



Scotland forever
(интервью с
М.Милланом)



О подготовке психиатров



Смерть раньше смерти



In memoriam

Сто слов на первой полосе



Четыре поколения врачей.

О преемственности

Еще, казалось, совсем недавно прошел первый съезд психиатров обновленной России, и я очень гордился тем фактом, что по моей инициативе компания, в которой довелось работать в ту пору, первой внесла спонсорский взнос. Вспомнились и всесоюзные съезды с их неизменной монументальностью и участием корифеев, представителей старшего поколения. 16-й съезд Российского общества психиатров в Казани отличался от прошлых динамичностью, насыщенностью и интенсивностью работы допоздна (все участники жили практически в одном месте), новизной подходов, прекрасной организацией. Впервые особое внимание было уделено молодым психиатрам (льготы при регистрации, два симпозиума, «Игры разума»). Наша психиатрия на этапах реформ нуждается в преемственности и поддержке молодых сил. ■

П.М.

Интервью

Интервью с Марком Милланом, шотландским ученым

Интервью с Марком Милланом, шотландским ученым, работающим во Франции. М.Миллан является также секретарем Европейской коллегии нейропсихофармакологии (European College of Neuropsychopharmacology – ECNP), членом Исполкома ECNP.

В начале устного выпуска «Дневника психиатра», проводившегося в Суздале в рамках 12-й Всероссийской школы молодых психиатров (апрель 2015 г.), аудитория попыталась отобрать наиболее распространенные понятия, характеризующие, на наш взгляд, Шотландию и шотландцев (виски, килты, поэзию Роберта Бернса и романы Вальгера Скотта).

П.В.Морозов: Марк, как Вы видели, аудитория примерно ориентируется в Вашей родной стране, но я все-таки хотел бы Вас спросить. Просветите нас, чем Ваша родная Шотландия отличается в целом от Англии?

Марк Миллан: Благодарю вас, друзья, вы очень хорошо информированы о моей стране, о ее поэзии и литературе. Действительно, в качестве платья мы используем килт, а в качестве напитка – виски. Но вы забыли упомянуть национальное шотландское

блюдо – это хаггис, и те из вас, кто его не пробовал, поступили разумно. Лучше его не пробовать. (Смех). Скорее всего, мне бы стоило делать свою презентацию в килте, но нужно подчеркнуть, что килт – это праздничная одежда, которую носят на свадьбе или на охоте. Но я не охочусь, поэтому, чтобы надеть килт, мне пришлось бы поприсутствовать на свадьбе. Так как цвета моего колледжа – желтый и красный, я выглядел бы глупо. Поэтому хорошо, что я не приехал в юбке. Действительно, насчет виски я большой специалист. Это как у вас водка. Кстати, сколько сортов водки в России есть?

П.М.: Много, и они постоянно меняются.

М.М.: У нас сотни сортов виски, и я его коллекционирую у нас дома, чему рада моя жена. Угадайте, сколько бутылок виски у меня дома хранится?.. Действительно, восемь сотен бутылок –



«Вот и я вижу Шотландия, а написано – Франция».

коллекционирую профессионально. Дома нет пространства ни для ваз, ни для книг, все занято бутылками, и жена очень рада этому. Ну и, слава Богу, у нас дома хотя бы не живет Лохнесское чудовище. Действительно, я родился в Шотландии, в Эдинбурге.

Продолжение на стр. 2

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

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

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

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

Но мои родители совершили ужасающий проступок. Они выкрали меня из Эдинбурга в возрасте 6 лет и увезли в Лондон – столицу наших исторических врагов.

Мы можем винить 26 британских премьер-министров, они все вышли из стен Оксфорда, за все те неудачи и политические проблемы, которые произошли с Великобританией.

Действительно я родился в Шотландии, в Эдинбурге. Но мои родители совершили ужасающий проступок. Они выкрали меня из Эдинбурга в возрасте 6 лет и увезли в Лондон в столицу наших исторических врагов.

Конечно, я ездил на 3 недели каждое лето в Шотландию на каникулы. Но за это время я совершенно растерял шотландский акцент. Поэтому свою юность провел как скиталец между Англией и Шотландией. Я все еще остаюсь шотландцем в душе. У меня шотландские мысли, шотландские убеждения. Я считаю, что между Шотландией и Россией очень много общего. В частности – цвета. Как вы думаете, какие национальные цвета в Шотландии? Прямо как ваш Андреевский флаг, это и есть наши национальные цвета. Но красного у нас нет. Смешной факт. После Шотландии я поехал жить и работать в Баварию, их национальные цвета тоже синие и белые.

Основное различие между Англией и Шотландией в том, что в Шотландии намного лучше, чем в Англии. Это очень простой ответ. Люди намного лучше, еда, язык, виски. Английский китч – это что-то с чем-то, даже говорить не хочется. Англичане не умеют играть на волынке. Совсем не носят юбки по сравнению с Робертом Бернсом все их поэты – это просто мусор.

П.М.: Я вспомнил, что предок Лермонтова, Лермант, тоже был шотландцем.

Я знаю ответ на следующий вопрос, но все равно его задам. В свое время Вы закончили Кембридж – знаменитый университет. Я хочу спросить, почему Вы поступили в Кембридж, а не в Оксфорд?

М.М.: Потому же, почему Шотландия лучше Англии. Кембридж просто лучше. История следующая. Оксфорд действительно самый старый, самый первый университет в Англии, но он был недостаточно хорош, поэтому часть людей, которые были не согласны с политикой руководства, переселились в Кембридж и решили организовать свой, лучший университет. И это случилось около 800 лет назад.

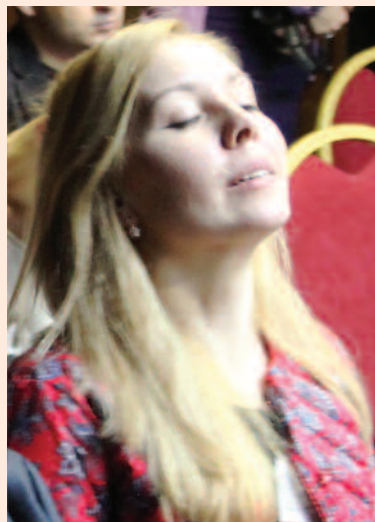
У Оксфорда есть определенные отличительные характеристики, в частности, там царит традиционный уклад, люди придерживаются старых традиций. Они довольно причудливы. Они очень официозны, очень формальны в своих процедурах.

Кембридж – это три «с» (cool, clever, creative): клевые, или крутые, умные и креативные.

Основная специализация Оксфорда – это политика и история.

Это действительно вина Оксфорда. К слову, 7 мая в Великобритании будут выборы, и мистер Кэмерон – один из основных кандидатов на пост премьер-министра... Кстати, где он учился, как вы думаете? Он учился в Оксфорде. Его оппонент также учился в Оксфорде. У вас есть отличная альтернатива – поменять Оксфорд на Кембридж. Все, что нам нужно в нашей политике, – это премьер-министр из Кембриджа, чтобы решить все проблемы.

Действительно, Оксфорд известен своими широкими исследованиями в области политики и истории, это не очень здорово. С другой стороны, Кембридж больше занимался естественными науками и музыкой. В Кембридже существуют более чем тысячелетние хоровые традиции.



С мечтой о Кембридже.

Кембридж – это три «с» (cool, clever, creative): клевые или крутые, умные и креативные. У нас 90 нобелевских лауреатов в Кембридже, и всего лишь 26 – в Оксфорде.

Около 30 колледжей, в каждом из которых есть свой хор. Когда я изучал науку в Кембридже, я также посещал хор, пел. Действительно, это была настоящая причина, почему я пошел учиться в Кембридж. Это научные традиции и музыка – пение. И в Кембридже учились Уотсон и Крик, первооткрыватели ДНК, неплохо, не правда ли? Чарльз Дарвин и Исаак Ньютон. Все вы знаете великого физика Хокинга. Стивен Хокинг учился в моем колледже. Но, к сожалению,

когда он приезжал к нам с докладом, я его не встретил, так как был нетрезв, был в это время дома. Но потом мне все-таки удалось с ним пересечься.



Кембридж. Университет.

Другая отличительная особенность Кембриджа – это чувство юмора. Например, комик-группа «Монти Пайтон» родом из Кембриджа. Они начинали там. Это выгодно отличает их от скучного официозного Оксфорда.

Вот такая цифра, которая точно убедит вас в преимуществе Кембриджа. У нас 90 нобелевских лауреатов в Кембридже, и всего лишь 26 – в Оксфорде.

П.М.: Несколько лет назад Вы поменяли страну – переехали работать в Германию, в баварский город Мюнхен, в институт Макса Планка. Ну, естественно, у меня вопрос – почему? Институт Макса Планка – очень известный, но все равно, почему Вы решили поехать в Германию?

М.М.: Моя официальная версия, что в Институте Макса Планка тоже есть хор, в котором хорошо поют. Мне нравится петь. И также мне хотелось расширить свое научное образование. Пройти переподготовку. Неофициальная причина заключается в том, что в то время я

10 лет своей жизни. Поэтому нужно быть открытыми и гибкими. Отличное место, превосходное. Я по нему очень скучаю. По Альпам, соискам, пиву, по людям.

П.М.: Марк, такой очень личный вопрос. Насколько я знаю, Вы женились на немке.

М.М.: Там сидит моя очаровательная супруга, которая наслаждается Россией, погодой и вашим гостеприимным приемом.

П.М.: Тогда следующий вопрос. А почему Вы переехали во Францию?

М.М.: Основная причина – язык, культура, сыр, вино. Я не поехал туда, чтобы петь песни, потому что у них не такая богатая хоровая традиция, к какой я привык. Прошу прощения у мсье Ф.Камю, европейского представителя компании «Сервье», за эту ремарку. На самом деле я поехал туда, потому что мне нравились моя новая работа и научная карьера. Мне очень повезло, что я оказался в Париже. Это отличное место.

П.М.: Марк, мы пошутили немножко. Теперь я начинаю переходить к более серьезным вещам. У Вас очень высокий индекс Хирша – 76, у Вас 20 000 цитирований в год, Вы входите в 1% наиболее цитируемых авторов в области нейросайнса в мире. В Вашем послужном списке очень много достижений. Одно из них меня очень впечатлило. Вы исследовали и принимали участие в создании 18 новых препаратов. Я не могу не воспользоваться случаем, чтобы не спросить. Какой из этих 18 препаратов Вам больше запомнился?

М.М.: Не все это моя заслуга. Самой запоминающейся молекулой, естественно, для меня был первый препарат, который мы разрабатывали. Процесс довольно сложный. Доклинические фазы испытаний включают апробацию на животных моделях. Предварительный прогноз дозирования, эффективности, переносимости. После этого вы передаете свою молекулу другим людям, которые уже занимаются клинической ра-

ботой. И вы совершенно не можете повлиять на то, что произойдет с этим веществом дальше. Вы не знаете, дойдет ли оно до пациентов. Как правило, вы одновременно разрабатываете несколько молекул, и понятно, что все они точно не дойдут до окончательных фаз клинических испытаний.

Несмотря на то что многие молекулы не доходят до пациентов, все равно информация о них публикуется. Мы получаем много полезных клинических данных, в первую очередь о химической структуре, профилях химического действия, которые помогают разрабатывать нам следующие модели. К сожалению, первая молекула, которую мы разрабатывали (она была предназначена для лечения шизофрении), не прошла первой фазы испытаний по причинам плохой переносимости. Но, например, последующие, одна из них агомелатин – Вальдоксан, довольно успешно сейчас применяются в психиатрической практике.

Еще один пример из нашей практики, который подчеркивает, что так же, как и в своей карьере, в своих планах вы должны держать ухо востро, глаза – открытыми, должны быть гибкими к новой информации. Мы разрабатывали молекулу с анксиолитическим эффектом для лечения пациентов с тревожными расстройствами. Заменили какой-то элемент в химической формуле, и получилась эффективная молекула для лечения болевых расстройств. Верите или нет, но эта молекула оказалась в 2000 раз эффективнее в отношении обезболивания по сравнению с морфином. В компании перепугались, потому что это не обычная ситуация, когда находят настолько высокопотентную молекулу, и решили дальше с ней не связываться, не разрабатывать.

Мы опубликовали данные об этой молекуле, получили отзывы, обратную связь и на 5 лет благополучно забыли об этой истории. Через 5 лет с компанией связывается группа исследователей из Швеции, которые начали применять эту молекулу для очистки дна судового мореходного состава от моллюсков, которые прилипают к дну лодки и портят ее радиолокационные характеристики.

Мы подумали: почему мы не включили эту информацию в патент? Мы даже не додумались до этого! И теперь люди используют нашу молекулу совершенно по не прямому назначению. Думаю, из этого следует, что вы не всегда знаете о том, что вы, собственно, сейчас открыли. Информация об этом может поступить позже от совершенно других людей.

Другой интересный факт об этой молекуле. Она нашла применение в ветеринарной службе, потому что отлично помогает бороться с болью и моторным возбуждением у лошадей. Эта информация нигде раньше не публиковалась, озвучиваю ее публично впервые. Ну, мы находимся в Рос-

сии, поэтому ничего страшного, если мсье Ф.Камю будет против. Мы попросим его выйти из помещения. Но смысл в том, что есть сведения об использовании этой молекулы в качестве допинга на скачках. Человек, который был ответственен за использование этой молекулы в качестве допинга для лошадей, сейчас скрывается в Швейцарии от Интерпола. Настоящий детектив.

Именно эта молекула, напомним, лучше всего. И подчеркиваю, все-

ванно это превратилось в антидепрессант с двумя механизмами действия.

Не следует разрабатывать молекулы с прицелом на какой-то один механизм действия, очень узкий и селективный. Потому что депрессия представляет собой сложное многокомпонентное расстройство. И если мы используем вещество, у которого есть несколько механизмов действия, мы вероятнее добьемся успеха. Другим сюрпризом, не столь приятным, оказалась

Мы разрабатывали молекулу с анксиолитическим эффектом для лечения пациентов с тревожными расстройствами. Заменили какой-то элемент в химической формуле, и получилась эффективная молекула для лечения болевых расстройств. Верите или нет, но эта молекула оказалась в 2000 раз эффективнее в отношении обезболивания по сравнению с морфином.

гда нужно быть открытым к новой информации. Вы не всегда знаете, чем закончится ваша научная работа.

П.М.: Еще один личный вопрос. Мой сын, который работает в компании «Сервье», просил обязательно спросить, что Вы думаете об агомелатине.

М.М.: Вы вряд ли получите от меня 100% объективное мнение, потому что я находился в группе исследователей, которые его придумали, разработали и внедрили. Но я постараюсь быть максимально объективным. Это очень интересное вещество, которое вряд ли решит все проблемы во Вселенной и вряд ли решит все проблемы в психиатрии.

Это действительно очень интересное вещество и это единственный антидепрессант, который был зарегистрирован, успешно применяется в практике и который фундаментально отличается от типичных антидепрессантов, основным звеном механизма действия которых являются моноамины.

Эта молекула действует на мелатонин, гормон, который вырабатывается в гипофизе и участвует в регуляции наших циркадных ритмов. У пациентов с депрессией, как правило, нарушен сон и обнаруживается нарушение циркадных ритмов. И другие антидепрессанты никак на это звено патогенеза не действуют в отличие от агомелатина.

То есть это вещество особенно полезно для пациентов, которые не реагируют на обычные, стандартные антидепрессанты и у которых есть проблемы с циркадными нарушениями.

Я не перестаю удивляться своей жизни, своей научной карьере. В течение 20 лет мы исследовали эту молекулу с прицелом на один механизм действия – мелатонинергический. Совершенно случайно обнаружили, что у него есть второй механизм действия – сератонинергический. Таким образом, совершенно незапланиро-

способность агомелатина к незначительной гепатотоксичности, к небольшому повышению печеночных ферментов. Это не драматическое повышение, но оно обнаруживается у некоторых пациентов. По сей день не было ни одного тяжелого случая такой гиперферментемии, нет, поэтому в настоящее время мы рекомендуем тем пациентам, которые начали получать агомелатин в течение 2–3 недель, все-таки регулярно проводить биохимический анализ крови. Это другой пример того, что при разработке лекарств нужно смотреть на обе стороны монеты, как на хорошие свойства препарата, так и на плохие. В случае с гиперферментемией нам удалось с этим справиться, мы все равно вывели

ных проявлений большой депрессии. Новая концепция – новые препараты». И в этой связи я хотел бы Вас спросить. Прошло немногим больше 5 лет. Изменились ли и как изменились Ваши взгляды на перспективы препаратов нового поколения? Что сбылось, что нет. И каковы сейчас перспективы развития новых антидепрессантов?

М.М.: Касательно именно этой статьи. Действительно во многих случаях вы не знаете, что последует в течение, например, следующих 5 лет, но конкретные мои прогнозы сбылись. Потому что в течение последних 20 лет основные направления в разработке антидепрессантов были связаны с высокоселективными молекулами, с тем, что необходимо было искать совершенно новые, необычные, ранее не изученные молекулы. А так же с тем, что нужно как-то привязывать разработку лекарств к человеческому геному, который, как вы помните, был окончательно опубликован в 1999 г. Ничего из этого так и не произошло, как я и предсказывал, – не сработало.

Сложившаяся ситуация привела к определенному пессимизму среди исследователей, и многие фармацевтические компании стали закрывать свои направления в разработке антидепрессантов, потому что не видели выхода из ситуации. Но удивительный факт: даже два препарата, о которых я упоминал в своей статье пятилетней давности, на самом деле вышли на рынок. И удивительно то, что оба они являются моноаминовыми препаратами и препаратами с двойным и тройным механизмом действия.

Агомелатин – действительно очень интересное вещество и это единственный антидепрессант, который был зарегистрирован, успешно применяется в практике и фундаментально отличается от типичных антидепрессантов, основным звеном механизма действия которых являются моноамины.

это лекарство с успехом на рынок.

Резюмируя, можно сказать, что если мы применяем этот препарат разумно и по показаниям, он действительно может оказаться очень полезным у людей, которые не реагируют на другие антидепрессанты. Кроме того, он, судя по всему, очень эффективен при тревожных расстройствах.

П.М.: Действительно, это невероятное совпадение, но в свое время упомянутый мною сын, Денис, сказал мне: «Очень интересная статья, обрати внимание». Я взял ее, прочел и немедленно заказал перевод. И вот так получилось, что юбилейный номер «Психиатрии и психофармакотерапии» имени П.Б.Ганнушкина, нашего журнала (десятилетие!) открывается статьей Марка Миллана (Франция) «Препараты с двойным и тройным действием для лечения ядерных и морибид-

С моей точки зрения и с точки зрения многих моих коллег, депрессию нельзя лечить только медикаментами. Нужно применять биопсихосоциальный подход, который включает психосоциальную поддержку, в том числе профилактику в периоды ремиссий. Причины субсиндромальных расстройств в интермиссиях. В сложных случаях следует подключать методы стимуляции мозга. И все эти направления параллельно развивались все эти годы вместе с разработкой новых лекарств и препаратов. Лечение депрессии должно включать в себя комплексные мероприятия, которые включают разные направления работы разными специалистами.

Хороший момент, чтобы вернуться к вопросу генетических исследований. За последние 20 с

Продолжение на стр. 4

чем-то лет в эту область было вложено огромное количество денег. Миллиарды и миллиарды рублей, долларов, евро. Исследователи обещали найти ген шизофрении, ген депрессии, ген социальной дисфункции. Ничего подобного так и не было обнаружено. Потому что, как известно, психические расстройства имеют сложное полигенное наследование. И единственным примером моногенного наследования являются редкие формы аутизма, при которых мы можем обнаружить точечную мутацию. По крайней мере, по настоящее время результата это не дало. Поэтому очевидно, что нужно как-то направление генетической идеи переосмыслить.

Я всегда говорю, что от гена к белку очень долгий путь. А от белка к заболеванию этот путь еще дольше. Ситуации, в которой один ген производит один протеин, который приводит к развитию одного заболевания, не существует. И мы должны думать о восстановлении, о профилактике. О комплексном воздействии на всю сложную структуру взаимодействия ген-белок-заболевание – вот о чем мы сегодня говорили.

Позитивной оптимистической вещью является то, что ученые сейчас переосмысливают генетику и начинают понимать, что она не является ответом на все вопросы и что нужно качественно изменить подход к ее исследованию.

П.М.: Но вот сейчас здесь, прямо у нас, на стенде «Сервиз» есть такая книга, я советую ее получить, называется она «Эпигенетика». И в ней мы находим статью Марка Миллана «Эпигенетические деменции и заболевание Альцгеймера». Вы интересуетесь проблемой эпигенетики как альтернативным подходом? Мне это интересно. В частности, путь изучения шизофрении эпигенетически мне кажется очень перспективным. Что Вы думаете по этому поводу?

М.М.: Это займет долгое время. Но, возможно, нам следует спуститься в бар и выпить водки или пива, потому что об этом мы будем говорить всю ночь. (Смех.)

Все ли знают, что такое эпигенетика? Эпигенетика – это новая и крайне интересная концепция, которая фактически убила классическую генетику. Поэтому она такая интересная и обещающая.

Исследователи после изучения в течение 20 лет получали большие деньги за публикацию статей, которые не приносили никакого результата. Теперь их всех можно заставить замолчать, используя в качестве аргумента достижения эпигенетики.

Основная идея эпигенетиков в классической генетике заключается в том, что мы имеем последовательность ДНК, которая передается от родителей к плоду и от одной клетки двум новым клеткам после деления, и, если в этой це-

почке ДНК происходит какая-либо мутация, мы имеем в итоге заболевание. Это не имеет ничего общего с действительностью. Куда важнее эпигенетические факторы, в частности РНК-мессенджер, который регулирует степень экспрессии того или иного гена и в итоге определяет, что за протеин у нас получится на выходе. И это как раз представляет куда более интересную область для исследований.

Получается, что при шизофрении, аутизме и многих других психических расстройствах последовательность ДНК совер-



П.Алфимов: «Я тоже ненавижу Оксфорд».

шенно идентична у здоровых людей и у больных. Но эпигенетические факторы как раз регулируют то, как ДНК работает, какие протеины в итоге получаются. И сегодня мы услышали о факторах риска. Перинатальные риски, психическая травма, вирусные инфекции при беременности, которые могут изменять, например дисфункцию в регуляции, экспрессию ДНК. Собственно, с этим и нужно сейчас работать. Это наиболее перспективное направление исследования.

П.М.: Я знаю, что Вы являетесь секретарем ECNP и отвечаете, в частности, за обучение молодых. Я знаю, что у Вас есть несколько слайдов на эту тему. Мне это особенно интересно, потому что когда-то в 1989 г. я был избран в состав первого исполкома ECNP. Тогда в ECNP было всего 200 человек. Сейчас это огромная организация, и мне интересно было бы как послу этой организации в России услышать немного об активности ECNP в обучении молодых психиатров.

И я хотел бы узнать, что делается для молодых.

М.М.: Я каждый год провожу семинар в Ницце, в солнечном городе, в котором погода намного лучше, чем в Суздале. Если Вам хочется поздней весной отправиться на солнечный Лазурный Берег и поизучать нейропсихофармакологию, вместо того, чтобы сидеть в лаборатории или в больни-

це и замерзать, – слушайте внимательно! Бесплатно! Потому что организация покрывает все расходы, включая транспортировку и пребывание.

Что из себя представляет Европейская коллегия нейропсихофармакологии? Это независимая, неправительственная научная ассоциация, целью которой является улучшение качества образования, информированности по проблеме нейронаук, по работе мозга, о том, как способствовать психическому здоровью и разрабатывать новые методы лечения психических расстройств.

Следующая информация будет интересна всем присутствующим в этом зале. Как уже упоминалось, мы ежегодно проводим трехдневные интерактивные семинары по нейропсихофармакологии в Ницце, в которых участвуют примерно 100 молодых ученых и психиатров из Европы. А также сейчас запускается трехдневный интерактивный семинар по методологии клинических исследований для 25 молодых психиатров. Первый семинар пройдет в ближайшем будущем. Информация на web-сайте. Участники этих мероприятий отправляют резюме своих собственных работ, своих исследований. И те из них, которые отбираются оргкомитетом, потом могут сделать постерный доклад и обсудить свою работу, задать свои вопросы старшим коллегам. Как правило, в этом семинаре участвуют 10 ведущих исследователей в области нейронауки из Европы.

К сожалению, не так много участников из стран Восточной Европы. Призываю вас, пожалуйста, подавайте заявки, старайтесь участвовать. Подчеркиваю, что вы всегда получите обратную связь. Будете взаимодействовать с коллегами из клинической психиатрии, из фундаментальной науки, лаборатории, больницы. И действительно расширите свой научный и клинический кругозор. Например, 2 недели назад в Ницце лекцию для нас читал Том Инсел, руководитель Национального института психического здоровья США, ведущий исследователь. Он хочет приехать и в следующем году, но я ему объяснил, что уже не получится, потому что можно приехать только один раз. И это касается не только молодых ученых, но и докладчиков.

На следующем семинаре в Ницце будет выступать лауреат Нобелевской премии в области медицины 2013 г. Томас Зюдхоф. Пожалуйста, подавайте заявки и не забывайте про новое мероприятие – семинар по методологии клинических исследований для 25 молодых психиатров.

Следующий конгресс ECNP пройдет в конце августа в Амстердаме, как уже было сказано, крупнейшее мероприятие в области психофармакологии, к сожалению, срок подачи абстрактов уже прошел, поэтому вы можете подавать свои абстракты только на следующий конгресс в 2016 г. И если ваш абстракт будет принят, вы получите 500 евро на дорогу, чтобы покрыть свои транспортные расходы, и бесплатную регистрацию на конгресс. Вы, наверное, поняли, что мы действительно стараемся поддерживать молодых ученых, а молодыми учеными признаются все психиатры моложе 40 лет, которые в том числе присутствуют в этом зале, и мы стараемся распространить сферу нашего влияния за пределы Германии, Франции и Великобритании. Пытаемся во-

Каждый год мы проводим более 20 научных встреч, на которых обсуждаются все аспекты работы мозга, нарушение его работы. Обычно на самые крупные мероприятия, а именно на конгресс ECNP, съезжаются более 5 тыс. (в прошлый раз было 7 тыс.) исследователей-психиатров со всех 48 европейских стран. Следующий конгресс будет в Амстердаме в конце августа.

