

## Алгоритмы дифференцированной терапии депрессии



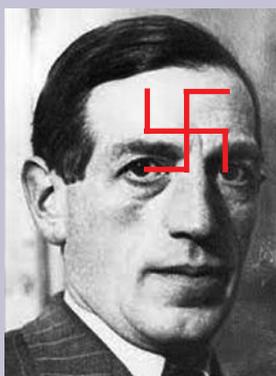
## Синдром Кандинского-Клерамбо: история вопроса



## Загадка Зиновьева и «дураки» русской психиатрии



## Психиатры Гитлера



## Мемуары

В прошлом году несколько московских психиатров – учеников А.В.Снежневского обратились ко мне с призывом начать сбор воспоминаний об Учителе с возможной их дальнейшей публикацией. Как представитель младшего поколения данной психиатрической школы, я не мог не откликнуться на этот призыв. Пока идет сбор воспоминаний, я предложил коллегам понемногу публиковать фрагменты лучших из них. Согласие было получено, и сегодня перед читателями «Дневника психиатра» воспоминания Галины Ивановны Завидовской, многие годы проводившей с Андреем Владимировичем амбулаторный прием.

Профессор П.В.Морозов, главный редактор

## Психиатрия – это пот, кровь и слезы

(Воспоминания о А.В.Снежневском)



Завидовская Галина Ивановна – канд. мед. наук, заслуженный врач РФ

С начала 50-х годов прошлого столетия в центре внимания психиатрического сообщества находился профессор Андрей Владимирович Снежневский – заведующий кафедрой психиатрии

Центрального института усовершенствования врачей. А вскоре после его назначения директором Института психиатрии АМН СССР, в конце 1962 г. мне выпала большая удача на целых 11 лет стать сотрудницей данного института.

Оставив кафедру, Андрей Владимирович не переставал читать лекции по психиатрии для врачей, и мы не пропускали ни одной лекции и ни одного цикла – факультативного, госпитального, цикла лекций для главных врачей, руководителей научных практических коллективов

страны. Читал он лекции всегда по-разному, каждый раз привнося новые данные и новые мысли, не имея при этом перед собой ни единой записи, ни ноутбука, ни слайдов, ни других вспомогательных материалов.

Педагог он был совершенно замечательный, материал доносил до слушателей четко, все было понятно, захватывающе интересно. Обращался к фактам

Продолжение на стр. 2



## Интервью

## Д.С.Лихачев. Знание – лучшее лекарство

### Интервью академика Д.С.Лихачева

Данное интервью было взято нами более 20 лет назад, в эпоху перестройки, и было опубликовано в 1-м номере журнала «Синапс». Возвращаясь к этому тексту ретроспективно, интересно взглянуть на нашу эпоху глазами выдающегося ученого-филолога, гуманиста и просветителя – академика Дмитрия Сергеевича Лихачева.

**П.В.Морозов:** Глубокоуважаемый Дмитрий Сергеевич, во-первых, мы хотим искренне поблагодарить Вас за то, что Вы нашли время ответить на вопросы нашего журнала. Мы знаем, что Вы крайне занятой человек, и поэтому были при-

ятно удивлены, когда Вы одним из первых поддержали идею создания в нашей стране Ассоциации охраны психического здоровья. В связи с этим наш первый вопрос: почему Вы это сделали, чем Вам лично близки идеи Ассоциации?

**Д.С.Лихачев:** Психически здоровый человек должен быть занят, поэтому не стоит удивляться, что я не снимаю с себя этой занятости и отвечаю Вам. Занятость – нормальное состояние нормального человека. Заболе-

Продолжение на стр. 3

Главный редактор: проф. П.В. Морозов  
E-mail: [media@mentica.ru](mailto:media@mentica.ru)  
Газета зарегистрирована в Государственном комитете Российской Федерации по печати.  
Рег. номер: ПИ № ФС77-48827  
Тираж 15 000 экз.  
Полное или частичное воспроизведение материалов, опубликованных в газете, допускается только с письменного разрешения редакции.  
Все права защищены. 2012 г.  
Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.  
В статьях представлена точка зрения авторов, которая может не совпадать с мнением редакции.

«ОБЪЕДИНЁННАЯ РЕДАКЦИЯ»  
Телефон/факс: +7 (499) 500-3883  
E-mail: [or@hrmp.ru](mailto:or@hrmp.ru)  
Медицинский директор:  
Б.А. Филимонов  
Исполнительный директор:  
Э.А. Батова  
Научный редактор:  
Д.А. Катаев  
Арт-директор:  
Э.А. Шадревский

«Медиа Медика»  
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](mailto:media@con-med.ru)  
Электронная версия: [www.con-med.ru](http://www.con-med.ru)  
Директор: Т.Л. Скоробогат  
Менеджер по рекламе: В.С. Егорова  
Отдел по работе с подписчиками:  
Телефон: +7 (495) 926-2983 (доб. 125)  
E-mail: [subscribe@con-med.ru](mailto:subscribe@con-med.ru)

истории, приводил взгляды врачей прошлого. С пиететом относился к ученым иных медицинских специальностей и часто цитировал общепатологические наблюдения профессора Ипполита Васильевича Давыдовского и терапевта профессора Владимира Харитоновича Василенко.

От нас он требовал наиболее подробного анализа и обсуждения проявлений психического расстройства у каждого из больных, но с предубеждением относился к фанатическому стремлению безусловного диагностического разграничения сходных по клинической картине эндогенных и экзогенных психозов с признаками атипичности. По существу он был убежденным приверженцем концепции единого психоза, одним из первых создателей которой в 1950 г. выступил К.Конрад. Предупреждал о недопустимости нозологического догматизма и часто подчеркивал, что метафизическое противопоставление экзогенного эндогенному не выдерживает проверки практикой и что для развития экзоген-



У павшего великана...

ного психоза (послеродового, инфекционного) необходимы эндогенные предпосылки. Отмечал, что подтверждением тому служат факты, что в семьях больных шизофренией эпизоды экзогенных психозов встречаются значительно чаще, чем в населении, а также, что шизофрения и все варианты маниакально-депрессивного психоза с атипичными признаками клинической картины и динамики, как и шизоаффективный психоз, – лишь разные звенья одного патогенетического процесса.

Однако в то же время полагал, что нельзя допустить единство патогенеза при непрерывной и периодической формах шизофрении, даже высказывал иногда мысль, что речь здесь идет о двух разных заболеваниях и что различные патогенные факторы неизменно опосредуются индивидуальными особенностями головного мозга, в том числе возрастными. В этой связи отмечал, что разные вредности могут вызывать одинаковый тип патологической реакции и, наоборот, одна и та же вредность может повлечь разные формы патологического реагирования. Подчеркивал, что диагностический процесс должен быть всегда динамичным, поскольку между разными психопатологическими синдромами существует целая цепь промежуточных состояний, и что полный диагноз должен включать как ближайший, так и отдаленный прогноз.

Рассуждая об исходах, дефектных состояниях прогрессивных заболеваний, Андрей Владимирович считал, что при всех психических расстройствах присутствует в том или ином виде аффективная патология и что даже у дефектных апатичных больных, постоянных обитателей психиатрических больниц, наблюдаются колебания витального тонуса, эпизоды повышения или, наоборот, упадка активности. Он приводил знаменитое высказывание французского психиатра Жака Вие, описавшего поздние ремиссии по типу «новая» или «вторая жизнь» после нескольких лет непрерывного течения шизофрении. «Человек – это самое совершенное творение, это – великан природы, но психическая болезнь может настолько его разрушить, что великаны становятся павшими. Однако даже павшие, они все равно остаются великанами, павшими великанами».

Чуждый каких-либо проявлений напыщенной кичливости, Андрей Владимирович мог с легкостью признать допущенные неточности в оценке состояния больного и в таких случаях говорил: «Ну, значит, я ошибался».

Личность это была неординарная и неоднозначная, как и многие нестандартно и глубоко мыслящие люди. Это был авторитарный лидер, диктатор, требовательный, что порой доходило до деспотизма. Темп обработки научного клинического материала в институте был установлен напряженный. Праздники он не терпел и любил повторять: «Психиатрия – это вам не хаханьки, это пот, кровь и слезы, пять часов на сон, остальное – работа». Сам он был удивительно работоспособным. Вставал в 5 утра, кофе, завтрак – все сам, пока спали члены семьи, и чья-либо статья, которую получил накануне, а днем уже возвращал с замечаниями и советами.

Ежедневно приходил в институт за 1,5 часа до начала рабочего дня и в эти ранние часы проводил амбулаторный прием больных, число которых доходило до 15–20 в день. Но ассистировать ему в это неурочное время было большой удачей, и мы старались эту возможность не упускать, потому что даже краткое общение с мэтром много давало для пополнения знаний и, что называется, «информации для размышления».

У него был особый, уникальный стиль расспроса больных. Располагающая улыбка, заинтересованное участие и отношение как к нормальному человеку, будь то давний больной с хронической патологией и дефектом, пациент интеллектуальной профессии с пограничным расстройством, ребенок или глубокий старик. С первых слов устанавливался



А.В.Снежневский среди грузинских психиатров

контакт, и тема беседы обретала интерес с обеих сторон. Говорил с литератором, актером, поэтом, философом на языке пациента. Потому, что был в курсе событий культурной жизни, первым прочитывал новинки литературы – Михаил Булгаков, Андрей Платонов, Альбер Камю, Жан-Поль Сартр. Интересовался философией экзистенциализма, обсуждал еще малоизученные вопросы экзистенциальных депрессий, мировоззренческих кризисов и стремился проникать вглубь нерешенных проблем.

Рассуждая о причинах увеличения заболеваемости депрессиями, наряду с такими факторами, как урбанизация и ускорение темпа жизни, приводил и причины более глобального плана, такие как все большее осознание человечеством своего одиночества и незащищенности во Вселенной и расплата за увеличение продолжительности жизни (с учетом сокращения детской смертности и преодоления особо опасных инфекций, уносивших в прошлом миллионы молодых жизней).



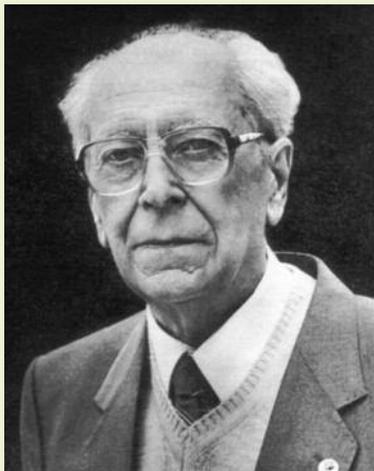
Андрей Владимирович Снежневский

Андрей Владимирович Снежневский был, безусловно, личностью одаренной, значительной и глубокой. Он создал стройную систематику различных форм шизофрении и вообще психических расстройств, которая и в настоящее время остается основой классификации заболеваний. Ценил сотрудников бывшей своей кафедры, руководство которой вскоре после своего назначения директором института передал профессору Виктору Михайловичу Морозову, памяти

которого мы не забываем поклоняться и преклоняться. Вообще это было светлое поколение талантливых педагогов и ученых, воювавших и победивших в той самой кровопролитной войне. И сам был от Бога доктор, педагог, ученый. И великий стратег, беспримысленно разменявший карту в разгар подковерной борьбы за место директора создаваемого на рубеже 80-х годов Центра психического здоровья. Он с достоинством преодолел создавшуюся интригу и возглавил научный центр, первоначально объединивший три института.

Оппоненты не преминут напомнить и о борьбе за приоритетные позиции в психиатрии на рубеже 50-х годов, о публичных выступлениях с острой критикой старых идей некоторых психиатров. Все это было, были и диссидентские, и антипсихиатрические волна, и другое государственное устройство, когда наукой управляли чиновники из высших инстанций власти. Но была и созданная им школа классных специалистов в психиатрии. И как сказал один хороший писатель совсем по другому поводу: «Виноваты были не комиссары, виновато время». Времена могут меняться, но незабываемым остается научное и культурное наследие человечества. Наверное, об этом думал Андрей Владимирович, когда говорил о большом значении сохранения научных материалов. Он высоко оценивал работу хранителей архивов и подчеркивал, что ученый прославляется не только своими открытиями и учениками, не только созданной им школой последователей, но и в значительной степени тем научным архивом, который остается после него. Остается, как осталась и будет существовать школа учеников, последователей и продолжателей научных исследований.

Но когда я прихожу на Новокузнецкое кладбище и неподалеку от входа, слева от центральной аллеи, вижу скромный памятник с очень точным профилем мэтра, то к этим моим воспоминаниям примешивается какое-то щемящее чувство, и хочется думать, что великаны, даже ушедшие от нас навсегда, все-таки остаются великанами.



Дмитрий Сергеевич Лихачев

Начало на стр. 1

вание – испытывать неудовлетворенность от своей занятости, так же как, например, полная занятость мозга – образованность – признак здоровья мозга. Необразованность – ненормальное состояние, которое грозит человеку бедой (природа не терпит пустоты). В предпоследнем классе школы учитель литературы, который был также по образованию психиатром, прочел нам шесть лекций по психическим заболеваниям. С тех пор я убежденный сторонник, чтобы в школах коротко преподавали психологию и психиатрию. Знания (очень слабые) основ психиатрии чрезвычайно помогли мне в жизни. Я терпелив, терпим с людьми, которых подозреваю в психическом или нервном заболевании, и, когда нужно, знаю, как держать себя в руках (знаю, но не всегда, правда, пользуюсь этим знанием). Считаю, что в свои 84 года я сохранил душевное здоровье и нервы благодаря этим шести урокам, а также благодаря встречам и беседам с одним из представителей осужденной науки педологии. Психиатрию как часть гигиены следует преподавать в школах, хотя бы факультативно. Это незаметно способствовало бы оздоровлению обстановки в нашем обществе, на съездах, в советах и в предвыборных кампаниях.

**П.В.Морозов:** О традициях отношения к психически больным на Руси. Известно, что еще в Киевской Руси при монастырях создавались своеобразные прибежища для душевнобольных, им помогали, их оберегали и почитали. В просвещенной Европе пьблали костры, сжигавшие больных под видом борьбы с ересью, борьбы за веру. Конечно, и в нашей стране охотились за ведьмами, но в целом русские, на наш взгляд, отличались высокой терпимостью и гуманным отношением к психически больным лицам. Так ли это, а если да, то с чем Вы это связываете?

**Венецианцы, греки и моравы  
Что ни день о русичах поют...**

**Д.С.Лихачев:** Вы совершенно правы. При монастырях были больницы (с XI в.), а к душевно-

больным (хотя не ко всем видам их) относились как к «божьим людям», которые среди невнятицы своих речей могут сказать и слово правды (см. Николку в «Борисе Годунове»).

**П.В.Морозов:** Насколько нам известно, Россия одной из первых создала и прообраз будущих специальных психиатрических больниц – тогдашних политических оппозиционеров с признаками душевного расстройства помещали в Спасо-Евфимиев монастырь в г. Суздале (там умер и похоронен декабрист князь Ф.П.Шаховской и менее известные диссиденты). Насколько данная форма преследования инакомыслия в историческом контексте является традиционной для России?

**О, стонать тебе, земля родная,  
Прежние години вспомяни  
И князей давно минувших лет!**

**Д.С.Лихачев:** Не сразу, но постепенно юродивых, душевнобольных начали бояться власти. Под видом лечения их отправляли в монастыри, некоторые из которых имели больницы для умственно больных, отсталых и пр. Затем стали злоупотреблять этим. Гуманные акты обратились в свою противоположность. Мы стали следовать худшему в наших традициях и даже злоупотребили именем самого гуманного из психиатров – Сербского.

**П.В.Морозов:** К тому же вопросу: помните, Чаадаева за издание философических писем правительство Николая I признало сумасшедшим? Позднее чиновниками всерьез обсуждалось применение подобных мер и ко Льву Толстому. Какова, на Ваш взгляд, мера ответственности лекарей XIX в., привлеченных к подобным экспертизам?

**Д.С.Лихачев:** Вопрос заключается в себе ответ: мера ответственности не может быть неполной. Думаю, мы должны знать имена тех, кто шел в ногу со временем, и тех, кто сохранил свою честь врача.



**И сказал Боян ему тогда:  
«Князь Всеслав! Ни мудрый,  
ни удалый  
Не минуют Божьего суда!»**

**П.В.Морозов:** Вопрос о методах научного поиска. Какое место в научном исследовании Вы уделяете интуиции, психологическому моделированию ситуации? Насколько нам известно, подобный подход в значительной мере помог поэту Андрею Чернову в его поисках могилы казненных декабристов. При этом он прямо ссылался на опыт Анны Ахматовой при ее анализе некоторых

произведений А.С.Пушкина. Приступ ли подобный метод исследования лишь поэтам?

**Д.С.Лихачев:** Интуиция – чудо, которое нельзя воспроизвести никакими машинами. Интуиция играет огромнейшую роль не только в литературоведении, в разных его дисциплинах, текстологии например, но даже в математике.

**П.В.Морозов:** Около 30 лет я слежу за Вашими работами по «Слову о полку Игореве». Мне кажется, что сейчас, в эпоху жестких межнациональных конфликтов, это глубоко патриотическое произведение звучит с новой силой именно в связи с его интернациональным значением. В чем же секрет консолидирующей роли «Слова»?



