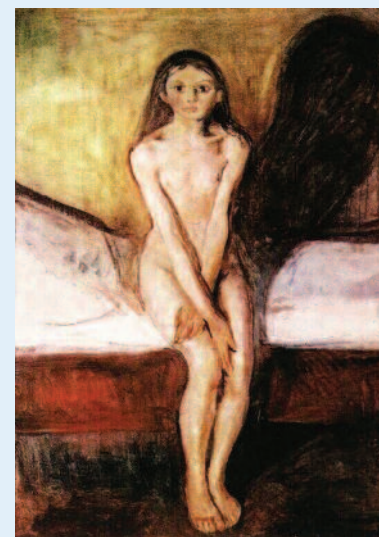
дучи привязана к Альфе, не могла отказать себе в интимных отношениях со змеей, медведем, тигром, ослом и оленем. Омега, спасаясь от гнева Альфы, помчалась, сидя на спине оленя, через море в зеленую страну, а Альфа остался один на острове. На следующий день к Альфе пришли его дети, которые называли его отцом: это были маленькие змеи, поросята, обезьяны и ублюдки. Олень привозит Омегу обратно, Альфа убивает ее, на него набрасываются все его дети и растерзывают; новое поколение заполняет остров...

После окончания лечения, покинув больницу, Мунк находился в несколько приподнятом настроении, что не могло не отразиться на его творчестве: краски стали светлее, темы картин не были такими грустными, как прежде. Временами его тревожили мысли о возможности нового приступа болезни, он говорил: «Если кто-нибудь упрячет меня в такое место, то не знаю, смогу ли я отсюда выйти».

Мунк вернулся в свой небольшой дом в маленьком местечке Огсторстранд, который очень любил. Около дома был небольшой одичавший сад, за которым Мунк не ухаживал, он не заботился об уюте. Обстановка в доме была ужасной: две кровати, стол и несколько плохих стульев, пыль лежала повсюду толстым слоем. В ящике для дров – мешки с сухарями, на столе кисти, банки из-под консервов, заржавевшие гвозди.

После выздоровления Мунка, как и прежде, особенно волновали тайны любви и смерти. Излагая свое мировоззрение, он утверждал, что людей толкает друг к другу инстинкт спаривания; аналогичное наблюдается и в природе: земля-женщина; солнце, луна, воздух и море – мужские силы, обнимающие землю и оказывающие на нее плодотворное влияние. Его мировоззрение нашло свое отражение в картине «Два че-

ловека». На берегу стоит пара: она смотрит на берег и море, он – на нее. Чувствуется влечение этих двоих друг к другу, великие силы овладели ими. В это же время он создает серию замечательных пейзажей: восход солнца, который приносил Мунку радость, и холмы, которые он видел из свое-



Переходный возраст, 1894 г.

го окна и был рад тому, что они не дают возможности наблюдать заход солнца, погружающий его в глубокое уныние.

Мунк страдал боязнью пространства, он с трудом переходил улицу, не любил оглядываться по сторонам, это состояние изображено на картине «Крик»: рот юноши раскрыт, он обвил руками голову для того, чтобы заглушить вопль. От картины веет всепоглощающим страхом, краски и линии пейзажа восстают против слабого и сверхчувствительного человека, ландшафт движется по направлению к нему, чтобы задуть его.

Спустя несколько лет после выписки Мунк купил большую усадьбу Эйкелю на окраине Осло с намерением разместить там



Писатель Ханс Йегер, 1889 г.

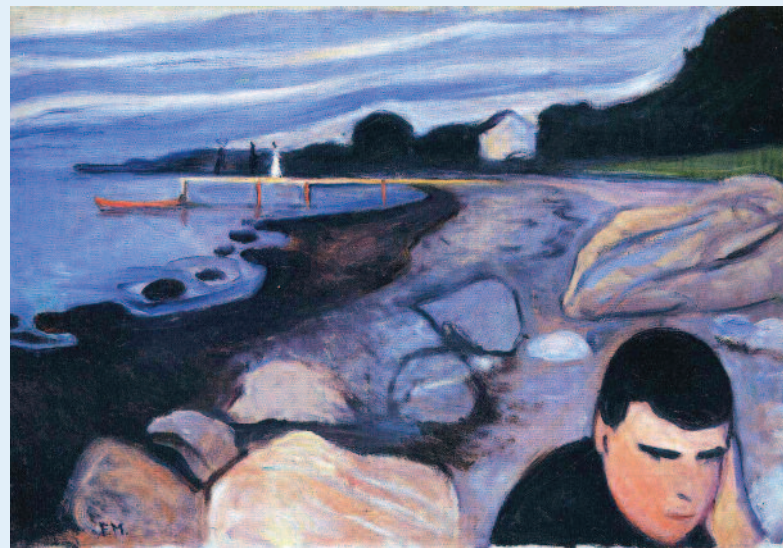
«Фриз жизни», однако впоследствии он считал, что все картины, написанные им, так или иначе имеют отношение к этому циклу. Архитектура дома была нелепой: что-то среднее между электростанцией и белым гробом, мебели не было – не потому, что Мунк был скуп, а потому, что убранство

грудь и уши, иногда он давал путанные и противоречивые объяснения. Он почти не контактировал с современниками, одни ему не нравились и вызывали неприязнь, других подозревал в том, что они что-то затевают против него, с третьими общение было невозможно, потому что они были друзьями или знакомыми тех, кто не нравился Мунку или кого он подозревал в заговоре против него.

Мунк сам замечал в себе черты болезненного раздвоения личности и полагал, что чем сильнее он жаждал чего-то, тем сильнее он хотел противоположного.

Последние десятилетия жизни Мунка все меньше занимали проблемы любви и смерти. Основное, на чем он сосредоточивал свое внимание, были краски и свет. На картинах, написанных в этот период, мы видим много солнца: снопы лучей желтых, красных, спускающихся на море, камни и землю.

Как мастер линий, Мунк производит неизгладимое впечатле-



Меланхолия, 1892 г.

общего ни с немцами, ни со сторонниками Квислинга.

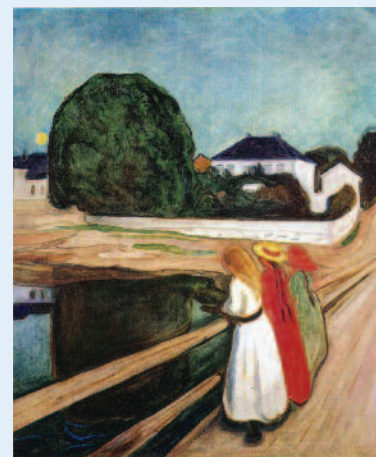
Одна из последних его работ – автопортрет: старый и усталый, он стоит в спальне около стеновых часов. Кажется, что он поднялся с кровати для того, чтобы встретить смерть.

Похороны Мунка прошли при огромном стечении народа, в похоронной процессии особенно много было женщин. Урна с прахом Э.Мунка стоит в почетной роще церкви Спасения в Осло.

Эдвард Мунк, как и многие другие писатели, музыканты и художники, поражен своей целеустремленностью, трудолюбием, сверхценным отношением к своему творчеству, которое не исчезало даже в период развернутого психотического состояния. Вместе с этим аффективные расстройства в виде состояний депрессий и мании не могли не отразиться на творчестве художника: картины, написанные в состоянии депрессии, отличаются блеклым или нарочито мрачным колоритом и содержанием, в то время как в гипомании – тема картин лишена грусти, а краски полотен стали светлее.

Проявлением болезни можно считать также периодически появляющиеся концепции на темы космоса, жизни и смерти, взаимоотношений между полами. Эти сверхценные идеи, граничащие с бредовыми расстройствами, от-

нестаточная информация о душевном недуге художника не позволяет с уверенностью квалифицировать то или иное расстройство, однако крайняя подозрительность и выраженные идеи отношения, а также вербальные иллюзии и галлюцинации заставляют предполагать развитие приступов с персеку-



Девушки на мосту, 1901 г.



Крик, 1893 г.

комнат его не интересовало. В коридорах дома штабелями стояли картины Мунка, периодически он звонил своим друзьям и говорил о том, что та или иная картина пропала, а когда она обнаруживалась, подозревал, что ее вернули.

Иногда Мунк в буквальном смысле слова «боролся» со своими картинами, которые ему не нравились; он топтал их ногами, произносил проклятия в их адрес, устраивал им «лошадиное лечение», оставлял их на улице под дождем, надеясь, что картина станет лучше. Нередко он относился к картинам, как к одушевленным предметам, одну из картин он забросил на чердак, при этом опасаясь, что она может прыгнуть с лестничной площадки и пробить ему голову.