Основной печатный орган – журнал «European Neuropsychopharmacology». В нем мы иногда делаем прогнозы. Какие-то из них сбываются, какие-то – нет. Последний выпуск (майский) этого журнала вышел сегодня утром. В нем первая заглавная статья – обзорная, в которой освещаются события нейропсихофармакологии за последние 60 лет и делаются определенные прогнозы на следующие 20 лет. И важно отметить, что статья в открытом доступе.

В следующем году мы собираемся провести образовательный семинар для более чем 300 молодых ученых со всей Европы.

ECNP ежегодно проводит три школы, одну из них по общей психофармакологии. К сожалению, в Оксфорде, а не в Кембридже. Но тем не менее проводим довольно успешно и уже давно. Одну школу – по детской подростковой психиатрии, другую школу – по психиатрии позднего возраста, обе – в Венеции.

влекать новые европейские страны, новые территории.

П.М.: На этом я заканчиваю монополизацию вопросов и предлагаю залу, который накопил силы, задавать вопросы нашему гостю.

Алексей Павличенко: Серьезный вопрос о Вашем отношении к Bluebrain Project. В 2005 г. запустили этот очень интригующий проект, цель которого – создать, в некотором смысле имитировать, наше сознание. Многие ученые и особенно клиницисты считают, что это просто трата времени и денег.

М.М.: К сожалению, я не могу сказать объективно, что я думаю по поводу этого проекта, потому что у меня нет информации, я не слежу за его развитием. Но я предполагаю, что, как и в случае ферментных реакций, выход из какого-то процесса может быть неожиданным, волнообразным, нарастающим мгновенно. И с моей точки зрения, мультинациональные проекты крайне высокобюджетны и более применимы к области фундаментальной физики, чем к области нейронаук. Представляется, что отдельные контрастные по своим целям и методам производства проекты,

Очень нравится диссонансная музыка. Но я не могу ее играть в присутствии супруги. Жесткие джазовые композиторы, которые видимо, не очень известны – их имена ничего вам не скажут.

Ольга Карпенко: Во время Вашей лекции я заметила, что Вы испытываете сильную любовь к коралловым рифам. И я почувствовала Ваше любопытство к тому, что происходит в мозге пациента с шизофренией. Почему Вы все-таки выбрали мозг больных шизофренией?

М.М.: Когда вы идете работать в психиатрию, у вас нет особенного выбора, что изучать. Вы не можете придумать новый цвет радуги – у нас есть только семь цветов, точно так же есть только семь основных психических расстройств, которые поддаются изучению. Шизофрения, на мой взгляд, недостаточно хорошо изучена, и она имеет куда большее социальное значение, чем болезнь Альцгеймера, которая начинается у вас в 80 лет. Шизофрения начинается в 18. Если бы меня при рождении спросили, чем мне лучше заболеть, – шизофренией или болезнью Альцгеймера, я бы, если нет альтернативы, по объ-

жающую среду, но изучал при этом головной мозг. Многие люди из общей популяции не понимают ничего в нейронауке, в работе головного мозга, в его расстройствах. Но при этом многие люди хорошо осведомлены о проблемах в окружающей среде. Поэтому, если мы будем использовать вот эти модели в качестве примера – коралловый риф или

на направления, в частности, в исследовании депрессии. Потому что раньше предполагалось, что новые клетки в головном мозге не образуются. Теперь-то мы знаем, что они образуются, по меньшей степени в гиппокампе и прифронтальной коре. И предполагается, что при депрессии нарушаются нейрогенез, развитие новых клеток в этих областях мозга,



Яблоку негде упасть.

джунглевые леса для психообразования, это определенно найдет свой отклик и поможет нам лучше объяснить нашу позицию как исследователей-психиатров.

Тимур Сюняков: Хотелось бы спросить, что Вы думаете о моде на исследования. Например, 5–10 лет назад была мода на изучение нейрональной пластичности, сейчас – на изучение нейрогенеза. Складывается впечатление, что все занимается одной темой, которая находится на гребне волны. Хотелось бы узнать, какова роль таких вот волн интересов.

М.М.: Поставленная проблема действительно имеет место. Это нормальная вещь в науке, когда появляется какая-то интересная публикация, привлекает общий интерес. Потом кто-то пытается воспроизвести находки, ничего не получается, и эта тема постепенно затихает, исчезает из общественного сознания, внимания. А иногда бывает так, что люди воспроизводят находки оригинальной публикации, лишь подогревают интерес. И какая-то тема становится более модной, чем стоило бы. Но я верю в то, что в науке, в прикладной философии науки существует феномен исчезновения путем ассимиляции и облитерации путем ассимиляции. Когда какая-то отрасль, или новая сфера, или новое направление исследований не исчезают, они просто вливаются в общую канву. Как и в случае с нейропластичностью. Нейропластичность никуда не исчезла. Ее по-прежнему изучают. Просто теперь это происходит в рамках каких-то других направлений. Мы используем уже полученные ранее данные.

Проблема нейропластичности у многих людей навязла в зубах, потому что это слишком общее понятие. Все в мозге является нейропластичным. Что касается нейрогенеза, это была очередная вол-

и на это можно как-то воздействовать. Это была очередная волна популярности нового направления в науке. И за счет популярности каждое такое направление получает финансирование. Когда популярность стихает, заканчиваются и деньги. Это волнообразный процесс, циклический. Но новые концепции не исчезают. Вы держите их у себя где-то далеко, но вы о них помните. И когда возникает какая-то необходимость – они вновь всплывают.

Яков Кочетков: Некоторое время назад многие фирмы исследовали препараты, которые были направлены на гипоталамус и гипофиз, в частности, на их рецепторы. Антитревожные, антидепрессивные препараты... Но затем эти исследования стали почему-то затухать и исчезать...

М.М.: Это направление исследований заглохло, потому что подход был выбран слишком селективный. Просто антагонисты к кортиколину – очевидно, этого было недостаточно для лечения депрессий. Потому что мы знаем, что множество систем затрагивается: моноаминовая, мелатониновая, – и при такой цели, исследуя только стрессовую ось, вряд ли можно было добиться каких-то значимых результатов. Поэтому, судя по всему, это исчезло.

Действительно, эти молекулы казались малоэффективными в лечении депрессивных и тревожных состояний *per se*, но сейчас, насколько мне известно, они изучаются в контексте других связанных со стрессом расстройств. В частности, в профилактике рецидивов кокаиновой зависимости. Не менее интересным мне представляется их использование в качестве средств профилактики шизофрении. Ранней профилактики, потому что мы можем у детей, у

Эпигенетика – это новая и крайне интересная концепция, которая фактически убила классическую генетику.

проводимые разными исследовательскими группами, возможно, принесут нам больше пользы, чем такие амбициозные и очень трудные и энергозатратные проекты, как Bluebrain Project.

Ну, как и в случае с фундаментальной физикой, приведу другой пример. Это запуск ракеты в космос, отправка человека на Луну. Тут действительно требуются совместные усилия огромного количества людей и стран. В случае с исследованием мозга, в случае с нейронаукой существует огромное количество точек зрения, и каждая из них заслуживает внимания. Поэтому более правильным представляется демократичное разделение средств, финансовых в первую очередь, между исследовательскими коллективами. В разных странах, в разных регионах, с разными концепциями, разными подходами, подчас полярными. Нужно делиться. Особенно важно это для России и для других развивающихся стран.

Т.А.Куприянова: Ваши любимая музыка и композитор?

М.М.: Не ожидал такого вопроса. Музыка Ренессанса, Бэла Бартока.

Я играл на пианино, не очень успешно, но тем не менее, по 14 часов в день. Когда не было ничего другого, я хорошо играл, но потом как-то талант исчез. (Смех)

Струнные квартеты. Первые 50 лет XX в. для меня наиболее интересны в плане инструментальной музыки. Я ничего не знаю про оперу, я несколько раз пел оперу, но никогда особенно не был успе-

активным причинам выбрал болезнь Альцгеймера. В последние годы действительно появилось очень много новых интересных находок в патогенезе шизофрении, патофизиологии мозга, в процессе развития этого заболевания. Мы действительно можем придумать новые методы профилактики и лечения.

Ваш вопрос про связь мозга и коралловых рифов очень важен. Я провел эту параллель примерно в 2005 г., когда наткнулся на несколько статей биологов и математиков, работающих с так называемыми сложными системами, с экосистемами, и рассчитывали они разные математические модели развития этих экосистем с помощью теории графов. Я должен сказать, что около 35 лет назад я профессионально изучал экологию, поэтому немножко разбираюсь в этом вопросе. И тогда ко мне пришла мысль, что наш головной мозг действительно, наряду с социальными сетями, наряду с какими-то другими сложными надструктурами, представляет собой объект для математического изучения. Там применимы те же самые математические механизмы – например, то, что есть в работе головного мозга, потом можно применить и в изучении экосистемы кораллового рифа.

Другая причина заключается в том, что я изучал профессионально экологию, и мне действительно всю жизнь была интересна защита окружающей среды. Я старался всю жизнь защитить окру-

подростков использовать эти вещества, редуцировать расстройств, связанные со стрессом.

М.С.Шейфер: Вы в своей лекции рассказывали об особенностях поведения крыс, которым давали вещество, повышающее идентификацию, таким образом, делая их похожими на больных шизофренией, давая им возможность переносить на себя этот образ. Что это за вещество? И еще, у меня подозрение, нет ли там нескольких капель шотландского виски? (Смех)

М.М.: Это фенциклидин, который широко используется на черном рынке. В частности, во Франции можно купить в день 10 тонн фенциклидина, если вы найдете наркодилера на улице. Но вам придется потратить 6 месяцев работы с регулирующими органами, только чтобы добыть 10 мг этого вещества для исследования в своей лаборатории.

Это лекарство является антагонистом NMDA-рецепторов, участвуя в глутаматергической передаче. И если мы даем это лекарство здоровому человеку, это провоцирует у него развитие психотических симптомов, которые напоминают один в один симптомы первого ранга.

Если мы впрыскиваем фенциклидин крысе, мы наблюдаем у нее целый спектр шизофренических симптомов, начиная с социальной отгороженности, когнитивного дефицита, причудливого моторного поведения. Именно поэтому предполагается, что это вещество хорошо в моделях шизофрении.

Что мы делали в этой модели: мы брали крысят возрастом в 1 неделю и впрыскивали им это вещество, что приводило к нарушению развития мозга, нарушению формирования надлежащих глутаматергических путей. И вполне это по своим результатам напоминало то, что мы наблюдаем при шизофрении.

Юрий Кузин: Насколько широко распространены модели психических расстройств на животных в современной науке? Существуют ли какие-либо линии животных с изначально пониженным уровнем серотонина и т.д.? Специальная чистая линия? Насколько это перспективно – создание таких моделей животных, и какие слабые места и уязвимости, частые ошибки есть у таких исследований?

М.М.: Действительно, существуют такие чистые линии грызунов. Например, линия грызунов

с поломкой гена дизбендина. Постоянно разрабатываются новые штаммы таких мышек и крыс, которые можно применять в исследовании шизофрении и депрессии. Они помогают создавать более жизненные, более похожие на клинику животные модели психических расстройств.

Владимир Стровеский: Философский вопрос. В начале 1950-х годов было остановлено такое явление, как психирургия, поскольку оно было признано негуманным. Затем, как известно, началась психофармакология с известными открытиями, которая повлияла в дальнейшем на развитие психиатрии. Как Вы считаете, как бы выглядела сегодняшняя психиатрия, если бы этого изменения не произошло?

М.М.: Спасибо за Ваш вопрос. Действительно, он скорее философский. Я не могу дать Вам окончательного ответа. Скорее всего, Вы говорите о лоботомии. В частности, профессор упоминает Уолтера Фримана, американца португальского происхождения, который поставил этот метод лечения на поток. В связи с чем в какой-то момент в США лоботомией лечились практически все тяжелые психические расстройства. Это приводило только к то-

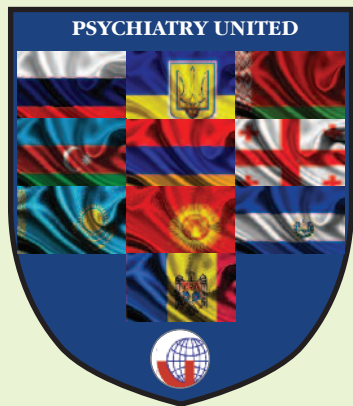
му, что люди становились неспособными к какому-то осмысленному поведению. Полностью аспонтанными. И также, как в случае с трепанацией черепа 2 тыс. лет назад, не исключено, что этот метод вымер бы сам по себе, даже без вмешательства, без разработки методов психофармакологии, потому что он был неэффективен. И действительно, внедрение в 1950-х годах галоперидола, хлорпромазина и других средств совершило определенный прорыв в лечении психиатрических расстройств. Но с тех пор практически ничего не изменилось. Был совершен прорыв, и дальше мы пока не сдвинулись. И я действительно считаю и во всех своих выступлениях призываю людей смотреть в будущее, придумывать новые методы лечения и профилактики тяжелых психических расстройств.

То, что происходит сейчас и происходило все эти 60 лет, можно назвать постепенно прогрессирующей эволюцией. Не революцией, а именно постепенным развитием нашего понимания расстройств головного мозга.

Переводил беседу Павел Алфимов. ■

Psychiatry united

Профессиональная подготовка врачей-психиатров в странах Восточно-Европейского региона Всемирной психиатрической ассоциации: проблемы и решения



П.В.Морозов (Россия), П.В.Волошин (Украина), НАМарута (Украина), Н.Г.Незванов (Россия), Н.Н.Петрова (Россия), СААлтынбеков (Республика Казахстан), МАХотиняну (Республика Молдова), Т.И.Галако (Кыргызстан), О.А.Скугаревский (Республика Беларусь), А.Созоян (Армения), А.Мелик-Пашаян (Армения), Н.В.Исмаилов (Азербайджан), Э.Чкония (Грузия), У.Х.Алимов (Узбекистан),

НИХоджаева (Узбекистан), З.Ш.Ашууров (Узбекистан), Р.А.Евсегнеев (Республика Беларусь), А.М.Кожина (Украина), В.И.Коростий (Украина)

Психиатрическая помощь является важнейшей и неотъемлемой составляющей современной системы здравоохранения и должна соответствовать требованиям стремительно развивающегося общества и современного социума. Ключевое звено такой помощи, несомненно, – врач-психиатр, который не только осуществляет диагностику, терапию и реабилитацию психических расстройств в соответствии с данными доказательной медицины, но и является гарантом защиты прав пациента и его микросоциального окружения. Поэтому на вооружении врача-психиатра должны быть не только профессионализм, совокупность знаний, навыков и установок, направленных на повыше-

ние эффективности психиатрической помощи, но и высокий уровень моральной чистоты и целостности, позволяющие обеспечивать защиту гражданских прав и интересов.

Среди профессиональных качеств современного врача-психиатра следует выделить способность к практической и исследовательской работе, управленческим навыкам, самообучению и образованию широких слоев населения в сфере психического здоровья. Насколько существующая в постсоветских странах система обучения врачей-психиатров способна обеспечить подготовку таких специалистов? В каких направлениях следует совершенствовать обучение молодых врачей, чтобы, приступив к практической работе, они стали активными и компетентными участниками сложного процесса оказания психиатрической помощи?

Для ответа на поставленные вопросы в соответствии с решением

совещания руководителей психиатрических обществ – членов Восточно-Европейского региона Всемирной психиатрической ассоциации – ВПА (Украина, Харьков, 2014), профессиональными организациями этих стран был проведен анализ вузовской и послевузовской подготовки врачей-психиатров в государствах этого региона. Анализ проведен на основании оценки результатов разработанного опросника, включающего этапы вузовской (30 вопросов) и послевузовской (33 вопроса) подготовки, а также некоторые аспекты подготовки врачей общей практики в области психического здоровья (5 вопросов). В опросе приняли участие эксперты психиатрических обществ Азербайджана, Армении, Беларуси, Грузии, Казахстана, Кыргызстана, Молдовы, России, Узбекистана, Украины.

В процессе обобщения полученных данных были выявлены сходства и различия системы образования, что дает возможность

оценить ее перспективные тенденции и выявить недостатки. При оценке вузовского этапа подготовки было отмечено, что профессиональная подготовка психиатров в вузах большинства стран (Азербайджан, Армения, Беларусь, Грузия, Молдова, Россия, Украина) базируется на принципах Болонского процесса. В Кыргызстане используются некоторые из них, а в Узбекистане эти принципы не внедрены.

При этом в части стран система подготовки является одноуровневой (Беларусь, Грузия, Кыргызстан, Россия, Украина), а в части – двухуровневой, в рамках которой готовят бакалавров и магистров (Азербайджан, Армения, Казахстан, Молдова, Узбекистан). Следует отметить, что мнения экспертов по этому вопросу существенно различались – от отстаивания преимуществ двухуровневой подготовки психиатров в рамках бакалавриата и магистратуры (Азербайджан, Армения, Казахстан, Узбекистан) до демонстрации преимуществ одноуровневой системы (Беларусь, Грузия, Кыргызстан, Россия, Украина). Одноуровневая система, по мнению специалистов, позволяет не нарушать традиции и адаптацию к ним системы образования, что в сочетании с использованием аспирантуры дает возможность успешно готовить кадры высшей квалификации.

Данные о числе медицинских вузов, в которых проводится вузовская подготовка врачей-психиатров, колеблются в большом диапазоне. К государствам с большим количеством медицинских вузов следует отнести Россию (более 50) и Украину (18), меньшее число вузов функционирует в остальных странах региона (1 – в Азербайджане, 1 – в Молдове, 3 – в Армении, 4 – в Беларуси, 4 – в Грузии, 6 – в Казахстане, 5 – в Кыргызстане и 5 – в Узбекистане). Важно отметить, что подготовка врачей-психиатров в Азербайджане, Беларуси, Молдове и Узбекистане проводится только в государственных вузах, а в остальных странах и в частных вузах, и на медицинских факультетах университетов.

Специфика образования в странах региона также состоит в том, что изучение психиатрии проводится на различных курсах, как правило, на 4–6-м, и занимает разный период времени. В Азербайджане психиатрию изучают на 4–6-м курсе, в Армении – на 5-м, в Беларуси – на 4–5-м, в Грузии – на 5-м, в Кыргызстане – на 4–5-м, в Молдове – на 5–6-м, в России – на 4–5-м, в Узбекистане – на 4–5-м, на Украине – на 4-м. Специалисты большинства стран считают правильным такой выбор периода изучения психиатрии. Эксперты России и Украины отмечают целесообразность проведения подготовки психиатров на 5-м курсе, эксперты Молдовы – на 5–6-м, а эксперты Узбекистана – на 5–7-м курсах.

Наибольший интерес среди изучавшихся показателей, на наш

взгляд, вызывают количество академических часов, посвященных психиатрии, а также их распределение на аудиторное время и время для самоподготовки (рис. 1).

Как свидетельствуют представленные на рис. 1 данные, число академических часов для изучения психиатрии сильно различается в странах региона: в вузах Узбекистана предмет изучается 234 ч, а Беларуси – 99 ч. Значительное время отведено изучению психиатрии в Грузии (180 ч) и России (180 ч). К числу стран с небольшим количеством часов, отведенных предмету, следует отнести Азербайджан (105 ч) и Армению (120 ч).

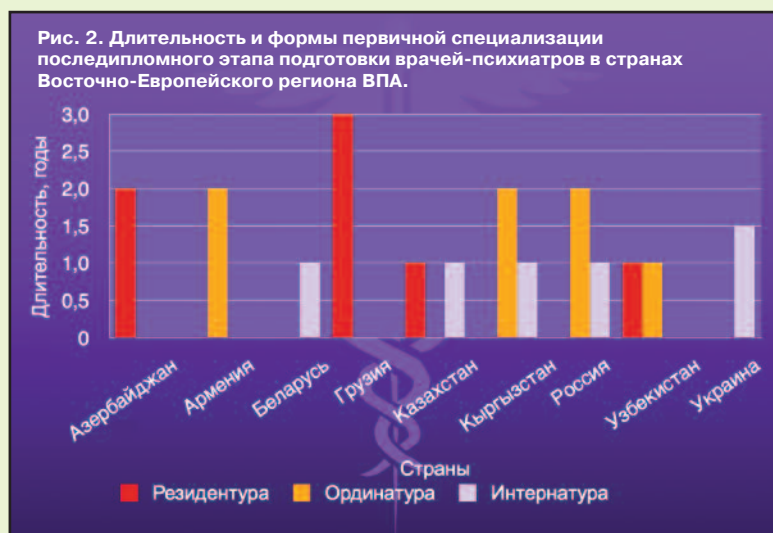
Соотношение лекционных часов и практических занятий показывает, что основное внимание в изучении психиатрии отводится овладению практическими навыками. Время, отведенное для практических занятий, во всех программах в 2 раза и более превышает количество лекционных часов.

Существенный вклад в подготовку специалистов вносит самоподготовка студентов, которой в программах обучения в Грузии выделено максимальное количество часов (98 ч), а в Армении – только 15 ч. Значительное время на самоподготовку отведено в программах вузов Узбекистана (64 ч), Кыргызстана (60 ч) и Украины (55 ч). Незначительное время самоподготовке по психиатрии посвящают студенты Беларуси (29 ч).

Большинство специалистов, проводивших анализ, считают количество часов, отведенных на преподавание психиатрии, недостаточным и предлагают увеличить продолжительность изучения предмета в среднем до 200 ч, что позволит улучшить знания будущих специалистов в области психотерапии, психообразования, психосоциальной реабилитации, психосоматики, нехимических форм зависимостей, т.е. в тех сферах, которые важны для врачей всех медицинских специальностей.

Результаты опроса показали, что во всех странах используются интерактивные формы преподавания и дистанционное обучение в виде репозитариев, электронных учебников, видеотек, онлайн-лекций (наиболее распространены электронные учебники). Изучение психиатрии в медицинских вузах осуществляется преимущественно по лицензированным программам (Беларусь, Казахстан, Россия, Узбекистан, Украина, Кыргызстан), в остальных странах программы не лицензированы. При этом содержание программ во всех странах включает вопросы медицинской психологии (исключение составляют учебные программы Азербайджана и Казахстана). Обновление и утверждение программ проводят регулярно в вузах всех стран, их пересмотр делают в среднем каждые 2–5 лет.

Изучение психиатрии в большинстве стран проводится с использованием модульной (Арме-



ния, Грузия, Кыргызстан, Молдова, Россия, Узбекистан, Украина) и балльно-рейтинговой системы (Азербайджан, Армения, Казахстан, Кыргызстан, Узбекистан, Украина). Государственный аудит знаний студентов с применением лицензированных экзаменов «ШАГ-1», «ШАГ-2» внедрен в систему вузовской подготовки по психиатрии в Грузии, Узбекистане и Украине. Подготовка студентов по психиатрии завершается экзаменом (на Украине – зачетом). Преподавание психиатрии во всех странах осуществляется на основе Международной классификации болезней 10-го пересмотра. В России наряду с этим используются и национальные систематизации.

Для углубления теоретических знаний и практических навыков в вузах всех государств – участников опроса организованы и успешно функционируют студенческие научные общества, которые активно участвуют в организации и проведении студенческих конференций по психиатрии. В большинстве стран конференции проводятся на вузовском и региональном уровне, а в Беларуси, Молдове, России и Украине – на общегосударственном с международным участием.

При оценке подготовки преподавательского состава, работающего в вузах, было выявлено, что в большинстве стран существует

Продолжение на стр. 8

эффективная система повышения педагогической квалификации преподавателей, которые 1 раз в 5 лет проходят повышение квалификации на факультетах последипломного образования. Специалисты Грузии и Азербайджана при заполнении опросника отметили отсутствие эффективной системы повышения квалификации преподавателей.

Число подготовленных врачей-психиатров существенно отличается в разных странах, что, возможно, отражает разную потребность систем здравоохранения в специалистах психиатрического профиля. Так за последние 3 года в России подготовлены 1535 специалистов, на Украине – 156, в Беларуси 120, Казахстане – 75, Молдове – 35, Грузии – 12.

Следующим этапом проведенного анализа стало изучение последипломного этапа подготовки врачей-психиатров в странах Восточно-Европейского региона ВПА.

Результаты оценки длительности и формы первичной специализации представлены на рис. 2.

Как свидетельствуют представленные данные, первичная специализация в Казахстане, Кыргызстане, России и Узбекистане проводится в два этапа в виде обучения в интернатуре и ординатуре (резидентуре). В остальных странах подготовка является одноэтапной, проводится в разных формах (ординатура, интернатура, резидентура).

Средняя длительность первичной специализации врачей-психиатров в странах Восточно-Европейского региона составляет 2–3 года. Исключением являются Беларусь и Украина, где обучение в интернатуре длится 1 и 1,5 года соответственно. Мнения экспертов относительно оптимальной длительности первичной специализации существенно различались: некоторые достаточно сроком в данном контексте считали 6 мес (Узбекистан), некоторые – 2 года (Армения, Казахстан, Кыргызстан), остальные – 3–4 года и более (Азербайджан, Беларусь, Грузия, Молдова, Украина). В России длительность первичной специализации составляет не менее 2 лет, с 2016 г. отменена интернатура по всем специальностям.

Результаты опроса показали, что последипломная подготовка врачей-психиатров осуществляется в разных учреждениях: в Армении, Беларуси, Грузии обучение проводится медицинскими вузами; в Азербайджане и Узбекистане – вузами и институтами последипломного образования, а на Украине, в Молдове, России и Кыргызстане – не только вузами и учреждениями последипломного образования, но и научно-исследовательскими институтами.

В процессе первичной специализации изучаются смежные с психиатрией дисциплины. В большинстве стран в програм-

му обучения включены вопросы неврологии и наркологии. Проблемы медицинской психологии представлены в программах Армении, Казахстана, России и Украины. В Кыргызстане этот раздел включен в программу дисциплины «Педагогика и психология». Вопросы судебной психиатрии включены в программу первичной специализации в Азербайджане и Кыргызстане, а психотерапии – в Армении. Вместе с тем большинство экспертов считают, что программы первичной специализации по психиатрии помимо этого должны включать проблемы медицинской психологии, психотерапии, детской, социальной и судебной психиатрии, а также сексологии.

Существующие программы первичной специализации содержат разделы, посвященные фундаментальным дисциплинам: клинической иммунологии, биохимии, патологической анатомии, фармакологии и др. Несмотря на это специалисты отмечают, что эти разделы должны быть расширены за счет изучения нейрофизиологии, нейрохимии, медицинской генетики, что позволит молодым специалистам более глубоко изучить патогенетические механизмы формирования психических и поведенческих расстройств.