**Кто же стяжи древние  
хранит?  
Эти – Рюрик носит,  
те – Давид.  
Но не вместе их знамена  
плещут,  
Врозь потот их котия и  
блещут.**

**Д.С.Лихачев:** Русская литература всегда героизировала в войне лишь оборону, оборонные сражения. «Слову» осуждает Игоря, хотя и симпатизирует ему (это частое явление: мы можем наказать и осудить своего ребенка, но любить его). Слово «поганый», встречающееся в «Слове», относится только к врагам-язычникам (см. латинское paganus).

**П.В.Морозов:** Определенная часть нашей интеллигенции высказывает сомнения в отношении успеха перестройки. Она связывает это с отсутствием демократических традиций в нашем обществе и связанных с этим трудностей при переходе к цивилизованному образу жизни. Первопричина же всех наших бед при этом видится в последствиях 240-летнего рабства под игмом татаро-монголов. Считаете ли Вы, что подобная задержка исторического развития может сказываться до сих пор?

**О Русская земля!  
Ты уже за холмом.**

**Д.С.Лихачев:** Демократические традиции на Руси всегда были очень сильны (княжеские снемы, вече, земские соборы – с установившимися традициями), но они сильно пострадали с европеизацией России при Петре I – пострадали все виды демократии, но стали возрождаться при Александре II, и очень успешно (ср. земство, крестьянские сходы и пр.). Новый перерыв – после разгона Учредительного собрания.

Татаро-монгольское иго не сыграло той чрезвычайной роли, которая ему приписывается, хотя рабство – всегда рабство, если даже оно распространяется в сто раз хуже, чем рабство колхозно-гостра.

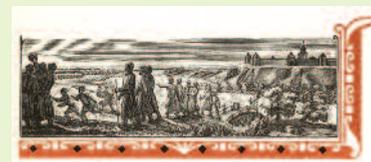
**Мы же по иному  
замышленно  
Эту повесть о године бед  
со времен Владимира  
княжесня  
доведем до Игоревых лет.**

**П.В.Морозов:** Сегодня мы пускаемся в трудный путь – начинаем издание нового журнала «Синапс». Понимая всю кажущуюся отдаленность профессии психиатра от профессий филолога и историка, музыканта или живописца (кстати, русский психиатр С.С.Корсаков полагал, что психиатрия наиболее близка философии), мы хотели бы Вас спросить, каким Вы хотели бы видеть наш журнал, что хотели бы пожелать его редакции, а заодно и читателям?

**Русичи, сожнув  
щиты рядами,  
К славному изгото-  
вились борьбе.**



**Д.С.Лихачев:** Психиатрия совсем не так далека от литературоведения и истории, как Вам кажется (см. работы А.М.Евлахова и др.). Ваш журнал будет иметь колоссальное значение, если уделит должное внимание массовым формам психопатий (эпидемиям однородных преступлений, психологии голосующих, психологии толпы на митингах, например), психологии общественных собраний, психологии митинговых ораторов, впадающих постепенно «в раж», психологии проработок и обвинительных кампаний, психологии диктаторов и «руководителей» (я имею в виду плохих руководителей), «лобной психике» (термин начала века – не знаю, употребляется ли он сейчас: я этот термин беру из одного киевского журнала по психиатрии, который читал лет 10 назад). Всего не перечислишь. Психические эпидемии – это болезни нашего железного века, и против них надо принимать меры, главным образом просветительского характера. Знание – лучшее лекарство.



**Долго длится ночь.  
Но засветился  
Утренними зорями восток.**

Интервью Дмитрия Сергеевича Лихачева иллюстрировано гравюрами художника В.А.Фаворского к «Слову о полку Игореве». Мы использовали также выдержки из этого великого произведения в переводе поэта Н.А.Заболоцкого.

# Алгоритмы дифференцированной терапии депрессий с применением современных антидепрессантов



Д.В. Романов  
ФППОВ ГОУ ВПО Первый МГМУ  
им. И.М. Сеченова  
Минздравсоцразвития РФ

Учитывая клиническую гетерогенность депрессивных расстройств по целому ряду параметров, включая степень тяжести, синдромальную структуру, нозологическую принадлежность и т.п., а также наблюдающееся в настоящее время значительное разнообразие терапевтических модальностей, направленных на коррекцию аффективных нарушений, сохраняет свою актуальность проблема дифференцированного подхода к лечению депрессий. Настоящая публикация ограничивается обсуждением принципов фармакотерапии депрессий с акцентом на тимоаналептики современных генераций при учете наиболее значимых факторов, определяющих выбор тех или иных средств, и доказательности подтверждающих такой выбор данных. По возможности в тексте приводятся конкретные показатели ранга терапевтических рекомендаций (А, В, С, D) и значения уровня доказательности по рейтинговой системе СМОН (2007 г.) (табл. 1, 2).

В существующих практических рекомендациях при выборе терапевтического подхода прежде всего предлагается ориентироваться на **выраженность депрессии**. В качестве терапии 1-й линии при депрессии средней степени тяжести и тяжелой или при неглубоких депрессиях, носящих затяжной характер (более 2 лет), обоснованным является использование антидепрессантов (ранг А, уровень 1+), предпочтительных психотерапии, самостоятельного применения которой рекомендовано лимитировать случаями легкой и умеренной депрессии. При легкой же депрессии использование пре-

паратов предлагается ограничивать рекуррентным вариантом расстройства с умеренными и тяжелыми эпизодами в анамнезе, а также при коморбидности с соматической и другой психической патологией (ранг D, уровень 4).

Среди тимоаналептиков, дифференцируемых по химической структуре и механизмам действия, принято выделять препараты I поколения: трициклические (ТЦА) и тетрациклические (мапротилин), а также необратимые ингибиторы моноаминоксидазы (ИМАО). К современным антидепрессантам II и III поколения относят селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), включая флуоксетин, флувоксамин, пароксетин, сертралин, циталопрам, эсциталопрам; селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН) – венлафаксин, дулоксетин, милнаципран; другие антидепрессанты с разной структурой и механизмами действия, включая мirtазапин, агомелатин, бупропион и т.п.

Хотя в некоторых исследованиях предполагаются преимущества эффективности одних механизмов действия антидепрессантов над другими, однако однозначных и непротиворечивых доказательств, которые позволили бы обосновать значимость таких различий, в клинических исследованиях в настоящее время не получено. Согласно данным, приводимым в официальных рекомендациях по лечению депрессий, для большинства пациентов эффективность антидепрессантов в основном сопоставима между классами препаратов, и в их пределах (ранг А, уровень 1+) доли респондеров в клинических исследованиях варьируют от 50 до 75%. При этом, по ряду данных, эффективность по сравнению с плацебо выше при тяжелой депрессии, чем при легкой и средней степени тяжести.

По мнению ряда экспертов, наилучшие результаты при тяжелых (включая психотические) депрессиях наблюдаются при использовании препаратов I поколения – ТЦА и мапротилин (ранг D, уровень 4). Однако подчеркивается, что лечение таких состояний необходимо проводить в специализированных психиатрических отделениях. В свою очередь, считается, что антидепрессанты II и III поколения с моноаминергическим механизмом действия (СИОЗС, СИОЗСН и др.), а также ОИМАО-А

уступают ТЦА по уровню терапевтического эффекта при тяжелых депрессиях, но оказываются сопоставимыми при умеренных депрессивных состояниях, а в случаях легких депрессий даже превосходят антидепрессанты I поколения, в первую очередь за счет более высокой переносимости, что позволяет широко применять их в амбулаторной практике.

При сравнении эффективности препаратов, относимых к антидепрессантам современных генераций, были выявлены минимальные преимущества одних средств над другими. Так, в обзоре метаанализов, подготовленном Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ, при сопоставлении разных СИОЗС установлено, что, например, у больных, получающих терапию сертралином, по сравнению с флуоксетином отмечается дополнительная статистически



От имени персидского математика Мухаммеда аль-Хорезми произошел термин «алгоритм»

незначимая редукция среднего балла по шкале Гамильтона (HAM-D-17), равная 0,75 (95% доверительный интервал – ДИ 0,45–1,95). Однако относительный риск (ОР) положительного ответа на терапию оказался статистически значимо выше при приеме сертралина, чем на лечении флуоксетином (ОР 1,11; 95% ДИ 1,01–1,21). При этом количество больных, которых нужно пролечить (number needed to treat – NNT) для получения дополнительного респондера на 6–12-й неделе, составило 14 (95% ДИ 8–22). Аналогичным образом зафиксирована тенденция к несколько более высокой эффективности эсциталопрама по сравнению с циталопрамом. При терапии эсциталопрамом

достигался эффект в виде дополнительной редукции 1,25 балла (95% ДИ 0,10–2,39) по шкале депрессии Монтьери–Асберга (MADRS). ОР положительного ответа на терапию при приеме эсциталопрама был статистически значимо выше, чем при приеме циталопрама (ОР 1,14; 95% ДИ 1,04–1,26). Количество больных, которых нужно пролечить (NNT) для получения дополнительного респондера на 8-й неделе при приеме эсциталопрама, также составило 14 (95% ДИ 7–11,1). Каких-либо статистически значимых различий по динамике симптомов или доле респондеров между парами сравнения «флуоксетин–пароксетин» и «пароксетин–сертралин» зафиксировано не было.

Аналогичные результаты о сравнительной эффективности современных антидепрессантов (в качестве основного препарата для сравнения выбран сертралин) были получены в результате метаанализа 59 РКИ. Авторами показано, что по доле респондеров сертралин сопоставим с ТЦА как единой группой, статистически значимо уступая только amitриптилину (ОР 1,23; 95% ДИ 0,99–1,52,  $p=0,07$ ; 7 исследований, 1345 пациентов). При сравнении с мапротилином отличий сертралина по параметрам эффективности также не зафиксировано. Сертралин превзошел флуоксетин (ОР 0,73; 95% ДИ 0,59–0,92,  $p=0,007$ ; 8 исследований, 1352 пациента), тогда как не было отмечено различий эффективности с остальными СИОЗС и другими современными антидепрессантами, включая бупропион, мirtазапин, моклобемид, нефазодон, ребоксетин, тianeптин, тразодон и венлафаксин.

Таким образом, согласно большинству исследований, по эффективности антидепрессанты в основном сопоставимы, а выявляемые преимущества одних препаратов над другими невелики, притом что клиническая значимость таких различий остается неопределенной. Соответственно, в настоящее время при выборе антидепрессантов предлагается ориентироваться прежде всего на соотношение «риск–польза» и учитывать *переносимость и безопасность (нежелательные явления, суицидальный риск), предпочтения пациента, стоимость препарата, данные о предыдущем лечении, коморбидную соматическую и психическую патологию, период полувыведения и потенциальные лекарственные взаимодействия*, обусловленные способностью связываться с белками плазмы или метаболизироваться системой цитохрома P-450. Основываясь на перечисленных параметрах, препаратами, «оптимальными для большинства пациентов», считаются

Таблица 1. Ранги рекомендаций	
Ранг	Рекомендации
A	По меньшей мере один метаанализ, систематический обзор рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ уровня 1++, направленное непосредственно на целевую популяцию больных, или доказательная база, полностью состоящая из исследований уровня 1+, непосредственно применимая к целевой популяции и демонстрирующая полную согласованность результатов
B	Доказательная база, включающая исследования уровня 2++, непосредственно применимая к целевой популяции и демонстрирующая полную согласованность результатов, или экстраполяция доказательств, полученных в исследованиях уровня 1++ или 1+
C	Доказательная база, включающая исследования уровня 2+, непосредственно применимая к целевой популяции и демонстрирующая полную согласованность результатов, или экстраполяция доказательств, полученных в исследованиях уровня 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполяция доказательств, полученных в исследованиях уровня 2+

СИОЗС, СИОЗСН, миртазапин и бупропион.

Исходя из приведенных принципов, в ряде публикаций предлагается серия приводимых ниже и обладающих разным уровнем доказательности рекомендаций, представляющих собой алгоритм, облегчающий принятие решений в отношении дифференцированного назначения антидепрессантов.

В качестве препаратов 1-й линии при лечении депрессии рассматриваются СИОЗС из-за наиболее благоприятного соотношения «риск–польза», хорошей переносимости и безопасности при передозировке (ранг А, уровень 1++). Благодаря указанным свойствам СИОЗС являются препаратами выбора при депрессии у больных с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией (ранг А, уровень 1++). В случаях высокого риска лекарственных взаимодействий с другими медикаментами другим СИОЗС следует предпочесть сертралин или эсциталопрам благодаря их более низкому потенциалу к нежелательным взаимодействиям с соматотропными средствами, за счет чего обеспечивается большая безопасность и нивелируются возможные кардинальные нежелательные явления (ранг D, уровень 4). Так, поскольку сертралин обладает лишь слабым блокирующим действием в отношении изоферментов печени (цитохромы P-450IID6, P-450IA2 и P-450III4), участвующих в биотрансформации соматотропных препаратов, риск нежелательного лекарственного взаимодействия значительно снижается. Из-за высокой частоты кардиотоксических побочных эффектов, напротив, следует избегать применения ТЦА у больных с высоким риском сердечно-сосудистой патологии, аритмиями и сердечной недостаточностью (ранг А, уровень 1++).

Препараты I поколения, включая ТЦА и ИМАО, должны оставаться в резерве (2-я линия) для ситуаций, когда лечебные средства 1-й линии оказались неэффективными (ранг А, уровень 1+). При назначении антидепрессанта необходимо адаптировать препарат к пациенту с депрессией и хронической соматической патологией, учитывая следующие факторы: конкретный диагноз соматического заболевания; потенциальные побочные эффекты

антидепрессантов, способные влиять на такое заболевание (например, СИОЗС могут провоцировать или усиливать гипонатриемию, особенно у пожилых больных) (ранг D, уровень 3).

Переход с одного антидепрессанта на другой (как в пределах группы СИОЗС, так и на препараты другого класса, и наоборот) является адекватной стратегией (ранг А, уровень 1++). При этом, несмотря на то что закономерным кажется предпочтительность назначения препарата другого класса, в целом ряде РКИ и метаанализов показано, что частота положительных исходов не отличается при смене фармакотерапии в пределах класса (например, одного СИОЗС на другой) от замены на тимоаналептик с другим механизмом действия (например, СИОЗС на неСИОЗС). Так, в исследовании STAR\*D не удалось зафиксировать отличий ни по частоте респондеров, ни по частоте ремиттеров, когда циталопрам меняли на сертралин или другой антидепрессант (бупропион-SR или венлафаксин-XR).

Если есть данные относительно того, что больной ранее успешно лечился каким-либо антидепрессантом и хорошо его переносил, такой препарат является предпочтительным. Напротив, если пациент прежде не ответил на адекватную терапию тем или иным препаратом или не перенес его в связи с побочными эффектами, такого средства следует избегать (ранг D, уровень 4).

Выбрав определенный антидепрессант, следует начинать лечение с низкой дозы и постепенно титровать ее до терапевтической, одновременно оценивая динамику психического статуса и фиксируя побочные эффекты. Частота мониторинга зависит от тяжести депрессии, степени суицидального риска, комплаентности больного и доступности социальной поддержки (ранг А, уровень 1+). При отмене антидепрессантов дозы препаратов необходимо снижать постепенно, а не отменять резко, чтобы минимизировать риск возможных проявлений отмены (ранг А, уровень 1++).

Терапия любым антидепрессантом должна продолжаться не менее 4–6 нед (ранг С, уровень 2+). Больные с первым эпизодом депрессии без психотических симптомов должны получать антидепрессанты в пол-

ной дозе в течение 6–9 мес после полной ремиссии симптомов (ранг А, уровень 1++). При втором эпизоде депрессии больные должны получать поддерживающую терапию в течение 1–2 лет (ранг В, уровень 1+), а с более чем двумя эпизодами депрессии – 2 года и более или даже пожизненно (ранг С, уровень 2+). Индивидуальная длительность лечения при этом зависит от факторов риска рецидивов и предпочтений пациента.



Баронесса Ада Лавлейс – создательница первой программы для вычислительной машины с использованием алгоритмов. Дочь поэта Дж.Г. Байрона.

Использование высоких доз антидепрессантов может быть обоснованным у пациентов, давших частичный ответ на терапию, и если применялись только низкие и средние дозы. При повышении дозы необходимо пристальное наблюдение побочных эффектов (ранг В, уровень 2++).

По данным метаанализов, современные антидепрессанты обнаруживают некоторые различия по предпочтительности тех или иных побочных эффектов, что необходимо учитывать при индивидуальных назначениях, особенно если имеются сведения о нежелательных явлениях, развивавшихся в процессе тимоаналептической терапии ранее. Например, среди СИОЗС флуоксетин считается лидером по частоте гастроинтестинальных расстройств (тошнота, рвота, диарея), флувоксамин – по частоте тошноты, пароксетин – по потливости и седации, сертралин – по диарее. При этом частота тошноты и рвоты при приеме СИОЗСН (дулоксетина и венлафаксина) выше, чем у СИОЗС. При приеме миртазапина и пароксетина отмечается более выраженная

прибавка массы тела, а у миртазапина и тразодона – более высокая степень седации.

Если в структуре депрессии имеются тревога, жажания и/или бессонница, в начале лечения может возникнуть необходимость в кратковременном (2–4 нед) назначении сопутствующей тимоаналептикам терапии бензодиазепиновыми транквилизаторами (ранг А, уровень 1++). Особенно внимательно следует следить за суицидальными мыслями и поведением на начальном этапе лечения антидепрессантами (обычно первые 1–2 мес), особенно у детей, подростков и пациентов юношеского возраста между 18 и 24 годами (ранг С, уровень 2+).