В течение жизни Мунк написал много портретов, однако старался избегать изображения рук, практически не писал женскую

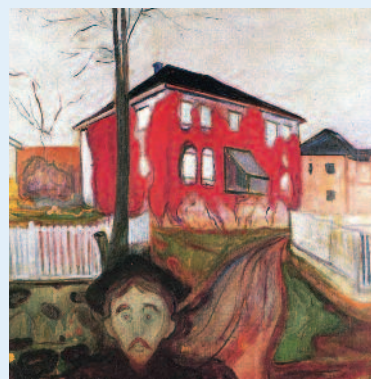
ние на зрителя, он один из тех живописцев, которые проложили так много путей в живописи и создали поражающие духовным содержанием и красотой картины.

Последние годы жизни Мунка совпали с оккупацией немцами Норвегии. 76-летний Мунк воспринял это как личную трагедию и показал себя истинным патриотом своей страны. Сторонники Квислинга, принявшие оккупацию Норвегии и сотрудничавшие с немцами, обратились через Кнута Гамсуна, который был знаком с ними, чтобы пригласить Мунка в «Почетный совет искусства», но он отказался от этого предложения. В 1944 г., в день 80-летия Мунка, сторонники Квислинга хотели устроить большую выставку его произведений, однако художник был категорически против, просил оставить его в покое, так как не хотел иметь ничего

торным характером бреда. Однако не исключена возможность, что эти расстройства не были оформлены в виде приступов, а существовали на протяжении всей жизни больного.

Крайняя замкнутость, не всегда адекватное отношение к окружающим, признаки инфантилизма заставляют предполагать наличие специфических изменений личности, свойственных эндогенному заболеванию. Тем не менее стиль живописца, менявшийся в течение жизни, но не потерявший самобытности, зрелости, особого художественного видения мира, свидетельствует о таланте живописца, его особой приверженности избранному им виду искусства.

Эдвард Мунк, которому жизнь доставляла мало радости, любил ее такой любовью, что в конце концов хотел слиться воедино со своими картинами, в них продолжить жизнь и существовать. Эта мечта Эдварда Мунка сбылась. ■



Красный плющ, 1900 г.

личались изменчивостью, некоторые из них имели возрастную окраску.

Паническое расстройство: опыт использования эсциталопрама



*Е.В.Колоцкая
Кафедра психиатрии
и психосоматики ИПО ГБОУ ВПО
Первый МГМУ им. И.М.Сеченова
Минздрава России*

Паническое расстройство (ПР) принадлежит к числу наиболее распространенных форм пограничной психической патологии. По данным эпидемиологических исследований, распространенность ПР на протяжении жизни варьирует от 1,6 до 2,2%.

Фармакотерапия ПР традиционно предусматривала применение бензодиазепинов и антидепрессантов. Однако в последнее время использование производных бензодиазепина значительно ограничено вследствие высокого риска изменения толерантности, а также формирования лекарственной зависимости и симптомов отмены после длительного лечения. В ряду антидепрессантов эффективность по отношению к проявлениям ПР доказана у большинства трициклических антидепрессантов (ТЦА). Однако необходимость длительного (часто многолетнего) приема ТЦА с учетом высокого риска развития нежелательных явлений (НЯ) нередко приводит к преждевременной отмене терапии либо использованию заведомо неэффективных доз.

В результате в официальных рекомендациях по психофармакотерапии ПР производные бензодиазепина и ТЦА рассматриваются лишь в качестве медикаментов 2-й линии. В настоящее время большинство препаратов, реко-

мендованных к использованию в терапии ПР, входят в группу селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС). СИОЗС обладают достоверно подтвержденной антидепрессивной активностью, а также обнаруживают эффективность при различных тревожных расстройствах, включая ПР.

В ряду СИОЗС особое место занимает эсциталопрам. В отличие от своего предшественника циталопрама, представляющего собой рацемическую смесь R-(правостороннего) и S-(левостороннего) изомеров, способность эсциталопрама подавлять обратный захват серотонина в терапевтических дозах реализуется исключительно за счет S-изомера. Такой механизм действия оказался значимым в плане снижения числа характерных для СИОЗС в целом НЯ и обеспечил более высокие показатели переносимости. Широкий спектр анксиолитиче-

ского действия (включая усиление симптомов тревоги). Однако последующие исследования показали, что реальное усиление симптомов ПР при использовании эсциталопрама не наблюдается; скорее всего, речь идет об отсроченном терапевтическом (анксиолитическом) эффекте препарата, свойственном и другим представителям группы СИОЗС. Так, в классическом исследовании S.Stahl и соавт. обратили внимание на то, что положительная динамика в отношении ПР регистрируется лишь ко 2-й неделе терапии, а значимый терапевтический эффект – к 4-й неделе.

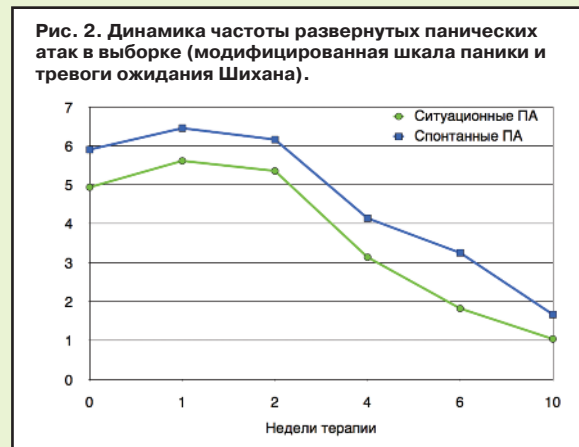
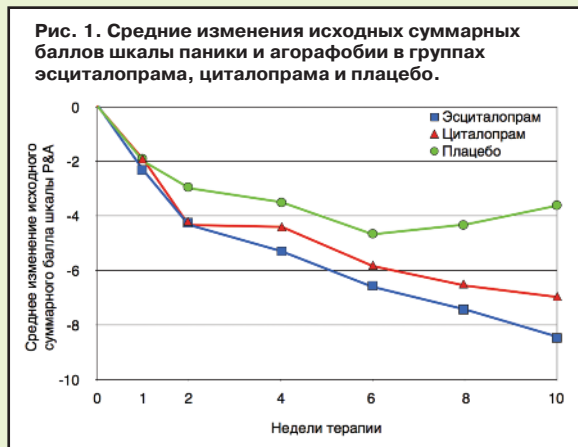
Материал и методы исследования

Данное исследование, базировавшееся на 10-недельной монотерапии эсциталопрамом (в сравнении с плацебо и терапевтическими дозами циталопрама),

усиления симптомов тревоги), но и более эффективным по сравнению с «классическим» СИОЗС.

Накопленный за последнее десятилетие позитивный опыт использования эсциталопрама в лечении ПР уместно подтвердить результатами собственного исследования. Данное 10-недельное открытое неконтролируемое исследование было проведено в ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» в 2006 г. Изученную выборку составили 30 пациентов (мужчин – 17, женщин – 13; средний возраст 35,7 года). В большинстве наблюдений ПР носило хронический характер – средняя длительность в выборке к началу исследования составляла 5,6 года. В 1/2 наблюдений симптомы ПР не сопровождались избегающим поведением. У 9 больных зафиксировано эпизодическое избегание фобических ситуаций и только у 6 – признаки стойкой агорафобии.

Результаты исследования подтвердили сложившееся к тому времени представление об отсроченном анксиолитическом действии эсциталопрама. В течение 1-й недели лечения не было вы-



ской активности эсциталопрама подтвержден результатами плацебо-контролируемых исследований на выборках больных с тревожными депрессиями, социальной тревогой, генерализованным тревожным расстройством (ГТР) и ПР.