В процессе первичной специализации изучению основной специальности в среднем отводится 80–90% учебного времени, а теоретическая подготовка в структуре обучения занимает от 5–10% (Беларусь) до 50% (Россия) времени. Первичная специализация проводится с учетом квалифицированных требований по унифицированным программам обучения. Будущие психиатры в период первичной специализации имеют возможность овладеть практическими навыками работы в стационаре и внебольничных звеньях психиатрической службы.

Как было указано, число подготовленных за год врачей-психиатров колеблется в широком диапазоне. Следует подчеркнуть, что многие участники опроса отметили несоответствие бюджетных мест послевузовской подготовки потребностям здравоохранения (Грузия, Кыргызстан, Россия, Украина).

Нагрузка на кураторов послевузовской подготовки существенно различается в подлежащих анализу государствах (рис. 3).

Как свидетельствуют представленные на рис. 3 данные, с максимальной нагрузкой работают кураторы последипломного образования в Беларуси (1 педагог на 30 учащихся), а с минимальной – в Казахстане (5–6 учащихся) и Азербайджане (2 учащихся).

Технологическое обеспечение в процессе последипломной подготовки врачей-психиатров в большинстве стран требует дальнейшего развития и модернизации. Следует отметить, что дистанционные формы обучения не

нашли широкого применения в учебном процессе (исключение – лишь Казахстан и Узбекистан); электронные образовательные ресурсы являются доступными только в части государств (Кыргызстан, Казахстан, Молдова, Россия, Узбекистан, Украина); тестирование в онлайн-режиме используется лишь в Казахстане и Узбекистане.

Несомненным достоинством профессиональной подготовки врачей-психиатров является активное участие в процессе повышения квалификации и разработки образовательных программ профессиональных ассоциаций. Проведенный опрос отразил участие профессиональных ассоциаций в подготовке врачей-психиатров в Грузии, Кыргызстане, Казахстане, России, Узбекистане, на Украине. В остальных странах, к сожалению, профессиональные ассоциации не принимают активного участия в подготовке врачей-психиатров. Повышение квалификации врачей-психиатров во всех странах, кроме Грузии, проводится в виде сертификационных циклов, частота прохождения которых – 1 раз в 5 лет.

Психиатрические субспециальности представлены в программах повышения квалификации наркологии (Армения, Кыргызстан, Молдова, Россия, Украина), психотерапией (Армения, Кыргызстан, Молдова, Россия, Украина), детской психиатрией (Грузия, Кыргызстан, Украина), судебной психиатрией (Грузия, Кыргызстан, Молдова, Украина) и сексологией (Армения, Россия, Украина). Медицинская психология в качестве субспециальности представлена в программах обучения только в Кыргызстане, Молдове и на Украине.

Число утвержденных учебных программ для специалистов, работающих в сфере психического здоровья, отличается в странах, участвовавших в опросе: от 1 – в Азербайджане до 10 – в Армении и Молдове. Во всех странах существует система контроля качества подготовки врачей-психиатров.

Обсуждение эффективности подготовки кадров в сфере психического здоровья показало, что все участники опроса единогласно подтвердили огромную роль врачей общей практики в выявлении психических расстройств и оказании помощи пациентам с данной патологией. При этом вопросы психиатрии, как правило, недостаточно освещены в программах подготовки врачей общей практики – семейной медицины. Число часов, посвященных изучению психиатрии, колеблется от их отсутствия (Армения, Беларусь) до 180 ч (Казахстан, Россия). Следует отметить, что наиболее важными темами в циклах подготовки врачей общей практики специалисты-психиатры считают депрессию, невротические и психосоматические расстройства, а также проблемы пси-

хологического развития и гериатрической помощи. Единая система повышения квалификации врачей общей практики в сфере психического здоровья в большинстве стран Восточно-Европейского региона ВПА отсутствует (исключением являются Россия и Кыргызстан). Профессиональные организации психиатров реализуют программы, направленные на повышение уровня знаний врачей общей практики в сфере психического здоровья, которые внедряются в формах лекций, круглых столов, семинаров, конференций (Армения, Кыргызстан, Украина).

Сопоставление специфики вузовского и послевузовского образования врачей-психиатров Восточно-Европейского региона ВПА свидетельствует о том, что подготовка специалистов проводится с учетом европейского и мирового опыта, а также национальных традиций. В большинстве стран региона основой подготовки являются принципы Болонского процесса с использованием модульной и балльно-рейтинговой систем, а также оценки качества знаний с помощью лицензированных экзаменов. Техническое оснащение подготовки включает применение электронных учебников, видеотек, онлайн-лекций и других дистанционных форм обучения.

В процессе опроса выявлены проблемы, которые являются резервом улучшения качества подготовки специалистов-психиатров. К таким резервам большое участие опроса отнесли увеличение длительности изучения психиатрии, возможность гибкой частоты пересмотра учебных программ, снижение нагрузки на преподавателей, привлечение профессиональных ассоциаций к подготовке кадров и их аттестации.

Проведенный опрос показал, что стратегическими задачами, стоящими перед профессиональными ассоциациями психиатров в сфере подготовки кадров, являются:

- обеспечение доступа молодых специалистов к овладению широким спектром психиатрических специальностей и получению качественной послевузовской подготовки;
- получение в период вузовской и послевузовской подготовки знаний и навыков по проблемам психофармакологии, психотерапии и психосоциальной реабилитации с установкой на мультидисциплинарный подход к терапии психических расстройств;
- подготовка врачей-психиатров нового поколения, которые, владея всем комплексом знаний в области психиатрии, оказывают высокоэффективную, дестигматизирующую психиатрическую помощь, реализуют психообразовательные программы и направляют свои усилия на укрепление психического здоровья общества. ■

Сексуальные аддикции: обзор литературы



А.Ю.Егоров
 ФГБОУ ВПО Санкт-Петербургский государственный университет
 ФГБОУ ВПО Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова
 Минздрава России
 ФГБУН Институт эволюционной физиологии и биохимии им. И.М.Сеченова РАН

В 1812 г. в книге «Медицинские вопросы и замечания по болезни ума» («*Medical Inquiries and Observation upon the Diseases of the Mind*») основоположник американской психиатрии Б.Раш описал пациента, чей «чрезмерный» сексуальный аппетит причинял ему психологический дискомфорт при том, что с медицинской точки зрения этот человек был импотентом. Позже в XIX в. Р.Крафт-Эббинг (1886 г.) описал первый в Западной Европе случай аномально повышенного сексуального желания, которое он назвал «сексуальная гиперестезия» («*hyperesthesia sexual*»). Идея концептуализации непрерывного гиперсексуального поведения (ГСП) в качестве аддикции была предложена почти через 100 лет Дж.Орфордом в 1978 г., который описал его как «неадаптивный паттерн применения и потери контроля над поведением с соответствующими негативными последствиями». В дальнейшем эта концепция была рассмотрена как психопатологическое состояние в книге П.Карнеса «Выйти из тени: понимание сексуальной аддикции» («*Out of the Shadows: Understanding Sexual Addiction*», 1983).

Пациенты с чрезмерными и/или необычным сексуальным поведением и импульсами всегда представляют определенную сложность для клиницистов. В ряде случаев диагноз представляется вполне определенным. Так, молодой человек, которого задерживали за демонстрацию своих гениталий в общественном месте, отвечает диагнозу «расстройство сексуального предпочтения, эксгибиционизм» (по Международной классификации болезней

10-го пересмотра – F65.2). У молодой женщины, которую переполняют навязчивые, мучительные для нее мысли на сексуальную тематику, скорее всего найдут обсессивно-компульсивное расстройство (F42). Пожилой 70-летний пациент, нуждающийся в уходе, пытается погладить или пощупать любого врача, сестру или санитарку женского пола, которые подходят к нему, вероятнее всего демонстрирует потерю суждений вследствие болезни Альцгеймера (F00.1). ГСП часто встречается в рамках маниакального состояния при биполярном аффективном расстройстве (F31.1). Сексуальные девиации встречаются и при многих других психических расстройствах. В этих случаях понятна и терапевтическая тактика: надо лечить основное психическое заболевание.

Вместе с тем имеется масса случаев, этиология которых остается не столь очевидной. Так, например, какой диагноз поставить компьютерному инженеру, чья работа и семейные отношения страдают от того, что он проводит часы, просматривая порнографические сайты, и занимается виртуальным сексом. Как быть с замужней женщиной, которая не может ограничить свои многочисленные связи на стороне, хотя безумно боится, что это может стать причиной распада ее собственного брака? У одного гомосексуалиста были сотни сексуальных контактов со случайными людьми в клубах, на вечеринках, случайных квартирах и даже в общественных туалетах, тогда он и не задумывался о необходимости безопасного секса. Паника по поводу возможного заражения охватывала его лишь после подобного свидания. А какой диагноз поставить одинокому потребителю разной порнографической продукции, необходимой ему для многократной ежедневной мастурбации, которая в итоге отнимает его время, деньги и наносит травмы гениталиям? А молодой преуспевающий главный редактор газеты, владающий ближе к ночи в уныние и бессонницу, если у него каждый день не было сексуального контакта с новой партнершей? Варианты таких примеров можно продолжать очень долго. В последние годы именно такие случаи все чаще и чаще относят к сексуальным аддикциям (Дж.Шнайдер, Р.Айронс, 2001).

Сексуальные аддикции, как правило, развиваются на фоне ГСП. За последние 10 лет ГСП стало предметом повышенного внимания со стороны специалистов-психиатров. Этот увеличенный интерес связан с необходимостью более четкого выяснения этиологии и связанных с ней особенностей ГСП, включая возможные риски для здоровья, связанные с инфекциями, передавае-

мыми половым путем (Coleman и соавт., 2010; Parsons и соавт., 2012). Исследования показали, что пациенты с ГСП сообщали о своих эмоциональных переживаниях, трудностях с занятостью, проблемах в отношениях и правовых вопросах, а также деморализации в результате их участия в ГСП (Muench и соавт., 2007; Reid и соавт., 2011). Жены пациентов также сообщали, что их браки пострадали от ГСП мужей (Reid и соавт., 2010). В совокупности эти исследования показывают, что лица с ГСП испытывают серьезные последствия в нескольких областях, которые связаны с частотой и интенсивностью их сексуальных фантазий, побуждений и собственно поведения. Чрезмерная мастурбация и сексуальные контакты с несколькими партнерами являются наиболее частыми примерами поведения, которое хуже всего контролируется и приводит к функциональным нарушениям (Bancroft, 2008; M.Kafka, 2010). Интернет-порнография также представляет собой серьезную проблему для некоторых людей (Bancroft, 2008).

Несколько концепций непрерывного ГСП основывались на моделях обсессивно-компульсивного расстройства, расстройств импульсного контроля, неконтролируемого ГСП и аддитивных расстройств. Каждая концепция разрабатывалась на базе предполагаемых этиологических механизмов и ставила целью предложить эффективные методы лечения (Garcia, Thibaut, 2010). Вместе с тем перверзные формы сексуального поведения были связаны с сексуальной гиперактивностью у 72–80% из 120 мужчин, обратившихся за лечением имеющихся у них сексуальных отклонений или парафилий (M.Kafka, Nennen, 2003). Как показали недавние исследования, выраженность ГСП мало зависит от сексуальной ориентации (De M.Scanavino и соавт., 2013).

В генезе сексуальных аддикций большую роль играет ранняя сексуальная травматизация в детстве: от прямого инцеста до закладки у ребенка убеждений, что он представляет интерес только как сексуальный объект. Так, по данным П.Карнеса (1991 г.), у 83% сексуальных аддиктов в детстве отмечались случаи сексуального насилия. В такой ситуации формируются комплекс неполноценности, изоляция, недоверие к окружающим и зависимость от них, чувство угрозы извне и сверхценное отношение к сексу (Schwartz, 1992). Теоретическая модель сексуальной аддикции, предложенная А.Гудманом (1997 г.), включает в себя три компонента: нарушение регуляции аффекта, тормозного контроля за сексуальным поведением, функционирования мотивационной системы награ-

ды. Исходя из своей модели, автор выделяет следующие основные признаки сексуальной аддикции (А.Гудман, 1997):

- повторяющаяся потеря контроля над своим сексуальным поведением;
- продолжение такого сексуального поведения, несмотря на вредные последствия.

Большое значение имеет формирование системы верований и убеждений. Согласно этой системе любой аддикт относится к себе изначально плохо. Он не верит, что окружающие могут хорошо к нему относиться. У него появляется убежденность, что секс – это единственная сфера, в которой он может проявить свою самостоятельность. Секс – единственное средство, которое может сделать изоляцию аддикта переносимой.

Нейробиология сексуальных аддикций на сегодня остается сравнительно мало изученной областью. Методы нейровизуализации с помощью позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) и функциональной магнитно-резонансной томографии (МРТ) подтвердили, что миндалина, область покрышки, а также перегородки ядер активируются во время полового акта (Arnou и соавт., 2003). Исследование с применением функциональной МРТ 16 пациентов с диагностированным ГСП и 8 контрольных испытуемых показало, что при ГСП активация верхней лобной области существенно выше, чем в контрольной группе. Статистически значимая корреляция была обнаружена между уровнем импульсивности и активностью нижней лобной доли. Сходные результаты наблюдались и при других расстройствах импульсного контроля (Miner и соавт., 2009). Функциональная визуализация мозга больших сeruleino-мозговыми травами показала, что поражение префронтальной и двустороннее поражение височной областей были связаны с гиперсексуальностью и расторможённостью (Rees и соавт., 2007). ПЭТ-исследования здоровых добровольцев во время оргазма и эякуляции показали выраженную активацию дофаминергических отделов среднего мозга и вентральной области покрышки. Эта область мозга активируется во время так называемого прихода у героинового наркоманов, которые описывают это ощущение сразу после инъекции как «оргазмоподобное» (Park и соавт., 2001).

Сексуальные аддикции относятся к скрытым, замаскированным зависимостям. Это связано с социальными табу на обсуждение данной тематики. Чем более закрыта, табуирована эта тематика, тем меньше выявляется аддикций. Таким образом, сексуальные ад-

Продолжение на стр. 10

дикции всегда должны рассматриваться в транскультуральном плане. П.Карнес (1991 г.) сообщает, что сексуальной аддикции подвержены от 3 до 6% населения США. В более позднем исследовании приводится цифра в 20 млн человек (Coleman-Kennedy, Pendley, 2002). Недавнее исследование в США показало, что 3,7% студентов колледжей отвечают критериям компульсивного сексуального поведения согласно DSM-IV-TR – Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (Raymond и соавт., 2010). О 3–6% населения говорится и в других современных исследованиях (Garcia, Thibaut, 2010; П.Карнес и соавт., 2011).

Основные признаки, по которым следует выделять сексуальную аддикцию, были сформулированы Р.Айронсом и Дж.Шнайдер (1997 г.). По своей феноменологии они неспецифичны (т.е. характерны для других аддикций) и включают в себя: а) потерю контроля при реализации сексуального поведения, т.е. человек не в состоянии остановиться, несмотря на все попытки и обещания; б) это поведение продолжается, несмотря на существенные негативные последствия, такие как потеря работы и разрыв отношений с постоянным партнером, разоблачение, риск заражения, арест и публичное осуждение; в) все возрастающее количество времени тратится на фантазии и навязчивые мысли о сексе вообще и своей сексуальной активности, в частности.

Американский Национальный совет по сексуальным аддикциям и компульсивным расстройствам (The National Council on Sexual Addiction and Compulsivity – NCSAC) определяет *сексуальную аддикцию как существующий и усиливающийся паттерн или паттерны сексуального поведения, которые продолжают реализовываться, несмотря на все более и более серьезные негативные последствия для себя и других*. Повторяющееся неконтролируемое поведение может реализовываться в следующих формах проявления сексуальной активности:

- Мастурбация.
- Одновременные или повторные последующие сексуальные контакты.
- Порнография.
- Киберсекс, секс по телефону.
- Большое количество незнакомых партнеров.
- Пренебрежение безопасным сексом.
- Восприятие партнера только в качестве сексуального объекта.
- Стрип-клубы и секс-шопы.
- Проституция.

М.Кафка (2010 г.) использовал термин «гиперсексуальное расстройство» для обозначения ГСП и предложил следующие критерии его диагностики для включения в DSM-5:

- А. За период не менее 6 мес имели место периодические и интенсивные сексуальные фантазии,

сексуальные побуждения и сексуальное поведение в сочетании с 4 критериями или более из следующих 5:

- 1) много времени тратится на сексуальные фантазии, а также планирование и участие в сексуальном поведении;
 - 2) повторяемость этих сексуальных фантазий, побуждений и поведения в ответ на дисфорическое настроение (например, тревога, депрессия, скука, раздражительность);
 - 3) повторная охватываемость сексуальными фантазиями, побуждениями и поведением в ответ на стрессовые жизненные события;
 - 4) повторные, но безуспешные попытки контролировать или существенно сократить свои сексуальные фантазии, побуждения и поведение;
 - 5) повторное участие в сексуальном поведении, без учета риска физического или эмоционального вреда себе или другим.
- Б. Существует клинически значимый личный дистресс или ухудшение в социальной, профессиональной или других важных сферах деятельности, связанных с частотой и интенсивностью сексуальных фантазий, побуждений и поведения.
- В. Эти сексуальные фантазии, побуждения и поведение возникают не в результате прямого физиологического действия экзогенного вещества (например, поверхностно-активные вещества – ПАВ или лекарства). Тем не менее гиперсексуальное расстройство (как и Интернет-аддикция) не было включено в окончательную версию DSM-5 в рубрику аддиктивных расстройств в отличие от патологического гемблинга. По мнению А.Кора и соавт. (2013 г.), это произошло из-за того, что, несмотря на значительное сходство между ГСП и химической аддикцией, исследования гиперсексуального расстройства как нозологической единицы в настоящее время находятся в зачаточном состоянии, и многое еще предстоит исследовать для его окончательной дефиниции как формы аддиктивного расстройства.

В последние два десятилетия сексуальная аддикция все чаще реализуется через Интернет, чему служат огромное количество порнографических сайтов различного содержания (Bingham, Piotrowski, 1996; Дж.Шнайдер, Weiss, 2001). В недавно проведенном французском исследовании 20 тыс. вопросов на наличие признаков сексуальной аддикции были разосланы пользователям по Интернету. На вопросы ответили более 7,5 тыс. пользователей (90% оказались мужчинами), причем более 1 тыс. прислали еще и свои комментарии. Оказалось, что среди респондентов почти 10% оказались сексуальными аддиктами, которые, по мнению автора, нуждаются в специфической терапии (Cordonnier, 2006).

Часть сексуальных аддиктов предпочитают реализовывать свою зависимость в форме киберсекса, потому что:

- Киберсекс – эта та деятельность, которая дает наибольшее удовлетворение.
- Самостоятельно сложнее реализовывать свои желания.
- Они чувствуют, что они более привлекательны сидя за экраном монитора.
- У них больше свободы выражения своих сексуальных фантазий.
- Так проще участвовать в ролевых играх.
- Интернет реально изменил их сексуальность.
- Секс благодаря Интернету стал более привычным.
- У них фантазии, которые не могут быть реализованы в обычной жизни.

Дж.Шнайдер (2000 г.) исследовала влияние киберсексуальной аддикции на семью, проведя всестороннее анкетирование 91 женщины и 3 мужчин, чьи партнеры были аддиктами, и пришла к следующим выводам:

1. Когда респонденты узнавали об онлайн-сексуальной активности своих партнеров, они испытывали страдание, предательство, отвержение, заброшенность, опустошение, одиночество, стыд, изоляцию, унижение, ревность, гнев и потерю самоуважения. Все это вызывало выраженный дистресс.
2. Киберсексуальная аддикция была важным фактором, приводившим к расставанию и разводу в 22,3% случаев выборки.
3. У 68% пар либо один, либо оба партнера теряли интерес к обычному сексу. У некоторых пар не отмечалось сексуальных отношений в течение месяцев и лет.
4. Респонденты сравнивали себя с онлайн-женщинами (или мужчинами) и открытками, испытывая при этом отрицательные эмоции из-за необходимости конкуренции с ними.
5. Респонденты сильно чувствовали, что киберсвязи их партнеров были для них столь же болезненны, как будто это происходило в жизни. Многие респонденты верили, что измены в Интернете это то же самое, что и в реальной жизни.
6. Вредные последствия для детей включали в себя: а) возможность доступа к киберпорнографии и отношению к женщине не лишь как сексуальному объекту; б) вовлеченность в родительские конфликты; в) недостаток внимания из-за вовлеченности одного родителя в компьютер, а другого – в отношения с мужем/женой – киберсексуальным аддиктом; г) распад семьи.
7. В ответ на киберсексуальную аддикцию своих партнеров респонденты проходили через следующую последовательность фаз: а) игнорирование/отрицание, б) шок от обнару-

жения киберсексуальной активности, в) попытки решить проблему. Когда их попытки иссякали из-за невозможности решения проблемы, респонденты проходили кризис, после которого возможным было улучшение их состояния.

Из изложенного очевидно, что киберсексуальная аддикция имеет те же черты и последствия, что и любая другая поведенческая зависимость. Ее отличие состоит лишь в способе реализации (через компьютер) аддиктивного поведения.

Ц.П.Короленко и Н.В.Дмитриева (2000 г.) подразделяют сексуальные аддикции на ранние, которые начинают формироваться очень в юном возрасте на фоне общего аддиктивного процесса, и поздние, пришедшие на смену другой формы аддиктивного поведения.

Проанализировав клиническую картину у 1 тыс. больных, поступивших в клинику для лечения аддиктивных сексуальных расстройств, П.Карнес (1991 г.) описал *10 форм (паттернов) сексуальной аддикции*:

1. Секс как фантазия: у человека навязчивые фантазии о сексуальной жизни. Фантазии и навязчивости всепоглощающие.
2. Секс как обольщение: обольщение и завоевание – вот основное. Имеют место многочисленные связи, отношения и/или серии неудачных контактов.
3. Анонимный секс: занятия сексом с незнакомыми партнерами или связи, длящиеся одну ночь.
4. Платный секс: плата проституткам или за секс по телефону.
5. Секс как работа: получение денег или лекарств (наркотиков) за занятия сексом или использование секса в качестве бизнеса.
6. Секс вуаериста: применение порнографических картинок в книгах, журналах, в компьютере, порнографических фильмов, пип-шоу (открытых и с подглядыванием). Высоко коррелирует с усиленной мастурбацией, доводящей до травматических повреждений гениталий.
7. Секс эксгибициониста: демонстрация гениталий в публичных местах или из дома и машины; ношение одежды, удобной для демонстрации гениталий.
8. Назойливый секс. Поглаживание других без их разрешения. Использование более высокой позиции (например, религиозной, профессиональной) для сексуальной эксплуатации другого человека.
9. «Обмен болью». Причинение или получение болевых ощущений для усиления сексуального наслаждения.
10. Секс эксплуататора. Прямое использование силы или беспомощности партнера для занятий сексом. Секс с детьми.

Таблица 1. Сосуществование сексуальной аддикции с другими видами зависимостей (Дж.Шнайдер, Р.Айронс, 2001)

Виды аддикций	П.Карнес, 1991 г. (n=289)	Дж.Шнайдер, 1996 г. (n=75)	Дж.Шнайдер, 1998 г. (n=82)
Химические зависимости, %	42	39	45
Пищевые аддикции, %	38	32	19
Аддикция к покупкам (тратам), %	26	13	9
Гэмблинг, %	5	4	5
Без других аддикций, %	17	17	34

Кроме того, П.Карнесом (1989 г.) был разработан тест, который широко применяется для диагностики сексуальной аддикции. Недавно П.Карнесом и соавт. (2012 г.) был предложен вариант скрининг-теста на сексуальную аддикцию PATHOS*, разработанный по аналогии с тестом CAGE-AID (Erwin, 1984) для обнаружения алкогольной и наркотической зависимости:

Тест PATHOS

1. Часто ли вы озабочены мыслями сексуального характера? (**Preoccupied**).
2. Скрываете ли вы некоторые аспекты вашего сексуального поведения от других? (**Ashamed**).
3. Вы когда-нибудь обращались за помощью по поводу своего сексуального поведения? (**Treatment**).
4. Кто-нибудь эмоционально пострадал из-за вашего сексуального поведения? (**Hurt**).
5. Считаете ли вы, что сексуальные желания контролируют вас? (**Out of control**).
6. Когда вы занимаетесь сексом, вы чувствуете себя подавленным после этого? (**Sad**).

Три положительных ответа и более свидетельствуют о вероятной сексуальной аддикции.

Были обнаружены гендерные особенности в проявлениях разных паттернов аддиктивного сексуального поведения (П.Карнес и соавт., 1991). Мужчины имеют тенденцию видеть своих партнеров лишь как сексуальных объектов и особо не нуждаются в их эмоциональном участии в процессе. Именно поэтому для мужчин более характерны следующие паттерны: секс вуайеристов, платный секс, анонимный секс, секс эксплуататора. Очевидна тенденция к эмоциональной изоляции. Женщины, наоборот, имеют тенденцию к чрезмерно бурным эмоциональным проявлениям в сексуальном поведении, что искажает их статус – они либо получают контроль над всеми, либо становятся жертвами. Именно поэтому для них характерны следующие проявления аддикции: секс как фантазия, секс как оболъщение, секс как работа и обмен болью. Женщины-сексуальные аддикты используют секс для власти над партнером, контроля и ухаживания (П.Карнес и соавт., 1991; Kasl, 1989).

NCSAC рекомендует обращать внимание на следующие проявления сексуальной аддикции у женщин:

- чрезмерный флирт, участие в танцах, вызывающий макияж для соблазнения;
- ношение провоцирующей одежды, где это возможно (как форма эксгибиционизма);
- изменение внешности посредством интенсивной диеты и упражнений и/или пластической хирургии, чтобы быть привлекательной;
- демонстрация себя из окон дома, машины;
- сексуальные предложения молодым братьям и сестрам, клиентам или тем, кто занимает более низкие позиции;
- поиск сексуальных партнеров в рискованных местах;
- многочисленные внебрачные связи;
- безразличие к принятым условиям, например, рассматривает женатого мужчину, начальника, своего врача как объект сексуального влечения;
- расплата сексом за наркотики, помощь, любовь, деньги, социальные связи, власть и т.д.;
- иметь секс с человеком, с которым только что познакомился на вечеринке, в баре или по Интернету (форма анонимного секса);
- компульсивная мастурбация;
- причинение боли во время секса и усиление желаний во время болевых ощущений.

Как показали исследования, у сексуальных аддиктов выше уровень тревоги, депрессии, обсессивно-компульсивных проявлений, а также интерперсональной чувствительности по сравнению с контрольной группой (Raviv, 1993).