Дифференцированное применение антидепрессантов **в зависимости от психопатологических особенностей депрессивного синдрома** во многих случаях до сих пор опирается на тезис R.Kielholz (1965 г.) об использовании тимоаналептиков с седативными и анксиолитическими свойствами при тревожных депрессиях, а со стимулирующим (активирующим) действием – при заторможенных (апато-анергических) формах. Однако значение этого положения в настоящее время несколько менее актуально, нежели ранее. Данному принципу, например, затруднительно следовать при депрессиях смешанной психопатологической структуры (тревожно-апатических), когда доминирующий аффективный радикал выделить трудно или он претерпевает изменения во времени. Соответственно, в целом ряде случаев препаратами выбора становятся современные тимоаналептики со сбалансированным механизмом действия (СИОЗС – сертралин, пароксетин, СИОЗСН – венлафаксин и т.д.).

В стремлении преодолеть существующие противоречия последние годы предлагаются альтернативные модели дифференцированной терапии депрессий, опирающиеся на иные психопатологические дименсии, отличные от предложенных R.Kielholz. Так, в ряде публикаций А.Б.Смулевича (1997, 2003, 2005, 2011 гг.) показано, что выбор антидепрессантов может зависеть от соотношения двух сфер клинических проявлений депрессии – собственно гипотимии (позитивная аффективность: голотимный с патологическим циркадианным

Продолжение на стр. 6

Таблица 2. Уровни доказательности по SMOH (2007 г.)

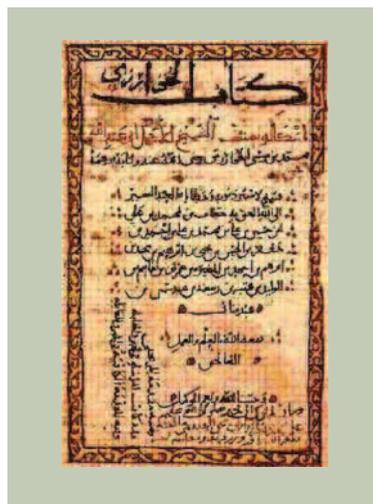
Уровень	Тип доказательства
1++	Высокого качества метаанализы, систематические обзоры РКИ или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Хорошо выполненные метаанализы, систематические обзоры РКИ или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Метаанализы, систематические обзоры РКИ или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высокого качества систематические обзоры исследований типа «случай–контроль» или когортных. Высокого качества исследования типа «случай–контроль» или когортные с очень низким риском систематических ошибок и высокой вероятностью того, что выявленные взаимосвязи являются причинно-следственными
2+	Хорошо выполненные исследования типа «случай–контроль» или когортные с низким риском систематических ошибок и средней вероятностью того, что выявленные взаимосвязи являются причинно-следственными
2-	Исследования типа «случай–контроль» или когортные с высоким риском систематических ошибок и значительным риском того, что выявленные взаимосвязи не являются причинно-следственными
3	Неаналитические исследования (например, описания отдельных случаев, серии случаев)
4	Мнение эксперта

Начало на стр. 4

ритмом, кататимный и катестетический аффекты) и отчуждения (негативная аффективность: аутопсихическая деперсонализация, психическая анестезия, ангедония). В случаях депрессивных состояний (эндогенные и эндогенорфные депрессии), протекающих с преобладанием позитивной аффективности (тоска с чувством душевной боли, сниженная самооценка, идеи малоценности и/или вины, подверженные циркадианным колебаниям), автор указывает на эффективность всех антидепрессантов как традиционных, так и новых поколений. При депрессиях же с преобладанием негативной аффективности и явлениями психического отчуждения (анестетическая депрессия и др.), т.е. более резистентных к фармакологическому воздействию психопатологических расстройств, предполагается проявление избирательной чувствительности к препаратам разной химической структуры и механизмов действия. При формировании негативной аффективности, выражающейся признаками девитализации аффекта (сознание утраты жизненного тонуса и спонтанной активности) и явлениями моральной ипохондрии (чувство изменения эмоциональной сопричастности к внешним объектам, «существования за преградой», сознание падения психической активности, обедненности воображения), наиболее полный терапевтический эффект достигается при использовании препаратов серотонинергической группы – СИОЗС. При депрессиях с замаскированными у коморбидных соматических заболеваний ритмами (нозогенные, соматогенные), психопатологические проявления которых ограничены рамками гипотимии и невротическим регистром расстройств (невротическая, истерическая, соматизированная, астеническая депрессия), клиническое действие антидепрессантов реализуется по другим закономерностям. Приоритетными при выборе препарата становятся минимальная выраженность поведенческой токсичности и спектр побочных действий препарата. Особое

значение в этом случае приобретают индивидуальная чувствительность и исходное отношение больного к антидепрессанту и психофармакотерапии в целом. В качестве препаратов выбора выступают антидепрессанты различной структуры, сочетающие мягкий тимоаналептический эффект с хорошей переносимостью (препараты класса СИОЗС, пирлиндол, тианептин и др.).

Приходится констатировать, что в официальных рекомендациях, подготовленных рядом национальных психиатрических ассоциаций, выбор анти-



Трактат об алгбре Мухаммеда аль-Хорезми

депрессантов в зависимости от психопатологической структуры депрессии практически не обсуждается. Утверждается, что подбор тимоаналептика в соответствии с типологической принадлежностью депрессии имеет лишь «историческое значение». По мнению авторов, практически нет оснований считать, что существуют различия в исходах при применении препаратов 1-й линии в отношении, например, меланхолической или атипичной депрессии. Напротив, при некоторых вариантах депрессии (с психотическими симптомами, сезонная, послеродовая и т.п.) такие различия обнаруживаются. Так, приводятся убедительные (уровень 1) доказательства того, что при большой депрессии с психотическими симптомами показано комбинированное на-

значение антидепрессантов с антипсихотиками, хотя, согласно Кохрейновскому систематическому обзору, такое сочетанное лечение эффективнее монотерапии антипсихотиком, но не антидепрессантом. В отношении большой депрессии с сезонным паттерном существуют доказательства 1-го уровня, что для профилактики зимних обострений наиболее эффективен бупропион.

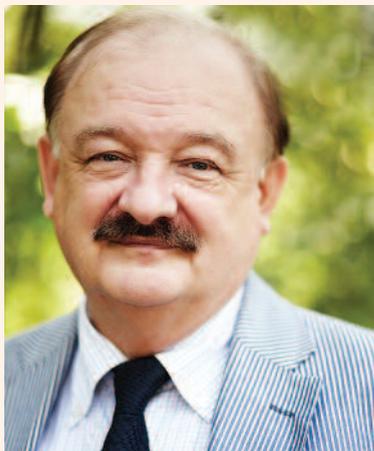
При послеродовой депрессии, по данным двух небольших РКИ, в которых изучался протективный эффект антидепрессантов в отношении рекуррентных эпизодов у пациенток с послеродовой депрессией в анамнезе, был выявлен профилактический эффект сертралина, тогда как нортритилин таким действием не обладал. При этом авторы указывают, что хотя данных о применении антидепрессантов в период лактации недостаточно, особенно относительно их влияния на плод при длительном использовании, однако в большинстве публикаций показано, что тимоаналептики экскретируются в грудное молоко в различной степени и обычно в небольших количествах. Например, в обобщенном анализе 57 исследований обнаружено, что в плазме детей, находящихся на грудном вскармливании, концентрации таких антидепрессантов, как сертралин, нортритилин и пароксетин, обычно не определяются, тогда как при приеме матерью флуоксетина высок риск повышения его содержания в крови ребенка.

В ряде публикаций последнего десятилетия наряду с перечисленными факторами, определяющими выбор антидепрессантов, обсуждается еще ряд параметров (возраст, пол, генетические особенности), способных, по мнению исследователей, влиять на эффективность дифференцированной терапии депрессий. Однако результаты таких работ чаще всего противоречивы. Получены сведения, что пациенты молодого возраста лучше отвечают на терапию серотонинергическими средствами, нежели норадренергическими тимоаналептиками, тогда как больные пожилого

возраста никакой предпочтительности не обнаруживают. При изучении гендерных различий в исследовании STAR\*D установлено, что при приеме циталопрама у женщин выше частота ремиссий, чем у мужчин, тогда как в метаанализах данные на этот счет противоречивы или таких различий не обнаруживается. Так же неоднозначны сведения, полученные относительно генетического полиморфизма при лечении антидепрессантами. Установлено, что больные с коротким аллелем гена переносчика серотонина в большей степени подвержены депрессии вследствие психотравмирующих воздействий и хуже отвечают на лечение СИОЗС. Напротив, в исследовании STAR\*D варибельность гена, кодирующего 5HT<sub>2A</sub>-рецептор, оказалась наиболее мощным предиктором положительного результата лечения. Таким образом, несмотря на ряд обнадеживающих результатов, все еще недостаточно доказательств в пользу возможности при выборе антидепрессантов руководствоваться в повседневной практике тестами на биомаркеры.

В заключение необходимо отметить, что несмотря на обширную доказательную базу, лежащую в основе подходов к дифференцированному назначению современных антидепрессантов, сохраняется необходимость в проведении и обобщении результатов крупных исследований, направленных на поиск предикторов, определяющих оптимальные результаты тимоаналептической терапии. Возможно, выявление ассоциации ряда до сих пор неизвестных биологических и биосоциальных параметров с психопатологическими особенностями депрессивных нарушений, а также дальнейшее расширение арсенала тимоаналептиков за счет препаратов современных поколений, обладающих оптимальным соотношением эффективности и безопасности, станут интегративной предпосылкой к дальнейшему развитию методов дифференцированной терапии депрессий, приближающейся к индивидуальному лечению.

# Синдром Кандинского–Клерамбо: история вопроса



П.В. Морозов  
Кафедра психиатрии ФУВ  
РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

В отечественной психиатрической литературе термин «синдром Кандинского–Клерамбо» принят и используется вот уже более 80 лет. Согласно известному учебнику психиатрии («Психиатрия» О.В.Кербиков, М.В.Коркина, Р.А.Наджаров, А.В.Снежневский, 1967) определение данного синдрома звучит так: «Совокупность взаимосвязанных симптомов-псевдогаллюцинаций, бреда преследования и воздействия, чувства овладения и открытости. Для него типично отчуждение, утрата принадлежности себе собственных психических актов; чувство постоянного влияния посторонней, действующей извне силы». Существуют следующие его проявления:

- ассоциативный автоматизм (ментизм, открытость, разматывание воспоминаний, эхо мысли; все виды псевдогаллюцинаций);
- сенестопатический автоматизм;
- кинестетический автоматизм.

И хотя определение это лапидарно, но тем не менее достаточно точно, споры о правомерности выделения подобного синдрома не утихают до сих пор. Если мы обратимся к современным классификациям, таким как DSM-IV или МКБ-10, существование «синдро-

ма К–К» с их позиций далеко не очевидно. Так, один из авторов DSM-III Spitzer (1987 г.) после изучения истории и самого феномена «псевдогаллюцинации» предложил «убрать это понятие из клинической практики» и заменить его лишь описанием клинического явления. Более поздние заокеанские публикации почти не содержат термин «псевдогаллюцинации». Так, в DSM-IV это понятие упоминается лишь один раз – в качестве возможного клинического проявления конверсионного расстройства. Утверждается, что данный симптом является разновидностью галлюцинаций, которая, возможно, характеризуется адекватной самооценкой, вовлечением более чем одной сенсорной модельностью, наивным, фантастическим содержанием и психологической значимостью. Не лучше обстоят дела и с понятием «психического автоматизма Клерамбо». Так, в руководстве Kaplan–Saddock (9, с. 283) написано: «Erotomania: delusional belief, more common in women, that in men, that someone is deeply in love with them (also known as Clerambault–Kandinsky complex)». Слышали звон... Без комментариев.

Между тем имена двух великих психиатров были однажды соединены вместе, и это совсем не искусственное образование. Для французской и русской психиатрических школ это достаточно очевидно.

Для начала вспомним о самих авторах – В.Х.Кандинском (1849–1889) и Gaetan Gatian de Clerambault (1872–1934) (рис. 1, 2).

Появлению этого двойного термина мы обязаны ленинградскому психиатру А.Л.Эпштейну, который на заседании местного общества психиатров в 1927 г. (еще при жизни Клерамбо) сделал доклад на данную тему. Сам доклад напечатан не был, однако его краткое изложение в отчете о заседании врачей психиатрической клиники Ленинградского медицинского института при больни-

це им. проф. И.М.Балинского был опубликован в журнале им. В.М.Бехтерева в 1929 г.

Интересно, что председательствующий – профессор П.А.Остановков предложил добавить в название синдрома и третью фамилию – Wernicke, однако это название у нас не прижилось. Суть доклада д-ра А.Л.Эпштейна, названного им «синдром Clerambault», была следующей:

I. Важность синдрома:

- клиническое выделение;
- патогенетическое, клиническое и психопатологическое значение.

II. Сродни псевдогаллюцинаторному синдрому Кандинского:

- спонтанность, независимость от сознания и воли;
- сделанность для больного, убедительность и чувственная законченность;
- внутреннее слушание, говорение, «эхо мыслей», похищенные мысли, чувство внутренней раскрытости.

III. Встречается при различных психических заболеваниях.

Так начал свою жизнь синдром Кандинского–Клерамбо. Рассмотрим его путь в исторической перспективе. Что объединяет взгляды авторов, в чем имеются некоторые различия? Для этого обратимся к первоисточникам и постараемся воссоздать динамику возникновения данного психопатологического понятия. Сначала взглянем на работы В.Х.Кандинского – они почти неизвестны психиатрической аудитории, причем оговоримся сразу, что будем ссылаться на прижизненные и посмертные работы (1890 г.) автора, так как советское издание 1952 г. было выполнено недостаточно корректно, с сокращениями и искажениями.

Вот как сам автор определяет понятие «псевдогаллюцинации», причем он не претендует именно на это название, допуская иные варианты – hallucinoides, illuminationes, illustrationes.

«Мои псевдогаллюцинации не суть простые, хотя бы необычай-

но живые, образы воспоминания и фантазий; оставляя в стороне их несравненно большую интенсивность (как признак несущественный), я нахожу, что они отличаются от обыкновенных, воспроизведенных чувственных представлений некоторыми весьма характерными чертами, как то: рецептивное отношение к ним сознания; их независимость от воли; их навязчивость; высокая чувственная определенность и законченность псевдогаллюцинаторных образов, неизменный и непрерывный характер чувственного образа при этого рода субъективных явлениях».

«То, что я называю настоящими псевдогаллюцинациями, есть весьма живые и чувственно до крайности определенные субъективные восприятия, характеризующиеся всеми чертами, свойственными галлюцинациям, за исключением существенного для последних характера объективной действительности; только в силу отсутствия этого характера они не суть галлюцинации».

Важно, на наш взгляд, выделить два отличия: «высокая чувственная определенность и законченность псевдогаллюцинаторных образов» и «навязчивый (навязанный. – Прим. П.М.) характер псевдогаллюцинаций».

Кандинский подробно останавливается на том, чем его описание отличается от сходных феноменов, изложенных в работах других авторов.

Попытаемся приблизительно представить это в виде следующей табл. 1.

Именно на основании навязанности, сделанности псевдогаллюцинаций А.Л.Эпштейн заговорил об общих чертах с синдромом психического автоматизма. Видимо, псевдогаллюцинации следует отнести к сенсорному варианту этого сложного синдрома. Если кратко обозначить психопатологические явления, входящие в структуру названного синдрома, то мы получим приблизительно следующую картину (табл. 2).

Кстати, Seglas выделил и 3-й тип речедвигательных механизмов – «немое говорение» – ощущение разговора с движением губ, притом что звуковой речи нет. Seglas, на наш взгляд, допускал смеше-

Продолжение на стр. 8

Таблица 1. Отличия псевдогаллюцинаций Кандинского от сходных феноменов (по оценке автора)	
F.W.Hagen (1868 г.) «Псевдогаллюцинации» (входят лишь частью слуховых псевдогаллюцинаций в синдром, по В.Кандинскому)	Не относятся к сфере чувственного восприятия, являются сборной группой, куда входят:
	• образный бред
	• насильственно-навязчивые представления
	• ошибки воспоминаний (псевдореминисценции)
J.Baillarger (1844 г.) «Психические галлюцинации» (по Кандинскому, в основном слуховые различия с псевдогаллюцинациями по признаку сенсорности: «внутренние, интеллектуальные голоса»)	Не разновидность обмана восприятия, «скорее род интеллектуального бреда, который относится к расстройствам мышления» (Marce, 1862)
	Простое (нечувственное) насильственное мышление, без чувственных субъективных восприятий – «внутреннее ухо, внутреннее зрение», навязанность у Кандинского
K.Kahlbaum (1866 г.) «Апперцептивные галлюцинации», или фантопии	По Кандинскому, ближе к воспоминаниям (hallucinirte Erinnerungen), однако есть «сделанность» или внутренняя открытость, при этом носят лишь слуховой (фантопии) характер (phema – слово)
	Скорее «псевдогаллюцинаторные» псевдовоспоминания
<p><b>1</b>Одним из основных отличий псевдогаллюцинаций от галлюцинаций истинных является то, что больной видит их «внутренним взором», внутри головы. На вопрос Горацио, где он видит отца, Гамлет отвечает: «В очах души моей, Горацио» («In my mind's eye, Horatio»).</p>	

Таблица 2. Псевдогаллюциаторный синдром Кандинского
Псевдогаллюцинации слуха, зрения, общего чувства, вкуса и обоняния
<b>Навязанность, сделанность, принужденность явлений</b>
<b>Симптом «открытости мысли»</b> («наподобие стыдливой девицы, оказавшейся нагой на балу»)
<b>Симптом «эхо мысли»</b> (повторяющей, уведомляющей, превосходящей)
<b>«Псевдогаллюциаторные псевдовоспоминания»</b> (внезапное возникновение, аффективно окрашенное, возникший псевдогаллюциаторный образ, принимается за факт, имевший место в прошлом больного)
<b>Речедвигательные псевдогаллюцинации</b> (позже описанные Seglas)
• «внутреннее говорение» (больному кажется, что он говорит, чего не происходит на самом деле)
• «действительное говорение» (речевые высказывания происходят, но помимо воли больного, носят насильственный характер, выбалтывается то, что должно быть скрыто). Воля больного оказывается «бессильной задержать внезапно получивший автономия язык»
• «псевдогаллюциаторное сплошное потоком», наплыв, носящий онейроидный (онирический) характер, сказочность и драматичность сюжета с активным участием больного

Начало на стр. 7



Рис. 1. В.Х.Кандинский (1849–1889).