Осторожный оптимизм в отношении эффективности эсциталопрама при лечении ПР был вызван в первую очередь имеющимися данными о некотором активирующем эффекте препарата, что предполагало гипотетическую возможность обострения тревоги при использовании его в данном контингенте больных (крайне лабильных в плане об-

выявило также существенное превосходство в силе антипанического эффекта не только по отношению к плацебо, но и к циталопраму, признанному к тому времени одним из эффективных в отношении ПР СИОЗС. Более того, на основании анализа обширной выборки (366 наблюдений) было установлено, что доля пациентов, достигших полной ремиссии на терапии эсциталопрамом, была достоверно выше, чем в группе больных, получавших циталопрам (разница составила около 10%). Таким образом, несмотря на известные сомнения, эсциталопрам оказался не только безопасным (с точки зрения возможного

явлено положительной динамики как в частоте панических приступов, так и в выраженности тревоги ожидания и избегающего поведения. В отличие от результатов цитированного выше исследования, на этом этапе терапии было отмечено некоторое усиление интенсивности основных проявлений ПР. Анализ показателей модифицированной шкалы паники и тревоги ожидания Шихана свидетельствует о том, что на 1-й неделе терапии наблюдается усиление частоты панических атак. В основном это касается интенсивности спонтанных паниче-

Продолжение на стр. 20

Таблица 1. Распространенность обсессивно-фобических расстройств (по данным метаанализа)

	Распространенность в течение года, %		Распространенность в течение жизни, %	
	Диапазон данных	Обобщенная оценка	Диапазон данных	Обобщенная оценка
Социальные фобии	2,3–44,2	4,5 (3,0–6,2)	0,5–45,6	2,5 (1,4–4,0)
Изолированные фобии	0,2–8,8	3,0 (1,0–5,8)	0,6–11,3	4,9 (3,4–6,8)
ГТР	0,2–12,7	2,6 (1,4–4,2)	1,9–31,1	6,2 (4,0–9,2)
ПР	0,1–3,2	1,0 (0,6–1,5)	0,1–3,8	1,2 (0,7–1,9)
Агорафобия	0,6–2,9	1,6 (1,0–2,3)	0,7–10,8	3,1 (2,1–4,4)
Обсессивно-компульсивное расстройство	0,1–1,8	0,5 (0,3–0,9)	0,3–0,32	1,3 (0,9–1,8)



антидепрессант ФЕВАРИН®

Первый среди Селективных Ингибиторов
Обратного Захвата Серотонина¹



Верни жизни краски, чувствам – контроль!

- Эффективное лечение депрессий, профилактика рецидивов депрессий²
- Лечение обсессивно-компульсивных расстройств, в том числе у детей старше 8 лет²
- Оптимальный выбор у пациентов с тревожной депрессией и нарушением сна^{3,4}
- Положительное влияние на когнитивные функции у пациентов с депрессией⁵

(1) По данным «IMS health» Q4 2013, published online.
 (2) Инструкция по медицинскому применению препарата от 05.03.2014.
 (3) Houck C. Psychopharmacology Bulletin. 1998;V.34:225-227.
 (4) Wilson S.J., Bell C., Coupland N.J., Nutt D.J. Sleep in depressed outpatients during treatment with fluvoxamine — a home-based study. European Neuropsychopharmacology 1995; 5:303.
 (5) Hayashi T., Stahl S.M. Сигма-1 рецепторы и их роль при лечении аффективных расстройств (обзор-реферат), Психиатрия и психофармакотерапия 2009, том 11 №5, 32-28.

Феварин®, МНН: флувоксамин. **Фармакотерапевтическая группа:** антидепрессант. **Фармакологическое действие:** Исследования по связыванию с рецепторами показали, что флувоксамин является мощным ингибитором обратного захвата серотонина как *in vitro*, так и *in vivo* с минимальным средством к серотониновым рецепторам. Флувоксамин обладает высоким сродством к сигма-1-рецепторам, действуя как их агонист. **Показания:** депрессии различного генеза; обсессивно-компульсивные расстройства. **Противопоказания:** одновременный прием с тизанидином и ингибиторами моноаминоксидазы (ингибиторы MAO). Лечение флувоксамин может быть начато через 2 недели после прекращения приема необратимого ингибитора MAO; на следующий день после прекращения приема обратимого ингибитора MAO (например, моклобемид, лизиназол). Промежуток времени между прекращением приема флувоксамина и началом терапии любым ингибитором MAO должен составлять, как минимум, 1 неделю. Одновременный прием с препаратом ритонавир, ингибирующий активность к активному веществу или к любому из компонентов препарата. С осторожностью: печеночная и почечная недостаточность, судороги в анамнезе, эпилепсия, пожилой возраст, пациенты со склонностью к кровотечениям (тромбоцитопения), беременность, лактация. **Применение во время беременности и в период лактации:** Беременность. Эпидемиологические данные дают основание предполагать, что применение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) при беременности, в особенности на последних месяцах беременности, может повысить риск персистирующей легочной гипертензии (ПЛГ) новорожденных. Не рекомендуется применение флувоксамина во время беременности, за исключением случаев, когда клиническое состояние женщины указывает на необходимость его применения. Были описаны отдельные случаи синдрома отмены у новорожденных после использования флувоксамина в конце беременности. У некоторых новорожденных после воздействия СИОЗС в третьем триместре беременности возникали затруднения кормления и/или дыхания, судорожные расстройства, нестабильная температура тела, гипогликемия, тремор, нарушения мышечного тонуса, синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, цианоз, раздражительность, летаргия, сонливость, тошнота, трудности с засыпанием и непрерывный плач, что может потребовать более продолжительной госпитализации. Период лактации. Флувоксамин проникает в грудное молоко в небольших количествах. В связи с этим, препарат не должен применяться в период лактации. Фертильность. Флувоксамин не следует назначать пациентам, которые планируют беременность, за исключением случаев, когда клиническое состояние пациента требует назначения флувоксамина. **Способ применения и дозы:** Таблетки флувоксамина следует принимать внутрь, не разжевывая, запивая водой. Таблетка может быть разделена на две равные части. **Депрессия. Взрослые:** Рекомендуемая стартовая доза для взрослых составляет 50 или 100 мг (однократно, вечером). Рекомендуется постепенное повышение дозы до уровня эффективности. Эффективная суточная доза, составляющая обычно 100 мг, подбирается индивидуально в зависимости от реакции пациента на лечение. Суточная доза может достигать 300 мг. Суточные дозы свыше 150 мг следует распределять на несколько приемов. Для профилактики рецидивов депрессии рекомендуется принимать по 100 мг препарата Феварин® один раз в день, ежедневно. **Дети:** Из-за отсутствия клинического опыта Феварин® не рекомендуется применять для лечения депрессий у детей до 18 лет. **Обсессивно-компульсивные расстройства (ОКР) Взрослые:** Рекомендуемая стартовая доза для взрослых составляет 50 мг препарата Феварин® в день в течение 3-4 дней. Эффективная суточная доза составляет, как правило, от 100 до 300 мг. Дозы следует повышать постепенно до достижения эффективной суточной дозы, которая не должна превышать 300 мг у взрослых. Дозы до 150 мг можно принимать однократно в сутки, желательно вечером. Суточные дозы свыше 150 мг рекомендуется распределять на 2 или 3 приема. **Дети старше 8 лет и подростки:** начальная доза составляет 25 мг/сут на один прием. Поддерживающая доза 50 – 200 мг/сут. При лечении ОКР у детей в возрасте от 8 до 18 лет суточная доза не должна превышать 200 мг. Суточные дозы свыше 100 мг рекомендуется распределять на 2 или 3 приема. Синдром «отмены» после прекращения применения флувоксамина: необходимо избегать резкой отмены препарата. При прекращении лечения флувоксамин следует постепенно снижать дозу в течение минимум 1-2 недель для снижения риска синдрома «отмены». В случае возникновения непереносимых симптомов после снижения дозы или после отмены лечения можно рассмотреть вопрос о возобновлении лечения в ранее рекомендованной дозе. После вран может вновь начать снижение дозы, однако более постепенно. **Лечение пациентов с печеночной или почечной недостаточностью:** следует начинать с низких доз под строгим врачебным контролем. **Побочные действия:** анорексия, тревога, повышенная возбудимость, беспокойство, бессонница, сонливость, тремор, головная боль, головокружение, ощущение сердцебиения/тахикардия, боль в животе, запор, диарея, сухость во рту, диспепсия, тошнота, рвота, повышенное потоотделение, астения, недомогание. Синдром «отмены» после прекращения применения флувоксамина. Прекращение применения флувоксамина (особенно резкое) часто приводит к развитию синдрома отмены. По той причине, если лечение флувоксамин больше не требуется, рекомендуется постепенно снижать дозу до полной отмены препарата. Полный перечень побочных эффектов представлен в инструкции по применению. **Передозировка:** симптомы: наиболее характерным симптомом отнесения желудочно-кишечные расстройства (тошнота, рвота и диарея), сонливости и головокружения. Кроме того, имеются сообщения о нарушениях сердечной деятельности (тахикардия, брадикардия, артериальная гипотензия), нарушениях функции печени, судорогах и коме. Лечение: специфического антагониста флувоксамина не существует. При передозировке рекомендуется промывание желудка, которое должно проводиться как можно раньше после приема препарата, а также симптоматическое лечение. Кроме того, рекомендуется ингаляторный прием активированного угля, при необходимости назначение симптоматических слабительных. **Фармакодинамика:** Флувоксамин применяется в комбинации с препаратами лития для лечения тяжелых больных, плохо отвечающих на фармакотерапию. Следует отметить, что литий (и, возможно, также триптофан) усиливает серотонинергические эффекты препарата, и поэтому такого рода комбинированная фармакотерапия должна проводиться с осторожностью. При одновременном применении прямых антикоагулянтов и флувоксамина может увеличиться риск развития гематомат. Такие пациенты должны находиться под наблюдением врача. Полная информация по взаимодействию препарата с другими лекарственными средствами представлена в инструкции по применению. **Особые указания:** как и при применении других психотропных препаратов, во время лечения препаратом Феварин® не рекомендуется употреблять алкоголь. Суицид/суицидальные мысли или клиническое ухудшение состояния: депрессия связана с повышенным риском суицидальных мыслей, самоповреждений и попыток суицида (суицидальное поведение). Этот риск сохраняется до значительного улучшения состояния. Так как улучшение может не наступить в течение первых нескольких недель лечения или дольше, пациенты должны находиться под тщательным наблюдением до появления такого улучшения. Детская популяция: флувоксамин не должен применяться для лечения детей и подростков до 18 лет за исключением пациентов с обсессивно-компульсивным расстройством. Из-за недостатка клинического опыта применения флувоксамина у детей для лечения депрессии не может рекомендоваться. Лечение больных, страдающих печеночной или почечной недостаточностью: следует начинать с низких доз и такие больные должны находиться под строгим врачебным контролем. В редких случаях лечение флувоксамин может приводить к повышению активности печеночных ферментов, чаще всего сопровождающемуся соответствующими клиническими симптомами и в таких случаях Феварин® должен быть отменен. Расстройства нервной системы: необходимо проявлять осторожность при назначении препарата больным с судорогами в анамнезе. Следует избегать назначения флувоксамина у пациентов с нестабильной эпилепсией, а пациенты со стабильной эпилепсией должны находиться под строгим контролем. Лечение препаратом Феварин® должно быть прекращено, если возникнут алиментарные приступы или их частота увеличивается. Нарушение со стороны органа зрения: сообщалось о случаях развития миопии при применении СИОЗС, таких как флувоксамин. Поэтому пациентам с повышенным внутриглазным давлением или пациентам с высоким риском острой закрытоугольной глаукомы флувоксамин следует назначать с осторожностью. Реакции отмены: при прекращении приема флувоксамина возможно развитие синдрома «отмены», хотя имеющиеся данные доклинических и клинических исследований не выявили возникновения зависимости от лечения флувоксамин. Наиболее частые симптомы, отмеченные в случае отмены препарата: головокружение, нарушения чувствительности (включая парестезии, зрительное расстройство и ощущение дардом так), нарушения засыпания (включая бессонницу и яркие сновидения) возбуждение, раздражительность, спутанность сознания, эмоциональная лабильность, головная боль, тошнота и/или рвота, диарея, потливость, ощущение сердцебиения, тремор и тревога. Большинство эти симптомов имеют слабо или умеренно выраженный характер и купируются самостоятельной, однако у некоторых пациентов они могут быть тяжелыми и/или длительными. Подобные симптомы обычно возникают в течение первых нескольких дней после прекращения лечения. По этой причине рекомендуется постепенно снижать дозу флувоксамина перед полной отменой в соответствии с состоянием пациента. Мания/гипомания: флувоксамин следует с осторожностью использовать у пациентов с манией/гипоманией в анамнезе. При развитии у пациента маниакальной фазы следует прекратить применение флувоксамина. **Способность к управлению автомобилем и использованием машин и механизмов:** назначавшийся здоровым добровольцам в дозах до 150 мг, не влиял или оказывал незначительное влияние на способность к вождению автомобилей и управлению машинами. В то же время имеются сообщения о сонливости, отмечавшейся во время лечения флувоксамин. В связи с этим, рекомендуется проявлять осторожность до окончательного определения индивидуального ответа на препарат. **Условия отпуска из аптек** - по рецепту. Полная информация по препарату представлена в инструкции по применению. ИМП от 05.03.2013