У сексуальных аддиктов встречается достаточно высокая коморбидность с другими психическими расстройствами, такими как злоупотребление ПАВ, тревожные и аффективные расстройства (Black и соавт., 1997). Л.К.Шайдукова (1993 г.) описала частое сочетание сексуальной аддикции с ранним алкоголизмом у женщин, где мотивом и алкоголизации, и промискуитета был поиск новых ощущений. Мотив поиска «острых ощущений» как ведущий при сочетании сексуальной и алкогольной аддикции приводится и в работе индийских исследователей (Chandra и соавт., 2003).

Сексуальная аддикция часто сосуществует с разными формами наркоманий и может стать причиной, часто не устанавливаемой, рецидива химической зависимости. А.Уоштон (1989 г.)

обнаружил, что 70% кокаиновых наркоманов, проходивших амбулаторное лечение, одновременно являлись и сексуальными аддиктами. Автор показал наличие «реципрокного рецидива», когда компульсивное влечение к сексу провоцировало прием кокаина, и наоборот. В недавнем исследовании (Роусон, А.Уоштон, 1998) было показано, что 3/4 мужчин с амфетаминовой наркоманией и более 1/2 мужчин-кокаинистов отмечают, что под действием наркотиков их сексуальная активность становится «извращенной» или «ненормальной», а их сексуальные фантазии являются своеобразным триггером для употребления наркотиков. Сравнивая компульсивную сексуальную активность при приеме разных ПАВ, Роусон и соавт. (2002 г.) обнаружили, что стимуляторы и алкоголь в большей степени, чем опиаты, способствуют проявлениям сексуальной аддикции. Причем кокаин обуславливает неконтролируемое сексуальное поведение преимущественно у мужчин, а амфетамин – у женщин.

В своем обзоре Дж.Шнайдер и Р.Айронс (2001 г.) приводят данные разных исследований о сосуществовании сексуальной аддикции с другими химическими и нехимическими аддикциями (табл. 1).

Традиционная точка зрения, согласно которой депрессия всегда сопровождается снижением либидо, опровергается современными исследованиями, проводившимися в Институте Кинси (Блумингтон, США), которые показали, что у 15% гетеросексуалов и 25% гомосексуалов депрессия вызывает усиление сексуального влечения (Bancroft, Vukadinovic, 2004). Авторы показали, что сниженное настроение усиливает сексуальное влечение больше у мужчин, чем женщин. Кроме того, сексуальная аддикция часто проявляется или сочетается с парафилиями (педофилия, эксгибиционизм, вуайеризм) и компульсивная мастурбация). Компульсивная мастурбация в большей степени связана с высоким уровнем тревоги, чем с депрессией, которая больше коррелирует с неконтролируемым сексуальным поведением по отношению к партнеру.

Сексуальные аддикты часто отрицают наличие у себя каких-либо проблем. Они применяют механизм проекции, осуждая других и стараясь преуменьшить то, что может их дискредитировать. Другим часто встречающимся механизмом защиты становится рационализация: «Если я не буду за-

ниматься сексом, то не вынесу напряжения, которое во мне накапливается» или «Это мое дело, это никому не вредит, это мой способ расслабления».

У сексуальных аддиктов при воздержании описаны симптомы, напоминающие проявления синдрома отмены при химических зависимостях: дисфория, тревога, трудности концентрации внимания. Многие сексуальные аддикты отмечают также рост толерантности. При реализации зависимости посредством виртуального секса через Интернет они начинают проводить в сети все больше часов. При не виртуальном способе реализации у них появляется все больше сексуальных партнеров; контакты становятся все более эксцентричными и рискованными (Дж.Шнайдер, Р.Айронс, 2001).

Периодически сексуальные аддикты дают себе зарок измениться, приурочивают начало зарока к какому-то конкретному дню, искренне веря, что они это сделают. Тем не менее помимо воли происходит срыв (Bancroft, Vukadinovic, 2004). Сексуальное влечение приобретает компульсивный характер (M.Souza у Machorro, 2002). В связи с компульсивным характером влечения и потребностью вступать в интимные отношения со значительным числом партнеров сексуальные аддикты имеют намного больше шансов заразиться ВИЧ, поскольку пренебрегают безопасным сексом (Дж.Шнайдер, Р.Айронс, 2001).

Ц.П.Короленко и Н.В.Дмитриева (2000 г.) описали фазы формирования сексуальной аддикции:

1. *Сверхзанятость мыслями на сексуальную тематику, носящая обсессивный характер.* Секс становится любимой темой размышлений. Фантазирование на сексуальные темы меняет восприятие многих вещей. В окружающих видятся лишь сексуальные объекты. Другие занятия рассматриваются как необходимые, но неприятные.
2. *Фаза ритуализации поведения* с разработкой схем, приводящих к сексуальному поведению. Аддикция начинает включать сексуальные реализации и становится повседневным ритуалом, для которого резервируется специальное время. Окружающие, как правило, этого не замечают, так как аддикт стремится к сохранению имиджа нормальности, демонстрируя свое ложное «я».

Продолжение на стр. 12

*Тест PATHOS – Preoccupied, Ashamed, Treatment, Hurt, Out of control, Sad.

Таблица 2. Динамика развития серийного сексуального убийства

Стадия	Проявления
	Импринтинг
Латентная	Воспоминания о ситуации импринтинга, навязчивые представления
Инициальная	Обсессивные фантазии сексуального характера
Продромальная	Обсессивно-компульсивное жесткое обращение с животными, часто сочетающееся с действиями сексуального характера
Развернутая клиническая картина	Садизм с признаками зависимого поведения

Начало на стр. 11

3. Фаза компульсивного сексуального поведения с явлениями потери контроля, свойственной для других аддикций. На этой фазе аддикт рискует раскрыть себя или нанести себе психологическое и физическое повреждение. Контроль над разными видами сексуальной активности теряется. После реализации компульсивного характера возникают нереализуемые обещания остановиться. Комплекс неполноценности усиливается.

4. Фаза катастрофы или отчаяния наступает после неприятностей, обусловленных определенными событиями (наказание, заболевание и т.д.). Нарастают отрицательные чувства к себе, могут появиться мысли о самоубийстве. После некоторого периода затишья наступает повторение цикла, который разворачивается сразу с фазы компульсивного сексуального поведения.

В семье аддикция длительно скрывается. Отношения постепенно формализуются. Аддикт ведет двойную жизнь, он перестает интересоваться другими вещами, не заботится о своем здоровье, ему становится трудно преодолевать житейские трудности. Более важным для него представляется все время навязчиво доказывать свою состоятельность в сексуальном плане. Неудачи сексуального характера очень травматичны и могут вызвать аутодеструктивные и агрессивные действия. Поражения могут сочетаться со злоупотреблением алкоголя и других ПАВ, призванным избавиться от неприятных чувств. С другой стороны, прием алкоголя может применяться как запуск сексуальной реализации.

Отдельно следует остановиться на проблеме так называемых серийных сексуальных убийц. Психопатология этого явления детально разрабатывалась представителями Ростовской психиатрической школы: профессором А.О.Бухановским (1944–2013 гг.) и его учениками (А.О.Бухановский, 1996; 2008; А.О.Бухановский, О.А.Бухановская, 2003; А.О.Бухановский и др., 2002). Серийные сексуальные жестокие убийства – частный вариант многоэпизодного садистского насилия против нравственности, жизни и половой неприкосновенности. Эти деяния совершаются одиночным преступником в ситуации неочевидности. Личность преступника специфически дисгармонична, что закономерно ведет его к психосо-

циальной дезадаптации. Последняя является условием возникновения и развития психологической и психопатологической детерминации криминального поведения, которое приобретает характер зависимого с абнормальными способами удовлетворения потребности в господстве и психофизиологическом комфорте.

Существует определенная предрасположенность к серийным сексуальным убийствам. К ней относятся:

- Морфофункциональная церебральная предрасположенность – органические изменения головного мозга (МРТ).
- Сексуальная предрасположенность – слабая или средняя половая конституция.
- Отсутствие романтической стадии в развитии либидо.
- Внесексуальные особенности личности.

Под внесексуальными особенностями личности понимается:

- Дисгармония личности:
 - шизоидность + сенситивность + отсутствие навыков самозащиты, самоутверждение + дефицит неформального общения, эмпатии и интуиции + преобладание грезоподобных фантазий + внешняя внесексуальность;
 - психическая уязвимость, раздражительность;
 - заикленность на обидах реальных и мнимых.
- Особенности темперамента:
 - психомоторная и эмоциональная возбудимость;
 - инертность, склонность к застреванию на негативных переживаниях; воспоминаниях о значимых событиях (импринтинговых).

Реактивный импринтинг – это специфическая форма (реакция) возникновения необычных стереотипов поведения. Развивается крайне быстро без внешнего подкрепления, после острой, чаще – однократной, чрезвычайной по интенсивности индивидуальной избирательной реакции на внезапное воздействие некой ситуации. Все происходит в условиях необычного, столь же острого и интенсивного психоэмоционального переживания (ужас, экзальтация и т.д.) в сочетании с эротически сексуальной реакцией. Кроме того, реакция возникает при наличии предрасположения – возрастного, личностного, церебрального. Она мало- или необратима. В последующем сам импринт начинает формировать образцы патологического поведения и их последующее развитие.

В результате реактивного импринтинга возникает оперантное научение – специфическая форма появления необычных стереотипов поведения. При этом происходит постепенная фиксация (создание) патологического стереотипа поведения путем их регулярного, частого повторения (подкрепления, «заучивания»). Оперантное научение происходит за счет пластичности и специфической предрасположенности высшей нервной деятельности.

Аддиктивный механизм развития садизма представлен на схеме (см. рисунок).

Видно, что конфликты, которые возникают у дисгармонической личности при ее взаимодействии с социумом, не находят адекватного разрешения (конструктивный и сублимационный механизмы). Вместо этого используются ПАВ, и разрешение конфликтов идет по пути иллюзорно-компен-

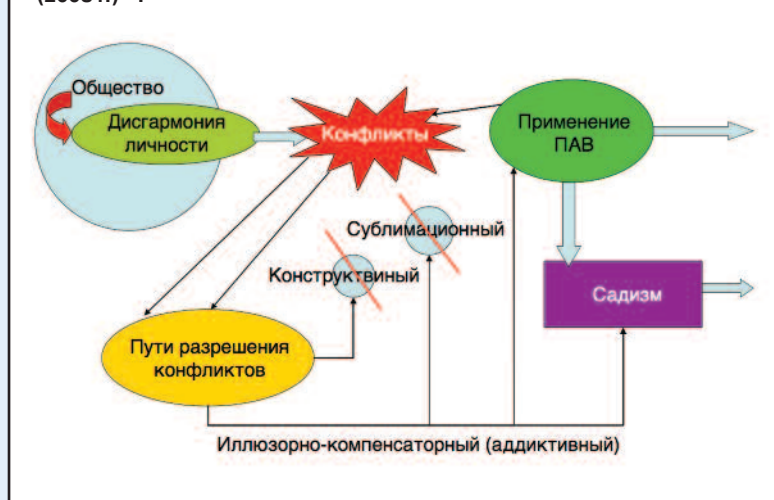
Навязчивые представления, возникающие на начальной стадии, отличаются произвольностью, ситуационной обусловленностью. Они модифицируются актуальным психическим состоянием и в отличие от классических obsessions при них отсутствуют борьба мотивов и чувство чуждости.

При произвольно возникающих обсессивных фантазиях происходит выход за границы импринтингового события. Для них свойственен своеобразный «авторский» характер фантазий и образов: пациент становится сценаристом, режиссером, актером и зрителем одновременно.

Затем следует формирование собственно зависимости, которая включает:

- Обсессивно-компульсивное влечение к психосексуальному насилию.
- Психофизический дискомфорт вне патосексуальной ситуации.

Аддиктивный механизм формирования садизма по А.О.Бухановскому (2008 г.)**.



саторному (аддиктивному), что приводит к формированию садизма, реализация которого добавочно провоцируется приемом ПАВ.

Динамика (стадии) развития серийного сексуального убийства представлена в табл. 2.

Воспоминания о ситуации импринтинга имеют свои особенности. Для них характерны:

- произвольность воспоминаний;
- образность и яркость воспоминаний;
- фотографическая точность воспоминаний;
- сохранение воспоминаний в границах импринтинговой ситуации;
- нерегулярность воспоминаний (эпизодичность – систематичность).

• Психофизический комфорт в патосексуальной ситуации.

• Психотропные эффекты при реализации садистского насилия, такие как:

- эротизация;
- мобилизация (активация внимания, избирательности памяти, находчивости, наблюдательности, физической силы);
- стабилизация гомеостаза;
- седация и релаксация – снижение настороженности и тревоги;
- повышение тонуса, активности, энергии, оптимизма.

Из криминологических последствий сформированной зависимости прежде всего следует отметить детерминацию принудительного (насильственного) характера садистского сексуального насилия и его повторений. Это создает психопатологическую ос-

**Данный рисунок был любезно предоставлен автору профессором А.О.Бухановским.

нову многоэпизодности, что в свою очередь является природой серийности сексуальных убийств. Все это происходит на фоне роста жестокости и кровожадности. В дальнейшей динамике патосексуальной зависимости происходит рост патосексуальной толерантности. Формируются психопатизация и снижение личности. На этом фоне отмечается оскудение сексуальности.

Терапия

Прежде всего приходится констатировать, что сегодня отсутствуют достоверные плацебо-контролируемые двойные слепые исследования психотерапевтических или биологических подходов в лечении сексуальной аддикции или гиперсексуальности (Rosenberg и соавт., 2014). Тем не менее цели лечения сексуального аддикта могут быть сформулированы следующим образом:

- Выявление, оценка и очерчивание специфических сексуальных проявлений и специфики сексуального поведения.
- Четкое разграничение здоровых сексуальных проявлений от нездоровых, приносящих вред.
- Исследование эго-синтонного патологического сексуального поведения для перевода его в эго-дистонное, используя снижение искажений и отрицания.
- Превенция рецидивов – помощь больному в восприятии и понимании пусковых механизмов патологического сексуального поведения.
- Улучшение социализации, поощрение здорового признания и поддержка побуждений по преодолению зависимости.
- Уменьшение конфликтов в браке вследствие поощрения участия аддикта в терапевтической работе.
- Идентификация и проработка ситуаций, связанных с негативными последствиями зависимости.
- Возрастающее понимание необходимости контроля за интимностью, которая проявлялась насилием.

Во всех случаях следует помнить, что такт и осторожность, как и полное соблюдение этических норм должны стоять во главе угла при работе с сексуальными аддиктами, поскольку речь идет о самой интимной сфере их жизни. Выявление переживаний больного, особенностей эго-сексуального поведения – это процесс, а не разовое действие. Успешная терапия возможна только при полном доверии пациента.

Когнитивно-поведенческая терапия является наиболее рекомендуемым методом лечения ГСП (Gerber, 2008). Поведенческая терапия помогает уменьшить чрезмерную сексуальную активность, повысить самооценку, а также может помочь уменьшить высокий уровень тревоги или депрессии. Поведенческие программы обычно поощряют воздержание от любого сексуального поведения во

время I фазы лечения, продолжающееся во многих случаях от 60 до 90 дней.

Еще одной важной формой помощи и любовным, и сексуальным аддиктам является психотерапия в рамках посещения групп Анонимных любовных аддиктов, Анонимных сексоголиков, Анонимных сексуальных аддиктов, Анонимных сексуальных и любовных аддиктов и Анонимных выздоравливающих сексоголиков, работающих на тех же принципах, что и Анонимные алкоголики, т.е. по программе 12 шагов. При любовной и сексуальной аддикции в рамках программы 12 шагов между аддиктом и терапевтом заключается договор о любовной и сексуальной трезвости. Это может означать либо полную трезвость, либо полное воздержание от каких-либо романтических или сексуальных связей вне официального брака или партнерства. Имеются также отдельные программы для созависимых родственников сексуальных аддиктов: S-Anon – для жен сексоголиков; COSA – для жен, партнеров и значимых лиц сексоголиков и сексуальных преступников; COSLAA (CO-Sex and Love Addicts Anonymous) – для созависимых жен и партнеров любовных и сексуальных аддиктов. RCA (Recovering Couples Anonymous) – анонимные выздоравливающие пары (Дж.Шнайдер, Райронс, 2001).

В США при проведении семейной психотерапии с успехом применяются когнитивно-поведенческие техники (Corley, Дж.Шнайдер, 2002). Участие партнера сексуального аддикта в психотерапевтических сессиях крайне желательно. Как показали исследования П.Карнеса (1991 г.), одним из важнейших факторов рецидива сексуальной аддикции была невозможность вовлечения партнера в психотерапию.

А.Гудман (1998 г.) представил этапную психотерапевтическую модель, интегрирующую фармакотерапевтические, поведенческие и психодинамические подходы. Согласно этой модели на I этапе (начальной модуляции поведения) лиц, вовлеченных в аддиктивное сексуальное поведение, учат модулировать свое поведение на основе сочетания внутренней мотивации, психологической поддержки и назначения лекарственных средств, регулирующих аффективную сферу. Второй этап (стабилизация поведения и аффекта) рассматривает вопрос о профилактике рецидивов, акцентируя различия между высоко рискованными и мало рискованными формами сексуального поведения. Пациенты учатся вовлекаться в более здоровое, традиционное, а не патологическое сексуальное поведение.

Долгосрочная и мультимодальная психотерапия может также потребоваться для установления глубинных причин сексуальной зависимости. Некоторые теоре-

тики рассматривают сексуальную зависимость как расстройство привязанности. В силу этого психоаналитические, ориентированные на объектные и межличностные отношения, а также другие инсайт-ориентированные модели психотерапии могут быть использованы лишь при условии участия партнера сексуального аддикта в психотерапевтических сессиях (П.Карнес, Adams, 2002).

Имеются данные, что помимо психотерапии проявления сексуальной аддикции сглаживаются при психофармакотерапии антидепрессантами: кломипрамином (Azhar, Varma, 1995) и ингибиторами обратного захвата серотонина (Fedoroff, 1993; M.Kafka, 2000). В одном из последних обзоров авторы заключают, что противотревожные средства, кроме селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) и серотонина/норадреналина могут быть полезны у пациентов с сексуальной аддикцией в случаях, когда сексуальное поведение провоцируется тревогой. В свою очередь нейрорептикти-антипсихотики могут быть показаны, когда имеются нарушения восприятия и мышления или сильное возбуждение. Нейрорептикти могут также приносить пользу за счет снижения интенсивности полового влечения, возбуждения и оргазма. Стабилизаторы настроения, такие как литий, вальпроат, карбамазепин и ламотриджин, могут быть полезными, в частности, когда имеются маниакальные проявления или заметное импульсивное и беспорядочное поведение. Стабилизаторы настроения также связаны с сексуальным подавлением и, следовательно, могут приносить пользу частично или полностью из-за своих антисексуальных побочных эффектов (Rosenberg и соавт., 2014).

Имеется единственное доказательное фармакологическое исследование эффективности циталопрама при лечении 28 мужчине-гомосексуалистов с непарафильным компульсивным сексуальным поведением по сравнению с плацебо. Больные, получавшие циталопрам, продемонстрировали значительное снижение сексуального желания, частоты мастурбации, а также использования порнографии. Четыре участника, однако, не сообщили о значительном уменьшении рискованного сексуального поведения (Wainberg и соавт., 2006). Также в открытом исследовании была показана эффективность флуоксетина в суточной дозе 20–40 мг в плане улучшения настроения и снижения интенсивности ГСП. Авторы подчеркивают необходимость повышения дозы препарата в случае неэффективности на низких дозах (M.Kafka, Prentky, 1991).

Сообщают также, что налтрексон в дозах от 100 до 200 мг/сут является первым безопасным ша-

гом в терапии сексуальных преступников-подростков. Это, в свою очередь, открывает перспективы к более широкому применению налтрексона среди лиц с гиперсексуальным девиантным поведением или сексуальных аддиктов (Ryback, 2004). Н.Раймонд и соавт. (2010 г.) на основании клинического опыта лечения 19 сексуальных аддиктов также рекомендуют налтрексон пока в качестве адьювантной терапии данной патологии.

Еще одним направлением фармакотерапии сексуальной аддикции является назначение антиандрогенных препаратов. Для этой цели применяются ципротерона ацетат и медоксипрогестерон (Garcia, Thibaut, 2010). Ципротерон может назначаться как в виде депо-инъекций (по 200–400 мг через каждые 2 нед) или в таблетках (50–200 мг/сут). Медоксипрогестерон, который сегодня используется в качестве контрацептива, а также лекарства при эндометриозе и раке груди, был первым препаратом, примененным при парафилиях. Доступный в ряде стран медоксипрогестерон назначается в виде внутримышечных депо-инъекций в дозе 150 или 400 мг/мл или таблеток в дозе 2,5; 5 или 10 мг/сут (Gottesman, Schubert, 1993).

Ципротерона ацетат следует использовать после того, когда другие альтернативы были исключены или когда существует высокий риск сексуального насилия, например, изнасилования или педофилии (Thibaut и соавт., 2010). Антиандрогены должны использоваться только после полового созревания, особенно после созревания костей. Низкая доза ципротерона может быть применена для управления девиантными сексуальными фантазиями, побуждениями и поведением, когда неэффективными в течение нескольких месяцев были высокие дозы антидепрессантов из группы СИОЗС. Медоксипрогестерона ацетат следует применять (50–300 мг/сут перорально или 300–500 мг внутримышечно 1 раз в неделю), если недоступен ципротерон. СИОЗС могут быть использованы вместе с ципротероном для лечения сопутствующей тревоги и депрессии, а также обсессивно-компульсивных проявлений.

В случае устойчивой ремиссии у сексуальных аддиктов начинаются поиски себя в новых и поначалу непредсказуемых условиях. Время, которое раньше посвящалось бесконечному флирту и «охоте», теперь тратится на семью и работу. Креативность, которая раньше целиком шла на обольщение и привлечение объекта, начинает реализовываться в хобби, заботе о себе и установлении здоровых связей. Подобная саморидентификация позволяет аддиктам еще лучше понимать здоровые отношения. ■

Депрессии у женщин в период менопаузального перехода



Г.Э.Мазо^{1,2}, МАГанзенко¹
¹ФГБУ Санкт-Петербургский
 научно-исследовательский
 психоневрологический
 институт им. В.М.Бехтерева;
²ФГБОУ ВПО Санкт-
 Петербургский государственный
 университет

Введение

Вопросы здоровья женщин среднего возраста в настоящее время представляют собой отдельное направление в медицине. Это определяется регистрацией у женщин данного возрастного периода множественных проблем с соматическим и психическим здоровьем, связанных со специфическими гормональными изменениями, сопряженными с перименопаузальным периодом. Менопаузальный переход или перименопаузальный период начинается от первых изменений характера менструального цикла (нерегулярные или более частые) и продолжается до окончания менструального перехода (наступления физиологической менопаузы). Период менопаузального перехода начинается после 45 лет, его продолжительность весьма вариабельна: средняя – 3–9 лет, но у некоторых женщин – до 10–15 лет. Менопаузальный симптомокомплекс включает следующие клинические проявления:

- вазомоторные симптомы (приливы, ночная потливость);
- урогенитальные (сухость влагалища, диспареуния, снижение сексуальной активности);
- метаболические (замедление метаболизма и снижение уровня энергии);
- соматические (болевыи симптомы разной локализации, частые головные боли);
- психические (снижение настроения, раздражительность, нарушения сна, когнитивные нарушения).

Из наиболее значимых медицинских проблем, с которыми сталкивается женщина среднего возраста, выделяют сердечно-сосудистые заболевания, остеопо-

роз. Из психических нарушений депрессия рассматривается в качестве одной из важных проблем, влияющих на качество жизни и социальное функционирование женщин средней возрастной группы.

Данные эпидемиологических исследований указывают на высокий риск (в 2–14 раз выше в сравнении с репродуктивным возрастом) развития депрессии у женщин в перименопаузальный период и существенное снижение развития депрессии при достижении менопаузы. При этом в период менопаузального перехода увеличивается риск как манифеста аффективных расстройств, так и рецидива имеющегося заболевания. Кроме того, в этот возрастной период регистрируются и наиболее существенные различия в выявляемости депрессии у женщин и мужчин. Также в литературе представлены данные об изменении течения аффективного заболевания: появление затяжных, хронических депрессивных состояний. Кроме того, в перименопаузальном периоде существует высокий риск формирования терапевтической резистентности к антидепрессантам, что связывают с влиянием эстрогенов на серотониновую трансмиссию.

Именно эти факты дают возможность предполагать вовлеченность специфических гормональных нарушений в формирование депрессивных состояний и, следовательно, необходимость разработки специфических терапевтических подходов для их коррекции.

Механизмы формирования депрессии

В научной литературе отмечено множество гипотез развития депрессии у женщин в перименопаузальном периоде – психологическая, когнитивно-поведенческая. Наибольшее научное обоснование имеет биологическая модель формирования депрессии, предполагающая рассмотрение изменения уровня эстрогена в качестве центрального биологического механизма, который определяет вероятность формирования множественных разнообразных симптомов перименопаузального периода, включая и аффективные нарушения. Влияние эстрогена на нейромедиаторные изменения, связанные с депрессией, широко освещено в научной литературе. Эстроген оказывает модулирующее действие на серотониновую и норадреналиновую трансмиссию. Вместе с тем, как известно, в период менопаузы после достижения стабильно низкого уровня эстрогена риски формирования депрессии ниже, чем при менопаузальном переходе. Это подтверждает точку зрения, что наибольшая уязвимость к формированию депрессии определяется нестабильностью уровня эстрогена и недостаточными адаптационными резервами организма, определяющими возможность функционировать в нестабильных условиях. Эту точку зрения подтверждает исследование гормонального уровня в период перименопаузы, которое показало, что именно выраженные колебания уровней половых гормонов, включая эстрадиол и фолликулостимулирующий гормон, были в значительной степени связаны с манифестацией депрессии. Причем, важно отметить, что другие специфические аффективные расстройства у женщин, связанные с репродуктивным циклом (предменструальное дисфорическое расстройство, послеродовая депрессия), также формируются в период значимых колебаний половых стероидов.