ние моторных и сенсорных механизмов, Кандинский же различал «словесное говорение» и «словесное слушание».

Я полагаю, что взгляды Кандинского будут изложены недостаточно полно, если мы не отметим его предположение о связи появления галлюцинаций с возбуждением определенных мозговых центров, истощении коры передней части полушарий. Данные взгляды неожиданно получили подтверждение в работе современных французских ученых. Попытки представить появление галлюцинаций в виде простых схем были с интересом встречены К. Jaspers (1911, 1948), воспроизводились в других работах (G. Bergios, T. Denning, 1996), но были безжалостно выброшены из советского издания 1952 г. Проиллюстрируем точку зрения Кандинского, приведя более подробно 2 из 8 его иллюстраций (рис. 3, 4).

Пояснения В.Х.Кандинского к предыдущему рис. 3 (фиг. 7, «второй способ» возникновения псевдогаллюцинаций).

Работа В.Х.Кандинского вышла в свет лишь после его трагического самоубийства, была напечатана на деньги вдовы в 1890 г., которая после выполнения этой важной миссии сама добровольно ушла из жизни.

Г.Г.Клерамбо опубликовал свои статьи за период с 1909 по 1930 г., где он и ввел понятие и дал определение термину «психический авто-

матизм». По сути дела, псевдогаллюциаторные феномены, описанные В.Х.Кандинским, возникают в определенной последовательности, вначале затрагивая только идеаторную сферу (стадия «малых автоматизмов»), а затем вовлекая сенсорную и психомоторную сферы в формирование окончательной картины «большого психического автоматизма». На этой основе формируется бред и «иное я».

Приведу более подробную схему возникновения психического (по G. Clerambault) автоматизма в серии следующих табл. 3, 4.

Эхо мысли возникает на аффективно нейтральном фоне, вначале без идей преследования.

Автор описывает и аффективный автоматизм, который состоит из феноменов отчуждения собственных эмоций («внезапно приходят и так же исчезают»), «вложенных» радости, печали, гнева («мною гневаются, но гнев не мой»). Наблюдается и переход различных аффективных состояний без понимания причины происходящего. Иногда наблюдается борьба двух сознаний, причем одно признается чуждым.

Наблюдается вербализация психических феноменов, недифференцированная мысль становится вербальной или идеомоторной. Формируются голоса 4 типов:

- словесные (вербальные);
- предметные;
- индивидуализированные;
- тематические.

Слова приходят извне и обращены только к больному («вопрос Гертруды»<sup>1</sup>).

Сенсорные галлюцинации (зрительные, сенестетические, обонятельные) и некоторые двигательные феномены возникают вторично, сходны с идеаторными автоматизмами.

Термин «тройной автоматизм» обозначает клинический синдром, включающий автоматизмы трех видов – двигательный, сенсорный, идеовербальный.

Именно в этот момент происходит переход от малого автоматизма к большому.

В своих трудах Клерамбо обосновывает гиперструктуру возникновения всех психозов, где первичное действие, являющееся психическим автоматизмом, и вторичные построения, т.е. бре-

довые. Он настаивал на определении психического автоматизма как основного механизма развития психозов: «Суть психозов в автоматизме, процесс мышления вторичен».

Происходит формирование новой личности (расщепление «я» по G. Clerambault). Возникновение бреда обусловлено реакцией интеллекта и аффективности на феномены психического автоматиз-



Рис. 2. Г.Г. де Клерамбо (1872–1934).

ма. Бред является вторичной конструкцией и формирует новую («вторую») личность, отвергающую первое «я». Содержание бреда может изменяться в соответствии с преморбидной личностью. Тематика бреда может определяться как положительным, так и отрицательным восприятием галлюциаторных переживаний. Главным образом

психический автоматизм вызывает враждебную оценку больного (оскорбительность, бестактность, противоположность в оценках, звучащих в чуждых мыслях или голосах).

Подведем некоторые итоги. Каковы, на наш взгляд, общее и различия в подходах к изучаемой здесь проблеме у русского и французского исследователей, каково сходство во взглядах на синдром его авторов – В.Кандинского и Г.Клерамбо? О различиях поговорим чуть позже.

Итак, это прежде всего практическая идентичность описанных авторами психопатологических феноменов (насилственность, вкладывание мысли, открытость, эхо мысли, наплывы и т.д.). Безусловно, «псевдогаллюцинации» Кандинского (сенсорные, двигательные, вербальные) очень близки по сути «автоматизмам» Клерамбо.

Синдром возникает при различной психической патологии (идеофрении – по Кандинскому, хронических галлюциаторных психозах – по Клерамбо).

Рассмотрим теперь, каковы же различия во взглядах на синдром его авторов – В.Кандинского и Г.Клерамбо.

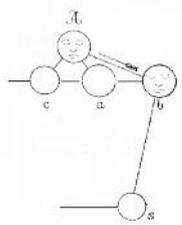
**Итак, у Кандинского:**

- акцент на детальном описании феномена и возможных механизмов возникновения псевдогаллюцинаций;
- описание пациентов дано преимущественно в статике, имеется самоописание;



<sup>1</sup>«Вопрос Гертруды» – рискну внести этот термин в дидактических целях. Королева спрашивает Гамлета: «Нет, что с тобой? Ты смотришь в пустоту. Толкуешь громко с воздухом бесплотным... Чем полон взор твой?» Гертруда не видит Призрака.

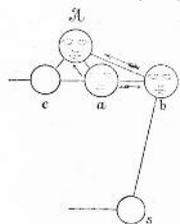
Рис. 3. Псевдогаллюцинации в собственном смысле слова. Первый способ по В.Х.Кандинскому.



3. Псевдогалл. из собств. смысле слова, (Первый способ).

Примечание. А – сознание; С – двигательный центр речи; а – центр, ответственный за формирование абстрактных несознательных образов; b – центр апперцепции; S – подкорковый чувствительный центр, или центр восприятия.

Рис. 4. Псевдогаллюцинации в собственном смысле слова. Второй способ по В.Х.Кандинскому (на него ссылается К. Jaspers).



7. Псевдогалл. из собств. смысле слова, (Второй способ).

Чис. 7. Псевдогаллюцинация в собственном смысле слова: (второй способ), свойственный тому же человеку, описанному на стр. 4). Безразличное зрение и в а) переходит на объективно-визуальный объект. Безразличная слуховая, зрительная, осязательная абстракция или является в воображении, а в б) не имеет себе соответствующей в реальном мире (субъективно-визуальной) чувствительной основы, которая и превращается в слуховую. А) однако не является объективной, потому что воспринимается инстинктивно в действительности не существует.

Примечание. А – сознание; С – двигательный центр речи; а – центр, ответственный за формирование абстрактных несознательных образов; b – центр апперцепции; S – подкорковый чувствительный центр, или центр восприятия.

- контингент пациентов – в основном стационарные больные, страдающие давно;
- язык не всегда легок для восприятия.

**У Клерамбо:**

- акцент на формировании концепции динамики автоматизмов (при подробном описании), их роли в возникновении психоза (бред формируется вслед за психическими галлюцинациями и как реакция на автоматизмы);
- клинические случаи даны в динамике, можно наблюдать развитие синдрома, автор целенаправленно отслеживал судьбы больных;
- при этом большинство больных – первичные, острые, осмотрены в судебной амбулатории;
- взгляд на синдром шире: от простых навязчивостей до хронического галлюцинаторного психоза;
- язык ярок, образен, легко доступен для понимания.

В заключение два замечания общего характера.

Исучая историю вопроса, я обратил внимание на то, что многие неточности и недопонимания возникают из-за нежелания углубить-

ся в суть вопроса и даже, возможно, незнания языков. Так, сам Кандинский, подробно цитируя Vaillarger, называет его «Бэлларже», Клерамбо, судя по всему, ничего не знал о работах Кандинского, КЯсперс, излагая работы немецких авторов и восторгаясь Кандинским, совершенно игнорирует французские публикации. С.В.Курашов (1953 г.) именует французского психиатра «Кларамбо», а С.Коуреник (1996 г.), прекрасно знавший русский язык, уверенно заявлял, что работа В.Х.Кандинского 1885 г. написана по-французски, чего не было. Не говоря уже об американцах, которые, к примеру, в руководстве Saddock и Kaplan (2000 г.) «Comprehensive Textbook of Psychiatry» 7 ed (11, p. 1252) называют Клерамбо неврологом, «который в 1942 году описал...», притом что Клерамбо умер в 1934 г.

По-видимому, надо чаще встречаться интенсивнее обмениваться информацией, больше знать о различии во взглядах и о нашем сходстве.

Меня поразило мистическое сходство в трагических судьбах и деталях кончин обоих великих психиатров – русского и французского. Оба они покончили с собой, оба, как истинные ученые, старались сохранить, запечатлеть бесстрастно сам процесс расставания с жизнью, и обоим не хватало света в эти моменты. В.Х.Кандинский принял смертельную дозу опиума, подробно записывая свои ощущения. Последними его словами были: «Я ничего не вижу! Больше света! Света!». G.G.Clerambault, плохо видевший и впавший в депрессию после неудачной операции по поводу катаракты, также нуждался в свете. Прекрасный фотограф, автор более 30 тыс. сохранившихся в музеях снимков (вот некоторые из них – рис. 5), талантливый художник (его полотна висят во многих картинных галереях Франции), известный модельер, блестяще образованный аристократ (прямой потомок философа Рене Декарта), свободно владевший пятью языками, однажды утром сел перед зеркалом, настроил свой фотоаппарат, взял в руки свой старый «Люгтер» (напомним, что он работал экспертом в полицейском управлении Парижа) и одновременно нажал на оба спуска...

Псевдогаллюцинации и психический автоматизм. Этой проблеме более ста лет, а споры все не утихают. Мы попытались в кратком концентрированном виде по возможности дать объективную картину истории вопроса. Есть ли свет в конце тоннеля? В 2009 г. в газете «Le Monde» со ссылкой на электронную версию статьи в журнале «Schizophrenia bulletin» была напечатана заметка «Откуда приходят слуховые галлюцинации?» Ее авторы – французский коллектив под руководством д-ра Arnaud Cacia, в 2011 г. появилась и печатная версия статьи. В работах дана попытка с помощью морфометрического исследова-

Таблица 3. Минимальные психические феномены (начальные признаки психоза) по G.G.Clerambault

<b>Синдром малого автоматизма – синдром инертности (безучастная)</b>
• освобождение абстракций – мысль недифференцирована
• насильственное разматывание воспоминаний («мне показывают...»)
• ментизм – вереница мыслей
• вкладывание мыслей
• обрывы мыслей
• апрозекция (невозможность сосредоточиться, «не могу определить свою мысль среди подсказанных»)
• перетекание мыслей, ее беглость («не успеваю уследить»)
• парамнезии, чужеродность людей, вещей («меня принуждают узнавать людей»)
• вербальные феномены (игры) – несурзные выражения

Таблица 4. Идеовербальные феномены по G.G.Clerambault (часть «большого психического автоматизма»)

1. Захват мысли – идеаторные автоматизмы
• вкладывание чужих мыслей
• фиксированные мысли («помещают в голову и заставляют думать»)
• опережающие, забегающие вперед мысли («они знают, что я буду делать»)
• случайные мысли («заставляют читать между строк глупости»)
2. Эхо мысли (обычно возникают на нейтральном или эйфорическом фоне)
• эхо обращения, констатации («соседи все видят и все повторяют»)
• эхо с комментариями («они говорили, что он идет»)
• эхо возникающей мысли (намерения)
• эхо преждевременное («они повторяют мои мысли до меня»)

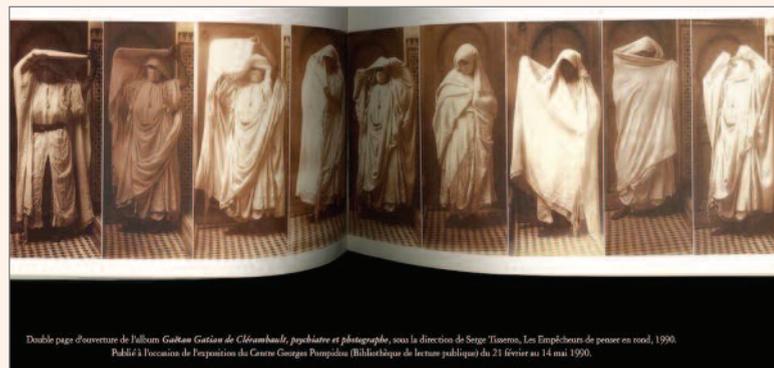


Рис. 5. Страница каталога-альбома фотографий G.G. de Clerambault.

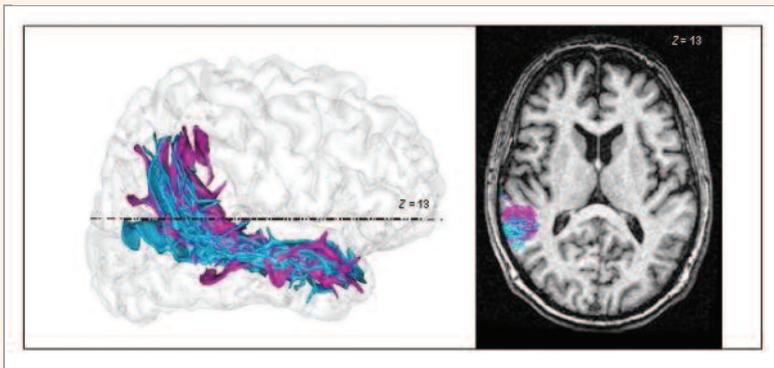


Рис. 6. Дифференциальная диагностика истинных и псевдогаллюцинаций (слуховых) у больных шизофренией с помощью морфометрии мозга (A.Cachia, 2011). Внешние галлюцинации: смещение борозды назад – фиолетовый цвет; псевдогаллюцинации: смещение борозды вперед – голубой цвет.

ния мозга больных шизофренией отдифференцировать галлюцинации внешние от галлюцинаций внутренних, или псевдогаллюцинаций (рис. 6).

Были обнаружены отклонения в объеме белого вещества и локализации борозд в височно-теменной области правого полушария.

Надо ли говорить, что эти французские работы были отреферированы в том же 2009 г. в нашем российском журнале «Психиатрия и психофармакотерапия».

Синдром психического автоматизма Кандинского–Клерамбо как клиническая реальность существует уже много десятилетий. Он был выделен и подробно описан двумя неутомимыми исследователями – русским и французом. Синдром не укладывается в рамки современных статистических классификаций. По-видимому, их авторы еще не доросли до его осознания.

# Диагностика латентного течения и первого эпизода шизофрении



*В.Э.Медведев  
Российский университет  
дружбы народов*

На современном этапе развития психиатрии фокус внимания исследователей все чаще смещается от диагностики и лечения к определению и оценке факторов риска развития психического заболевания, предотвращения его манифестации и стратегий избегания его повторных экзacerbаций. В этом контексте малозаметные (непси-

хотические) аномалии субъективного восприятия, такие как нарушения аффекта, перцепции, телесного опыта, когниции, волевой сферы и активности, оцениваются в качестве потенциальных предвестников шизофрении, а особые совокупности таких аномалий (базисные симптомы риска) объединяются с целью облегчения раннего распознавания болезни.

Для диагностики базисных симптомов риска разработаны шкалы для взрослых и детей (Schizophrenia Proneness Instru-

ment, Adult version – SPI-A и Child and Youth version – SPI-CY).

German Research Network on Schizophrenia для выявления «ранних состояний риска по развитию первого эпизода психоза (ПЭП) и шизофрении» предложена постадийная модель клинического риска, которая предполагает синдромальную последовательность развития ПЭП и шизофрении от неспецифических продромальных симптомов к предиктивным базисным симптомам, затем через стадии невыраженных позитивных симптомов и кратких ограниченных неустойчивых психотических симптомов к «цветущим» (full-blown) психотическим симптомам (см. таблицу).