ООО «Эбботт Лэбораториз»
 125171, Москва, Ленинградское
 шоссе, д. 16а, стр. 1.
 Тел.: (495) 258-42-80,
 факс: (495) 258-42-81,
www.abbot-russia.ru



Реклама

RUFEV 150224 10.03.2015

ских приступов, в то время как ситуационные панические атаки не демонстрируют статистически достоверной тенденции к усилению.

Данное обстоятельство можно объяснить тем, что на 1-й неделе терапии в большей степени проявляется активизирующий эффект препарата, что закономерно сказывается на усилении тревоги. Об этом говорит и тот факт, что основное увеличение частоты панических атак приходится на так называемые спонтанные ограниченные панические приступы, отражающие общую интенсивность тревоги и не связанные с собственно фобиями. В пользу этого свидетельствует и динамика показателей шкалы фобий в модификации Маркса и Шихана.

Как видно из представленных данных, в период 1-й недели терапии не зафиксировано значимых изменений в показателях интенсивности как фобических расстройств, так и избегающего поведения. Начиная со 2-й недели терапии отмечено резкое снижение числа и интенсивности ограниченных спонтанных панических атак, в то время как другие показатели выраженности проявлений ПР (в первую очередь развернутые панические приступы) не демонстрируют статистически достоверной динамики.

Отчетливый терапевтический эффект выявлялся, начиная с 4-й недели терапии, когда фиксировалось статистически достоверное снижение интенсивности как основных проявлений ПР, так и сопутствующих им фобических нарушений. Данная тенденция прослеживалась вплоть до окончания лечения (10-я неделя терапии). Следует отметить также, что именно с 4-й недели терапии можно говорить о пропорциональном снижении всех основных показателей интенсивности – как ПР, так и агорафобии.

Оценивая эффективность терапии к моменту завершения исследования, необходимо отметить, что в большинстве наблюдений зарегистрировано становление ремиссии. В 77,4% наблюдений речь шла о полной редукции симптоматики либо о слабо выраженных субсиндромальных расстройствах, не оказывающих существенного влияния на социальную адаптацию пациентов. В 22,6% случаев результаты терапии расценены как малоэффективные – зарегистрировано либо незначительное улучшение (клинически проявляющиеся лишь незначительным снижением общего уровня тревожных расстройств при стойком избегающем поведении), либо отсутствие положительной динамики. Следует также отметить, что лишь в одном случае терапия была прекращена ввиду обострения проявлений ПР.

В ходе исследования установлено, что эсциталопрам отличается

Таблица 2. Препараты, рекомендуемые при лечении ПР

Группа	Препараты	Категории доказательности	Уровень рекомендаций
СИОЗС	Сертралин (50–150)	A	1
	Циталопрам (20–60)	A	1
	Эсциталопрам (10–20)	A	1
	Флуоксетин (20–40)	A	1
	Пароксетин (20–60)	A	1
	Флувоксамин (100–300)	A	1
СИОЗСН	Венлафаксин (75–225)	A	1
ТЦА	Кломипрамин (75–250)	A	2
	Имипрамин (75–250)	A	2
Бензодиазепины	Алпразолам (1,5–8)	A	2
	Клоназепам (1–4)	A	2
	Диазепам (5–20)	A	2

Примечание. А – абсолютные доказательства, полученные в контролируемых исследованиях; 1 – категория А доказательства и хорошее соотношение риска/пользы; 2 – категория А доказательства и умеренное соотношение риска/пользы. СИОЗСН – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина.

Рис. 3. Динамика частоты ограниченных панических атак в выборке (модифицированная шкала паники и тревоги ожидания Шихана).