Эстрадиол, как наиболее активный из группы эстрогенов, представляется наиболее перспективным, но не единственным кандидатом для исследования влияния снижения репродуктивной функции на риск формирования депрессивной симптоматики. В целом первым гормональным изменением, возникающим в менопаузу, является увеличение концентрации гипофизарного фолликулостимулирующего гормона (ФСГ). Увеличение ФСГ, вероятно, вызвано экспоненциальным снижением количества чувствительных к гонадотропину овариальных фолликулов при приближении менопаузы. (J.Soaes и соавт., 2001). У женщин, которые отмечали нерегулярность менструального цикла, уровень ФСГ в раннюю фолликулярную фазу может быть различным, но отмечается выраженное повышение при отсутствии месячных по крайней мере 3 мес.

В последние годы в изучении вопроса перименопаузального симптомокомплекса большой интерес у исследователей вызывает гормон эпифиза мелатонин. Обнаружение рецепторов к данному гормону в репродуктивных органах и наличие рецепторов к половым стероидам в эпифизе свидетельствуют о влиянии мелатонина на репродуктивную функцию. Эпифизарная регуляция репродуктивной функции осуществляется за счет влияния шишковидной железы на гипоталамо-гипофизарную систему. Десинхронизация работы эпифиза, проявляющаяся в снижении ночных пиков выброса мелатонина, рассматривается как одно из звеньев формирования менопау-

зы. Мелатонин угнетает секрецию гонадолиберина гипоталамусом и гонадотропинов передней доли гипофиза. Возрастное снижение мелатонина свидетельствует о расстройстве пинеального и гипофизарного контроля над яичниковой цикличностью и о прогрессирующем угасании фертильной функции женщины.

Клинические характеристики

Имеющиеся данные о характерных эндокринологических изменениях, сопряженных с менопаузальным переходом и депрессией, вызывают интерес к разработке и модели специфического эндотипа. Действительно, специфичность феноменологических характеристик депрессивных состояний в период возрастного снижения репродуктивной функции у женщин представляет собой веский аргумент для выделения этих состояний в особую подгруппу аффективного расстройства. Тем более что еще в 1908 г. Эмиль Крепелин при описании инволюционной меланхолии использовал тяжесть депрессивной симптоматики, высокий уровень тревоги и бредовую ипохондрию для выделения этих состояний в особую подгруппу депрессивных нарушений.

В настоящее время вопрос о возможности рассматривания в качестве отдельного подтипа аффективного расстройства депрессии в менопаузальном переходе остается спорным. Это связано с рядом методологических трудностей.

Депрессивные симптомы у женщин этого возрастного периода тесно связаны с другими симптомами перименопаузального симптомокомплекса, что, возможно, и определяет специфичность психопатологической структуры. Вероятно, отражением этого является и высокая представленность многообразных соматических симптомов, которые на фоне выраженной тревоги представляют базис для формирования ипохондрической симптоматики. Особую роль играют и нарушения сна, которые связаны с ночными приливами. Именно это обстоятельство легло в основу одной из модели формирования депрессии в перименопаузальном периоде, которая получила название «эффект домино». Однако применяемые инструменты для скрининга и оценки тяжести депрессии не всегда чувствительны к дифференциации соматических и психиатрических проявлений перименопаузы. Анализ литературных данных позволяет с уверенностью говорить о связи соматических и вазомоторных симптомов перименопаузы с отдельными депрессивными симптомами и депрессиями субсиндромального уровня. При этом сопряженность данных проявлений с выраженными депрессиями, соответствующих критериям большого депрессив-



Селектра®
ЭСЦИТАЛОПРАМ

Вырваться из паутины депрессии и паники

- Быстрая помощь пациентам с депрессией¹ и паническими расстройствами² без выраженной седации³
- Селектра – высокая селективность⁴ и хорошая переносимость¹
- Оптимальный выбор для лечения депрессии у пациентов с соматическими заболеваниями^{5,6}
- Селектра – западноевропейское качество⁷

Селектра
Регистрационный номер: ЛСР-008205/09. МНН: эсциталопрам. Фармакотерапевтическая группа: антидепрессант. **Показания к применению:** депрессивные расстройства любой степени тяжести; панические расстройства с/без агорафобии. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к препарату или его компонентам, детский и юношеский возраст (до 18 лет), одновременный прием с ингибиторами моноаминоксидазы (МАО), беременность, период грудного вскармливания. **С осторожностью:** почечная недостаточность (клиренс креатинина (КК) ниже 30 мл/мин), гипотония, маниакальные расстройства, фармакологически неконтролируемая эпилепсия, депрессия с суицидальными попытками, сахарный диабет, пожилой возраст, цирроз печени, склонность к кровотечениям, одновременный прием с лекарственными средствами, снижающими порог судорожной готовности, вызывающими гипонатриемию, этанолом, лекарственными средствами, метаболизирующимися с участием СYP2C19. **Способ применения и дозы:** внутрь. Препарат назначают взрослым один раз в сутки вне зависимости от приема пищи, обычно назначают 10 мг один раз в сутки. В зависимости от индивидуальной реакции пациента доза может быть увеличена до максимальной – 20 мг/сут. Антидепрессивный эффект обычно развивается через 2-4 недели после начала лечения. После исчезновения симптомов депрессии, как минимум еще в течение 6 месяцев необходимо продолжать терапию для закрепления полученного результата, в течение первой недели лечения рекомендуется доза 5 мг/сут, которая затем увеличивается до 10 мг/сут. В зависимости от индивидуальной реакции пациента доза может быть увеличена до максимальной – 20 мг/сут. Максимальный терапевтический эффект достигается примерно через 3 месяца после начала лечения. Терапия длится несколько месяцев, рекомендуется использовать половину обычно рекомендуемой дозы (т.е. всего 5 мг/сут) и более низкую максимальную дозу (10 мг/сут), при легкой и умеренной почечной недостаточности доз не требуется. Пациентам с выраженной почечной недостаточностью (КК ниже 30 мл/мин) следует назначать препарат с минимальных терапевтических доз, постепенно их увеличивая с учетом переносимости и эффективности препарата, рекомендуемая начальная доза в течение первых двух недель лечения составляет 5 мг/сут. В зависимости от индивидуальной реакции пациента доза может быть увеличена до 10 мг/сут. Для пациентов со слабой активностью изофермента СYP2C19 рекомендуемая начальная доза в течение первых двух недель лечения составляет 5 мг/сут. В зависимости от индивидуальной реакции пациента доза может быть увеличена до 10 мг/сут. при прекращении лечения препаратом доза должна постепенно снижаться в течение 1-2 недель для того, чтобы избежать возникновения синдрома отмены. **Побочное действие.** Побочные эффекты наиболее часто возникают на 1 или 2 неделе лечения, затем обычно становятся менее интенсивными и возникают реже при продолжении терапии. **Полный перечень побочных эффектов представлен в инструкции по медицинскому применению.** **Передозировка:** головкружение, тремор, ажитация, сонливость, помрачение сознания, судорожные припадки, тахикардия, изменения ЭКГ (изменение сегмента ST, зубец T, расширение комплекса QRS, удлинение QT интервала), аритмия, учащенный дыхательный ритм, рвота, диарея, метеоризм, головокружение, гипотония, острая почечная недостаточность, специфического антидота не существует. Лечение симптоматическое и поддерживающее: промывание желудка, адекватная оксигенация. Мониторинг функции сердечно-сосудистой и дыхательной систем. **Взаимодействие с другими лекарственными средствами.** Эсциталопрам нельзя назначать одновременно с ингибиторами МАО. Эсциталопрам может быть назначен через 14 дней после прекращения лечения необратимыми ингибиторами МАО и как минимум через 7 дней после прекращения терапии обратимыми ингибиторами МАО типа А – моклобемидом. Как минимум 7 дней должно пройти после окончания приема эсциталопрама прежде чем можно начинать лечение селективными ингибиторами МАО. Совместное применение с серотонинергическими лекарственными средствами (ингибитором триптофана, триптофаном и другими триптофанами) может привести к развитию серотонинергического синдрома. Требуется проявлять осторожность при одновременном назначении с другими лекарственными средствами, снижающими порог судорожной готовности. Эсциталопрам усиливает фармакологические эффекты триптофана (усиление серотонинергического эффекта) и токсические эффекты препаратов лития. Одновременное назначение эсциталопрама и препаратов, содержащих веролютелин, может привести к увеличению числа побочных эффектов. Нарушение свертываемости крови может возникнуть при одновременном назначении эсциталопрама с веролютелином и другими лекарственными средствами, влияющими на свертываемость крови. В подобных случаях необходим контроль показателя свертываемости крови. Одновременное применение эсциталопрама и алкоголя не рекомендуется. Совместный прием с лекарственными препаратами, ингибирующими цитохром СYP2C19, может повышать концентрацию эсциталопрама в плазме крови. С осторожностью следует назначать высокие дозы эсциталопрама одновременно с высокими дозами циметидина, являющегося сильным ингибитором цитохромов СYP2C6, СYP3A4 и СYP1A2. Эсциталопрам является ингибитором кофермента СYP2D6. Необходимо проявлять осторожность при одновременном назначении эсциталопрама и лекарственных средств, метаболизирующихся с помощью этого кофермента и имеющих малый терапевтический индекс. Рекомендуется проявлять осторожность при одновременном использовании эсциталопрама и медицинских препаратов, метаболизирующихся СYP2C19. **Полная информация по взаимодействию с другими лекарственными средствами представлена в инструкции по медицинскому применению.** **Особые указания.** У некоторых пациентов с паническими расстройствами в начале лечения СИОЗС может наблюдаться усиление тревоги. Эсциталопрам должен с осторожностью применяться у больных с манией/гипоманией в анамнезе. Пациентам с сахарным диабетом лечение эсциталопрамом может изменить уровень глюкозы в крови (возможно как гипогликемию, так и гипергликемию). Необходимо тщательное наблюдение за пациентами, находящимися на лечении антидепрессантами особенно в начале лечения из-за возможности клинического ухудшения или появления суицидальных проявлений (мыслей и поведения). Гипонатриемия, возможно, связанная с нарушением секреции АДГ на фоне приема эсциталопрама возникает редко и обычно исчезает при отмене терапии. При приеме эсциталопрама возможно развитие поздних крововязаний (экхимозов и пурпур). Поскольку клинический опыт одновременного применения эсциталопрама и электросудорожной терапии ограничен, то в подобных случаях должна соблюдаться осторожность. Сочетать эсциталопрам и ингибиторы МАО типа А не рекомендуется из-за риска развития серотонинергического синдрома. У больных, принимающих эсциталопрам и другие СИОЗС одновременно с серотонинергическими препаратами, в редких случаях может развиваться серотонинергический синдром. **Влияние на способность управлять автомобилем или механизмами.** В процессе лечения препаратом больным следует избегать выполнения потенциально опасных видов деятельности, требующих высокой скорости психомоторных реакций, таких, как вождение автомобиля или управление механизмами. **Условия отпуска из аптек** – по рецепту. **Полная информация по препарату представлена в инструкции по медицинскому применению.**

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

1. Hschl C, Svestka J. Escitalopram for the treatment of major depression and anxiety disorders. Expert Rev Neurother 2008; 8 (4): 537-52.
2. Stahl SM et al. Escitalopram in the treatment of panic disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. J Clin Psychiatry 2003; 64 (11): 1322-7.
3. Мосолов С.Н. и соавт. Клиническая эффективность и переносимость препарата эсциталопрам при лечении умеренной и тяжелой депрессии. Современная терапия психических расстройств. 2007; 2: 42-47.
4. Owens MJ, Knight DL, Nemeroff CB. Second-generation SSRIs: human monoamine transporter binding profile of escitalopram and R-fluoxetine. Biol Psychiatry 2001; Sep 1; 50: 5: 345-50.
5. Webb A, Lemming OM, Bang Hedebergard K. Escitalopram 10 mg/day is effective and well tolerated in a placebo-controlled study in depression in primary care. Int Clin Psychopharmacol 2002; 17: 95-102.
6. Медведев В.З., Зуйкова Н.Л. Перспективы использования эсциталопрама (Селектра®) в терапии депрессии и тревожных расстройств у пациентов общей медицинской сети. Обзорные психиатрии в медицинской психологии им.Бехтерева. 2010; 3: 52-57.
7. Инструкция по медицинскому применению препарата Селектра от 26.12.2011г.

ООО «Эбботт Лэбораториз»
125171, Москва, Ленинградское шоссе, дом 16а, строение 1, бизнес-центр «Метрополис»
Телефон: (495) 258-42-80, факс: (495) 258-42-81, www.abbott-russia.ru

Реклама

ного расстройства, остается под сомнением.

Спорным остается и вопрос о тяжести депрессивных проявлений в период менопаузального перехода. Интерес к оценке этого показателя вызван, с одной стороны, существующими критериями Международной классификации болезней 10-го пересмотра, предполагающими разделение депрессивных нарушений по тяжести в рамках аффективных расстройств и выделение подпороговых форм этого заболевания. С другой – изначально инволюционная меланхолия описана как тяжелое депрессивное состояние психотического уровня. Однако современные исследования показывают на преобладание при перименопаузе субсиндромальных депрессивных проявлений. В целом при сравнении соотношения тяжелых депрессивных проявлений и расстройств подпорогового уровня различий в период менопаузального перехода и перименопаузального периода не выявляют. Противоречивые оценки, возможно, связаны с проблемами в методологии построения исследований. Оценка тяжести депрессивных проявлений в существенной мере зависит от используемых психометрических инструментов. В частности, при оценке на основании самопросников чаще регистрируются более тяжелые состояния. Кроме того, при анализе не всегда учитывается, является ли актуальное депрессивное состояние обострением имеющегося психического расстройства или манифестом депрессии в период менопаузального перехода. Именно этот факт может быть причиной противоречивых данных по оценке как тяжести, так и психопатологической структуры депрессии.

Но при депрессии, связанной с перименопаузальным переходом, описан достаточно специфический синдром «on-off», который определяет резкое начало и столь же резкое окончание выраженных приступов тревоги и тоски. Авторы отмечают, что длительность таких приступов может быть от нескольких минут до нескольких часов. Клинически данное состояние имеет сходство с быстрыми рекуррентными депрессивными состояниями. Но авторы называют такие депрессии «менопаузальный эквивалент пременструального дисфорического расстройства», чем подчеркивают биологическую составляющую данного расстройства и его связь с репродуктивным циклом женщины.

Особенности терапии

Несмотря на обилие научных публикаций, касающихся вопросов этиопатогенеза, оценки риска развития депрессии в период менопаузального перехода, в анализируемой нами литературе мы не

встретили ни контролируемых многоцентровых исследований, нацеленных на выделение специфической тактики ведения пациентов, ни базирующихся на принципах доказательной медицины алгоритмов терапии. Вероятно это связано со следующими обстоятельствами:

- Депрессии в перименопаузальном периоде представляют гетерогенную группу, в которую входят как обострения аффективного расстройства (рекуррентного или биполярного), так и впервые манифестирующие депрессии. Данные состояния имеют разные патофизиологические механизмы формирования и, следовательно, нуждаются в разработке различных принципов терапии. В результате в последнее время при обсуждении этого вопроса все чаще для изучения сложных взаимодействий клинических проявлений используется термин «климатическая коморбидность».
- Множественные соматические симптомы, которые регистрируются в анализируемой популяции пациенток, могут быть как проявлением депрессии или вазомоторных нарушений менопаузального перехода, так и результатом их сложного взаимодействия, происходящего не только на феноменологическом, но и патофизиологическом уровне.

Исходя из этого, основные целевые точки приложения для терапии – влияние на аффективный симптомокомплекс и соматические вазомоторные перименопаузальные нарушения. При этом целесообразно разделить рассмотрение терапевтических подходов в зависимости от наличия у женщины аффективного расстройства до наступления перименопаузы.

Терапевтические подходы к лечению депрессии в период менопаузального перехода у женщин с историей рекуррентного депрессивного расстройства

Учитывая, что в настоящее время отсутствуют основания, предполагающие рассматривать депрессию в перименопаузальном периоде в качестве отдельного подтипа депрессии, и современные классификации дают возможность диагностировать их в рамках аффективных расстройств или депрессивного эпизода, терапевтические подходы предполагают использование стандартных принципов лечения. Соответственно, препаратами первого выбора можно считать селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН). В литературе имеются данные об эффективности этих препаратов не только на депрессивную симптоматику, но и на уменьшение выраженности и

частоты вазомоторных перименопаузальных проявлений.

Вместе с тем существует ряд нюансов, связанных с особенностями функционирования организма женщин в перименопаузальном периоде, которые нельзя игнорировать.

Известно, что СИОЗС снижают минеральную плотность костной ткани. Период менопаузального перехода сопровождается формированием остеопороза. Причем у женщин, имеющих депрессивные проявления при менопаузальном переходе, минеральная плотность костной ткани ниже, чем у женщин без аффективной симптоматики. Это определяет необходимость контроля состояния костной системы, проведение рентгеновской денситометрии, а при необходимости – использование сопутствующей терапии препаратами, применяемыми для лечения остеопороза.

Другой частый побочный эффект СИОЗС – сексуальные дисфункции, которые отмечают до 50% женщин. Снижение сексуального функционирования отрицательно отражается на настроении женщины и качестве жизни и во многих случаях является причиной отказа от проводимого лечения.

В период менопаузального перехода увеличивается риск повышения массы тела и формирования метаболического синдрома, что представляет ключевой фактор для манифестации сердечно-сосудистых заболеваний и диабета типа 2. Причем именно женщины среднего возраста (после 40 лет) наиболее уязвимы к формированию ожирения и ассоциированных с ним нарушений липидного и углеводного обмена. Необходимо учитывать различия в выраженности метаболических нарушений у отдельных представителей группы СИОЗС. Кроме того, при назначении препаратов важно информировать женщин о возможном влиянии на массу тела и давать рекомендации по рациональному питанию и необходимости физических нагрузок уже на ранних этапах лечения.

Вопрос использования в качестве аугментационных стратегий гормональной терапии остается открытым. Действительно, большинство экспериментальных исследований на животных показывает антидепрессивный эффект эстрогена. Но большая часть клинических исследований по изучению этого вопроса проведена на малых популяциях пациенток и дает противоречивые результаты.

Учитывая изложенные положения, которые целесообразно помнить при выборе антидепрессивной терапии у женщин в период перименопаузы, интерес представляет антидепрессант флувоксамин. Антидепрессивный и противотревожный эффект препарата доказан во многих исследованиях. Профиль безопасности флувоксамин соответствует тем требованиям, которые необходимо учитывать при выборе препа-

рата женщинам в период перименопаузы. В частности, препарат не вызывает повышения массы тела и снижения сексуального функционирования. Но для этой когорты пациенток целесообразность назначения флувоксамин определяется и влиянием препарата на уровень мелатонина, регулирующий гипофизарный контроль над овариальной активностью. Использование мелатонина в качестве лекарственного средства может существенно влиять на патофизиологические процессы, определяющие менопаузальный переход. Применение мелатонина рассматривается в качестве возможной коррекции как соматических, так и психических проявлений перименопаузального симптомокомплекса. Вместе с тем необходимо отметить, что влияние экзогенного мелатонина на депрессивные проявления в настоящее время оценивается неоднозначно и большинство исследований демонстрируют его активность, сопоставимую с плацебо. Можно предположить существование преимуществ флувоксамин, связанного с его специфическим механизмом действия, определяющим влияние на уровень мелатонина. Нормализация обмена мелатонина при использовании флувоксамин связана со способностью ингибировать ферменты цитохромов печени (CYP1A2 и CYP2C19), которые задействованы в биотрансформации эндогенного мелатонина. Таким образом, флувоксамин можно рассматривать как препарат, регулирующий уровень эндогенного мелатонина. В изучаемой нами литературе нет данных об использовании флувоксамин у пациентов в период менопаузального перехода. Поэтому данная гипотеза нуждается в экспериментальном подтверждении.

Терапевтические подходы к лечению депрессии в период менопаузального перехода у женщин без истории депрессии в анамнезе

Вопрос о возможных подходах к терапии депрессий, впервые выявленных в период менопаузального перехода, весьма скупо освещается в научной литературе. Основной вопрос – целесообразно ли применение монотерапии антидепрессантами? Безусловно, назначение антидепрессантов в этом случае должно иметь веские обоснования. В первую очередь – подтвержденный диагноз депрессии. В случаях регистрации очередных депрессивных состояний тяжелой или умеренной выраженности применение антидепрессантов должно проводиться с учетом всех существующих принципов, связанных с оценкой психопатологической структуры депрессии, переносимости терапии и попытками минимизации возможных описанных нами побочных эффектов.

Более проблематично обоснование назначения антидепрессантов у женщин с легкими, субсиндромальными депрессиями. Одна из тенденций современной терапии депрессий – ограничение использования антидепрессантов при подпороговых формах. При этом отмечается, что в этих случаях антидепрессанты могут использоваться лишь когда в анамнезе пациента были развернутые депрессивные эпизоды, или длительность подпороговой депрессии более 2 лет (т.е. в случаях дистимии), или при наличии коморбидных клинических проявлений (тревога, болевые симптомы). В перименопаузальном периоде в качестве коморбидных нарушений, обосновывающих назначение антидепрессантов при субсиндромальных депрессивных состояниях, можно рассматривать вазомоторные симптомы. Назначение антидепрессантов (СИОЗС, СИОЗСН) способствует уменьшению частоты и выраженности приливов, это может служить показанием при отсутствии регистрации клинически значимых депрессивных симптомов.

Вопрос о возможности применения гормональной терапии для лечения перименопаузальной депрессии имеет ряд спорных аспектов. Во-первых, несмотря на большой пласт биологических исследований, до настоящего времени не выделены критические показатели половых стероидов, которые могли бы указывать

на достоверное увеличение риска развития депрессии в период перименопаузального перехода.

Анализ литературных источников показал существование неоднозначных выводов о возможности использования для лечения перименопаузальной депрессии монотерапии гормональными препаратами. Подавляющее большинство источников утверждает об их влиянии на вазомоторные симптомы, но эффект в отношении депрессивной симптоматики спорный. Кроме того, имеются данные, что у женщин, получающих гормонозаместительную терапию в перименопаузе, выше уровень депрессии. Другие исследования напротив показали эффективность эстрадиола и сочетания эстрадиола с прогестинном в купировании депрессивных проявлений у женщин среднего возраста. Однако во всех исследованиях не было найдено корреляции между клиническим эффектом и измеряемыми гормональными показателями. Таким образом, в настоящее время отсутствует консолидированная точка зрения о влиянии гормональной терапии на депрессивные проявления, и изолированное применение гормонозаместительной терапии не рассматривается в качестве обоснованного метода лечения при менопаузальной депрессии.

Наиболее убедительная доказательная база имеется для сочетанного использования антидепрессантов с гормонозаместительной

терапией. Ранние исследования показали эффективность применения малых доз эстрогена в сочетании с имипрамином. Причем использование монотерапии имипрамином или его сочетание с более высокими дозами было менее результативно. Увеличение дозы гормональной терапии приводило к побочным эффектам (сонливость, гипотензия, тремор), что дало возможность предположить существование узкого терапевтического окна. Вероятность высокого уровня эстрадиола у пациенток среднего возраста могла влиять на результативность и переносимость терапии, и, по мнению авторов, дополнительное введение гормонов могло вызывать токсический эффект. В дальнейшем были проведены клинические исследования сочетанного применения СИОЗС и гормонозаместительной терапии, которые показали эффективность такого терапевтического подхода. Однако до сих пор нет ответа на вопрос – потенцирует ли гормонозаместительная терапия активность антидепрессанта или купирует определенные (вазомоторные) симптомы, возможность влияния на которые антидепрессантов ограничена. Необходимо отметить, что использование гормонозаместительной терапии имеет ряд ограничений, поэтому решение о ее назначении принимается после проведения всестороннего обследования и согласовывается с гинекологом.

Заключение

Изучение вопроса депрессий, связанных с возрастным снижением репродуктивной функции у женщин, имеет длительную историю. Начиная от выделения инволюционной меланхолии до современного этапа, изучение данного вопроса сводилось к оценке возможности рассмотрения этих состояний в качестве отдельного подтипа аффективного расстройства. Несмотря на широкий пласт исследований, доказывающих влияние специфических гормональных изменений у женщин в этот возрастной период на риски формирования депрессии, разработка специфического эндотипа не оказалась успешной. Возможно, формирование этих состояний определяется задействованностью множественных факторов – поведенческих, психологических, культуральных. Но в настоящее время можно говорить о специфическом перименопаузальном симптомокомплексе, в рамках которого депрессивные проявления имеют существенное значение. Терапевтические подходы к лечению депрессивных нарушений в период менопаузального перехода должны учитывать существующие вазомоторные и соматические симптомы перименопаузы, которые могут влиять как на эффективность использования антидепрессантов, так и их переносимость. ■

Наше наследие

Юрий Карлович Эрдман (1904–1981 гг.)

В блистательном ряду известных деятелей психиатрической науки и практики страны заметное место принадлежит основоположнику алтайской психиатрии, заслуженному врачу РФ, бывшему главному психиатру Алтайского края и главному врачу Краевой психиатрической больницы Юрию Карловичу Эрдману (1904–1981 гг.).

Эрдман Юрий Карлович родился 3 сентября 1904 г. в Томске, в семье лесничего. Уже в юношеском возрасте он делает свой главный жизненный выбор, поступив на медицинский факультет в Томский университет. На первых же курсах он твердо решает стать психиатром, работает санитаром, затем медбратом в остром психиатрическом отделении.

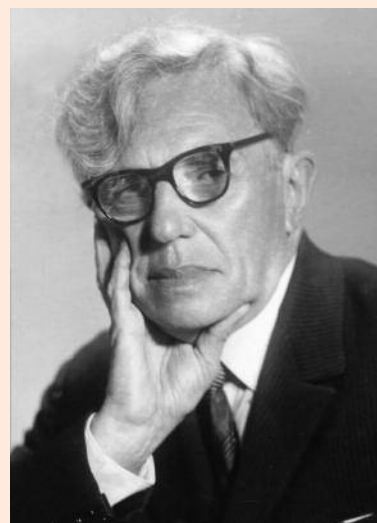


КГБУЗ Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Ю.К.Эрдмана.

В 1926 г. Юрий Карлович успешно заканчивает обучение и начинает свой блистательный путь замечательного врача-клинициста и неутомимого организатора психиатрической службы: работает заведующим отделением, старшим и главным врачом в психиатрических больницах Томска, Рязани, Москвы.

В 1935–1937 гг. обучается в аспирантуре, выполняя ряд серьезных научных исследований, в том числе по сложной проблеме Корсаковского синдрома. С первых дней Великой Отечественной войны Ю.К.Эрдман возглавляет один из психоневрологических эвакуогоститалей.