Продромальные и клинические стадии	Критерии базисных симптомов	Дополнительные симптомы	Методы коррекции
Ранние состояния риска по развитию психоза	<p>SOPER: минимум одно из 10 когнитивно-перцептивных нарушений несколько раз в неделю в течение последних 3 мес:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• перекрывание мыслей</li> <li>•perseverации мыслей</li> <li>• скачка мыслей</li> <li>• шперрунги (остановки мыслей)</li> <li>• нарушение рецептивной речи</li> <li>• снижение способности различать мысли и ощущения, фантазии и настоящие воспоминания</li> <li>• нестойкие идеи отношения</li> <li>• дереализация</li> <li>• нарушение зрительного восприятия (кроме гиперчувствительности к свету и нечеткого зрения)</li> <li>• нарушение восприятия звуков (кроме гиперчувствительности к звукам/шумам)</li> </ul>	<p>Функциональное состояние – критерии биологических признаков: снижение общего балла по шкале Global Assessment of Functioning минимум на 30 пунктов в течение минимум 1 мес в течение последнего года + диагноз «шизофрения» или «расстройство шизофренического спектра» у родственников 1-й степени родства</p>	<p>Акцент на психологической/психотерапевтической профилактике</p>
Поздние состояния риска по развитию психоза	<p>Присутствие одного или более невыраженного позитивного симптома несколько раз в неделю более 1 нед:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• необычное содержание мыслей/бредовые идеи</li> <li>• подозрительность/идеи преследования</li> <li>• идеи величия</li> <li>• аномалии восприятия/галлюцинации</li> <li>• дезорганизация общения</li> <li>• странное поведение или внешний вид</li> </ul>	<p>Присутствие одного или более из следующих кратковременных ограниченных неустойчивых психотических симптомов (КОНПС), редуцирующихся самостоятельно в течение 7 дней:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• галлюцинации</li> <li>• бред</li> <li>• формальные расстройства мышления</li> </ul>	<p>Психофармакологическая профилактика атипичными антипсихотиками</p>
ПЭП – состояние риска развития шизофрении	<p>Наличие на фоне продуктивной симптоматики первого психотического эпизода аномалий субъективного восприятия, особенно растерянность/замешательство и расстройство самосознания «я»</p>	<p>Переходные критерии: присутствие одного или более психотических симптомов в течение более чем 1 нед</p>	<p>Антипсихотическая терапия препаратами с антинегативным эффектом</p>

# Современные медикаментозные методы лечения никотиновой зависимости



*О.Ф.Ершнев, ЛАДубинина  
Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт  
им. В.М.Бехтерева*

Никотиновая зависимость (НЗ) является одной из самых острых проблем современного общества. Сохраняется тенденция к росту распространенности курения в России. По последним данным Всемирной организации здравоохранения, в России регулярно курят 75% мужчин и 21% женщин, пик курения среди россиян приходится на 20–29 лет, а среди учащихся высших учебных заведений курят 75% юношей и 64% девушек. Содержащийся в табаке никотин вызывает развитие стойкой приверженности курению.

НЗ – хроническое состояние, аналогичное другим видам зависимости от каких-либо веществ, требующее повторных вмешательств для достижения и поддержания стойкого отказа от курения.

Курильщик отличает определенный комплекс личностных особенностей: большая импульсивность поведения, выраженная тревожность и склонность к алкоголизации.

По данным В.К.Смирнова и соавт., у 70% людей, страдающих НЗ, наблюдаются пограничные аффективные и невротоподобные расстройства. Изучение клинико-психопатологических аспектов НЗ В.К.Смирновым позволило выделить разные формы заболевания (идеаторная, психосоматическая, диссоциированная).

Согласно отечественным и зарубежным исследователям частота возобновления курения в процессе терапии достигает 30–40%; в первые 3 мес после окончания лечения – от 50 до 60%, после

6 мес не курят 18% пациентов, через год число рецидивов наблюдается у 87% лечившихся от НЗ. Скорость и степень формирования НЗ определяют комплексом факторов: молекулярно-генетических, нейрохимических, физиологических, психологических, мотивационных.

Первичными мишенями воздействия никотина являются никотиновые рецепторы (НР), расположенные как в центральной, так и периферической нервной системе. Никотин действует как полный агонист никотиновых ацетилхолиновых рецепторов в центральной нервной системе, активизирует дофаминергические пути в мезолимбической системе головного мозга. Дофамин, выделение которого стимулируется никотином, является «нейромедиатором удовольствия», а его выделение определяет чувство удовольствия от курения.

Использование при лечении НЗ веществ, действующих на НР, признано патогенетически обоснованным и является приоритетным направлением фармакотерапии НЗ. Доказанной эффективностью в отношении НЗ обла-

дают никотинзаместительная терапия (НЗТ), бупропион и варениклин. НЗТ состоит из 2 этапов: на первом этапе проводится постоянная (базовая) терапия никотинзаместительными препаратами в течение 1–2 нед. Цель терапии на первом этапе – создать постоянную концентрацию никотина в крови, препятствующую развитию синдрома отмены. На втором этапе лечения проводят-



Молодой Винсент Ван Гог

ся постепенное снижение дозы никотина до полной отмены НЗТ. Общая продолжительность лечения составляет 3–6 мес, сниженные дозы препарата до полной его отмены проводят в течение 2–3 мес.

Существует несколько лекарственных форм препаратов для НЗТ: жевательная резинка, сублингвальные таблетки, раствор для ингаляций, трансдермальная терапевтическая система с никотином, обеспечивающая постепенное высвобождение и поступление никотина в кровь. С 2006 г. в клинической практике для лечения НЗ используется варениклин. Обладая большим сродством к рецепторам по сравнению с никотином, варениклин препятствует соединению никотина с рецепторами, проявляя таким образом свойства антагониста. Однако имеются сообщения о том, что лечение варениклином НЗ у пациентов с психиатрическими заболеваниями может приводить к обострению психотических симптомов. Бупропион относится к средствам специфической те-



З.Фрейд с сигарой

рапии, имеет достоверно подтвержденную клиническую эффективность, входит в 1-ю линию терапии НЗ. Препарат является моноциклическим антидепрессантом, относится к группе селек-

тивных ингибиторов обратного захвата норадреналина и дофамина, а также является антагонистом никотиновых ацетилхолиновых рецепторов.

Эффективность ряда препаратов, применяемых для лечения НЗ, еще недостаточно исследована, исходя из требований доказательной медицины, поэтому они не входят в международные стандарты терапии НЗ. Нортриптилина гидрохлорид представляет собой трициклический антидепрессант. Он повышает уровень норадреналина и обладает некоторой серотонинергической активностью.

Одним из разрабатываемых перспективных подходов к терапии НЗ представляется вакцинирование против никотина. Механизм действия антиникотиновой вакцины заключается в выработке специфических антител, при взаимодействии с никотином создающих иммунные комплексы, препятствующие его проникновению в головной мозг, что приводит к снижению аддиктивного потенциала никотина. Несмотря на определенные достижения в лечении НЗ, в целом приходится констатировать низкую эффективность лечения НЗ и актуальность проблемы терапевтической резистентности. По результатам глобального опроса взрослого населения Российской Федерации о потреблении табака эффективность лечения НЗ, т.е. прекращение курения длительною не менее полугода после окончания терапии, составила 11,2%.

С целью улучшения становления и стабилизации ремиссии у больных НЗ перспективным представляется использование отечественного препарата Афобазол, особенно у пациентов с тревожными чертами личности в периоды эмоциональных нагрузок, стрессовых ситуаций, расстройств адаптации. Афобазол разработан в ГУ НИИ фармакологии им. В.В.Закусова РАМН на основе фармакогенетической концепции анксиолитического эффекта, направленной на поиск селективных анксиолитиков, лишенных побочных эффектов, характерных для бензодиазепинов.

Афобазол не является агонистом бензодиазепиновых рецеп-



Английский король Эдуард VII

торов. Препарат восстанавливает сниженную активность ГАМК-бензодиазепинового рецепторного комплекса (наблюдающуюся в том числе при стрессе). Результаты рандомизированных

ОКОЛО **70%** ПАЦИЕНТОВ, ОБРАЩАЮЩИХСЯ К ВРАЧУ, ИСПЫТЫВАЮТ СИМПТОМЫ ТРЕВОГИ, КОТОРЫЕ ВЛИЯЮТ НА ТЕЧЕНИЕ ИХ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ\*

**АФОБАЗОЛ® ТЕРАПЕВТ ТРЕВОГИ**

**ИННОВАЦИОННАЯ МОЛЕКУЛА**  
 \* новый класс – производное бензимидазола

**УНИКАЛЬНЫЙ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ**  
 \* активизирует естественный механизм анксиолиза через систему сигма-рецепторов

**ОПТИМАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ**  
 \* без седации, без зависимости, без привыкания  
 \* совместим с большинством препаратов для терапии основного заболевания

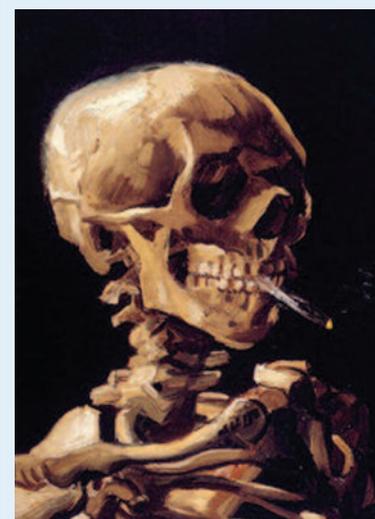
ИЗДАТЕЛЬСТВО «САН-ЭКО» МОСКВА  
 ООО «Фармстандарт-Лексредства»  
 www.pharmstd.ru, www.afobazol.ru

сравнительных клинических исследований эффективности Афобазола в качестве анксиолитического средства у больных с тревожными и невротическими расстройствами и расстройствами адаптации показали, что по эффективности действия он сопоставим с диазепамом и оксазепамом, однако при этом не вызывает миорелаксации и дневной сонливости. Кроме того, при применении Афобазола не формируется лекарственная зависимость и не развивается синдром отмены. Показана эффективность Афобазола при применении в составе комплексной терапии алкогольного абстинентного синдрома, при достижении и стабилизации ремиссии при опиоидной наркомании.

Исходя из общей концепции химической зависимости, сходства механизмов формирования НЗ с механизмами, лежащими в основе формирования зависимости к другим психоактивным веществам, таким как опиаты, психостимуляторы и др., Афобазол является перспективным препаратом для лечения тревожных расстройств в рамках абстинентных и постабстинентных нарушений при НЗ, он одобрен для применения с целью облегчения синдрома «отмены» при отказе от курения. При лечении НЗ значимой является потенциальная способность Афобазола уменьшать вредные последствия курения – в экспериментальных исследованиях показаны его антимуtagenные и антигенотоксические свойства.

Афобазол может быть также востребован в случаях отсутствия готовности больных НЗ полностью отказаться от курения, но позитивно откликающихся в мотивационной работе на предложения стратегии минимизации вреда.

Таким образом, несмотря на активную разработку различных терапевтических подходов, пробле-



В. Ван Гог. «Курильщик»

ма курения табака и лечения НЗ далека от решения. В настоящее время в данной области проводится большое количество экспериментальных и клинических исследований. Накапливается все больше данных, указывающих на необходимость комплексного систематизированного подхода к изучению проблемы курения с учетом многочисленных клинических и биологических аспектов.





Музыкальный коллектив «Бурановские бабушки»

началом депрессивных расстройств после 45 лет.

Депрессивные расстройства по своей клинической картине были неоднородными. Преобладали пациенты с тревожным типом аффекта (16 больных), также были выделены больные с тоскливой симптоматикой (5 пациентов) и апатоадинамической (2 пациента). При тревожной депрессии больные испытывали чувство «внутреннего беспокойства», дрожь в теле, нарушался аппетит, возникали мысли о нежелании жить, нередко возникали ипохондрические расстройства. У 4 больных явления тревоги достигали степени агитации с мучительными предчувствиями надвигающегося несчастья, выраженным двигательным возбуждением.

По мере усиления тревоги у этих больных объективно нейтральные события приобретали в сознании значимость надвигающейся неотвратимой катастрофы, сопровождалась чувством безысходности, неспособности найти позитивный выход из ситуации. При тоскливой депрессии вместе с гипотимией, мыслительной и двигательной заторможенностью у больных отмечалось чувство «предсердечной» тоски, безысходности, сопровождавшееся неприятными физическими ощущениями в области сердца, происходящее вокруг пациент оценивал пессимистически. У пациентов с апатоадинамическим вариантом депрессии на первый план выходили вялость, безразличие к окружению, значительное затруднение в

выполнении физических нагрузок. Все пациенты отмечали выраженную бессонницу.

При оценке состояния по шкале CGI-S тяжесть депрессии при включении в исследование составила 4 балла (умеренная выраженность симптоматики) у 18 больных, у остальных 5 больных тяжесть состояния соответствовала 3 баллам (легкая выраженность). К концу 6-й недели терапии число респондеров (больных с 50% и более редукцией суммарного балла по шкале HDRS) составило 21 пациент (91,3%,  $p < 0,05$ ). Были выявлены различия в структуре антидепрессивного действия препарата. В течение первых 3 нед отмечали редукцию тревоги и нормализацию сна, только лишь 3 пациентам в 1-ю неделю терапии понадобилось назначение феназепама в дозе 1 мг на ночь и наращивание дозы Феварина до 200 мг в сутки с дальнейшей отменой транквилизатора. Клинически это проявлялось в выраженном снижении тревоги в течение дня, относительной стабилизации соматовегетативных и суточных колебаний, подъеме настроения с улучшением гедонистической составляющей восприятия событий. Все пациенты отмечали улучшение функции сна с быстрым засыпанием, единичными непродолжительными просыпаниями среди ночи, а также субъективную удовлетворенность качеством сна.

Собственно антидепрессивный эффект развивался на 4-й неделе лечения, причем у больных из

группы с тревожной симптоматикой эффективность была выше, а у больных с апатоадинамической структурой депрессии – наименьшая. К 5-й неделе терапии по шкале CGI было зафиксировано «значительное улучшение состояния» ( $p < 0,05$ ). В это же время проявился мягкий стимулирующий эффект Феварина: больные возвращались к прежним занятиям, становились более коммуникабельными, происходило оживление мимики и моторики. Из нежелательных явлений чаще всего были отмечены головная боль (5 больных), тошнота (4 пациента), сонливость в дневное время (8 больных).

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что препарат флувоксамин (Феварин) является довольно эффективным и безопасным антидепрессантом в терапии позднего возраста депрессий, включая больных с сопутствующей соматической патологией. Этот препарат оказался эффективным при различных депрессиях: тревожной, тоскливой и апатоадинамической. Показанная высокая эффективность, быстрое наступление терапевтического эффекта, широкий спектр антидепрессивной активности, значительный размах терапевтического окна, отсутствие значимых побочных эффектов позволяют рассматривать Феварин в качестве эффективного антидепрессанта для лечения депрессий позднего возраста в виде монотерапии.

## О работе школы детской и подростковой нейропсихофармакологии



И.Л.Медведев<sup>1</sup>, М.А.Боброва<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Психоневрологический диспансер №18, Москва

<sup>2</sup>Первый МГМУ им. И.М.Сеченова

Впервые с 19 по 24 февраля 2012 г. в Венеции (Италия) проходила школа детской и подростковой нейропсихофармакологии (School of Child and Adolescent

Neuropsychopharmacology), которая была организована Европейской коллегией нейропсихофармакологии (European College of Neuropsychopharmacology – ECNP). В числе других целей ECNP – поддержка инновационных исследований в области нейропсихофармакологии, поощрение научной деятельности в странах Европы, содействие профессиональному образованию молодых ученых. ECNP организует широкий спектр мероприятий и программ по всей Европе: конгрессы, образовательные семинары, школы молодых ученых.

В работе школы детской и подростковой нейропсихофармакологии приняли участие более 40 психиатров из 28 стран Европы. В течение 6 дней ведущие специалисты делились своими научными знаниями и клиническим опытом. Насыщенная программа затрагивала широкий спектр проблем детской и подростковой психиатрии.

В первый день на открытии школы с приветственным словом к участникам обратился профессор A.Zuddas (Италия). Он отметил, что за последние несколько лет психофармакологические препараты все чаще используются для лечения детей и подростков. Вместе с тем у некоторых препаратов нет данных об эф-

**ECNP организует широкий спектр мероприятий и программ по всей Европе: конгрессы, образовательные семинары, школы молодых ученых**

фективности и безопасности у детей и подростков, и зачастую клинический опыт лечения взрослых пациентов экстраполируется на детско-подростковую психиатрию. Детские и подростковые психиатры, представ-

ляющие несколько стран Европы (ECNP Child and Adolescent Psychiatry Advisory Scientific Group, European Child and Adolescent Psychopharmacology Network – ECAPN), начали сотрудничество в проведении научных исследований и клинических испытаний препаратов. Данная школа, по мнению организаторов, будет способствовать распространению передового опыта в области клинической нейропсихофармакологии, высокому уровню подготовки специалистов, а также развитию научно-исследовательской деятельности у себя в стране, что в целом соответствует целям и задачам ECNP.

Лекция профессора С.Arango (Испания) была посвящена клинической психофармакологии антипсихотиков. Представлены данные о возможности применения различных препаратов в детской практике в соответствии с рекомендацией Европейского медицинского агентства (EMA) и подробная информация о каждом препарате в соответствии с рекомендацией Управления по контролю пищевых продуктов и лекарств в США (Food and Drug Administration – FDA). В заключение С.Arango сказал, что существует лишь небольшая разница



эффективности лечения антипсихотиками, за исключением клозапина при резистентности, а различия проявляются лишь в побочных эффектах, которые развиваются у детей и подростков чаще, чем у взрослых.