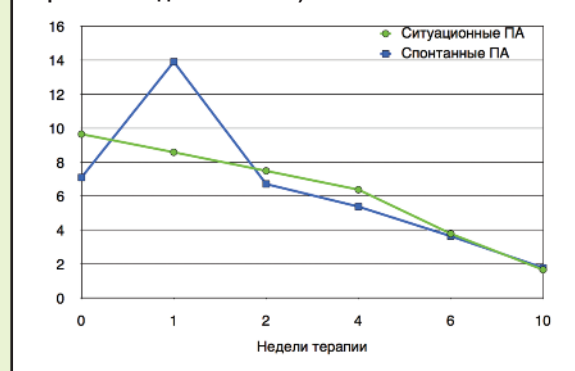
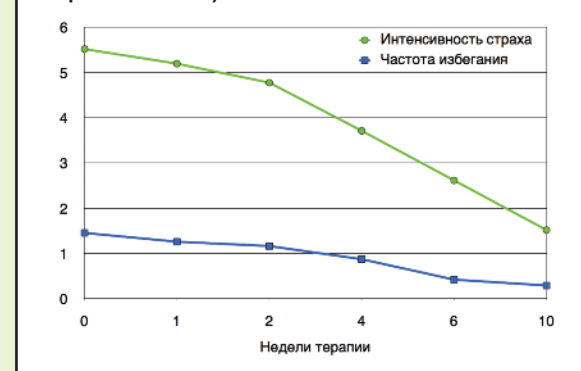


Рис. 4. Динамика частоты ограниченных панических атак в выборке (шкала фобий в модификации Маркса и Шихана).



достаточно хорошей переносимостью. Не было отмечено клинически значимых изменений в исходных показателях витальных функций, электрокардиографии и лабораторных анализов. Регистрируемые НЯ в целом характерны для всей группы ИОЗС. Наиболее часто наблюдались усиление тревоги, тошнота, головные боли, головокружение, гипергидроз, в единичном случае – сонливость. Особенностью указанных НЯ являлось то, что их интенсивность была максимальной лишь в начале лечения. В целом НЯ наблюдались преимущественно на первых 2 нед терапии. Все НЯ были выражены в слабой или умеренной степени, только в одном случае интенсивность НЯ потребовала досрочного прекращения лечения. В остальных наблюдениях НЯ не явились поводом даже для изменения режима дозирования препарата.

Результаты проведенного исследования позволили установить, что эсциталопрам обладает высокой активностью по отношению к основным проявлениям ПР. В ходе исследования подтверждено, что препарат оказывает значимое влияние на интенсивность основных психопатологических проявлений данного типа, включая развернутые и ограниченные спонтанные и ситуационные панические приступы.

Обобщение полученных данных позволяет высказать ряд предположений об особенностях влияния эсциталопрама на проявления ПР. Терапевтическое дей-

ствие эсциталопрама можно разделить на следующие этапы:

1. На 1-й неделе терапии возможно учащение спонтанных панических атак, обусловленное некоторым активизирующим эффектом препарата.
2. На 2-й неделе наблюдается снижение числа и интенсивности ограниченных спонтанных панических атак, другие показатели (в первую очередь развернутые ситуационные панические приступы) не демонстрируют статистически достоверной динамики.
3. На 4-й неделе отмечается достоверное снижение интенсивности основных проявлений ПР и агорафобии, становление ремиссии ПР.
4. На 5–10-й неделе терапии отмечается пропорциональное снижение всех основных показателей интенсивности как ПР, так и агорафобии, а также полная редукция имевшихся ранее НЯ.

Результаты исследования позволяют утверждать, что 10-недельный курс терапии эсциталопрамом в большинстве случаев оказывается достаточным для становления клинической ремиссии.

Проведенное исследование также подтвердило полученные ранее данные о высокой безопасности эсциталопрама. Регистрируемые НЯ не оказывают существенного влияния на основные показатели социального функционирования пациентов и в подавляющем большинстве случаев не становятся причиной прекращения

лечения или изменения режима дозирования препарата. Данное обстоятельство позволяет рассматривать на достаточно высоком уровне соблюдения пациентами предписанного режима терапии, что в свою очередь, несомненно, повышает общую эффективность лечения.

В заключение необходимо отметить, что именно высокий уровень безопасности делает эсциталопрам одним из приоритетных препаратов в лечении ПР. Высокая симптоматическая лабильность данного контингента больных предполагает достаточно высокие риски в плане влияния НЯ на результаты терапии. Многочисленные исследования подтвердили, что эсциталопрам является наиболее безопасным представителем группы СИОЗС. По данным M.Rosenthal и соавт., больные с непереносимостью СИОЗС в 85% случаев успешно заканчивают курс лечения после перевода на эсциталопрам. Препарат не оказывает существенного влияния на массу тела пациентов даже при его длительном использовании, НЯ, типичные для СИОЗС (тошнота, другие нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта), на терапии эсциталопрамом носят временный характер и редуцируются в течение первых 2 нед терапии. Кроме того, из всех СИОЗС эсциталопрам обладает наименьшим риском лекарственных взаимодействий, что также обеспечивает более высокую безопасность лечения. ■

О 3-й Школе профессоров «Актуальные проблемы шизофрении и аффективных расстройств»



И.Ю.Дороженко
ИПО ГБОУ ВПО Первый МГМУ
им. И.М.Сеченова
Минздрава России

19–21 марта 2015 г. в Подмосковье прошла третья школа для профессорско-преподавательского состава научно-исследовательских институтов и кафедр психиатрии России в рамках совместного образовательного проекта кафедры психиатрии и психосоматики ИПО ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М.Сеченова» (заведующий кафедрой – академик РАН А.Б.Смулевич) с ведущими российскими научными центрами и представительствами фармацевтических компаний «Эбботт» и «Янссен» (фармацевтическое подразделение ООО «Джонсон&Джонсон») под эгидой Российского общества психиатров (РОП) и Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА).

Прежде всего необходимо отметить масштабность состоявшегося мероприятия. Помимо сотrudников кафедры, в качестве лекторов были приглашены лидеры ведущих профильных институтов, а также зарубежные специалисты в области психиатрии с высоким научным рейтингом: профессор J.Olivares (Виго, Испания), профессор A.Schreiner (Нойс, Германия), профессор J.Zohar (Рамат-Ган, Израиль). В составе 130 профессоров – участников школы были широко представлены кафедры и научные подразделения различных регионов страны.

Открыл конференцию директор НОКЦ «Психосоматическая медицина», заведующий кафедрой психиатрии и психосоматики ИПО ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М.Сеченова», руководитель отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств ФГБНУ НЦПЗ, академик

РАН, профессор А.Б.Смулевич. С приветственным словом выступили: председатель правления РОП, директор ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М.Бехтерева», главный внештатный специалист-эксперт по психиатрии Росздравнадзора профессор Н.Г.Незнанов; член правления и региональный представитель по восточно-европейскому региону ВПА профессор П.В.Морозов; медицинский директор компании «Янссен» P.Vos-henski; руководитель бизнес-подразделения «Неврология и психиатрия» компании «Эбботт» В.В.Вдов.

На открытии конференции от лица ректора Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, председателя совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России, вице-президента Союза ректоров, члена-корреспондента РАН, профессора П.В.Глыбочко с приветственным словом и докладом «Перспективы развития университетского медицинского образования и науки в России» выступил проректор по лечебной работе Первого МГМУ им. И.М.Сеченова профессор В.В.Фомин, подчеркнувший актуальность и востребованность мероприятия в связи с активным развитием инновационных подходов в современной медицине.

На первой научной сессии были заслушаны доклады профессора Н.Г.Незнанова «Современные подходы к диагностике эндогенных заболеваний» и профессора J.Olivares «Преимущества раннего начала и длительной поддерживающей терапии шизофрении». Испанский коллега подтвердил постулируемый в названии своего сообщения тезис данными современных исследований, в то время как профессор Н.Г.Незнанов затронул одну из наиболее злободневных проблем, связанную с размытием клинических критериев шизофрении и других психических заболеваний вследствие тотального безальтернативного внедрения международных стандартизированных диагностических инструментов.

В завершение первого дня школы состоялся симпозиум «Эпидемиология и организация специализированной помощи психически больным», где затрагивались вопросы организации помощи в условиях реформирования психиатрической службы (профессор Н.Д.Букреева), а также эпидемиологии (профессор А.В.Андрющенко) и фармакоэкономических (кандидат медицинских наук М.В.Сура) аспектов лечения шизофрении.

Инновационный контроль над шизофренией благодаря всего одной инъекции в месяц^{1,2}



КСЕПЛИОН — первый пролонгированный атипичный антипсихотик для введения 1 раз в месяц^{1,2}:

- эффективно контролирует основные симптомы заболевания³⁻⁵
- снижает риск рецидива³
- снижает частоту госпитализаций⁶
- улучшает показатели социального функционирования⁴



1 РАЗ В МЕСЯЦ. Инструкция для внутримышечного введения пролонгированного действия.
КСЕПЛИОН
палиперидона пальмитат
Профилактика рецидивов — основа для будущего

Перед назначением внимательно прочитайте полную инструкцию по медицинскому применению препарата КСЕПЛИОН.