С октября 1941 г. он становится заведующим психиатрическим отделением при Барнаульской городской больнице, целиком посвящая себя становлению и развитию алтайской психиатрии. Долгие годы он был единственным на весь край высококвалифицированным врачом-психиатром. Лишь в послевоенный пе-



Юрий Карлович Эрдман (1904–1981 гг.).

Продолжение на стр. 18

риод появляются первые ученики, и в дальнейшем круг его учеников и единомышленников чрезмерно расширяется. Юрий Карлович с радостью делился своими знаниями и опытом, систематически проводил пропагандистские семинары, вел огромную экспортную работу, недаром он шлифовал свои знания в клинике П.Б.Ганнушкина.

Особое внимание заслуживает научно-исследовательская деятельность Юрия Карловича, он обладал оригинальным взглядом на многие проблемы теории и практики психиатрии. В данных трудах представлен собственный взгляд, сформировавшийся в результате многолетнего опыта работы с пациентами, который на протяжении длительного времени излагался на бумаге с последующей мечтой издания курса лекций.

На протяжении всей своей сознательной жизни он осуществлял огромную общественную работу. Его деятельность отмечена орденами Трудового Красного Знамени, «Знак Почета», несколькими медалями, знаком «Отличник здравоохранения». В 1958 г. ему присвоено звание Заслуженного врача РСФСР.

До последних минут своей жизни он проявлял заботу о судьбах отечественной психиатрии, живо интересовался перспективами психиатрической службы края, где он провел значительную часть своей жизни.

Главный врач КТБУЗ Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Ю.К.Эрдмана, кандидат медицинских наук В.Д.Нарожнов

Началось до Ренессанса (глава из книги Ю.К.Эрдмана)



Юрий Карлович Эрдман
(1904–1981 гг.).

Началось в эпоху античной культуры, еще до наступления нашей эры. Это была эпоха революционной смены мировоззрения. Мифология уступала место науке. Вместо: «Кто? Какой бог?» ставился вопрос: «Что? Какой закон управляет миром?».

Нет ни одного имени ученого, предшествовавшего этой эпохе. Только имена мифологических героев. А здесь с V в. до н.э.: Фалес (624–547), Анаксимандр (610–546), Пифагор (580–500), Гераклит (544–483), Левкипп (500–440), Эмпедокл (490–430), Сократ (469–399), Демокрит (460–370), Платон (427–374), Аристотель (384–322), Эпикур (341–270).

Среди первых в этом великолепном созвездии нужно вспомнить Пифагора или, если это имя собирательное, то пифагорейцев. Не так уж важно, что он первый заговорил о том, что душа помещается в голове. У него для этого было мало оснований. Сто лет спустя это же скажет другой великий идеалист древности античного мира – Платон. Но Платон придет к этому логически; обоснует это рассуждением: психическая деятельность наиболее сложна и должна быть помещена в наиболее совершенную форму.

Наиболее совершенная форма – шар. Больше всего похожа на шар голова. Следовательно, психическая деятельность помещается в голове.

Оценивая Пифагора, нельзя не вспомнить, что 25 столетий живут его доказательства геометрических теорем (о сумме углов треугольника и квадратов катетов). Но, кроме того, пифагорейцы создали стройное учение о значении чисел, без которых невозможно никакое исчисление. Числам они придавали чрезвычайное значение; на числах строилось все – и мораль, и гармония.

И вот среди чисел Пифагор выделил ряд: единицу – неделимую монаду, из которой складываются все остальные числа, двойку – единство противоположностей, тройку – переход между противоположностями, четверку – как первую ступень гармонии; сложив эти четыре числа, он получил десяток, объявил его высшей формой гармонии и потому обозначил Вселенную как «гармонию десяти миров».

Гармония десяти миров оказалась слишком сложной (многозначной) для здравого смысла (а в то время наука прочно держалась за здравый смысл), а вот первая степень гармонии – четверка – легла в основу многих наук и рас-пределений: четыре стороны света, четыре времени года, четыре периода возраста, четыре стороны квадрата, четыре стихии.

Перед этим мистическим обаянием четверки не устоял и Гиппократ.

В основу представления о строении человеческого тела он положил гипотезу Эмпедокла (485–425) о четырех началах, соответствующих стихиям: горячее – огню, холодное – воздуху, влажное – воде и сухое – земле. Соответственно этим началам Гиппократ создал гипотезу смешения четырех «соков», «влаг». Из этих четырех влаг только две являются реальными: кровь, которая по гипотезе Гиппократа образуется в сердце, и желчь, образующаяся в печени. Две другие: слизь, образующаяся в мозге (к слизи он

причислял насморк, слезы, выделения кишечника и т.д.), и черная желчь, которая образуется в селезенке. Эту черную желчь никто не видел, она всегда была вымышленным веществом. Но все же это была первая гуморальная гипотеза, несмотря на свою наивность. Гиппократ думал, что тело (не организм, а тело!) бывает здоровым, когда наблюдается соразмерность в смешении этих частей. Если же какая-либо часть отделится и будет существовать сама по себе, тело болеет. Уравновешенное смешение Гиппократ называл «кразисом»...

В первых русских переводах и изложениях Гиппократа, сделанных с греческого подлинника, «кразис» назывался «добрым устроением», а нарушение равновесия – «смутой стихий». Типы «недоброго» смешения сводились к четырем гиппократовским влагам: «сухорлявому» и «тукоствому», «горячему» и «волгостному» («Пчела», XI в.).

Я вспоминаю об этом потому, что слова «темперамент» – ни в том понимании уровня психической деятельности, который мы вкладываем в него сегодня, ни в смысле синонима «кразиса» – не было, и быть не могло. Гиппократ писал по-гречески, на латынь его перевели гораздо позже. Но в слово «темперамент» вкладывали телесно-соматический смысл.

Во всяком случае, Гиппократ нигде не описывает типов человеческой личности, используя наименования выделенных им типов. Яркое описание четырех темпераментов появляется в кодексе Салернской школы, т.е. в XIII в., хотя по сжатости формулировок нужно думать, что оно имело своих предшественников в эпоху раннего Средневековья. Но об этом упомянем ниже.

Гиппократ, описывая типы, писал о них, например, следующее: «Эта болезнь встречается у флегматиков. Если истечения (слизи) в утробе не произойдет (едва ли нужно было огрублять язык Гиппократа), то рождается флегматозный младенец. Когда вырастет, то будет иметь голову, полную шума. В детстве у них высыпают нарывы на голове, и будут они слизнявые и сопливые».

И вообще, в клиническом описании психических состояний Гиппократ не был мастером и

тонким наблюдателем. У него есть два коротких отрывка о «Физиогномике». Вот примеры из них: «...рыжие, с маленькими глазами, с заостренным носом, злы, рыжие курносые добры. Со светлыми глазами, высокого роста, с маленькой головой и тонкой шейей, с узкой грудью, хорошо приспособлены...».

Один из комментаторов (Демар) обратил внимание на то, что при описании лихорадочного бреда Гиппократ пользуется четырьмя терминами, и даже придал каждому из них особое значение, но все это выглядит неуверительно («Эпидемии»). Правда, Гиппократ употреблял термины для обозначения психических расстройств (в переводах они называются то безумием, то помешательством): меланхолия, мания, парафрения, но к нам они пришли только как термины с совершенно иным значением.

Видимо, не очень внимательно следили за датами авторы, пользовавшиеся текстами, приписываемыми Гиппократу. Даже такой образованный ученый, как С.Н.Давиденков, писал: «...начиная от Гиппократа, опиравшегося на натурфилософии Аристотеля и Галена». Этого не могло быть: Аристотель жил на сто лет позже, а Гален – на пятьсот («Эволюционные и генетические проблемы в невропатологии»).

Некоторые пытаются усмотреть описание истерического припадка в следующем описании и рассуждении Гиппократа: «Когда женщина имеет более пустые соуды, осушенная матка перемещается. Она устремляется к печени, бежит вверх к жидкости, так как иссушена, а печень полна влаги. Когда матка находится на печени, белки глаз закатываются, женщина становится холодной, иногда даже сине-багровой; она скрежещет зубами, слюна притекает в рот. Женщина похожа на страдающую геракловой болезнью («О женских болезнях»).

Неизвестно, откуда у Гиппократа появились мысли о мозге. Он не мог уделить ему достаточного внимания, да это было бы бесполезно, потому что никакой предварительной информации о мозге и его деятельности он не имел. Приводимый отрывок ничего не прибавляет к памяти о Гиппократе, и я привожу его больше по тра-

диции: «Удовольствия и радости, тоска и скорбь возникают из мозга. Мы распознаем удовольствия и тягости, смотря по обстоятельствам, и не всегда нам приятно одно и то же. Этой частью мы мыслим и разумеем. От этой же части мы безумствуем, нам являются страхи и неуместные заблуждения. Все это случается, когда мозг окажется теплее или холоднее, влажнее или суше своей природы, или когда он почувствует какое-нибудь другое страдание. Когда мозг влажнее, чем требует природа, он приходит в движение, волнуется, и тогда он видит и слышит совсем иное. Те, которые безумствуют от слизи, спокойны, те, которые от желчи, крикливы и всегда делают что-нибудь несообразное» («О священной болезни»).

А вот в другом месте: «Мозг оказывает голове те же услуги, что и другие железы, помогает удале-

нию влаги и производит болезни, когда посылает к нижним частям свой переизбыток. Истечения из головы происходят через уши, глаза, ноздри, через глотку и гортань, еще в спинной мозг и седалище. Эти истечения являются нечистотой мозга. Если потоки идут в нижние части, а не наружу, происходит изъязвление, а если не расходятся, происходит болезнь мозга» («О железах»).

Конечно, значение Гиппократ не в этих наивных высказываниях. Сила Гиппократ в том, что он был (и бессмертен!) первым, кто на месте языческой и мифологической магии сумел не только преодолеть ее, но и создать стройную, не потерявшую значения (так же, как теоремы Пифагора) медицинскую методологию.

Крупнейшие исследователи творчества и наследия Гиппократ писали о нем: «К Гиппократу надо идти не для того, чтобы изу-

чать медицину; там следует искать дополнений, которые повышают ум, укрепляют суждения и показывают последовательную работу поколений, ее ошибки и успехи, ее слабость и силу». «Заслуга Гиппократ во всем понимании врачебного призвания и в методе врачебного мышления и действия, остающимся истинным вечно» («Литтре и Нейбургер»).

На протяжении последующих столетий греческие врачи совершенствовали психиатрические знания. Во времена Александрийской культуры жили Герофил, производивший рассечение мозга (его именем назван каламус), и Эразистрат, предложивший определять ум и способности по площади мозга и глубине извилин. Но самой интересной фигурой на рубеже эпох была фигура римского врача Авла Цельса. Стоит сравнить описа-

ние методологии, данной им, с взглядами Гиппократ.

Цельс уже пытается как-то рас-пределить душевные болезни. В специальной главе он описывает формы безумия. Кроме лихорадочного бреда, который он называет френитом, он описывает безумие без лихорадки – френезис, причем делит его на три разряда: при первом больной, хотя и сохраняет рассудок, но имеет ложные представления. При втором болезнь характеризуется мрачным настроением, а при третьем больного преследуют навязчивые образы.

Однако нужно иметь в виду, что перевод древних выражений и слов не может быть сделан адекватно нашим представлениям, поэтому все русские выражения только приблизительно, с большой долей домысла и догадки, передают содержание мыслей древнего автора. ■

У наших друзей

Метаанализ при оценке антидепрессивной эффективности



В.А.Медведев
ФГАОУ ВО Российский университет дружбы народов, Москва

Современное интенсивное развитие психиатрии не позволяет практикующим врачам и научным работникам в полном объеме знакомиться со всеми результатами исследований. Даже по узкой теме охватить вниманием ежегодное количество оригинальных публикаций (например, количество статей, касающихся больших депрессивных эпизодов, возросло с 2003 до 2013 г. с 3 тыс. до 6,5 тыс. в год) не представляется возможным. При этом существование в парадигме доказательной медицины, основанной не только на клинических суждениях, но и релевантном научном обосновании и учете индивиду-

альных интересов и потребностей пациентов, требует от специалиста постоянного обновления знаний.

Уровни доказательности при разработке руководств и рекомендаций представлены (по мере возрастания доказательности) экспертным мнением, описанием клинических случаев, результатами поперечных исследований, исследованиями «случай–контроль», когортными и рандомизированными контролируемые исследованиями (РКИ) и, наконец, систематическими обзорами и метаанализами.

Систематические обзоры и метаанализы являются формой исследований, позволяющих концентрированно охватить большой срез результатов научных работ, и впоследствии становятся основой для составления рекомендаций и руководств по лечению.

Обсуждению преимуществ, принципов организации и возможностей применения в практической медицине систематических обзоров и метаанализа был посвящен один из ключевых сателлитных симпозиумов Европейского конгресса нейропсихофармакологии (ECNP 2015, Амстердам, 30 августа 2015 г.) «Заинтересованность и энтузиазм при проведении метаанализов».

Профессор S.Kennedy (Университет Торонто, Канада) в ключевом сообщении подчеркнул различия между обзором и метаанализом.

В авторском обзоре пишущий является экспертом-клиницистом, использующим повествовательный стиль изложения. Для поиска всех релевантных исследований используются неспецифические методы и критерии отбора исследований. Неспецифичность методов суммирования результатов предопределяет неспецифический уровень доказательности для рекомендаций.

Систематический обзор представляет совокупность эмпирических доказательств, отвечающих критериям отбора для ответа на исследовательский вопрос. Систематические обзоры не обязательно, но во многих случаях включают метаанализы. В систематическом обзоре автор является экспертом-методологом; для поиска всех релевантных исследований используются стандартизованный метод, четкие критерии отбора исследований, количественный метод суммирования результатов (метаанализ) и четко сформулированный уровень доказательности для рекомендаций.

Метаанализ – статистический анализ большого объема полученных в результате отдельных исследований данных с целью их интеграции. В отличие от совокупного анализа (pooled analysis), где объектами всех обязательно схожих по методологии исследований является N-количество субъектов, а исходная информация обо всех пациентах использу-

ется как часть одного большого исследования, при метаанализе изучается n-число исследований, используется стандартная оценка размера эффекта для каждого исследования, возможны включение исследований с разной методологией и лишь ограниченный субанализ (регрессивный метаанализ).

Ключевые моменты метаанализа: разработка и оценка качества исследования

При подготовке исследования необходимо четко сформулировать основной вопрос, обосновать стратегию поиска, критерии включения и исключения, привлечь минимум двоих независимых рецензентов (релевантные исследования), продумать стратегию получения и виды информации (рандомизационная последовательность, заслепление, потерянные данные), методологию анализа и интерпретации результатов.

Для оценки качества метаанализов и систематических обзоров S.Kennedy рекомендует методологию PRISMA, включающую следующие основные этапы: идентификация (количество публикаций, идентифицированных при поиске в базах данных; число дополнительных данных, обнаруженных в других источниках); скрининг (количество публикаций после удаления дублирую-

Продолжение на стр. 20

Начало на стр. 19

щих друг друга исследований; число «скринированных» исследований; число исключенных исследований; оценка соответствия критериям отбора (число полнотекстовых статей, отобранных для включения; число исключенных статей с указанием причин); включение (число публикаций, включенных в качественный синтез; число исследований, включенных в количественный синтез – метаанализ). Помимо этого необходимо учитывать исторические различия в методологии исследования (длительность исследований, техники обследо-

вания, более высокий уровень ответа на плацебо), различия в критериях включения (только РКИ, включение или исключение неудавшихся исследований – failed trial, только исследования с активным компаратором) и т.д.

Таким образом, систематические обзоры и метаанализы формируют доказательную базу высочайшего качества для сравнения стратегий лечения. Способность критически оценивать метаанализы и результаты РКИ является неотъемлемым аспектом современной клинической практики для обеспечения наилучшего возможного лечения для пациентов.

Ошибки планирования и оценки результатов метаанализов могут приводить к существенному расхождению данных об эффективности антидепрессивной терапии.

По данным профессора D.Taylor (Королевский колледж, Лондон), расхождение оценок терапевтического эффекта того или иного тимолептика в базе Управления по контролю пищевых продуктов и лекарств в США и журнальных публикациях могут достигать 69%.

На модели метаанализов результатов исследований самого на сегодняшний день современного антидепрессанта агомелати-

на D.Taylor представляет отличия корректного исследования от проведенных с ошибками методологии. Например, несмотря на приводимые в литературе данные о преимуществах агомелатина в сравнении с плацебо при тяжелых депрессиях в целом, M.Koesters и соавт. (2013 г.) обнаруживают, что клинически значимое отличие между агомелатином и плацебо маловероятно у пациентов с униполярной тяжелой депрессией. Авторами выявлены систематические ошибки, связанные с предпочтительной публикацией положительных результатов исследований.

В большинстве метаанализов агомелатин достоверно превосходит венлафаксин, сертралин, флуоксетин, эсциталопрам (но не пароксетин) в сопоставимых терапевтических дозах при краткосрочном (6–8 нед) лечении пациентов с депрессией (S.Kasper и соавт., 2013). При этом сравнительный и метаанализ 13 более долгосрочных исследований (6–12 нед, 4495 пациентов), проводимый G.Guaiana и соавт. (2013 г.), позволяет прийти к выводу, что агомелатин обладает сходной антидепрессивной эффективностью с селективными ингибиторами обратного захвата серотонина и селективными ингибиторами обратного захвата серотонина и норадреналина, но превосходит другие препараты по такому показателю, как количество случаев досрочного прекращения терапии из-за нежелательных явлений.

D.Taylor и соавт. (2014 г.), проводя метаанализ 20 исследований эффективности агомелатина (7460 пациентов; 12 попарных сравнений с плацебо; 13 сравнений с другими антидепрессантами; источники информации: 11 в литературе, 4 в документах Европейского агентства по лекарственным средствам, детали 5 исследований предоставлены компанией-производителем), демонстрируют, что препарат умеренно эффективней плацебо и обладает сходным с другими антидепрессантами эффектом.

На представленных примерах очевидно, что метаанализ может продемонстрировать разные результаты: в зависимости от исходной информации агомелатин оказывается лучше, хуже и сопоставим с другими антидепрессантами. Однако более многосторонний метаанализ позволяет прийти к заключению, что агомелатин сопоставим с другими антидепрессантами в плане эффективности, но обладает лучшей переносимостью.

При экстраполяции результатов метаанализов на реальную клиническую практику профессор K.Kahl (Госпиталь Ганновера, Германия) напоминает о необходимости учитывать меняющиеся со временем концептуальные подходы к оценке патогенеза, диагностике и терапии депрессий (см. таблицу).

Вальдоксан®

Агомелатин

Первый MT_1/MT_2 агонист и $5-HT_{2C}$ антагонист

Улучшение сегодня,^{1,2}
выздоровление завтра³

12-я неделя

24-я неделя

1-я неделя
6-я неделя



Лечение большого депрессивного расстройства

Состав: Вальдоксан 25 мг: одна таблетка содержит агомелатина 25 мг. В качестве вспомогательного вещества содержит лактозу. **Показание к применению:** Лечение большого депрессивного расстройства у взрослых. **Способ применения и дозы:** Внутрь. Рекомендуемая суточная доза – 25 мг однократно вечером. При отсутствии клинической динамики после двухнедельного лечения доза может быть увеличена до 50 мг однократно вечером. **Рекомендуется контролировать функцию печени в начале терапии и затем периодически, через 3 недели, через 6 недель (включая купированный период терапии), 12 недель и 24 недели (по окончании поддерживающего периода терапии) после начала терапии и в дальнейшем в соответствии с клинической ситуацией (см. раздел «Особые указания»).** При увеличении дозы следует контролировать функцию печени с той же частотой, что и в начале применения препарата. **Решение об увеличении дозы должно быть принято с учетом возрастающего риска повышения уровня трансаминаз. Любое повышение дозы до 50 мг должно быть сделано на основании оценки пользы и риска для конкретного пациента и при строгом контроле печеночных проб.** Лекарственная терапия депрессии должна проводиться по крайней мере, в течение 6 месяцев. **Противопоказания:** Повышенная чувствительность к агомелатину или любому из вспомогательных веществ препарата. Печеночная недостаточность (например, цирроз или заболевание печени в активной фазе) или повышение уровня трансаминаз более чем в 3 раза относительно верхней границы нормы (см. разделы «Способ применения и дозы» и «Особые указания»). Одновременное применение мощных ингибиторов изофермента CYP1A2 (таких как флувоксамин, ципрофлоксацин) (см. раздел «Взаимодействие с другими лекарственными средствами и другие виды взаимодействия»), детский возраст до 18 лет. **Особые указания:** Сообщалось о случаях поражения печени, включая печеночную недостаточность (приводившие в исключительных случаях к летальному исходу или требовавшие трансплантации печени у пациентов с ранее имеющимися факторами риска поражения печени), повышение уровня печеночных ферментов более чем в 10 раз относительно верхней границы нормы, гепатит и желтуху у пациентов, принимавших Вальдоксан®. **Рекомендуется контролировать функцию печени.** При повышении активности трансаминаз сыворотки крови следует провести повторное исследование в течение 48 часов. Если активность трансаминаз более чем в 3 раза превышает верхнюю границу нормы, прием препарата следует прекратить. В дальнейшем следует регулярно контролировать функциональное состояние печени. **Влияние на способность управлять автомобилем и другими механизмами не проводилось.** При появлении симптомов мании следует прекратить прием препарата. **Побочные эффекты агомелатина:** Частые: головная боль, головокружение, сонливость, бессонница, мигрень, тошнота, диарея, запор, боль в мышце, рвота, повышение активности АЛТ и/или АСТ, потливость, боль в спине, утомляемость, тремор. **Нечастые:** парестезия, синдром «беспокойных ног», шум в ушах, экзема, кожный зуд, крапивница, нечеткое зрение, ажитация и связанные с ними симптомы, такие как раздражительность и беспокойство, агрессивность, ночные кошмары, необычные сновидения. **Редко:** гепатит, повышение активности γ -глутамилтрансферазы, повышение активности щелочной фосфатазы, печеночная недостаточность, желтуха, зрительная сыпь, отек лица и отек Квинке, мания/гипомания, галлюцинации, увеличение массы тела, снижение массы тела. **Неуточненной частоты:** суицидальные мысли или суицидальное поведение. **Передозировка:** Данные о передозировке агомелатина ограничены. При приеме пациентом агомелатина в дозе 2450 мг состояние нормализовалось самостоятельно, без нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы или изменения лабораторных показателей. **Свойства:** Агомелатин – агонист мелатонинергических рецепторов MT_1 и MT_2 и антагонист серотониновых $5-HT_{2A}$ -рецепторов. Агомелатин представляет собой антидепрессант, активный на молекулах с доминантной циркадным ритмом, а также в экспериментальных ситуациях тревоги и стресса. Агомелатин усиливает высвобождение дофамина и норадреналина, в способности в области префронтальной коры таламического мозга, и не влияет на концентрацию везикулярного серотонина. **Форма выпуска:** Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 25 мг. По 14 таблеток в блистер (ПВХ/Ал). По 1, 2, 7 блистеров с инструкцией по медицинскому применению в пачку картонную. Упаковка для стационаров: По 10 таблеток в блистер (ПВХ/Ал). По 10 блистеров с инструкцией по медицинскому применению в пачку картонную. При расфасовке (упаковке) на российском предприятии ООО «Сервьер» По 14 таблеток в блистер (ПВХ/Ал). По 1, 2, 7 блистеров с инструкцией по медицинскому применению в пачку картонную. Упаковка для стационаров: По 14 таблеток в блистер (ПВХ/Ал). По 7 блистеров с инструкцией по медицинскому применению в пачку картонную. Полный текст инструкции по медицинскому применению см. в упаковке.

Регистрационный номер: ЛСР-000540/08

до нормализации активности трансаминаз. При проявлении симптомов и признаков возможных нарушений функции печени (таких как охриплость/избыточная масса тела/аналкольный жировой гепатоз, сахарный диабет, употребление алкоголя в значительных количествах или прием препаратов, способных вызывать нарушение функции печени. Пациенты пожилого возраста (в возрасте 75 лет и старше): Вальдоксан® не следует назначать пациентам этой возрастной группы. Пациенты пожилого возраста с деменцией: Не следует назначать Вальдоксан® для лечения больших депрессивных эпизодов у пожилых пациентов с деменцией. Пациенты с почечной недостаточностью: следует соблюдать осторожность. Биоплюрные расстройства/ингибиторы: Следует соблюдать осторожность. При появлении симптомов мании следует прекратить прием препарата. Суицидальное поведение: В период лечения пациенты должны находиться под пристальным медицинским наблюдением. Совместное применение с ингибиторами изофермента CYP1A2: Следует соблюдать осторожность при назначении препарата Вальдоксан® пациентам с умеренными ингибиторами изофермента CYP1A2. **Взаимодействие с другими лекарственными средствами и другие виды взаимодействия:** Противопоказано: одновременное применение агомелатина и сильных ингибиторов изофермента CYP1A2. Не рекомендовано: алкоголь, умеренные ингибиторы CYP1A2. **Беременность:** Следует соблюдать осторожность. **Период кормления грудью:** Если лечение агомелатином необходимо, грудное вскармливание следует прекратить. **Влияние на способность управлять автомобилем и выполнять работы, требующие высокой скорости психомоторных реакций:** Исследования по влиянию препарата Вальдоксан® на способность управлять автомобилем и другими механизмами не проводилось. Следует помнить о том, что головноекружение и сонливость – частые побочные эффекты агомелатина. **Побочное действие:** Частые: головная боль, головокружение, сонливость, бессонница, мигрень, тошнота, диарея, запор, боль в мышце, рвота, повышение активности АЛТ и/или АСТ, потливость, боль в спине, утомляемость, тремор. **Нечастое:** парестезия, синдром «беспокойных ног», шум в ушах, экзема, кожный зуд, крапивница, нечеткое зрение, ажитация и связанные с ними симптомы, такие как раздражительность и беспокойство, агрессивность, ночные кошмары, необычные сновидения. **Редко:** гепатит, повышение активности γ -глутамилтрансферазы, повышение активности щелочной фосфатазы, печеночная недостаточность, желтуха, зрительная сыпь, отек лица и отек Квинке, мания/гипомания, галлюцинации, увеличение массы тела, снижение массы тела. **Неуточненной частоты:** суицидальные мысли или суицидальное поведение. **Передозировка:** Данные о передозировке агомелатина ограничены. При приеме пациентом агомелатина в дозе 2450 мг состояние нормализовалось самостоятельно, без нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы или изменения лабораторных показателей. **Свойства:** Агомелатин – агонист мелатонинергических рецепторов MT_1 и MT_2 и антагонист серотониновых $5-HT_{2A}$ -рецепторов. Агомелатин представляет собой антидепрессант, активный на молекулах с доминантной циркадным ритмом, а также в экспериментальных ситуациях тревоги и стресса. Агомелатин усиливает высвобождение дофамина и норадреналина, в способности в области префронтальной коры таламического мозга, и не влияет на концентрацию везикулярного серотонина. **Форма выпуска:** Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 25 мг. По 14 таблеток в блистер (ПВХ/Ал). По 1, 2, 7 блистеров с инструкцией по медицинскому применению в пачку картонную. Упаковка для стационаров: По 10 таблеток в блистер (ПВХ/Ал). По 10 блистеров с инструкцией по медицинскому применению в пачку картонную. При расфасовке (упаковке) на российском предприятии ООО «Сервьер» По 14 таблеток в блистер (ПВХ/Ал). По 1, 2, 7 блистеров с инструкцией по медицинскому применению в пачку картонную. Упаковка для стационаров: По 14 таблеток в блистер (ПВХ/Ал). По 7 блистеров с инструкцией по медицинскому применению в пачку картонную. Полный текст инструкции по медицинскому применению см. в упаковке.