Сообщение профессора E.Simonoff (Великобритания) затрагивало тему расстройств аутистического спектра. Отмечено, что в настоящее время нет фармакологических методов лечения аутизма. Отмечено, что аутизм часто сочетается с эмоциональными нарушениями – тревожными расстройствами, фобией, особенно социальной, агорафобией, депрессией, дистимией; нарушениями поведения – оппозиционным поведением, синдромом дефицита внимания с гиперактивностью; другими расстройствами – синдромом Жилиа де ля Туретта, хроническими тиками, энурезом, энкопрезом. Тем не менее приведены данные об использовании рisperидона, арипипразола при раздражительности, метилфенидата и атомоксетина при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью, эсциталопрама, флуоксетина, флувоксамина при обсессивно-компульсивном расстройстве.

Один из дней школы был посвящен тревожно-депрессивным расстройствам и методам их лечения. I.Goodyer (Великобритания) коснулся вопросов моноаминовой теории развития депрессии, представил результаты рандомизированных клинических исследований эффективности препаратов при депрессии у подростков.

В лекции G.Masi (Италия) были освещены вопросы лечения тревожных расстройств. Указано, что распространенность тревожных расстройств среди детей и подростков составляет от 6 до 18%. Отмечена высокая коморбидность тревожных и депрессивных расстройств, показаны результаты нескольких исследований препаратов при лечении тревожных расстройств. Среди побочных эффектов при лечении наиболее часто встречаются гиперкинезы у детей, суицидальные мысли и поведение, беспокойство, гиперактивность, расторможенность, редко маниакальные симптомы и смешанные состояния. Распро-

страненность обсессивно-компульсивного расстройства у детей и подростков составляет 1–2%, пики развития заболевания приходятся на подростковый возраст и возраст около 21 года. Когнитивно-бихевиоральная терапия является методом первого выбора при лечении легкого обсессивно-

компульсивного расстройства, тяжелое течение заболевания и отсутствие ответа на психотерапию является показанием к назначению психофармакопрепаратов, в частности, были приведены результаты исследования POTS – Pediatric OCD Treatment Study (JAMA, 2004), показавшего эффективность сертралина. При отсутствии эффекта от лечения антидепрессантами возможно назначение нейролептиков, в частности арипипразола. Частота панического расстройства у детей и подростков составляет около 1%, однако панические атаки отмечаются у 4–6%. Наиболее распространены симптомами у детей младшего возраста являются внезапный страх, агитация с криком, сердцебиение, одышка, потливость, головокружение, слабость, страх рвоты после еды, страх перед сном.

Лекция S.Moreno (Испания) касалась аспектов лечения биполярного расстройства у детей и подростков. У подростков депрессивные симптомы отмечаются чаще, чем маниакальные, дети испытывают трудности в выражении своих эмоций, и поэтому диагностика эмоциональных нарушений складывается из наблюдений за их поведением.

Лекции профессора A.Zuddas (Италия) и D.Coghil (Великобритания) были посвящены фармакотерапии синдрома дефицита внимания с гиперактивностью. Данное заболевание представляет собой гетерогенное расстройство с такими симптомами, как нарушение внимания, гипер-

активность, импульсивность, часто сочетается с оппозиционным вызывающим расстройством, тикозными расстройствами, моторными нарушениями, тревожными расстройствами и дислексией.

Сообщение P.Santosh (Великобритания) затрагивало тему психических расстройств при метаболических и органических заболеваниях. Отмечено, что психические состояния развиваются с частотой примерно 1 на 10 тыс. случаев при таких заболеваниях, как порфирия, синдром Аспергера, аутизм, синдром Дауна, синдром ломкой X-хромосомы, синдром Жильбера, синдром Жилиа де ля Туретта, болезнь Гентингтона, синдром Кляйнфельтера, синдром Марфана, фенилкетонурия, альбинизм. Приведены клинические проявления каждого заболевания. Показано, что утяжеление заболеваний, вызванных нарушением метаболизма, может происходить при назначении различных препаратов. Так, вальпроаты блокируют цикл мочеви-

**Принять участие в работе семинара смогут молодые специалисты со всей России, отобранные сотрудниками ЕСНР на основании представленных резюме. Семинар пройдет на английском языке. В организационной подготовке семинара непосредственное участие примет Совет молодых ученых Российского общества психиатров**

ны, имипрамин, мепробамат, метиприлон ухудшают течение порфирии, нейролептики вследствие блокады D<sub>2</sub>-рецепторов – болезни Вильсона–Коновалова.



J.Castro-Fornieles (Испания) подготовила сообщение о лечении больных с расстройствами пищевого поведения. Цели лечения – увеличение массы тела, нормализация приема пищи и контроль пищевого поведения, оценка и помощь при психологических проблемах, лечение сопутствующих заболеваний, в том числе психических, повышение самооценки и социальных навыков.

Вопросы суицидального поведения и генетики были отражены в лекциях G.Zalsman (Израиль) и E.Taylor (Великобритания). На школе с сообщениями также выступили M.Kolch (Германия), A.Cipriani (Италия), M.Danckaerts

(Бельгия), J.Buitelaar (Нидерланды). Повышенный интерес участников вызвали дебаты между E.Taylor и I.Goodyer на тему «Стоит ли считать медикаментозное лечение детей и подростков методом первого выбора?»

В течение всех дней школы проходили образовательные семинары, на которых обсуждались актуальные вопросы, затронутые в лекциях, рассматривались клинические случаи. Кроме того, были представлены несколько лекций, из которых молодые ученые смогли узнать, как правильно делать презентации и организовывать различные научные мероприятия, проводить исследования.

Опыт общения с психиатрами из разных стран позволил сформировать представление о подходах к диагностике и лечению детей и подростков с психическими расстройствами с учетом национальной специфики и разрешенных к применению в каждой стране психофармакопрепаратов. Школа прошла на высоком организационном и научном уровне, в дружелюбной атмосфере, и стала одним из значимых событий в области детской и подростковой психиатрии за последние несколько лет.

Член правления и региональный представитель Всемирной психиатрической ассоциации по Восточно-Европейскому региону профессор П.В.Морозов был избран представителем ЕСНР в России. На встрече национальных представителей из

стран Восточной Европы в феврале 2012 г. в Софии (Болгария) было подписано официальное соглашение о проведении семинара в России. Данное мероприятие планируется в апреле 2013 г. в Суздале перед традиционной школой молодых ученых. Принять участие в работе семинара смогут молодые специалисты со всей России, отобранные сотрудниками ЕСНР на основании представленных резюме. Семинар пройдет на английском языке. В организационной подготовке семинара непосредственное участие примет Совет молодых ученых Российского общества психиатров.



## Загадка Зиновьева и «дураки» русской психиатрии



П.В. Морозов  
Кафедра психиатрии ФУВ ГБОУ  
ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

**«...нет ничего более досадного для историографа или биографа, как носиться сломя голову, будто верхом на необъезженном жеребце, по полям и лугам, по холмам и оврагам, постоянно мечтая выехать на проторенную дорогу и никогда на нее не попадая».**

**Э.Т.А. Гофман, Сказки**

Учителей надо любить и уважать. И чтить их память – это свято. В №4, 2011 г. «Независимого психиатрического журнала» Независимой психиатрической ассоциации России – НПА (главный редактор – Ю.С.Савенко) опубликовано пространное интервью профессора А.Г.Гофмана, председателя Этического комитета НПА, профессору В.Г.Остроглазову, врачу-психиатру медицинской службы Свято-Троицкой Сергиевой лавры, Московской Православной Духовной академии и семинарии. Упомяну об этом, дабы подчеркнуть ожидаемого от участников особого уровня этичности в освещении вопросов психиатрической историографии. В основу публикации легли воспоминания А.Г.Гофмана о его учителе – Петре Михайловиче Зиновьеве. Воспоминания подкупают неподдельной любовью и

его личности. Он считался воплощением совести и традиций русской психиатрии». «Он был невероятно деликатным человеком». «Он невероятно скромный, деликатный» и т.д. и т.п.



П.М. Зиновьев, 1882–1965 гг.

Далее интервьюер В.Г.Остроглазов говорит о парадоксе судьбы П.М.Зиновьева: «Она заключается в загадочном вычеркивании его роли из истории отечественной психиатрии, благодаря которому его имя предано забвению. Вытеснение памяти об ученом... до сих пор выражено в школе профессора Ганнушкина. Даже на его кафедре в клинике Корсакова он забыт...».

И правда, мало кто слышал о его единственной монографии «Душевные болезни в картинах и образах», в предисловии к которой П.Б.Ганнушкин писал, что она «относится к научно-популярной ли-

тературе, но все же имеет в виду читателя по крайней мере со средним образованием».

Заметим, что после смерти П.Б.Ганнушкина, за более чем 40 лет «единственный самый близкий соратник», «ведущий представитель так называемой малой психиатрии» П.М.Зиновьев никак не развил это самое учение, не создал ничего значимого, хотя его деятельность власти поощряли – Петр Михайлович был награжден орденом Ленина (случай редкий среди психиатров) и медалями.

Так почему же имя П.М.Зиновьева предано забвению? Попробуем разобраться в этой загадке.

Как следует из текста интервью, П.М.Зиновьев «три основные формы шизофрении выделил еще в 1927 г.» (примерно это же внесено В.Г.Остроглазовым в биографию П.М.Зиновьева в Большой Российской энциклопедии), «тогда еще не была введена классификация, которую потом разработал А.В.Снежневский», т.е. лет через 30. П.М.Зиновьев, по утверждению авторов, «ввел понятие вялотекущей пизофрении».

Далее, по словам А.Г.Гофмана, П.М.Зиновьев, говоря об известной книге П.Б.Ганнушкина, признался ему в том, что «первую



А.Г.Гофман

часть, статику психопатий, писал я, а вторую часть – Ганнушкин».

Далее косвенно ругают меня (как главного редактора журнала им. П.Б.Ганнушкина) за то, что не уверовал, что не опубликовал текст данного интервью, за мои сомнения (хотя дело, как вы увидите, совсем не в этом). Однако читаем дальше: «Кто сомневается, пусть прочтет “Статику” и “Динамику” психопатий... В «Статике» – узнаваемый, неповторимый стиль Петра Михайловича Зиновьева, совершенно не свойственный профессору П.Б.Ганнушкину».

Кто сомневается – пусть прочтет серию статей П.Б.Ганнушкина в журнале «Современная психиатрия» (1907–1917), созданных задолго до знакомства с П.М.Зиновьевым и положенных практически полностью в основу «Статики и динамики психопатий». Некоторые из них правда были написаны в соавторстве с С.А.Сухановым, но никак не с Зиновьевым. В финальной «лег-

кой переработке» книги, возможно, участвовал и Зиновьев, но приписывать ему авторство, пусть частично, по меньшей мере является выдумкой.

Слегкой тревогой читатель ожидает очередных откровений – нового авторства «корсаковского психоза» или на худой конец



А.В.Снежневский, 1904–1987 гг.

«псевдогаллюцинаций» Кандинского. В свое время П.М.Зиновьев писал и о Н.В.Гоголе. Сразу вспомнилось: Анна Андреевна: «Так, верно, и “Юрий Милославский” ваше сочинение?» Хлестаков: «Да, это мое сочинение». Анна Андреевна: «Я сейчас догадалась».

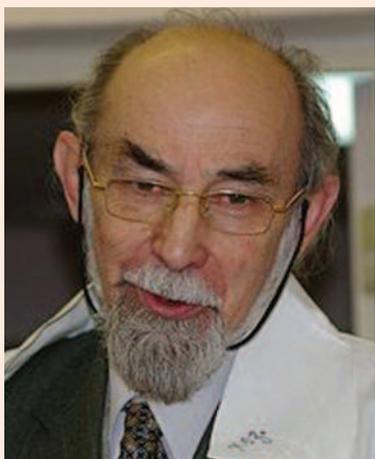
А.Г.Гофман утверждает, что на вопрос, почему больным, которые описаны в книге П.Б.Ганнушкина как шизоидные психопаты, сейчас ставят диагноз «шизофрения» (а в монографии «психопатия»), П.М.Зиновьев ответил: «Значит, такое задание было от шефа». Более 40 лет «заданий от шефа» никто не давал, так почему собственную точку зрения не высказать?

Может, так проще – посетовать, пожаловаться?

Но вернемся к тексту интервью. Пренебрежительно пройдясь по учебнику М.О.Гуревича, «невероятно деликатный» П.М.Зиновьев переходит устами А.Г.Гофмана к личностям известных психиатров, своих старших коллег. И выясняется, что В.А.Гиляровский «не очень здоровый человек», «подозрительный», замкнутый, страдающий ритуалами. Пусть так, у психиатров много чего найти можно, но зачем об этом



В.Г.Остроглазов



Ю.С.Савенко

распространяться «абсолютно порядочным» людям, насколько это этично?

Далее выясняем, что и П.Б.Ганнушкин со слов «удивительно благородного, интеллигентного» П.М.Зиновьева «был не очень здоровым человеком», «перед тем как читать лекцию, ходил и какие-то ритуальные делал движения, что-то такое делал. То есть был человек с какими-то obsessions, и даже, может, с ритуалами». Этично, не правда ли? Но мы еще к этому вернемся. И тут уж совсем невольным образом выглядит рассказ порядочного, деликатного и интеллигентного П.М.Зиновьева в пересказе А.Г.Гофмана (напомним, председателя Этического комитета НПА) о характеристике, данной П.И.Якобием П.П.Кащенко («торжественный дурак») и В.И.Яковенко («просто дурак»). Замечу, кстати, хотя, наверное, на этом не надо заострять внимание, что оригинальное выражение Якобия (*fous simple, fous solonnel*) в переводе на русский, да и в контексте того времени имеет несколько иной смысл. *Fous* – безумец, сумасшедший, но никак не «дурак» (*imbécile, saut*).

Видимо, автор реплики осуждал обоих психиатров за то, что они, безумцы, приняли Советскую власть. Не думаю, что П.М.Зиновьев, знавший хорошо этот язык, не понимал этого. Видимо, проще обозвать юбиляра посмертно дураком.

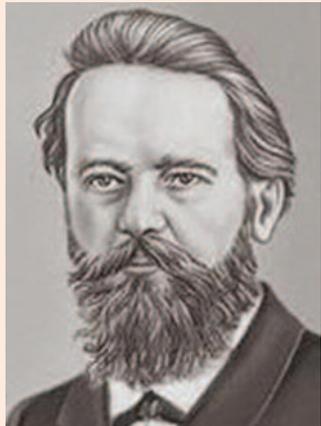
И, наверное, это в традициях христианской морали, не так ли, уважаемый Виктор Гаврилович?

В свое время В.Г.Остроглазов предлагал мне данный материал для журнала им. П.Б.Ганнушкина, однако оба рецензента категорически отвергли его по понятным



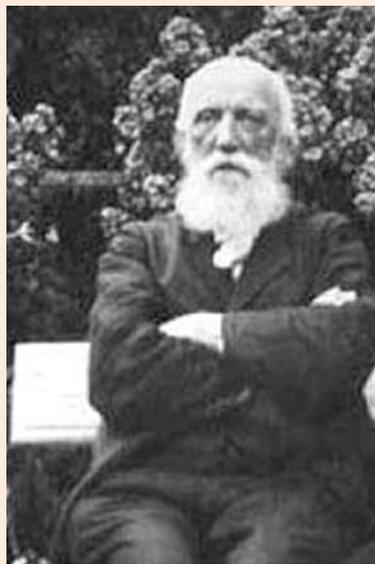
В.И.Яковенко, 1857–1923 гг.

причинам. Не были приняты к печати и воспоминания П.М.Зиновьева о П.П.Кащенко, которого он, как выяснилось, видел 2 раза в жизни, что не помешало ему, однако, деликатному и интеллигентному, на юбилее П.П.Кащенко в 1959 г. с паразитической бестакт-



П.П.Кащенко, 1858–1920 гг.

ностью процитировать злое высказывание Якобия о юбиляре (!) и о В.И.Яковенко. Самого Якобия, к слову сказать, младший медперсонал возглавляемой им больницы как-то вывез на тачке за ворота...



П.И.Якобий, 1841–1913 гг.

**«Читал он (П.Б.Ганнушкин) по тетрадке одну из статей, которые стали печататься в “Современной психиатрии”, о типах психопатических личностей, а незадолго до его смерти, слегка переработанные, вошли в его книгу “Клиника психопатий”»**

**П.М.Зиновьев**

Здесь мы, по-видимому, подходим вплотную к разгадке забвения П.М.Зиновьева. Не очень-то состыкуются образы, выстроенные в интервью, с высказываниями П.М.Зиновьева. «Разножопица» – сказал бы П.Б.Ганнушкин.

Правда, в воспоминаниях о П.Б.Ганнушкине (еще раз спасибо В.Г.Остроглазову за предоставленный материал) П.М.Зиновьев сам снимает сомнения в авторстве П.Б.Ганнушкина. Там черным по белому написано, что **книга Петра Борисовича была создана им еще до знакомства с П.М.Зиновьевым**. Вот что Зиновьев пишет о своей первой встрече на лекции с П.Б.Ган-

нушкиным: «Читал он по тетрадке одну из статей, которые стали печататься в “Современной психиатрии”, о типах психопатических личностей, а незадолго до его смерти, слегка переработанные, вошли в его книгу “Клиника психопатий”».

Этого видеть авторы интервью не захотели. И последнее. Оценку подобным воспоминаниям могли бы дать ученики А.В.Снежевского (по вопросу оригинальности его концепции). Возможно, ученики В.А.Гиляровского; не думаю, что все это приятно читать потомкам П.П.Кащенко и В.И.Яковенко (а заодно и врачам больницы, чьи имена они носят), но, слушая пересказ слов П.М.Зиновьева о «ритуалах» П.Б.Ганнушкина, я усомнился и в его абсолютной профессиональной компетенции. Живых учеников у Петра Борисовича, увы, не осталось, но его имя еще многое значит в памяти поколений психиатров!