Инструкция по медицинскому применению препарата КСЕПЛИОН (Керпон). Регистрационный номер — ПСР-00014/10. **Торговое название препарата** — КСЕПЛИОН. **Международное непатентованное название** — палиперидон. **Лекарственная форма** — оспензия для внутримышечного введения пролонгированного действия. **Фармакотерапевтическая группа** — антипсихотическая система: пиперидиновые. **Показания к применению.** Лечение шизофрении и профилактики рецидивов шизофрении. **Противопоказания.** Гиперчувствительность к палиперидону или любому компоненту препарата. Поскольку палиперидон является активным метаболитом рisperидона, КСЕПЛИОН противопоказан больным с известной гиперчувствительностью к рisperидону. **С осторожностью.** КСЕПЛИОН следует с осторожностью применять у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, нарушениями мозгового кровообращения или системными, предрасполагающими к снижению артериального давления, у больных, имеющих в анамнезе судороги, и лиц, которые могут подвергаться воздействию повышенной температуры тела, пациентам с деменцией, пациентам с болезнью Паркинсона или деменцией с тельцами Леви. **Применение при беременности и лактации.** Беременность. Безопасность применения препарата КСЕПЛИОН внутримышечно или палиперидона перорально при беременности у людей не установлена. КСЕПЛИОН можно применять при беременности только в случае, если предполагаемая польза для матери превышает потенциальный риск для плода. Группе вскармливания. В исследованиях применения палиперидона у животных и рisperидона у людей обнаружено выделение палиперидона с грудным молоком. Поэтому женщины, получающие КСЕПЛИОН, не должны кормить детей грудью. **Способ применения и дозы.** У больных, никогда не принимавших палиперидон перорально или рisperидон перорально или парентерально, перед началом лечения препаратом КСЕПЛИОН рекомендуется в течение 2–7 дней проверить переносимость палиперидона или рisperидона перорально. Рекомендуется начинать лечение препаратом КСЕПЛИОН с дозы 150 мг в 1–й день и 100 мг через 1 неделю (оба инъекции в deltoidную мышцу). Рекомендуется поддерживать дозу 75 мг 1 раз в месяц; эффект может наблюдаться от приема больших или меньших доз в диапазоне 25–150 мг в зависимости от индивидуальной переносимости или эффективности. **Способ применения.** КСЕПЛИОН предназначен только для внутримышечного введения. Препарат медленно вводит глубоко в мышцу, иглоугодно или deltoidную. Инъекция должна проводиться только медицинским работником. **Побочное действие.** Побочные действия нежелательных побочных реакций (НПР) были слабыми или средней тяжести. Инфекции: инфекции верхних дыхательных путей; насморк — аквардерматит, бронит, воспаление слизистой оболочки носоглотки, фарингит, инфекция уха, инфекция глаза, грипп, опистхокок, пневмония, инфекции дыхательных путей, синусит, подострый абсцесс, тонзиллит, инфекция мочеполовой системы, кандидоз, дерматит. Нарушения со стороны кровеносной и лимфатической систем: нейтропения, уменьшение количества белых кровяных клеток, тромбоцитопения, агранулоцитоз. Нарушения со стороны эндокринной системы: неадекватная секреция антидиуретического гормона. Метаболические нарушения: повышение массы тела; анорексия, гиперликемия, гиперлипидемия, повышение аппетита, снижение массы тела, полииодия, сахарный диабет, гипогликемия; диабетической кетозидоз, водная интоксикация. Психиатрические расстройства: бессонница, возбуждение, ирритация, кошмары, беспокойство, депрессия, нарушение сна, мания. Нарушения со стороны нервной системы: головная боль, анатипия, головокружение, экстрапирамидные симптомы, паркинсонизм (включая анкилоз, брадикинезия, ригидность туловища, «зубчатого колеса», спонтанные, экстрапирамидные омигмы, оплохование губчатого релакса, мышечная ригидность, охваченность в мышцах, скелетно-мышечная дрожательность); нарушение координации, цереброваскулярные нарушения, судороги (в том числе эпилептические судороги), расстройство внимания, пострельное головокружение, диспраксия, дискоординация (в том числе легкая, средняя, тяжелая), нарушение движения, мышечные сокращения, клонические судороги, дистония (в том числе бифасиальная, острая, хроническая, спазм лица, пилепсия, ларингоспазм, непроизвольные мышечные сокращения, никотин, движение глазного яблока, опистхокок, формирование слезы, перепролотон, сардоническая улыбка, теназия, паралич языка, спазм языка, кривошея, судорожное стискивание челюстей), гипостезия, парестезия, полиморфная гипернатрия, обморок, тяжелая дискоординация, тремор. Офтальмологические нарушения: сухость глаза, увеличение слезоотделения, опухание век, птеригиум, непровольное движение глазного яблока, нечеткость зрительного восприятия. Нарушения со стороны органа слуха и равновесия: вертиго, боль в ухе. Нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы: повышение артериального давления, аритмия, брадикардия, нарушение проводимости, нарушения на электрокардиограмме, увеличение интервала QT на электрокардиограмме, сердцебиение, синдром постуральной ортостатической тахикардии, синусовая аритмия, тахикардия, фибрилляция предсердий, ортостатическая гипотензия; тромбоз глубоких вен; эмболия легочной артерии. Нарушения со стороны дыхательной системы: кашель, диспноэ, носовое кровотечение, заложенность носа, боль в глоточно-гортанной области, заложенность дыхательных путей, свистящее дыхание, заложенность легких, опухание глотки во сне. Желудочно-кишечные нарушения: боль в верхней части живота, запор, диарея, сухость слизистой оболочки полости рта, тошнота, рвота, боль, дискомфорт в области живота, диспепсия, дисфагия, недержание кала, метеоризм, гастроинтестинальный спазм, диспепсия, дисперсия. Нарушения со стороны гепатобилиарной системы: желтуха. Нарушения со стороны костно-мышечной системы и соединительной ткани: боль в конечностях, скелетно-мышечная боль, артралгия, боль в спине, охваченность суставов, опухание суставов, мышечные спазмы, боль в шее. Нарушения со стороны кожи: акне, сухость кожи, жжение, зрягитма, гиперперозитоз, крапивница, зуд, сыпь, алопеция, ангиоэдем. Нарушения со стороны мочеполовой системы: дисурия, полиурия, недержание мочи, задержка мочеиспускания. Нарушения со стороны репродуктивной системы и молочных желез: анкилоз, галакторея, гинекомастия, сексуальная дисфункция, нарушение эякуляции, эректильная дисфункция, вагинальные выделения, приапизм. Влияние на течение беременности, послеродовые и перинатальные осложнения: синдром отмены у новорожденных. Прочие: астенические расстройства, слабость, местные реакции (боль, зуд, уплотнение в месте инъекции), дискомфорт в области груди, озноб, отек лица, нарушение дыхания, уплотнение в месте укола, отек (в том числе генерализованный отек, периферический отек, митный отек), жажда, повышенная температура тела, гипотермия, абсолютная невосприимчивость, воспаление подкожной клетчатки в месте введения инъекции, гематома в месте введения инъекции, киста в месте введения инъекции, инфильтрация, некроз в месте введения инъекции, язва в месте введения инъекции. Изменения лабораторных показателей: увеличение активности гамма-глутамилтрансферазы, увеличение активности ферментов печени, увеличение активности трансаминаз, увеличение концентрации холестерина в крови, увеличение концентрации триглицеридов в крови, гиперлипидемия. **Передозировка.** Поскольку КСЕПЛИОН предназначен для введения медработниками, вероятность его передозировки пациентами мала. Специфического антидота для палиперидона не существует. Следует осуществлять общие поддерживающие меры, обеспечить и поддерживать проходимость дыхательных путей, достаточную вентиляцию легких и насыщение крови кислородом. **Особые указания.** Подростки и дети. Безопасность и эффективность применения препарата КСЕПЛИОН у больных моложе 18 лет не изучалась. Влияние на вождение автомобиля и работу с механизмами. КСЕПЛИОН может нарушать выполнение действий, требующих концентрации внимания и быстрой психомоторной реакции, и может влиять на зрение. Поэтому больным следует рекомендовать не управлять транспортными средствами и движущимися механизмами, пока не будет установлена их индивидуальная чувствительность. **Условия хранения.** При температуре не выше 30 °С. Хранить в недоступном для детей месте. **Условия отпуска из аптеки.** По рецепту.