Представительство АО «Лаборатории Сервьер» (Франция), 115054, Москва, Павелецкая пл., д. 2, стр. 3. Тел. (495) 937-07-00, факс (495) 937-07-01. www.servier.ru
*Для получения полной информации, пожалуйста, обратитесь к инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата.

1. Stahl SM, Fava M, Takeda M, Caputo A, Shah A. Agomelatine in the treatment of major depressive disorder: An 8-week, placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(9):616-626. 2. Martiniotti G, Sereghini G, Di Nicola M, et al. Agomelatine Versus Venlafaxine XR in the Treatment of Anhedonia in Major Depressive Disorder: A Pilot Study. *J Clin Psychopharmacol*. 2012;32(4):487-491. 3. Venetianer M, Corbelli E, Sassi A, Quera-Salva MA, Pizzarello-Sanchez F, Kasper S. A pooled analysis of its own comparative efficacy and tolerability in four randomized clinical trials: agomelatine versus escitalopram, fluoxetine, and venlafaxine. *CNS Spectr*. 2013 [Epub ahead of print].



1 таблетка всегда вечером

Изменения концепций изучения депрессий	
Раньше	Сейчас
Противопоставление реактивной и эндогенной депрессии	Взаимодействие между генами, метаболизмом и внешними факторами
Возможные исходы: высокая доля ответа на терапию и полное выздоровление	Около 1/3 случаев хронификации с ухудшением прогноза с течением времени
Отсутствие информации о депрессии как о факторе риска соматических заболеваний	Коморбидность с соматометаболическими расстройствами (влекущая повышение смертности)
Генетическая трансмиссия	Эпигенетическое программирование
Отсутствие известной клеточной патологии	Доказательства наличия клеточной патологии
Дисбаланс нейротрансмиттеров	Нарушения циркадианных ритмов Дисрегуляция эндокринной системы
Ремиссия является главной целью терапии	Дискуссия о наилучшем определении ремиссии (ролевое функционирование) Индивидуализированный подход к терапии

При выборе терапии в настоящее время, по мнению К.Kahl, важно ориентироваться не только на метааналитические исследования, но и на данные о морфологическом, патофизиологическом (повышение концентрации фактора роста эндотелия сосудов, снижение концентрации мозгового нейротрофического фактора, нарушение в различных метаболических системах: гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая, ренин-ангиотензин-альдостероновая, симпатикоадренергическая, иммунологическая, нейротрофическая, метаболизм щитовидной железы) и психологическом (ранний и предшествующий отрицательный опыт) субстрате депрессии.

Среди основных факторов, определяемых пациентами с депрессией в качестве ожидаемых мишеней терапии, К.Kahl выделяет (в ранговом порядке): восстановление позитивного/положительного эмоционального фона (например, оптимизм, бодрость, уверенность в себе); «свое обычное» самочувствие; возвращение обычного уровня функционирования на работе, дома или в образовательном учреждении; ощущение эмоционального контроля; участие и получение удовольствия от взаимоотношений в семье и с друзьями; отсутствие симптомов депрессии. Учитывая приоритетное значение для больных положительных эмоций (а не

отсутствие симптомов депрессии) и их уникальную способность являться специфическим предиктором ответа на терапию, автор выказывает недоумение фактом отсутствия вопросов, нацеленных на оценку выраженности/динамики положительных эмоций, в большинстве психометрических депрессивных шкал. Проведя в Госпитале Ганновера натуралистическое 12-недельное наблюдательное исследование, К.Kahl приходит к выводу, что пациент-центрированный подход, т.е. учитывание потребностей и приоритетов пациентов с депрессией, улучшает compliance и участие в планировании терапии. Ранняя оценка ре-

зультатов терапии и более раннее принятие решения касательно дальнейшего лечения являются предпочтительными и повышают вероятность положительного результата. В качестве приоритетного автор рекомендует антидепрессант агомелатин – эффективный препарат с низким потенциалом взаимодействия с цитохромами, незначительным количеством кардиометаболических нежелательных эффектов и дополнительными преимуществами в виде хорошей переносимости, быстрого восстановления позитивных эмоций и ролевого функционирования. ■

10 зона ВПА

Пятое совещание руководителей психиатрических обществ 10-й зоны Всемирной психиатрической ассоциации

25 сентября, 10.00–14.00, зал «Достоевский», отель «Корстон», Казань

Сопредседатели: С.А.Алтынбеков, А.Согоян, П.В.Морозов

Присутствовали:
Руководители Национальных обществ психиатров 10-й зоны ВПА
С.А.Алтынбеков (Казахстан)
Т.И.Галако (Кыргызстан)
А.Согоян (Армения), член исполкома ВПА
Э.Чкония (Грузия)
О.А.Скугаревский (Беларусь)
М.А.Хотиняну (Молдова)
Ю.С.Савенко (Россия, НПА)

Заместители руководителей обществ или представители
О.В.Лиманкин (Россия, РОП)
Али Оглу Р.Салаев (Азербайджан)
А.Мелик-Пашаян (Армения)
Л.Н.Виноградова (Россия, НПА)

Докладчики:
А.Д.Шеллер (Омск, Россия)
Али Оглу Р.Салаев (Азербайджан)

Наблюдатели:
В.Н.Краснов (Россия, РОП)

Представители спонсоров:
А.Львин («Янссен»)
Д.Морозов («Сервье»)
Д.Яковлев («Сервье»)

Приглашены, но не смогли присутствовать:
Н.А.Марута (Украина)
У.Х.Алимов (Узбекистан)

Секретарь
П.В.Морозов (ВПА)

Перед началом совещания участники почтили минутой молчания память Ш.А.Гамкрелидзе (1922–2015 гг.) – старейшего психиатра нашего континента.

Решения совещания: 1. О публикационной активности.

Принята к сведению информация о совместных публикациях в журналах России, Украины и Румынии итогов проекта по оценке психиатрических сервисов. Выказана благодарность профессору Н.А.Маруте за подготовку текста данной работы. Заслушана информация о попытках дополнительных публикаций работы в зарубежных изданиях.

Заслушана информация о переводе, печати и распространении журнала «World Psychiatry» на русском языке. Выказана глубокая благодарность компании



Фото на память: участники совещания.

«Сервье» за поддержку данного проекта.

Заслушана информация о регулярном информировании мировой психиатрической общности на страницах журнала «WPA News» (в каждом номере) о деятельности Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) в восточноевропейском регионе.

2. Итоги проекта по сравнению образовательных программ в странах 10-й зоны ВПА.

Решено одобрить для публикации статью по данной проблематике и доложить коллективную работу на одном из ближайших международных конгрессов. Текст статьи может быть опубли-

Продолжение на стр. 22

кован в любом из журналов, относящихся к 10-й зоне ВПА. Отдельная благодарность за проделанную работу авторам опросника и создателю текста статьи – профессору Н.А.Маруте. Статья опубликована в «Украинском вестнике психоневрологии», (2015 г., том 23, выпуск 3 (84)). <http://uvnprn.com.ua/upload/iblock/b6e/b6e3cc283acf180bfdaa0dc26017f123.pdf>

3. Участие в региональном конгрессе ВПА в Тбилиси в конце апреля 2016 г., основная проблематика симпозиума.

Решено основной проблематикой симпозиума 10-й зоны ВПА в рамках регионального конгресса ВПА в Тбилиси (wpatbilisi.ge) считать вопросы психиатрического образования. А.Согояном предложена тематика другого зонального симпозиума, посвященного 5-летию выхода печатной версии журнала «World Psychiatry» на русском языке. До 1-го ноября 2015 г. сообщить названия докладов представителю ВПА и доктору Э.Чкония (Eka Chkonia – ekachkonia@gmail.com) для подготовки официальной заявки оргкомитету.

4. Участие в симпозиуме в рамках Конгресса ВПА в Стамбуле (www.wpaistanbul2016.org) в июле 2016 г., тематика симпозиума.

Принято решение о подготовке тематического зонального симпозиума ВПА по проблемам сравнительной оценки психиатрических служб. Срок подачи заявок докладов П.В.Морозову (на английском языке: тема + резюме + 2 источника) – до 1 декабря 2015 г. Представитель ВПА должен направить коллективную заявку в оргкомитет.

5. Участие в работе Конгресса по социальной психиатрии в Дели в ноябре-декабре 2016 г.

Было предложено организовать совместный симпозиум на тему: «Развитие частной психиатрии в нашей стране». Просьба присылать заявки на доклады профессору П.В.Морозову как члену Программного комитета Конгресса до 1 февраля 2016 г.

6. Всемирный день заботы о психическом благополучии – новая кампания ВПА.

Русский текст двух важных документов ВПА на эту тему опубликован на сайте Российского общества психиатров (РОП) и разослан всем руководителям 10-й зоны ВПА. Предлагается приложить усилия с тем, чтобы должным образом отметить этот день в 2016 г. на национальном уровне. Ведь речь идет о правах психически больных лиц; представители Независимой психиатрической ассоциации – НПА (Россия) выступили с предложением инициировать проект, связанный с правозащитной деятельностью.

7. Оценка работы Академии ВПА-Сервье первого набора, выдвижение новых кандидатов для участия в работе Академии.

Работе Академии дана высшая оценка: за 2 года подготовлено 37 обзоров, 58 статей опубликовано в 10 журналах 6 стран. Озвучены фамилии кандидатов во второй набор Академии из Грузии, Молдовы, России, Украины, Беларуси и Кыргызстана. К 15 ноября 2015 г. ждем письменных подтверждений имен всех кандидатов с их CV.

8. Мини-симпозиум «Изучение опыта создания научно-практических центров психического здоровья».

Были представлены два доклада (А.Д.Шеллер, Россия; и Р.Салаева, Азербайджан), убедительно демонстрирующие преимущества лечения и проведения поддержи-



Пятое совещание руководителей психиатрических обществ 10-й зоны Всемирной психиатрической ассоциации

вающей терапии у пациентов, страдающих эндогенными заболеваниями в условиях амбулаторного центра психического здоровья; докладчики ответили на многочисленные вопросы участников совещания.

9. Обсуждение протокола совместного исследования по изучению сравнительной оценки стоимости терапии эндогенных психозов в условиях стационара и амбулаторного лечения.

Участникам совещания заранее был разослан предварительный протокол совместного коллаборативного исследования по изучению сравнительной оценки стоимости терапии эндогенных психозов в условиях стационара и амбулаторного лечения. Подробности проекта озвучил А.Львин («Янссен»), он же ответил на вопросы участников совещания. Представители всех стран 10-й зоны ВПА выразили желание участвовать в проекте. Для выработки окончательной версии протокола исследования было решено создать рабочую группу в составе: А.Львин, О.А.Скугаревский, А.Мелик-Пашаян и М.А.Хотиняну. Группа должна подготовить протокол к 18 декабря, когда на встрече в Минске (во время юбилейной научной конференции) он будет утвержден и направлен участникам исследования.

10. О возможном создании единой образовательной Программы стран 10-й зоны ВПА.

Отмечено, что коллективные

работы руководителей психиатрических обществ имеют значительный резонанс среди здравоохранительных кругов стран Восточной Европы. Решено, что имеет смысл подготовить совместную Декларацию по проблемам психиатрического образования в наших странах (подготовка текста – Т.И.Галако, срок – февраль 2016 г., принятие – апрель 2016 г., на 6-м совещании), усиливающую наши совместные позиции.

Кроме того, предлагается обсудить вопрос возможности создания совместного проекта по проблемам психиатрического образования с созданием общего сайта.

Данную проблему возможно обсудить в Астане во время национальной конференции летом 2016 г. В перспективе вероятно планирование создания совместной программы обучения психиатрии либо ее отдельных компонентов.

11. О месте проведения 6-й встречи руководителей психиатрических обществ 10-й зоны ВПА.

Следующую встречу решено провести в Тбилиси в конце апреля 2016 г. во время (либо до или после) регионального конгресса ВПА.

12. Благодарности.

Участники совещания выразили также благодарность оргкомитету съезда РОП за предоставленную возможность провести встречу в Казани и приглашение участвовать в работе съезда. Отдельная благодарность была вы-

Ах, эти глаза, как бирюза

Американские ученые из Университета Вермонта пришли к сенсационному выводу о том, что обладатели голубых глаз чаще становятся алкоголиками. Исследователи впервые обнаружили связь между цветом глаз человека и алкогольной зависимостью. Авторы исследования под руководством А.Суловари и Д.Ли проанализировали генетические данные более 10 тыс. человек, каждый из которых страдал как минимум от одного психического расстройства: депрессии, шизофрении, наркомании, алкоголизма. Затем исследователи сосредоточились на наблюдении за 1263 пациентами, страдающими от нездоровой тяги к алкоголю. Именно на этой стадии авторы исследования обнару-

жили связь между алкоголизмом и цветом глаз. Выяснилось, что обладатели синих или голубых глаз по каким-то причинам значительно чаще прикладываются к бутылке. Пораженные этим выводом исследователи перепроверили свой анализ 3 раза, постоянно изменяя группы людей по возрасту, полу, этническому и географическому происхождению. Учитывались и другие факторы риска. И все-таки обладатели голубых глаз, как оказалось, значительно чаще сталкиваются с алкогольной зависимостью. «Это серьезные расстройства, и существуют много генов, а также факторов окружающей среды, которые способствуют их возникновению», – объяснил Ли. Согласно данным, представ-

ленным в журнале «American Journal of Medical Genetics», в группу риска вошли также люди и с зеленым и серым цветом глаз. По мнению ученых, полученные данные объясняются генетическими факторами: участки ДНК, определяющие цвет глаз, связаны с «генами алкоголизма». Ученые подали заявку на получение гранта для того, чтобы определить и другие гены, отвечающие за тягу к спиртному. Сами ученые не знают, чем вызвана подобная связь, и для ответа на данный вопрос им необходимо провести новое исследование. Вместе с тем цвет глаз уже может быть использован при клинической диагностике алкоголизма. Ученые говорят, что получили невероятно увлекательную возмож-



ность исследовать геном человека в контексте сложных заболеваний. «Больше всего меня восхитило то, что исследование проводилось на стыке нескольких наук – биологии, информатики и статистики. Это отличная возможность для развития геномики в контексте серьезных заболеваний», – рассказал А.Суловари. ■

Константин Николаевич Батюшков. «Смерть наступила раньше самой смерти»*



О.Ф.Ершов

Константин Николаевич Батюшков считался олицетворением молодости и надеждой русской литературы начала XIX века, был любимым поэтом Пушкина-лицеиста. Впрочем, и в зрелые годы А.С.Пушкин относился к К.Н.Батюшкову с большой симпатией, награждая эпитетами «счастливый ленивец», «певец забавы». Однако можно утверждать, что великий поэт рассматривал Батюшкова весьма односторонне, — мы попытаемся показать это в дальнейшем.

Жизнь Константина Батюшкова была относительно долгой, особенно для XIX века, — 68 лет, но ровно половина ее протекала под гнетом душевной болезни. Творчество продолжалось до 34 лет. Напрашивается дежурная фраза: «Ах, сколько бы он еще написал, если бы не заболел!» Однако в болезни Константина Батюшкова, в том, что, по выражению одного из литературоведов, «смерть наступила раньше самой смерти», есть своя печальная оправданность.

Внешне жизнь поэта была полна событиями. Родился в 1787 году в небогатой помещицкой семье, которой принадлежало несколько мелких поместий в Вологодской губернии. Детские и юношеские годы прошли в Петербурге, где он получил изрядное образование сначала во французском, затем в итальянском пансионе; владел французским, немецким, итальянским языками, латынью и греческим. Читал и переводил Гомера, Данте, Боккаччо, Петрарку. Особо боготворил поэта эпохи Возрождения Торквато Тассо, также страдавшего тяжелым психическим расстройством. Не чувствовал ли родство душ?..

После окончания пансиона К.Батюшков служил в Департаменте народного просвещения и работал в Императорской публичной библиотеке. В начале второй войны с Наполеоном, в 23 года, решил пойти добровольцем в армию, где исполнял обязанности сотенного начальника санкт-петербургской милиции, затем отправился на войну в чине подпоручика. В том же году в сражении под Гельсбергом был ранен в ногу и лечился уже в России.

Вторая война Константина Батюшкова — русско-шведская (1808–1810). Рвался участвовать и в войне 1812 года, однако вначале расхворался (лихорадка), затем был связан долгом вывезти из Москвы своих родственников. Однако в 1813 году Батюшков снова в действующей армии, в дивизии знаменитого героя Отечественной войны Н.Н. Раевского. Участвовал в «битве народов» под Лейпцигом; вместе с победоносными русскими войсками вошел в Париж.

Последнее место военной службы Батюшкова — захолустный Каменец-Подольск. Отставка. Затем снова поэт трудится в Императорской публичной библиотеке в должности помощника начальника отдела манускриптов. Дальше Батюшков неожиданно переходит на дипломатическую службу в Неаполе (в «Королевстве обеих Сицилий»). Наблюдает восстание карбонариев и приходит в ужас. После возвращения из Италии в 1821 году «жизнь его превращается в историю болезни» (Н. Зубков).

Необходимо отметить, что, несмотря на малый срок, отпущенный Константину Батюшкову для творчества, литературное наследие его велико: сатиры, басни, эпиграммы, элегии, поэмы, очерки, переводы, мемуары... Наиболее значительными его литературными произведениями считаются: сатира «Видение на берегах Леты», стихи «Мои пенаты», «Мой геній», поэма «Умирающий Тасс», военные мемуары, сказка «Странствователь и домосед».

Интересно, что Батюшкову первому принадлежит сравнение России со скачущим конем, позже блистательно выраженное А.С. Пушкиным («Медный всадник») и косвенно — Н.В. Гоголем («птица-тройка»). В очерке «Прогулка в Академию художеств» К. Батюшков писал: «У нас перед глазами фальконетово произведение... сей чудесный конь, живой, пламенный, статный и столь смело поставленный, что один иностранец, пораженный смелостью мысли, сказал мне, указывая на коня фальконетова: “он скачет, как Россия”».

В психиатрии первая четверть XIX века — время примитивных классификаций. Диагноз, поставленный поэту, — «мания преследования» — с позиций сегодняшнего дня смешон: и под манией подразумевается совершенно иное, и диагноз в целом — не название болезни, а название одного симптома («брёда преследования»). В то же время, если болезнь продолжается непрерывно более 30 лет и не приводит к слабоумию и смерти, — это, безусловно, шизофрения.

Константин Батюшков до болезни был весьма общителен. Среди тех, с кем он был близок, — Гнедич, Жуковский, Вяземский, Уваров, дядя и племянник Пушкины, многие другие литераторы из объединения «Арзамас». На самом деле Батюшков — фигура трагическая, сотканная из противоречий. Трагизм поэта первым заметил литературовед XIX века Л.Н. Майков, издатель его «Писем».

Батюшков признается в одном из писем к П.А. Вяземскому (1816): «С рождения я имел на душе черное пятно, которое росло с годами и чуть не зачернило мне всю душу. Бог и рассудок спасли. Надолго ли, не знаю...» Возможно, «черное пятно» и тяжелые предчувствия были связаны с отягощенной наследственностью.

В 1795 году умерла его мать, за несколько лет до этого «лишившись рассудка». Еще несколько родственников в предыдущих поколениях были поражены душевным недугом. Старшая сестра К. Батюшкова, Александра, принявшая уход за ним в начале болезни, сама в 1829 году «лишилась ума» и вскоре скончалась.

Таким образом, Константин Батюшков принадлежал к так называемым «ядерным семьям», где душевные болезни передаются из поколения в поколение и текут весьма злокачественно.

Упомянутые выше противоречия и внутренние конфликты касались определения Батюшковым его места в поэзии, вопроса — «Кто я?». Этот вопрос для себя он так и не разрешил.

То поэт считает для себя достаточным быть дилетантом («Послание к Н.И. Гнедичу»):

**А друг твой славой не
прельщался,
За бабочкой смеясь гонялся,
Красавицам стихи любовные
писал...**

**Или:
Пускай, кто честолюбьем
болен,
Бросает с Марсом огонь и гром.
Но я безвестностью доволен.
И счастлив в уюлке простом.**

То под влиянием того же Н.И. Гнедича, известного прежде всего переводом «Илиады», решает перевести величайшую (по оценкам своего времени) поэму Торквато Тассо «Освобожденный Иерусалим», однако явно не находил сил для этого, под разными предлогами отлынивает от обещания Гнедичу и вообще сомневается в своем таланте («Беседка муз»):

**Не молит славы он сияющих даров.
Увы! Его талант ничтожен.
Ему отважный путь
за стаю орлов,
Как пчелке, невозможен.**

То вопрошает Гнедича о том, какая польза от перевода Тассо, то снова бросается переводить классику («Песнь песней»), причем весьма неудачно.

Пройдя три войны, Батюшков, хоть и был бесстрашен в бою и не раз награжден, позже сравнивал себя с бабочкой, потерявшей в военном вихре крылья. Перед ним часто возникал призрак смерти. Таким образом, к мучительной раздвоенности — «Кто я?» прибавился новый вопрос: «Зачем все это?», усугубивший пессимизм.

В К. Батюшкове шла незаметная для других внутренняя работа. Он был явным интровертом — раз-



О.А. Кипренский. Портрет Константина Николаевича Батюшкова (1815).

двоенность в нем наблюдалась постоянно, и сам он прекрасно это осознавал.

Набросок «Двойной автопортрет»: «Недавно я имел случай познакомиться со странным человеком, каких много... Ему около тридцати, он то здоров, очень здоров; то болен, при смерти болен. Сегодня беспечен, ветрен, как дитя; посмотришь завтра: ударится в мысли, в религию и стал мрачнее инока. Лицо у него доброе, как сердце, но столь же непостоянно.

*См.: Ершов О.Ф., Спринц А.М. Личность и болезнь в творчестве гениев. М.: ММА «МедиаМедика», 2014; с. 21–9.

В нем два человека. Оба человека живут в одном теле. Как это? Не знаю...»

Нарастанию пессимизма способствовала и история единственной его любви к Аннете Фурман (с 1813 года). Батюшков то сомневался в своей возможности вступить в брак – малый рост, малое состояние; то решал, что не находит ответа на свое чувство, видит вместо любви скорее покорность. Однако отказ от союза с любимой вызвал у самого Батюшкова нервное расстройство, исцеленное войной. Горе испытала и Аннета Фурман. Не проявился ли в этой истории впервые «росток» подозрительности Батюшкова?

Были и другие проявления таких «ростков». Еще до рокового 1821 года К.Батюшков страшился похвал. Затеяв издание многотомных «Опытов в стихах и прозе», он то испытывал уверенность в успехе, то вдруг заявлял: «Сделают идолом и тут же в грязь втопчут».

Все это приводило к состоянию, которое в те времена называли «нервическим». Еще в 1813 году поэт писал П.А. Вяземскому: «Я с ума еще не сошел, но беспорядок в моей голове приметен не одному тебе... Не могу отдать себе отчета ни в одной мысли, живу беспутно, убиваю время и для будущего ни одной сладостной надежды не имею...»

Всю жизнь он был ипохондриком, прибегал к «шпанским мушкам», хине. После 1815 года уверял, что война окончательно убила в нем здоровье.

Таким образом, как это часто бывает, «предболезненные расстройства» (до того как шизофренические симптомы грозно возвестят о себе) напоминали невроз. Может быть, сейчас опытный психиатр вычленил бы среди них симптомы шизофрении (подозрительность, сосуществование противоположных мыслей и чувствований). Однако повторяем, это предболезненное состояние до 1821 года творчеству не мешало. Кроме того, еще до 1821 года К.Н. Батюшкова угнетало ощущение бесполезности прожитой жизни. Казалось бы, любимец читающей публики и соратник по перу, бесстрашный герой трех войн! Однако приведем содержание его сказки «Странствователь и домосед». Некий афинянин, Филарет, носился по свету, искал истину, а по возвращении домой его сограждане готовились со вниманием выслушать его речь. Но речь он произносит совершенно бессмысленную, одновременно увещивает афинян не воевать, но и с соседями не мириться... Его избивают и изгоняют из города.

Недаром вскоре проявившаяся «мания преследования» включала в себя и депрессивные расстройства.

Первым свидетельством развития настоящей болезни из предболезненных проявлений считается письмо к Н.И. Гнедичу от 26 августа 1821 года. Оно сумбурно. Батюшков пишет о незаслуженных похвалах, находит подозритель-

ным, что по истечении шести лет его снова начали хвалить, но главный предмет письма – опубликование в журнале «Сын Отечества» элегий Плетнева «Б-ов из Рима» и «Подписи к портрету Батюшкова». По небрежности одного из сотрудников «Сына Отечества» фамилия автора элегий была выпущена. Заболевший Батюшков воспринял эту накладку совершенно неадекватно. Во-первых, решил, что не принадлежащие ему стихи выпущены под его именем, и публика так их и воспримет. Дальше написал: «Нет ничего глупее и злее. Вижу ясно: злость, недоброжелательство, одно лукавое недоброжелательство... Буду бесчестным человеком, если когда что-либо напечатано под своим именем. *Обруганный хвалами*, решил не возвращаться в Россию, ибо страшусь людей, которые... вредят мне заочно столь недостойным и низким средством». Плетнева же, искреннего своего почитателя, он и в этом письме, и в дальнейшем именовал «Плетевым», находя в этом одному ему понятный смысл.