Мой отец, В.М.Морозов, был одно время его лекционным ассистентом. От него я слышал много раз следующую историю и поэтому повторяю ее от первого лица: «П.Б.Ганнушкин очень не любил читать лекции и сильно волновался перед выходом к аудитории. Вследствие этого он всячески оттягивал неприятный момент начала чтения. Все это знали, и вот однажды я стою у дверей лекционного зала в ожидании профессора. П.Б.Ганнушкин наконец появляется в конце коридора и идет ко мне зигзагами, останавливаясь и разговаривая с каждым встречным, затягивая, насколько это возможно, минуту входа в аудиторию. Я смотрю на эту процедуру и не могу сдерживать улыбку. Подходит Петр Бо-

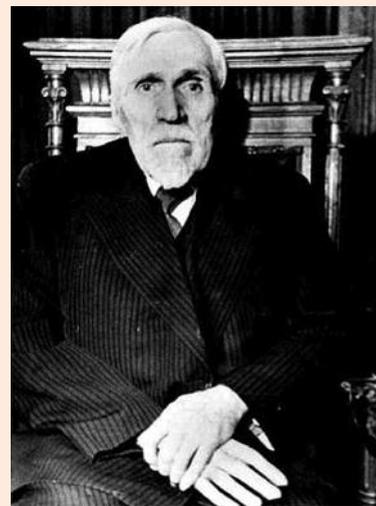


П.Б.Ганнушкин со студентами. Справа – В.М.Морозов, 1907–1996 гг.

рисович и сердито спрашивает меня: «Что Вы, Виктор Михайлович, как его, улыбаетесь?» («как его» – любимая присказка Петра Борисовича была) – «Да я знаю, Петр Борисович, о чем Вы сейчас думаете!» – «Ну и о чем, как



М.И.Гуревич, 1878–1953 гг.



В.А.Гиляровский, 1875–1959 гг.

его?» – спрашивает Ганнушкин. – «А Вы думаете о том, зачем они все сюда пришли, что им от меня надо, зачем они пришли сюда меня мучить?» – «Вот-вот, Виктор Михайлович, золотые слова, как его», – оживился Ганнушкин. Потом наклонился к моему уху и добавил: «Ети их мать!»

Иногда повторяю эти слова... «Ритуально».

P.S. Возможно, моя гипотеза причин забвения П.М.Зиновьева неверна и авторы интервью «хотели как лучше». А получилось...

Но тогда выходит не как у Гоголя, а как у Булгакова: «Ходит, ходит один с козлиным пергаментом и непрерывно пишет. Но однажды заглянул я в этот пергамент и ужаснулся. Решительно ничего из того, что там написано, я не говорил».

Или все-таки говорил?

**«Кстати, попутно заметим, что в обстоятельствах смерти П.Б.Ганнушкина тоже много неясного. Племянница ученого, Ирина Викторовна, видный невролог, член-корреспондент РАМН, говорила мне, что семья была убеждена, что Петра Борисовича убили по приказу И.В.Сталина, которого он консультировал. П.Б.Ганнушкин говорил моему отцу В.М.Морозову перед операцией, что идет на стол хирургов под давлением, что его язва – в состоянии ремиссии (об опухоли не было речи), и повторял несколько раз: «Ох, зарежут меня там, как его, зарежут». И, видимо, зарезали его кремлевские хирурги, как это случилось, возможно, и с М.Фрунзе.**

# Психиатры Гитлера: врачи и их преступления против человечества в нацистской Германии



R.D.Strous

Центр психического здоровья  
Биры Яакова, Израиль

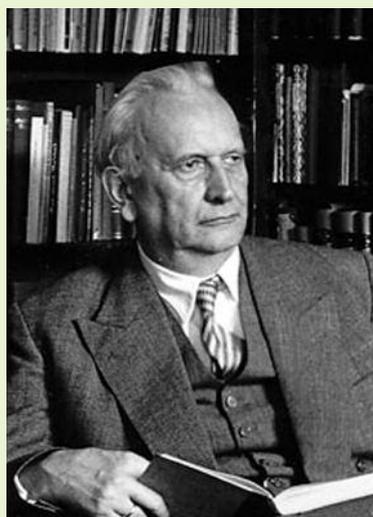
Рассматривая психически больных как «лиц, не заслуживающих существования», врачи и «целители» создали техническую и «научную» основу, с их точки зрения, оправдывающую совершаемые зверства против этих людей. Врачи играли значительную роль в разработке системы, направленной на выявление, обозначение, транспортировку и убийство сотен тысяч психически больных, а также лиц, «ущербных с национальной и когнитивной точки зрения» (в первую подгруппу в рамках этого термина включались цыгане и евреи). Эта система внедрялась в разных условиях – от централизованных психиатрических больниц до тюрем и лагерей смерти.

## Участие психиатров в геноциде

Одним из наиболее поражающих явлений, обнаруженных во время войны и после нее, была решающая роль психиатров в геноциде. Многие из них принимали деятельное участие в этом процессе и проявили себя как убежденные сторонники кровавого бесчинства. Важно знать о злоупотреблениях гитлеровских психиатров, начиная от отдельных действий и кончая широкомасштабными и хорошо организованными мероприятиями, поскольку это, возможно, позволит современным врачам определить главные этические проблемы в этой области. Преступления психиатров гитлеровской Германии охватывали широкий спектр явлений от нарушений профессиональной этики до более значительных неправомерных действий с морально-нравственной и социальной точек зрения, в том числе в пределах психиатрических лечебниц.

Среди представителей других медицинских специальностей именно психиатрия и психиатры играли ведущую роль в нацистском механизме, направленном на истребление, начиная от отбора, выявления и обозначения психически больных лиц, до фактического осуществления их уничтожения, причем все эти процедуры составляли отлаженный и эффективно осуществлявшийся процесс истребления.

Немецкое движение приверженцев евгеники находилось под влиянием «экономического кризиса, радикального национализма и гитлеровского тоталитаризма», а также многих психиатров, желающих принимать в нем участие, и их идеологического стремления к реализации нацистских принципов на практике. Результаты глубокого анализа текстов, касающихся участия медицины в нацистской деятельности, свидетельствуют о том, что роли психиатров уделялось незначительное внимание, в частности, это касается материалов



Карл Теодор Ясперс. Великий психиатр и философ, противник фашизма

международных психиатрических журналов. Многие знаменитые психиатры ввиду своей профессии принимали активное участие в зверствах, большинство из них смогли получить высокие звания в нацистской партии, и, вероятно, значительная их часть была вовлечена в кровопролитие. Их деятельность продолжалась в нацистских лагерях смерти, где «выдающиеся представители» профессии лично принимали участие в процессе отбора сотен тысяч евреев, направленных на уничтожение, а также детей, возвращенных из газовых камер, для их использования в ужасающих медицинских экспериментах. Психиатры играли значительную, если не основную, роль в главных преступлениях против человечества – стерилизации и эвтаназии.

## Стерилизация

Психиатры были движущей силой в разработке политики, направленной на принудительную стерилизацию множества людей, расцененных как непригодные для воспроизведения потомства. Одним из создателей этого проекта, внедренного после ряда совещаний нескольких ведущих расовых гигиенистов Германии, являлся заслуженный и известный многими публикациями профессор психиатрии Эрнст Рудин. В то время он занимал должности директора Мюнхенского психиатрического института и председателя Ассоциации немецких неврологов и психиатров. В настоящее время многие считают его «родоначальником психиатрической генетики», его работы известны как «классические» произведения в этой области. В 1932 г. Э.Рудин был избран президентом Международной федерации организаций, связанных с евгеникой. На следующий год он был назначен нацистским режимом на должность руководителя Общества по расовой гигиене. Он призывал к принудительной стерилизации «балластных существ» (ballastexistenzen) и был автором официально признанного руководства по внедрению принципов принудительной стерилизации больных психозами и шизофренией с евгенической целью. Этот закон, введенный в действие в июле 1933 г., был основан на рекомендациях ученых, занимавшихся евгеникой, которые призывали к принудительной стерилизации лиц, страдающих психическими и наследственными заболеваниями. Многие ученые действовали согласно принципам, которые, с их точки зрения, представляли подлинные интересы общества.

Таким образом, медицина превратилась в движущую силу, способствовавшую внедрению евгеники, ставшей защитным фоном для расизма. Из 300–400 тыс. лиц, подвергшихся стерилизации, приблизительно 60% были признаны страдающими психическими заболеваниями. Диагнозы, считавшиеся основанием для проведения стерилизации, включали шизофрению, циклотимию, наследственные формы эпилепсии, хорею Гентингтона и задержку умственного развития.

## Эвтаназия

К моменту формального закрытия в 1941 г., когда была официально прекращена фаза операции по уничтожению путем отравления газом (неофициальная реализация программы продолжалась в дальнейшем на протяжении нескольких лет), было уничтожено 70 273 человека с раз-

личными формами психических заболеваний во имя расовой гигиены и медицины. Точное количество стало известно благодаря тщательному учету, проводимому комитетом, руководившим операцией. Были убиты тысячи детей



Эрнст Рудин. Расовый гигиенист

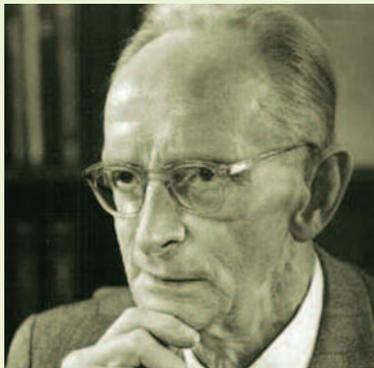
с соматическими и неврологическими заболеваниями.

Известный профессор психиатрии и главный эксперт по проведению эвтаназии Макс де Кринис даже предупреждал, что мало кто захочет изучать психиатрию после осуществления проекта по эвтаназии, так как почти не окажется пациентов. Аналогичным образом Карл Шнайдер, ведущий профессор психиатрии и председатель Управления по осуществлению расовой политики нацистской партии, предостерегал о возможности прекращения существования психиатрии как сферы деятельности и ее «банкротства» по причине стерилизации и эвтаназии.



Карл Бонгоффер – выдающийся психиатр, борец с фашизмом

Главные психиатры нацистской Германии являлись основной опорой этого процесса. Они отбирали психиатрические учреждения и потенциальные жертвы для «эвтаназии», направляли бюрократическую систему в сторону официального узаконивания убийства, а также отбирали и рекомендовали палачей.



Готфрид Эвалд. Известный психиатр, борец с фашизмом

Профессор психиатрии и директор Горденской психиатрической больницы Ганс Хайнце был назначен в самый высокий экспертный комитет, осуществляющий контроль за реализацией программы по эвтаназии, в рамках которой применялись различные виды инъекций морфина, отравление цианидами, боевыми отравляющими веществами, расстрелы и изнурение голодом. Многие из этих убийств происходили в пределах различных психиатрических лечебниц, включая известные учреждения, такие как в Бернбурге, Бранденбурге, Графенке, Гартхайме, Зонненштейне и Гадамаре. Все психиатрические больницы давали быстрое и молчаливое согласие на предоставление списков пациентов, которые пребывали в стационаре более 5 лет, психически невменяемых правонарушителей и нетрудоспособных лиц.

Следует отметить, что на фоне осуществления основной деятельности в рамках программы по эвтаназии лишь в пределах психиатрических учреждений вряд ли было возможно достижение потенциального «успеха» без вовлечения амбулаторного звена и сотрудничества с частным образом практикующими психиатрами. Они приняли на себя задачи по выявлению и составлению списков соответствующих лиц, которые в дальнейшем были помещены в указанные учреждения для проведения эвтаназии. Точное число психиатров, участвовавших в этой начальной фазе процесса по внедрению эвтаназии, остается неизвестным, однако, судя по масштабам программы, в которую они были вовлечены, можно заключить, что количество этих врачей было, несомненно, велико...

Программа по эвтаназии официально прекратила свое существование в 1941 г., еще 1 млн пациентов были замучены голодом до смерти в немецких психиатрических

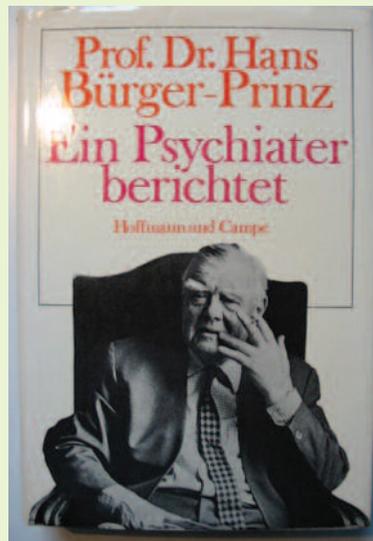
больницах с 1942 по 1945 г., при этом количестве убийств, совершаемых психиатрами, не уменьшалось. Например, из 3950 психически больных, пребывавших в психиатрической лечебнице Мезеритц-Обравальде в 1944 г., 3814 человек умерли перед окончанием войны, при этом многие в течение первых недель после поступления в клинику в результате введения скополамина.

Программа по эвтаназии была (официально) ликвидирована, но газовые камеры, замаскированные под душевые кабины, применялись в психиатрических учреждениях Германии. Они были затем повторно установлены на востоке для проведения широкомасштабных операций в рамках геноцида, в основном направленных на уничтожение евреев, в лагерях Аушвиц (Освенцим), Бельцек, Майданек, Собибор и Трешлинка. Психиатрические учреждения также выполняли роль связующего звена между ранее проводимой программой по эвтаназии и последующим крупномасштабным истреблением евреев и других категорий людей (например, гомосексуалистов) в процессе расового очищения и убийства «неудобных» людей.

После того как в 1939 г. разразилась война, процесс осуществления нацистской расовой гигиены (изначально внедренный в психиатрических учреждениях) трансформировался из программы по контролю репродукции, вступления в брак и убийству лиц, чьи жизни были расценены как «не заслуживающие существования», в широкомасштабное уничтожение и истребление лиц, рассматриваемых как «биологическая» угроза для немецкой нации.

#### «Столпы» профессии

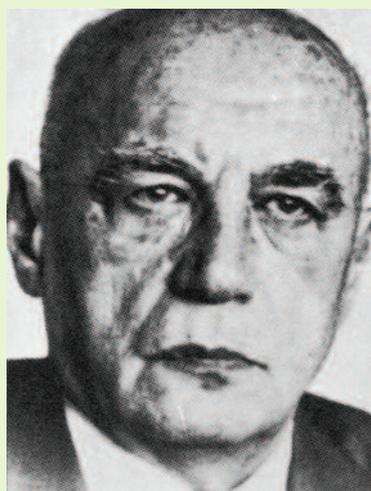
В своей работе, часто цитируемой выдающимися лидерами нацистской Германии, А.Хохе утверждал, что «принцип, оправдывающий убийство, должен быть применен к неизлечимо больным... Право на жизнь должно быть заработано и обосновано, а не при-



Ханс Бургер-Принц. Психиатр, сотрудничавший с фашистским режимом

звано в качестве догматического постулата». Хохе заявлял, что существование лиц, не способных к человеческим чувствам («балластные существа» и «пустота в оболочке»), т.е. обитателей психиатрических учреждений, не имеет смысла и ценности. Следовательно, они не заслуживают права на жизнь, их уничтожение не только оправданно, но и гуманно.

В.Хайде также был непосредственно вовлечен в процесс выявления среди пленников концентрационных лагерей лиц, которые являются нетрудоспособными и, следовательно, подлежат истреблению как непригодные в дальнейшем. После войны В.Хайде продолжал практиковать в качестве психиатра, однако он покончил жизнь самоубийством во время пребывания в тюремной камере, куда был помещен в 1961 г.

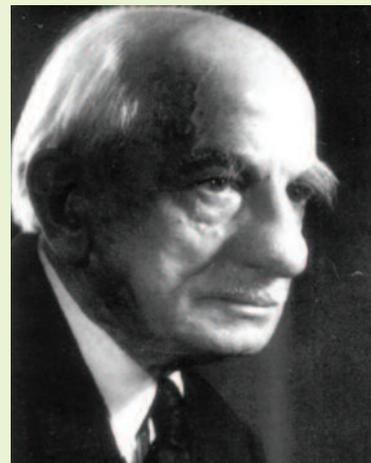


Вернер Хайде. Психиатр, осуществлявший селекцию психически больных лиц, подлежащих уничтожению

Во время войны его должность руководителя программы по эвтаназии занял другой известный психиатр, профессор Пауль Ницше из государственной клиники в Зонненштейне, который усовершенствовал процесс убийства в клинических условиях путем внутривенного введения препаратов. Другим психиатром, игравшим основную роль в этом процессе, являлся доктор Герман Пфаннмуллер, директор известного педиатрического института Эглфинг-Хаар. Он открыто хвалил себя за осуществление постепенного истребления голодом «неудобных детей», что, по его словам, являлось «наиболее простым методом».

Профессор Макс де Кринис, руководитель отделения психиатрии в берлинской больнице Charite, был также выдающимся психиатром и одним из уважаемых в стране ученых, активным членом движения СС, который, как считали, представил Гитлеру формулировку для его декрета об эвтаназии и спланировал программу ее проведения.