PHRU/XP/1214/0001
Janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
of Johnson & Johnson
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

¹Gopal S. et al. J. Psychopharmacol., 2011; 25 (5): 685–697. ²Инструкция по медицинскому применению препарата КСЕПЛИОН.
³Hough D. et al. Schiz. Res. 2010; 116: 107–117. ⁴Pandina G. J. et al. J. Clin. Psychopharmacol. 2010; 30: 235–244. ⁵Bossie C. et al.
Poster NR 6-5 presented at the American Psychiatric Association Annual Meeting, 22–26 May 2010, New Orleans, Louisiana, USA.
⁶Sikirica M. et al. Poster NR6-25 presented at 163rd annual meeting of the APA, May 2010.

Следующие 3/4 объема рабочей программы школы были посвящены актуальным проблемам шизофрении. Так, второй день стар-

товал с пленарного заседания, где академик РАН А.С.Тиганов пред-

Продолжение на стр. 22

ставил психопатологию и формы течения шизофрении с классических позиций; профессор В.Н.Краснов подробно, с детальным историческим экскурсом, рассмотрел концептуальные предпосылки и феноменологию острой шизофрении; академик РАН А.Б.Смулевич изложил в качестве рабочей гипотезы оригинальную концепцию диссоциативных расстройств при шизофрении и расстройствах личности шизофренического спектра. Продолжил программу симпозиум под председательством профессора С.В.Иванова «Соматические расстройства у больных шизофренией», где сотрудники кафедры психиатрии и психосоматики ИПО ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М.Сеченова» представили доклады о шизофренических реакциях у онкологических больных (доцент М.А.Самушия), сердечно-сосудистых заболеваниях (профессор Б.А.Волель) и аутоагрессии (доцент И.Ю.Дороженко) у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра.

Завершил программу второго рабочего дня сателлитный симпозиум «Современные подходы к лечению шизофрении» (при поддержке ООО «Джонсон&Джонсон») под председательством академика РАН А.Б.Смулевича и профессора С.Н.Мосолова. Проблему комплаенса в психиатрии комплексно, с выделением влияющих на комплаенс факторов, проанализировал в своем докладе профессор Н.Г.Незнов, оперируя данными опроса психиатров.

Выступление профессора С.Н.Мосолова «Длительная противоречивая терапия шизофрении» включало анализ феноменологического эндотипа шизофрении в аспекте категориального и дименсионального подходов, связей шизофрении с нарушениями развития нервной системы.

Профессор A.Schreiner сделал сообщение о вкладе новых методов лечения в терапию шизофрении, частично продублировав и дополнив предыдущее сообщение данными об успешной терапии современными антипсихотиками (в частности, палиперидона пальмитатом), приводящей к достижению ремиссии у 70–85% больных шизофренией в последние годы по сравнению с 30–35% в начале психофармакологической эры.

В докладе доцента А.П.Сиденковой (Екатеринбург) были представлены структура и особенности психиатрической помощи Уральского региона, а также клинический опыт применения инъекционных атипичных антипсихотиков пролонгированного действия (рисперидон-конста) для улучшения приверженности терапии.

Профессор И.В.Боев (Ставрополь) рассмотрел молекулярно-генетические факторы этиопатогенеза шизофрении, нейробиологические параметры при раз-

витии первого эпизода шизофрении у пациентов, ранее не получавших лечение, подкрепив их данными авторской психофизиолого-математической модели дифференциальной диагностики шизофрении и шизотипических расстройств, а также используемые на крупной выборке больных шизофренией лечебные технологии. Профессор Е.В.Колоцкая, приведя обзор краткосрочных и долгосрочных исследований палиперидона пальмитата в лечении шизофрении, представила результаты натуралистического исследования эффективности ксеплиона при поддерживающей терапии больных шизофренией, свидетельствующие о том, что использование ксеплиона в качестве основного антипсихотика в противоречивой терапии больных шизофренией является хорошей альтернативой традиционному применению антипсихотических препаратов.

Третий рабочий день открыл круглый стол «Актуальные проблемы шизофрении» под председательством академика РАН А.Б.Смулевича и профессора П.В.Морозова. Во вступительном слове профессор П.В.Морозов задал тон напряженному продуктивному обсуждению концептуальных основ клинической психиатрии на модели шизофрении в крайне непростых современных условиях, что встретило поддержку представительной аудитории.

Выступление академика РАН А.Б.Смулевича «Современные концепции шизофрении», избывлющее массой ценных историко-биографических деталей, создающих уникальный формат сопричастности с деятельностью виднейших ученых и клиницистов разных эпох, ознакомило профессором – участниками школы с основными этапами развития концепции шизофрении и психиатрии в целом.

Сообщение профессора А.А.Шмиловича по материалу собственного научного исследования было посвящено синдромальным и нозологическим взаимодействиям психогенных и эндогенных факторов в патогенезе шизофрении. Профессор Э.Б.Дубницкая, развивая фундаментальные положения, прозвучавшие в выступлении академика РАН А.Б.Смулевича, всесторонне (с историческим экскурсом и грамотным клиническим описанием) затронула проблему релевантности концепции вялотекущей (малопрогрессирующей) шизофрении. Профессор К.К.Яхин (Казань) в продолжение дискуссии о нозологической самостоятельности шизофрении привел противоречивые традиционным клиническим представлениям данные современных генетических исследований с выявлением многочисленных кластеров взаимосвязанных с центральной нервной системой участков генома, ассоциированных с высокой вероятностью развития заболевания, позволяющих раз-

делить шизофрению на несколько заболеваний, качественно отличающихся по клиническим проявлениям и тяжести.

Профессор М.В.Иванов (Санкт-Петербург) посвятил выступление дефицитарным расстройствам в клинике шизофрении, сообразив об эволюции представлений от понятия «дефект» к симптом-комплексу «негативные расстройства» и рассмотрев клинические особенности первичных (дефицитарных) и вторичных (псевдодефицитарных) негативных расстройств в аспекте нозологической и современной классификаций DSM-5.

Обсуждение проблемы негативных и дефицитарных расстройств при шизофрении продолжила ведущий научный сотрудник ФГБНУ НЦПЗ А.Н.Бархатова, анализируя критерии выделения, систематику и клинические проявления негативных расстройств с классических позиций, а также в контексте гибридной (категориально-дименсиональной) модели дефицита при шизофрении.

В завершение круглого стола, после оживленной дискуссии по представленным сообщениям, академик РАН А.Б.Смулевич подчеркнул, что эндогенный процесс как реальное заболевание ждет своей новой модели и призвал участников школы активно трудиться в данном направлении, опираясь на достижения современной науки.

Отдельным разделом научной программы стал сателлитный симпозиум «Аффективные расстройства» (при поддержке компании «Эбботт») под председательством академика РАН А.Б.Смулевича и профессора Н.Г.Незнова.

В совместном докладе академика РАН А.Б.Смулевича и профессора А.В.Андрющенко были приведены данные собственного эпидемиологического исследования, подтверждающие выдвинутые теоретические постулаты о месте депрессий в психопатологических моделях, трансинформальных проявлениях и клинических особенностях депрессий при шизофрении. Израильский профессор J.Zohar в начале сообщения «Все ли СИОЗС одинаковы?» сделал акцент на такой сложной проблеме, как терапия обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР), чему предшествовал разбор классификации DSM-4 (где ОКР располагается в категории тревожных расстройств) и DSM-5 (где тревожные, стрессогенные и ОКР имеют собственные диагностические категории).

Профессор Э.Б.Дубницкая посвятила свое выступление проблеме депрессии в общемедицинской сети, приведя данные распространности и аффинитета аффективных расстройств к различной соматической и неврологической патологии и представив разработанную в отделе пограничной психической патологии и психосоматических рас-

стройств НЦПЗ транснозологическую ритмологическую модель депрессии. Опыт изучения ремиссий при аффективных заболеваниях изложил доцент Д.В.Романов, рассмотрев дефиницию, формализованные критерии, типологию, резидуальные симптомы, роль расстройств личности в структуре ремиссий, а также модель соотношения клинической и синдромальной ремиссии.

Вторую часть сателлитного симпозиума открыл доклад профессора Е.В.Колоцкой, посвященный клинике и терапии панического расстройства. Профессор Е.В.Колоцкая поделилась опытом краткосрочной и долгосрочной терапии и методиками комбинированной терапии панического расстройства с использованием эсциталопрама (Селекстры).