Когда Батюшков все-таки вернулся в Россию, близкие и друзья нашли его совершенно больным. Было рекомендовано лечение в Крыму (1822–1823 годы). Болезнь продолжала прогрессировать. В Симферополе Батюшков сжег всю свою библиотеку, исключая Евангелие и почитаемого им французского поэта-романтика Шатобриана (позже он называл его «Шатобрильянтом», при этом многозначительно поглядывая на небо). В том же Симферополе поэт совершил три попытки самоубийства (выбрасываясь из окна; в первый весенний день 1823 года пытался перерезать себе горло). Со свежим шрамом на шее, в сопровождении двух санитаров и врача-психиатра, был отправлен в Петербург. Очевидно, в крымский период болезни у Батюшкова были и галлюцинации: полагал, что в печке у него спрятался министр иностранных дел Нессельроде, который следит за ним.

По распоряжению царя Александра I Батюшкову были предоставлены бессрочный отпуск и субсидия для лечения в Германии. Там, в городе Зонненштейн консилиум врачей нашел его болезнь неизлечимой. Он подал царю прошение о пострижении в монахи то ли в Соловецком, то ли в Белозерском монастыре. Но отпуск его продлевался, лишь в 1833 году Николай I уволил его со службы, назначив весьма немалую пожизненную пенсию.

Из Германии – в Москву. Там Батюшков заболел тяжелым воспалением легких. Пушкина, пришедшего его навестить, он не узнал. В Москве Батюшкова держали в отдалении от людей. В 1832 году перевезли в Вологду, и он жил в семье своей внучатой племянницы А.Г.Гревенс, в доме которой в 1855 году от «тифозной горячки» и умер.

Благодаря записям лечащего врача вологодского периода, Антона Дитриха, о состоянии поэта из-

вестно немало. В первое время Батюшковым овладевали «приступы бешенства», его приходилось удерживать, чтобы он не нанес вреда самому себе и окружающим. В 1840 году на смену возбуждению пришла апатия. Он проводил время праздно, предпочитая уединение, не выходил из своей комнаты и не любил, когда к нему входили (это типичные проявления так называемого шизофренического дефекта). К некоторым людям проявлял необъяснимую ненависть, хотя других очень любил.

Следует отметить, что шизофреническая апатия в отличие от подобных проявлений другого происхождения не абсолютна – изменчива и неожиданно сменяется глубокими чувствами. Так было и у Константина Батюшкова: он искренне полюбил маленького брата А.Г. Гревенс, Модеста, и, когда мальчик на шестом году жизни умер, горько его оплакивал. Он даже завещал, чтобы его похоронили возле Модеста в Спасо-Прилуцком монастыре, что и было со временем исполнено.

Отмечено, что и во время болезни Батюшков много читал, иногда принимался рисовать, причем странно: вырезал фигурки птиц и зверей из бумаги, раскрашивал их в неестественные цвета с вкраплениями золотой и серебряной фольги. Очевидно, аутизм (уход в себя, уединенность) преобладал над апатией.

Иногда в разговоре с симпатичными ему людьми у Батюшкова вырывались горькие признания. Так, уже престарелый поэт говорил своему племяннику: «Возьму почтовых лошадей, сяду в экипаж и отправлюсь в Париж, проеду верст 80 или 100, а в это время до рога передо мной и повернется – смотро, меня прямо туда, никуда не поворачивая, привезут в Вологду. Вот так и не могу отсюда вырваться». Очевидно, «осколки депрессии» и в поздние периоды болезни у него сохранялись.

Удивительная метаморфоза произошла с давно большим шизофренией Батюшковым с начала Крымской войны (1853 год), даже разнеслась весть о его чудесном выздоровлении. Апатия ушла, он стал читать русские и иностранные газеты, следил по карте за ходом военных действий, втыкая флажки. Казалось бы, воскресший патриотизм победил болезнь. Однако есть свидетельства, что Батюшков посчитал себя призванным разрешить запутанный «восточный вопрос» и вынести ему окончательный приговор.

Сохранялись ли какие-то присущие ему творческие стремления в период болезни? Решительно – нет. К этому времени относятся два письма и три стихотворения, в которых прослеживается отпечаток психоза.

В одно из недолгих просветлений поэт написал П. Вяземскому: «Что писать мне и что говорить о стихах моих? Я похож на человека, который не дошел до цели, а нес на голове сосуд, чем-то наполнен-

ный. Поди узнай теперь, что в нем было?»

Если в первом письме просматриваются отголоски недавней депрессии, то второе странно, нелепо. Датируется оно 1826 годом и отправлено якобы из города Тулы, в котором Батюшков не был. В письме он просит прислать ему духи, а деньги занять почему-то у Ивана Андреевича Крылова, когда-то давнего его сослуживца по Императорской публичной библиотеке. Просит племянницу не показывать его новые стихи «Подражание Горацию» некоему А.П. Брянчанинову, «ибо он презирает мой бедный талант, обитая, как Аполлон, среди великих стихотворцев в граде святого Петра».

Стихотворений периода болезни оказалось три, вернее два и одно двустихие. Первое – «Подражание Горацию», написанное по просьбе племянницы Елены, датируется дважды – 1826 и 1850 годом. Возможно, первый вариант был забыт и воссоздан вновь. Стихотворение напоминает по содержанию «Памятники» А.С.Пушкина, Г.Р.Державина и самого Горация. Вот отрывок из него:

Я памятник воздвиг огромный и чудесный.

Прославя вас в стихах: не знает смерти он.

Как образ милый, добрый и прелестный

(И в том порукою наш друг Наполеон)...

К последней строке напрашиваются три вопросительных знака.

Наибольшие споры среди литературоведов вызывает стихотворение «Изречение Мельхиседека». Оно написано Батюшковым мелом на аспидно-черном сланце через три года после начала болезни, найдено после его смерти. Очевидно, этому стихотворению больной поэт придавал особое значение. Оно коротко:

Ты знаешь, что изрек, Прощаясь с жизнью, седой Мельхиседек?

Рабом родился человек, Рабом в могилу ляжет.

И смерть ему едва ли скажет, Зачем он шел долиной чудных слез.

Страдал, рыдал, терпел, исчез.

П. Паламарчук находит стихотворение интригующе-загадочным, в то время как Н. Зубков – продиктованным болезнью. Мы склоняемся к последнему мнению. Ведь царь-священник Мельхиседек был, согласно Библии, бессмертен. Подобного изречения его в Библии не приводится. Заслуживает внимания версия Н. Зубкова, что больной Батюшков перепутал Мельхиседека с Екклесиастом.

За два года до смерти Константин Николаевич Батюшков написал последнее двустихие:

Я проштаюсь, чтоб заснуть, И сплю, чтоб вечно просыпаться. ■

Шота Акакиевич Гамкрелидзе (1922–2015 гг.)

Острой болью пронзила меня весть о кончине незабвенного Шоты Акакиевича.

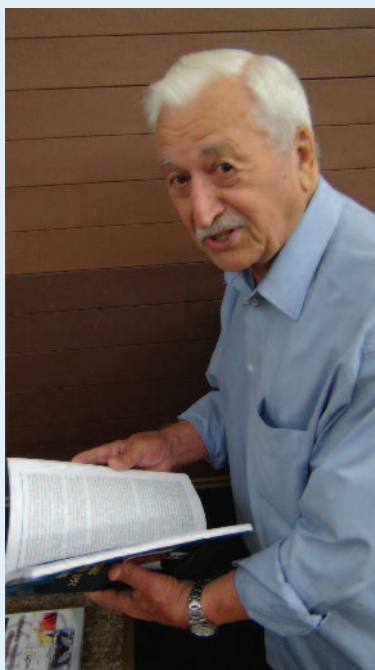
Шота Гамкрелидзе был настоящим солдатом, а солдаты не умирают, они всегда с нами, в общем строю. За оборону Москвы он был награжден солдатским орденом Славы, ранее орден назывался Святым Георгием. Символично, что небесный патрон Грузии – Святой Георгий Победоносец, да и Москвы – тоже. Я храню у изголовья икону Святого Георгия, подаренную мне дорогим Шотой Акакиевичем.

С особой теплотой я вспоминаю наши последние встречи – в Тбилиси и Москве. Неоценимы были его усилия по восстановлению наших профессиональных и дружеских связей – мы будем им верны.

За озорный вклад в нашу науку Ш.А.Гамкрелидзе был награжден орденом Чести. Честь и Слава сопутствовали ему при жизни, теперь они будут сопровождать это имя в веках.

П.В.Морозов

Когда началась война, 19-летний Шота Гамкрелидзе проходил срочную службу в армии, на которую был призван годом ранее с I курса сельскохозяйственного института. Его отец – бывший офицер царской армии, а позже гвардейский офицер вооруженных сил независимой Грузии (1918–1921 гг.) в 1924 г. был репрессирован и расстрелян советской властью. Вырос Шота в селе Зоди рядом с г. Чиатура, средней школе закончил в Сачхере, после чего отправился учиться в Тбилиси.



Служить ему пришлось в Украине, на станции «Жмеринка» Винницкой области. Однако перед самой войной из части отобрали солдат с законченным средним образованием для отправки в авиационную школу. Так что начало войны Шота встретил в Киеве, откуда будущих курсантов переправили в 14-ю авиашколу в г. Орша в Белоруссии. Враг наступал на восток. Несколько раз молодым курсантам пришлось участвовать в боях с заброшенным в Оршу немецким десантом. Было принято решение об эвакуации авиашколы. Так, Шота Гамкрелидзе оказался в городе Павлово-на-Оке Горьковской области, где и пробыл до зимы, изучая мудреную науку технического обслуживания самолетов.

Зимой враг подошел к Москве. Несколько курсантов авиашколы, среди которых был и молодой Шота, подали рапорты с просьбой направить их на фронт. Воевать пришлось в составе 630-го стрелкового полка 5-й гвардейской ар-

мии. Подразделение, в котором довелось служить Шоте Акакиевичу, дислоцировалось неподалеку от Малоярославца. Шли бои за освобождение небольшого г. Таруса неподалеку от Серпухова. Там в новогодний день, 1 января 1942 г., Шота Гамкрелидзе получил ранение, которое определило не только его дальнейшую военную биографию, но и во многом и вообще дальнейшую судьбу.

– Шли ожесточенные бои, – вспоминал он. – Накануне ранило заместителя командира полка, и мне было приказано сопровождать его в госпиталь. Я постарался обернуться побыстрее, и, когда опять оказался на месте дислокации, попал в самое пекло. В лесу вдоль железнодорожного полотна ветки «Москва–Калуга» велась перестрелка. Наши части заметно сдавали свои позиции. Я, разумеется, сразу же подключился к товарищам. Тут заметил, что со стороны железнодорожного полотна, из стоящей там будки, в нашу сторону ведется огонь, и решил уничтожить противника. Вооружился ручным пулеметом и открыл огонь по будке. На какое-то время выстрелы прекратились. Я, будучи уверенным, что выполнил задуманное, продолжил участие в перестрелке. У меня кончились патроны, я принялся менять диски у ручного пулемета. И в этот-то момент со стороны будки что-то с невероятной силой ударило меня в ногу.

Рана оказалась более чем серьезной. В бедро солдату попали сразу две пули – бронебойная и разрывная. В госпитале, который располагался в Москве, на территории академии им. Фрунзе, парня сразу уложили на операционный стол. Стоял вопрос о возможной ампутации. Однако мастерство врачей и молодость раненого сделали свое дело – ногу удалось спасти. Позже солдату сделали еще одну операцию, уже в госпитале в глубоком тылу – в Уфе, куда его перевели для дальнейшего лечения. А потом дали отпуск. И Шота Гамкрелидзе отправился домой – поправляться.

– Еще в Киеве я собрал какие-то письма, записи, дорогие мне бумаги, – рассказывал он, – сложил их в коробку и отправил посылкой домой. В коробке оставалось место, и, чтобы ее содержимое не болталось, я прижал его рукавицей. Оказывается, получив одну рукавицу, мама восприняла это как намек на то, что я лишился руки. Конечно, очень горевала. Какова же была ее радость, когда

она увидела меня, правда, на костылях, но с двумя руками и двумя ногами. Тогда Шота Гамкрелидзе вынес документы из сельскохозяйственного института и

щая деятельность была посвящена психофармакотерапии.

В 1971 г. Шота Акакиевич защитил в Москве докторскую диссертацию на тему: «Психопатологи-



поступил в медицинский. Труд медиков, за которым он наблюдал во время долгого пребывания в госпиталях, произвел на него такое сильное впечатление, что решил вопрос с выбором будущей профессии. На фронт он так и не попал, и в 1947 г. получил диплом врача, позже защитил кандидатскую диссертацию. В разные годы был главным врачом Сухумской психиатрической больницы, Республикан-

ческие особенности циркулярно протекающих атипичных аффективных психозов». С 1973 г. он перешел на работу в НИИ Психиатрии им. М.Асатиани научным руководителем вновь созданного отдела клинической психофармакотерапии, где он был руководителем до 1999 г. Под его руководством на базе этого отдела выросли многочисленные научные сотрудники и клиницисты, которые и по сей день являются ведущими специалистами в данной области. В 1996 г. Ш.А.Гамкрелидзе был избран действительным членом медицинской академии Грузии. С 1988 г. по 2000 г. являлся первым президентом Независимой ассоциации психиатров Грузии. В 1996 г. на X Всемирном конгрессе Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) в Мадриде эта организация была принята в члены ВПА. За всю свою научную и практическую деятельность им были созданы и опубликованы 326 научных трудов на 8 языках, из них 14 монографий и 2 учебника. Особо продуктивной оказалась его деятельность за последнее десятилетие. С 2005 по 2011 г. были созданы и опубликованы 7 монографий.



ской психиатрической больницы в Тбилиси. Наряду с организационной деятельностью в качестве главного врача с 1962 г. по инициативе и под руководством Ш.А.Гамкрелидзе в Грузии начались интенсивные исследования в лечении психических расстройств психотропными медикаментами. И вся его последую-

чая деятельность была посвящена психофармакотерапии. За мужество и доблесть, проявленные на фронте, Шота Гамкрелидзе награжден орденом Отечественной войны I степени, орденом Славы II степени и медалями. Его заслуги перед грузинской наукой отмечены орденом Чести.

Светлая память о нашем друге останется в сердцах всех, кто его знал. ■

Кафедра детской психиатрии и психотерапии ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования». Основана в 1936 г.

Уже через 5 лет после основания в Москве Центрального института усовершенствования врачей в 1936 г., в его структуре была открыта кафедра детской психиатрии. Основателем кафедры детской психиатрии ЦИУВ является один из основоположников отечественной и мировой психиатрии (психоневрологии) детского возраста Груня Ефимовна Сухарева. Совмещение профессором Г.Е.Сухаревой должностей заведующей кафедрой, которую она возглавляла более 30 лет, и руководителя клиники психозов детского и подросткового возраста Московского НИИ психиатрии с



Г.Е.Сухарева

самого начала обеспечило высокий научный уровень подготовки практических детских психиатров. Это же обстоятельство обусловило тот факт, что и сама кафедра детской психиатрии очень скоро стала кузницей кадров для многих научных учреждений страны.

С кафедрой детской психиатрии связаны биографии многих ученых общероссийской и мировой известности. Достаточно на-



В.В.Ковалев

звать такие имена, как Михаил Иосифович Лапидес, Ксения Александровна Новлянская, Моисей Семенович Вроно, Елена Михайловна Мастюкова, Клара Самойловна Лебединская. Пройдя научно-преподавательскую школу Г.Е.Сухаревой, они в



Ю.С.Шевченко

последующем сами возглавили исследовательские подразделения и основали собственные научные школы.

Работы самой Груни Ефимовны (клинические лекции по детской психиатрии, монографии по детской шизофрении и другие публикации) помимо того, что до сих пор остаются фундаментальным учебным материалом по детско-подростковой психиатрии, яви-



Ю.Ф.Антропов

лись краеугольным камнем теоретико-концептуального здания научной психиатрии.

После Г.Е.Сухаревой кафедрой детской психиатрии стал руководить Владимир Викторович Ковалев – личность не менее значимая для отечественной и мировой психиатрии. Сохранив традиции, заложенные до него и продол-

женные представителям старой гвардии, – Валентиной Николаевной Мамцевой и Еленой Иосифовной Кириченко, В.В.Ковалев создал собственную научную школу, первыми представителями которой явились молодые тогда сотрудники кафедры: Михаил Иванович Буянов, Олег Александрович Трифонов, Наталья Евгеньевна Полякова, Борис Александрович Леденев, Наталья Константиновна Благодсконова. Их исследования (равно как и исследования многочисленных аспирантов и докторантов В.В.Ковалева, а также сотрудников научной группы при кафедре) в области пограничной психиатрии детско-подросткового возраста – реактивных состояний, общих и системных неврозов, конституциональных психопатий, психогенных патохарактерологических формирований личности, эпиде-



А.В.Горюнова

миологии психических расстройств – отражены в самостоятельных публикациях, а также в двух нестереотипных изданиях «Психиатрии детского возраста» (1979 и 1995 гг.). Второе издание руководства создавалось совместно с сотрудниками Московского НИИ психиатрии, который Владимир Викторович возглавлял с 1980 г. до последних дней своей жизни. Ученики профессора В.В.Ковалева сами стали руководителями крупных научных коллективов. Среди них – Наталья Ерофеевна Буторина и Галина Вячеславовна Козловская.

Исследования и теоретические концепции самого Владимира Викторовича, касающиеся соматоформных расстройств, динамики психогений и психопатий, пограничной интеллектуальной недостаточности, проблемы функционального и органического при психических расстройствах, методологий диагностиче-

ского процесса, систематизации психических расстройств в дет-



Е.И.Баздырев

ском возрасте, соотношений биологического и социального в человеке, давно стали классикой отечественной психиатрической науки. Что же касается его учения о психическом дизонтогенезе, возрастных уровнях нервно-психического реагирования, соотношении классических продуктивных и негативных психопатоло-



Н.П.Захаров



Н.А.Боброва

гических расстройств с продуктивно- и негативно-дизонтогенетическими синдромами, о механизмах взаимодействия энцефалопатических, дизонтогенетических и психогенных факторов этиопатогенеза, изложенного в «Семиотике и диагностике психических заболеваний у детей и подростков» (1985 г.), и более поздних публикациях, можно с уверенностью сказать, что этот источник научных идей еще не скоро иссякнет.

В настоящее время кафедра представлена тремя докторами медицинских наук – профессорами Юрием Степановичем Шевченко (заведующий кафедрой с 1995 г.), Юрием Федоровичем Антроповым и Анной Викторовной Горюновой, доктором психологических наук профессором Натальей Львовной Белопольской, кандидатами медицинских наук доцентами Людмилой Юрьевной Даниловой, Евгением Ива-



Л.Ю. Данилова

новичем Баздыревым, Николаем Петровичем Захаровым, Натальей Александровной Бобровой и Еленой Анатольевной Зубовой, кандидатами психологических наук доцентом Сергеем Николаевичем Ениколоповым и старшим



Г.Е. Сухарева (в центре) среди коллег и курсантов. Слева: М.С.Вроно, В.Н.Мамцева. Справа: К.С.Лебединская, О.Д.Сосюкало.

преподавателем Еленой Ивановной Морозовой, а также молодым преподавателем, пато- и нейропсихологом Ольгой Николаевной Диановой.

Под руководством профессора Ю.С.Шевченко защищено 9 кан-

дидатских и 2 докторские диссертации. ■

117334, Москва, 5-й Донской пр-д, д. 21а
Справочная ГБОУ ДПО РМАПО:
Тел. (499) 252-21-04, факс 254-98-05
Тел. (495) 954-13-14.
E-mail: europsy@mail.ru

Животные и шизофрения

Кошки и шизофрения

«По данным трех научных исследований, люди, у которых во взрослом возрасте диагностируют шизофрению или другие тяжелые психические расстройства, чаще всего росли в семьях, где держали кошку», – пишут ученые в статье, опубликованной недавно в журнале «Schizophrenia Research».

Авторы статьи – Эдвин Фуллер Торри (E.Fuller Torrey) и Уэнди Симмонс (W.Simmons) из Института медицинских исследований Стэнли и Роберт Йолкен (R.Yolken) из Лаборатории экспериментальной вирусологии института Стэнли – изучили не нашедшие применения анкеты, которые в 1982 г. раздавались среди 2125 семей и хранились в Национальном институте психических заболеваний. Ученые обнаружили, что у 50,6% людей, заболевших шизофренией, в детстве дома были кошки.

Эти результаты удивительным образом совпадали с данными двух других подобных исследований, проведенных учеными Национального союза по вопросам психических заболеваний (NAMI) в 1990-х годах и выявивших подобную связь в 50,9 и 51,9% случаев. Однако, по данным Американского общества «Против жестокого обращения с животными» (ASPCA), шизофрения выявлена примерно у 1,1% населения США, хотя кошек держат 30–37% американских семей. Разумеется, это исследование указывает не на причинно-следственную связь, а просто на связь.

Однако ученые строят теоретические предположения о том, что паразит токсоплазма (*Toxoplasma gondii*), основным хозяевами которого являются представители семейства кошачьих и который может передаваться человеку, играет определен-

ную роль в развитии психического расстройства. По данным Центра пропаганды терапии (Treatment Advocacy Center), шизофренией страдают 2,5 млн американцев. «Токсоплазма попадает в мозг человека и образует микроскопические цисты. Мы полагаем, что затем она активизируется в организме человека к концу пубертатного периода и стимулирует развитие заболевания, возможно, оказывая влияние на нейромедиаторы», – объясняет Э.Торри в своем интервью изданию «The Huffington Post». Как пишет журнал «Time» помимо шизофрении токсоплазма может стать причиной самопроизвольного аборта, нарушения развития плода, гриппоподобных заболеваний, слепоты, а в тяжелых случаях – смерти. Несмотря на то что, по данным Центров по контролю и профилактике заболеваний США (CDC), паразитами *T. gondii* заражены более 60 млн американцев, у людей с сильным иммунитетом это протекает бессимптомно. По словам



работников клиники Майо, ученые рекомендуют не выпускать кошек из дома, поскольку паразитами *T. gondii* можно заразиться от соседских кошек, а также советуют закрывать мусорные баки, так как человек может заразиться при случайном соприкосновении с кошачьими фекалиями.

Для того чтобы выяснить, какова на самом деле связь между кошками и развитием шизофрении, необходимы дальнейшие научные исследования. Поэтому авторы данной научной работы призывают своих коллег из других стран проводить собственные исследования в этой области. Также важно отметить, что общая заболеваемость шизофренией невысока. Наличие кошек в доме дает множество преимуществ. По данным исследования, проведенного в 2008 г. учеными из Национального института неврологических расстройств и инсульта при Университете Миннесоты, смертность от инфаркта миокарда среди владельцев кошек на 30% ниже. Кроме того, по данным CDC, люди, проводящие время в обществе кошек, легче переносят одиночество. ■

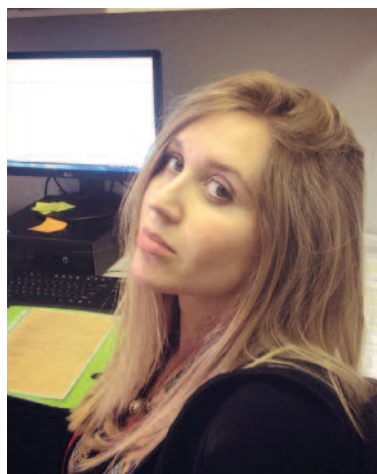
Оригинальное название статьи: *There's A Link Between Cat Ownership And Schizophrenia.*





СМУ РОП

20 лет Центру клинических исследований в области нейропсихиатрии под руководством профессора Асена Жабленски



Дарья Смирнова, канд. мед. наук, ассистент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет

В 2015 г. исполнилось 20 лет с момента создания Центра клинических исследований в области нейропсихиатрии (Centre for Clinical Research in Neuropsychiatry – CCRN) Школы психиатрии и клинических нейронаук Университета Западной Австралии. Благодаря своему директору, профес-

сору Асену Жабленски, Центр занял позиции одного из ведущих исследовательских институтов по проблемам изучения шизофрении. А.Жабленски проходил обучение в Университете Софии, Институте психиатрии и госпитале Модсли в Великобритании, работал во Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), университете Стэнфорда. Во время работы в ВОЗ в Женеве А.Жабленски являлся главным исследователем проекта по изучению шизофрении в 10 странах, публикация результатов которого стала одним из наиболее часто цитируемых источников в психиатрической литературе. В 1993 г. А.Жабленски переехал в Австралию, где за 20 лет научной деятельности CCRN под его руководством были опубликованы 682 работы, а бюджет Центра составляет ныне более 40 млн. дол. США. Уникальным направлением в его работе является создание базы семей больных шизофренией (WAFSS – Исследование семей больных шизофренией в Западной Австралии). В 2013 г. по приглашению своего коллеги по работе в ВОЗ профессора П.В.Морозова Асен согласился прочитать ключевые лекции («Проблемы нозологии психотических расстройств: мифы и

факты», «Шизофрения: генетика развития и окружающая среда») и участвовать в работе 11-й Школы молодых психиатров в г. Суздаль.

В один из вечеров Школы в Суздале П.В.Морозов и А.Жабленски по новой традиции Школы заседали у вечера у камина, и в результате получилось одно из самых содержательных интервью, которое было опубликовано в газете «Дневник психиатра» №3, 2013 г. В 2013–2015 гг. представители СМУ РОП (А.Павличенко, Д.Смирнова, М.Орлова, Т.Жилева, Г.Кустов, Н. Войнова) перевели на русский язык Диагностическое интервью для оценки психозов (ДИП), Глоссарий и учебное руководство ДИП, одним из авторов которого является А.Жабленски. В 2015 г. Дарья Смирновой предоставилась возможность стажироваться в Центре, ознакомиться с базой данных WAFSS, потренироваться в применении ДИП и заложить основы отдельного исследования по теме нарушений мышления и языка при шизофрении на выборке австралийских пациентов. ДИП представляет собой полуструктурированное клиническое интервью для диагностики психотических и аффективных расстройств, а также коморбидных расстройств со злоупотреб-

лением или зависимостью от психоактивных веществ. В ноябре планируются проведение тренинга по использованию ДИП на базе сотрудничества CCRN со СМУ РОП (председатель И.Федотов), Комиссией РОП по работе с молодыми учеными (председатель: профессор Н.Н.Петрова) и кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ГБОУ ВПО СамГМУ (заведующий: доцент Д.В.Романов), а в последующем и организация многоцентрового исследования по апробации русской версии ДИП. ■



Профессор А.Жабленски.