Профессор С.В.Иванов дал дефиниции эффективности терапии депрессий, стандартные рекомендации, критерии продолжения непрерывной терапии антидепрессантами, показал соотношение эффективности/переносимости антидепрессантов, отметил, что механизм действия является основой рационального выбора антидепрессанта с учетом индивидуальных особенностей пациента, а также рассмотрел, с опорой на крупные многоцентровые исследования, методики комбинированной терапии как средство преодоления резистентности при терапии депрессий.

В совместном докладе сотрудников кафедры психиатрии и психосоматики ИПО «Первый МГМУ им. И.М.Сеченова» доцента В.В.Читловой и ассистента Е.И.Вороновой речь шла о психогенных депрессиях в аспектах эпидемиологии, классификации, психопатологии, патогенеза и подходах к медикаментозной терапии.

Завершился симпозиум выступлением профессора К.Ю.Ретюнского (Екатеринбург), которому удалось удержать внимание слушателей удачным сочетанием актуального и востребованного содержания доклада, посвященного перспективам терапии психических и психосоматических расстройств путем воздействия на сигма-рецепторы, с мощным позитивным настроением, подкрепленным своеобразной формой подачи материала (гротескные рисунки и слайды, игровые фармакологические и клинические видеоролики).

Завершил работу школы академик РАН А.Б.Смулевич, подведя краткий итог и пожелав профессорам дальнейших успехов в развитии мировой науки.

В заключение хотелось бы отметить, что наряду с высокопрофессиональным уровнем докладов и выступлений участников лейтмотивом научного форума стало последовательное аргументированное отстаивание клинических основ психиатрии. Это послужило дополнительным консолидирующим фактором для широкой аудитории лекторов и участников школы. ■

Школа детской и подростковой нейропсихофармакологии в Венеции



*Любава Макарова
ФГБНУ Научный центр
психического здоровья,
Москва*



*Марина Датуашвили
ФГБУ Федеральный медицинский
исследовательский центр
психиатрии и наркологии
им. В.П.Сербского Минздрава
России, Москва*

В первых числах марта 2015 г. в Венеции вновь состоялась Школа детской и подростковой нейропсихофармакологии, организованная Европейской коллегией нейропсихофармакологии (ECNP). Так же как и в прошлый раз, она проходила в Конференц-центре Венеции, расположенном на небольшом острове Сан-Серволо. Этот остров известен тысячелетней историей. Изначально на острове был основан монастырь, затем он был переформирован в военный госпиталь, позже вместо госпиталя была создана психиатрическая больница, которая просуществовала на острове Сан-Серволо до 1978 г. Надо сказать, что несмотря на то, что данное здание на удаленном от основной земли острове уже многие годы является гостеприимным гостиничным комплексом, это старинное сооружение все же предстает порой перед глазами туристов именно в виде древнего и довольно мрачного дома для душевнобольных. Представить, что по этим длинным коридорам с высокими потолками и огромными, но все-таки зарешеченными окнами долгое время перемещались врачи, медсестры, нянечки и пациенты, довольно просто, и воссоздать полную историческую картину происходящего помогает находящийся на территории комплекса музей той самой психиатрической больницы. Воображение будоражат представленные в музее экспонаты и медицинские инструменты, которые порой более похожи на орудия пыток. Трудно себе представить, как столь консервативное направление медицины, как психиатрия, преобразовалось за какие-то несколько веков. И от того особенно ценными становятся полученные на этой школе международный опыт и знания.

Как и на двух предыдущих школах, в этом году участниками стали представители практически всех стран Европы. От каждой страны могло быть представлено не более двух молодых специалистов, отобранных на конкурсной основе. Главным требованием для участников было и остается знание английского языка, так как абсолютно все обучение проводится именно на нем. Особенно приятно, что дорогу, питание и проживание прошедшим отбор участникам оплачивают организаторы школы.

Работа школы была представлена в виде лекций, дискуссий и воркшопов, с обязательным посещением для всех участников (которое, кстати, строго отслеживалось). Особенно интересными нам показались воркшопы, которые были представлены в виде свободной дискуссии между участниками школы и ведущими воркшоп лекторами. В ходе об-

суждения можно было услышать соображения и советы как своих коллег, так и ведущих профессоров Европы. Удивила легкая и непринужденная манера общения именитых европейских профессоров, которые подробно отвечали на все вопросы слушателей, максимально сокращая дистанцию и как будто давая понять, что разница в статусе лектора и молодого участника школы не так уж и велика, и что им не сложно, а скорее даже приятно дискутировать с молодыми коллегами. На лекциях большое внимание было уделено острым проблемам современной детской психиатрии – синдрому дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), расстройствам аутистического спектра, а также депрессиям, метаболическим и органическим нарушениям, суицидальному поведению и общим административным и юридическим вопросам детской психиатрии. Интересно, что все лекции и воркшопы проходят с использованием исключительно международных названий препаратов, без упоминания каких-либо торговых названий и попыток рекламы того или иного препарата. Много внимания было уделено проблеме злоупотребления психоактивными веществами в среде детей и подростков. В этом же ключе живую дискуссию вызвал запрет на использование психостимуляторов для лечения СДВГ в России и бывших странах СНГ, ведь психостимуляторы широко распространены в психиатрической практике других стран Европы.

Однако во время жарких международных дискуссий выяснилось, что и представители российской психиатрии применяют некоторые препараты, которые не имеют широкого распространения в практике европейских коллег. Например, представительница Голландии была удивлена при-

менением в России alimemazine как «малого» нейролептика, ведь в Европе этот препарат рассматривается лишь в качестве антигистаминного средства. Также большой интерес у наших европейских коллег вызвало применение иммуномодуляторов в детской практике. Как нам показалось, одной из интереснейших можно назвать лекцию британского профессора D.Coghill «Как подготовить хорошую презентацию?». Сам профессор D.Coghill принимал живое участие во всех дискуссиях, воркшопах и постлекционных обсуждениях, охотно общался с молодыми специалистами и, что особенно приятно, не стеснялся пообедать с нами за одним столом и в таком неформальном режиме дополнительно поделиться своим богатейшим опытом и незаурядным чувством юмора.

Одной из приятных сторон жизни школы было наличие свободного времени для общения между участниками и посещения величайших памятников истории и искусства Венеции. В первые же дни между представителями разных стран сложились теплые, дружеские отношения. В перерывах между лекциями, за обедом и ужином и даже в уютных итальянских кафе продолжались обсуждения трудностей и достижений детской психиатрии. При этом участники не забыли посетить величественный Собор Святого Марка на одноименной площади, поблуждать по узким улочкам и мостам, а также попробовать вкуснейшее мороженое. Последний вечер школы по сложившейся традиции проводился за торжественным ужином в одном из ресторанов Венеции.

Подводя итоги этой поездки, можно резюмировать, что школа является замечательной возможностью для молодых ученых расширить профессиональный круг общения, приобрести новые знания и поделиться собственным опытом. Хочется верить, что еще у многих наших молодых коллег будет такая прекрасная возможность для собственного всестороннего развития. ■



Участники школы ECNP.

Эту рубрику нам по-прежнему не дают закрыть наши читатели. Новая фотография, новые судьбы. Снимок с выпуском курсантов кафедры ЦИУ, врачей далекого 1952 г., прислали нам из подмосковного Ногинска. Среди преподавателей кафедры хорошо знакомые нам лица: А.В.Снежневский, Н.Н.Евплова, Р.Е.Люстерник, Г.А.Ротштейн, В.М.Морозов, З.И.Зыкова. В середине – портрет Сергея Владимировича Курашова – будущего министра здравоохранения СССР, в те годы заместителя директора ЦИУ, психиатра по своей основной профессии. Вспоминаю, как в 1980-е годы в ВОЗ с большим уважением относились к памяти С.В.Курашова, отдавали дань тому огромному вкладу, который внес наш министр в дело становления этой международной организации.

Знакомыми мне оказались и некоторые курсанты: Любовь Михайловна Шмаонова (тогда Елгазина), впоследствии профессор, руководитель отдела эпидемиологии в НЦПЗ РАМН, Татьяна Александровна Дружинина, профессор, долгое время работавшая с Э.Я.Штернбергом в геронтологическом отделе того же центра, и наконец недавно ушедший из жизни в США Владимир Григорьевич Левит, впоследствии видный эпидемиолог, доктор медицинских наук. В дни Великой Победы над фашизмом вспоминается, что молодой Володя Левит в 18 лет ушел на фронт и прошел всю войну минометчиком. Лишь седая прядь волос говорит о пережитом.... ■



Похождения профессора Ивана Роповича Совкова