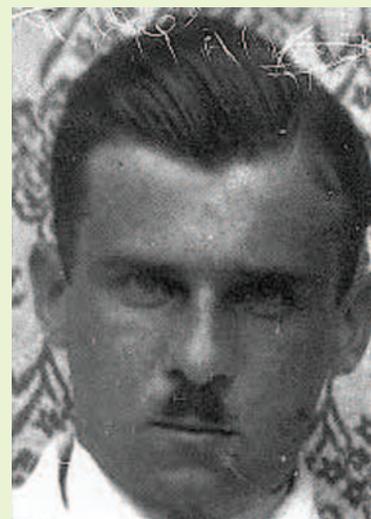
Доктор Карл Шнейдер, директор психиатрической клиники в Гейдельбергском университете, в значительной мере участвовал в



Освальд Бумке. Выдающийся психиатр, сотрудничавший с гитлеровским режимом

стерилизации и убийствах психически больных в клинических условиях. Он руководил научно-исследовательским подразделением в Вислохе, где проводили эксперименты на психически больных с изучением анатомической структуры их головного мозга после эвтаназии.

Другим весьма известным и влиятельным психиатром, членом нацистской партии, был доктор Эрнст Рудин, почетный профессор и директор влиятельного Научно-исследовательского института психиатрии при обществе кайзера Вильгельма в Мюнхене. Считаясь автором гитлеровской политики по генетическим исследованиям, направленной на очищение расы и стерилизацию, он часто хвалил СС за направленность к конечной цели в виде «создания особой группы здоровых людей немецкого нордического типа, превосходящих остальных по состоянию здоровья».



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

Несколько известных профессоров в области психиатрии принимали участие в деятельности и политике нацистской Германии, например профессора Освальд Бумке и Ханс Бургер-Принц (декан Гамбургского медицинского института). Несмотря

Продолжение на стр. 20



Карл Шнайдер. Покончил жизнь самоубийством

ря на «заслуги» психиатров (а также других представителей медицинской профессии), лишь один врач был избран в качестве руководителя лагеря смерти, предназначенного для уничтожения евреев. Эту жуткую роль выполнял психиатр доктор Имфрид Эберл, назначенный комендантом концлагеря Треблинка при его открытии в 1942 г. Он ранее являлся клиническим руководителем одного из психиатрических учреждений недалеко от Магдебурга (Бернбург), где ранее осуществлялись убийства психически больных. И.Эберлу было приказано «патрулировать» концлагерь Треблинка в белом врачебном халате и проверять, чтобы в помещении с обнаженными заключенными находился врач (он лично или кто-либо другой) перед от-



Арест Хайде, пытавшегося работать психиатром и после войны. Покончил жизнь самоубийством

правкой в газовую камеру для их успокоения «присутствием врача». Он способствовал внедрению отравляющего газа в качестве высокоэффективного метода уничтожения в многочисленных лагерях смерти.

При массовом участии психиатров в нацистской деятельности имели место единичные случаи сопротивления и даже отказа от сотрудничества, например со стороны докторов Карла Бонхоэфера, Мартина Хохля, Ганса Крейтцфельдта и Готфрида Эвальда. В 1940 г. в письме, направленном руководителям психиатрических отделений немецких университетов, доктор Ясперсон из Бетеля выразил крайний протест, направленный против эвтанази психически больных, который был проигнорирован.

Чем объясняются действия психиатров и выбор психически больных? Еще с момента разра-



Официальное разрешение Карлу Шнайдеру проводить опыты над психически больными детьми. Завершается призывом «хайль Гитлер»

ботки принципов евгеники (пер. с греч. «здоровый от рождения», или «благородный») Франсуа Гальтоном в 1865 г. психически больных стали использовать в качестве объектов исследований в этой области. Таким образом, психиатры и психиатрия как наука оказались вовлеченными в евгенику с самого ее создания. Важно отметить, что это движение не было ограничено Германией, сторонники евгеники были известны и в других странах мира, особенно в Англии и США.

Нацистский опыт представлял собой крайнее извращение представления о евгенике, которое уже ранее существовало (хотя бы на уровне понятий) в умах многих психиатров. Возможно, что именно с евгеникой было связано процветание медицинской науки в Германии, активное финансирование исследований в этой области, а также создание нескольких новых институтов и лабораторий, деятельность которых была направлена на создание биологических и клинических разработок, способных разрешить серьезные эконо-



Ганс Крейтцфельдт. Известный невролог, борец с фашизмом



Макс де Кринис. Известный психиатр, член СС, пропагандист эвтаназии. Покончил с собой, убив перед этим всю семью

мические и социальные проблемы. Вероятно, евгеника и генетика могли выступать в роли «пути спасения» страны, пребывающей в затруднительном положении.

Таким образом, психиатрия приобрела статус основной медицинской специальности, вовлеченной в программу расовой гигиены, так как нацистская идеология в отношении расовой принадлежности и евгеники, которая была широко принята немецкими психиатрами, особенно направлена на психически больных с целью их стерилизации и эвтаназии. Роль психиатрии и участие психиатров, в свою очередь, считали законным основанием для научной базы, оправдывающей «терапевтические методы евгеники», составляющей ядро национальной политики в области здравоохранения и расовой политики нацистов. Еще до участия психиатров в деятельности нацистского режима основная роль и значимость расовой гигиены



Герман Пауль Ницше. Усовершенствовал процесс убийства пациентов в клинических условиях. Гильотинирован в 1948 г.

подчеркивалась Ойгеном Блейером в начале XX в.

Несмотря на наличие других примеров участия психиатров в противоправных действиях с социально-этической точки зрения (включая, например, лишение свободы своих жен мужьями путем помещения в психиатрические лечебницы в XIX в. или неоправданное применение лоботомии в середине XX в.), мало кто из них достигал той степени аморальности, как в нацистской Германии. Однако ранее не встречавшиеся за всю историю психиатрической профессии специфический характер и степень злоупотреблений со стороны психиатров в нацистской Германии в период с 1943 по 1945 г. показывают, что психиатры могут быть подвержены высокому риску этических нарушений, обусловленных уже привычными представлениями в обществе об их роли и власти, и привыканию к ним.



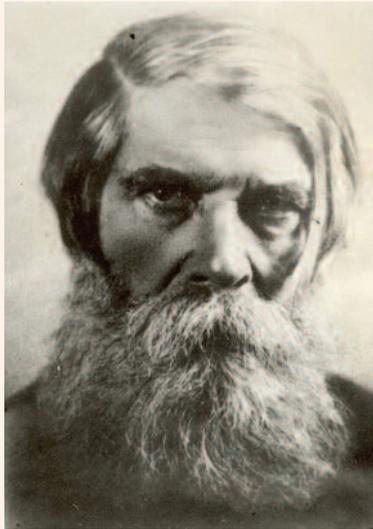
Доктор Рудин с сотрудниками НИИ психиатрии. Выработывал создание особой группы здоровых людей немецкого нордического типа, превосходящих остальных по состоянию здоровья

### Память о событиях прошлого ради будущего профессии

На немецкой психиатрии до сих пор лежит пятно жестокого прошлого, от которого нельзя избавиться. Очевиден факт, что психиатрам никогда не давали приказаний убивать лиц с неврологическими нарушениями и психически больных или способствовать их смерти. Они сами осуществляли эти действия, часто по собственной инициативе и без всякого протеста. Эти действия шокируют, однако во избежание таких явлений в будущем мы не вправе забывать прошлое.

# Кафедра психиатрии и наркологии СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова

Организатором кафедры душевных и нервных болезней при Женском медицинском институте в 1900 г. был всемирно известный ученый В.М.Бехтерев, руководивший ею до 1915 г. В 1915 г. кафедра была разделена: кафедрой нервных болезней стал руководить профессор М.Н.Никитин, а психиатрию на правах доцентского курса в течение 2 лет читал А.Ф.Лазурский.



Владимир Михайлович Бехтерев,  
1900–1915 гг.

В 1918 г. основателем самостоятельной кафедры и клиники психиатрии стал соратник В.М.Бехтерева профессор П.А.Останков (1868–1949), который руководил кафедрой психиатрии 1-го Ленинградского медицинского института им. акад. И.П.Павлова (1-й ЛМИ) до 1943 г.

В 1933 г. для ведения курса психиатрии детского возраста и заведования кафедрой был приглашен крупный советский психиатр, представитель московской психиатрической школы, профессор Н.И.Озерецкий (1893–1955), ставший в 1943 г. заведующим объединенной кафедрой психиатрии 1-го ЛМИ. После смерти Н.И.Озерецкого в 1955 г.



Петр Александрович Останков,  
1918–1943 гг.

недолгое время исполняли обязанности заведующих кафедрой ближайшие ученики П.А.Останкова – С.И.Коган и И.Е.Кашкаров.

С 1958 по 1971 г. кафедрой психиатрии 1-го ЛМИ руководил профессор Д.С.Озерецковский (1899–1995), ученик и ближайший сотрудник П.Б.Ганнушкина. К моменту вступления в должность заведующего кафедрой Д.С.Озерецковский был широко известен в нашей стране как крупный клиницист, талантливый ученый, руководитель и организатор подготовки врачей-психиатров в Азербайджане. Более чем 100 публикаций Д.С.Озерецковского позволяют проследить основные этапы, которые прошла отечественная психиатрия за последние 70 лет, однако наибольшую известность получили его исследования в области эндогенных психозов, им была исследована психопатология невротоподобной шизофрении, а также одной из форм вирусного энцефалита, протекающей с шизофреноподобными психическими нарушениями.



Александр Федорович Лазурский,  
1915–1918 гг.

В 1971 г. заведование кафедрой принял Б.А.Лебедев (1925–1992). С 1964 г. он представлял отечественную психиатрию во Всемирной организации здравоохранения, а в 1967 г. был избран на должность руководителя отдела психиатрии. Б.А.Лебедев являлся почетным членом Американской психиатрической ассоциации и Бельгийского психиатрического общества.

Научные интересы кафедры в 1970-е годы концентрируются на изучении церебральных механизмов психических нарушений, а также различных аспектов психосоматической патологии. По этой тематике под его руководством был выполнен целый ряд работ совместно с сотрудниками кафедр лечебного факультета. Также перспективными направлениями изучения психосомати-

ческой патологии явились проблемы психоонкологии, нейро-сифилиса, успешно разработанные и освещенные в публикациях доцентов В.В.Дунаевского и В.Д.Стяжкина.

С 1992 по июль 1995 г. обязанности заведующего кафедрой выполнял доцент В.Д.Стяжкин.

В.Д.Стяжкин в должности доцента в течение многих лет заведовал учебной частью кафедры. В дальнейшем, с 1995 г. он вновь занял прежнюю должность. В.Д.Стяжкин является автором более 50 научных работ, которые посвящены клинике шизофрении, организации психиатрической помощи, психическим заболеваниям при сифилисе, сердечно-сосудистых заболеваниях.

В июле 1995 г. на должность заведующего кафедрой был избран один из лучших учеников профессора Б.А.Лебедева – Н.Г.Незнанов.



Николай Иванович Озерецкий,  
1943 (1933) – 1955 гг.

Николай Григорьевич Незнанов окончил 1-й ЛМИ, успешно защитил кандидатскую диссертацию, работал ассистентом, а с 1991 г. – доцентом кафедры. Обучаясь в докторантуре, изучал аспекты агрессивного поведения психически больных, что легло в основу докторской диссертации, которую он защитил в июне 1994 г.

Профессор Н.Г.Незнанов также занимает должность директора НИПНИ им. В.М.Бехтерева, является председателем правления Российского общества психиатров, президентом Всемирной ассоциации динамической психиатрии, главным специалистом-экспертом по психиатрии Росздравнадзора. Под его руководством на кафедре успешно продолжают свою деятельность курсы психосоматической медицины (заведующая курсом – д-р мед. наук У.В.Лебедева) и общей и медицинской психологии (заведующая курсом – Е.Р.Исаева), элективные циклы. В настоящее время ведется реформирование учебного процесса на кафедре в соответствии с современными требова-

ниями, переход на балльно-рейтинговую систему, разработка инновационных методов преподавания психиатрии, медицинской психологии и психосоматической медицины. С 2007 г. функ-



Дмитрий Сергеевич Озерецковский,  
1958–1971 гг.

ционирует интернет-сайт кафедры. Он включает более 200 страниц, на которых представлена вся информация о кафедре.

Широкую известность среди студентов медицинских вузов получило студенческое научное общество (СНО) по психиатрии (руководитель – д-р мед. наук, проф. М.Я.Киссин). Студенты, посещающие СНО, неоднократно становились победителями и призерами ежегодных межвузовских студенческих конференций.

За прошедшее десятилетие были защищены 7 докторских и 25 кандидатских диссертаций, подготовлены 15 монографий, 12 пособий для врачей, опубликовано 334 статьи и тезисов докладов, в том числе 45 за рубежом.

В 2000 г. кафедра отмечала 100-летие со дня основания. К этой дате был приурочен ряд мероприятий, в том числе юбилейная конференция. За 10 лет, прошедших со 100-летнего юбилея, на кафедре по-прежнему ведется активная учебно-педагогическая, научная и лечебная работа.



Борис Алексеевич Лебедев,  
1971–1992 гг.

Продолжение на стр. 22



Николай Григорьевич Незнанов, 1995 – по настоящее время

Адрес:  
193167, Санкт-Петербург, Набережная  
Обводного канала, д. 13  
Тел.: (812) 274-38-69  
Тел./факс: (812) 274-15-84  
E-mail: neznanov.spbgmu@gmail.com  
www.s-psy.ru



Групповой портрет кафедры 2010 г.

Словарь фобий

«Сад греческих корней» Г-Д-Ф-Э



Дендрофобия – боязнь деревьев

**Г**  
Галеофобия, гатофобия – боязнь кошек  
Галлофобия, галиофобия (=франкофобия) – боязнь Франции, французской культуры  
Гамофобия – боязнь женитьбы (замужества)  
Гелиофобия – боязнь смеха  
Гелотофобия – страх быть высмеянным  
Гениофобия – боязнь подбородков  
Генофобия – боязнь секса  
Генуфобия – боязнь коленей  
Гефиروفобия, гевидрофобия, гевфисрофобия – боязнь пройти по мосту  
Германофобия – боязнь Германии, немецкой культуры  
Гераскофобия – боязнь старения  
Геумафобия, геумофобия – боязнь вкусовых ощущений  
Глоссофобия – боязнь публичных выступлений, боязнь произносить речи  
Гнозиофобия – боязнь знания  
Графофобия – боязнь писать от руки  
Гимнофобия – боязнь ногтей  
Гинефобия, гинофобия – боязнь женщин

Голландофобия – боязнь всего голландского

**Д**  
Десидофобия – боязнь принятия решений  
Дефекалоэзиофобия – боязнь болезненных ощущений в кишечнике  
Деипнофобия – боязнь застолий и застольных бесед  
Дементофобия – боязнь сумасшествия  
Демонофобия – боязнь демонов  
Демофобия (=агорафобия) – боязнь толпы  
Дендрофобия – боязнь деревьев  
Дентофобия – боязнь зубных врачей  
Дерматофобия – боязнь кожных повреждений  
Дерматоэзиофобия (=дерматофобия, дерматопатофобия) – боязнь кожных заболеваний  
Декстрофобия – боязнь предметов, расположенных справа от больного  
Диабетофобия – боязнь диабета.  
Дидаскейнофобия – боязнь школы  
Дикефобия – боязнь справедливости  
Динофобия – боязнь головокружений, водоворотов  
Диплофобия – боязнь раздвоений (как оптического феномена)  
Дипсофобия – боязнь питья  
Дисабилиофобия – боязнь раздеваться перед кем-либо  
Диспозофобия – боязнь выбрасывать вещи, накопительство  
Доматофобия (=эйкофобия, ойкофобия) – боязнь домов или пребывания в доме

Дорафобия – боязнь меха или шкур животных  
Доксофобия – боязнь выражать свое мнение или боязнь похвалы  
Дромофобия – боязнь переходить улицу  
Дисморфофобия – боязнь дефектов внешности  
Дистихифобия – боязнь несчастных случаев



Альбер Камю. Галлофобия, галиофобия (=франкофобия) – боязнь Франции, французской культуры

**Ф**  
Фебрифобия, фибрифобия, фибриофобия – боязнь жара, лихорадки  
Фелинофобия (=айлуорофобия, элуорофобия, галеофобия, гатофобия) – боязнь кошек  
Франкофобия – боязнь Франции, французской культуры  
Фригофобия (=хеймафобия, хейматофобия, психрофобия) – боязнь холода, холодных предметов

**Э**  
Экклезиофобия – боязнь церквей  
Экофобия – боязнь своего дома  
Эйкофобия (=доматофобия, ойкофобия) – боязнь окрестностей своего дома  
Эйзоптрофобия – боязнь зеркал или зеркальных отражений  
Электрофобия – боязнь электричества  
Элеутерофобия – боязнь свободы  
Элуорофобия (=айлуорофобия) – боязнь кошек  
Эметофобия – боязнь рвоты  
Энетофобия – боязнь булавок  
Энохлофобия – боязнь толпы  
Энозиофобия или эниссофобия – страх совершить непростительный грех или страх критики  
Энтомофобия – боязнь насекомых  
Эософобия – боязнь рассвета, дневного света  
Эфебифобия – боязнь молодежи  
Эпистаксиофобия – боязнь носовых кровотечений  
Эпистемофобия – боязнь знаний  
Эквинофобия – боязнь лошадей  
Эремофобия – боязнь быть самим собой или боязнь одиночества  
Эрейтрофобия – боязнь покраснеть  
Эргазиофобия – 1) боязнь работать, совершать какие-либо действия; 2) у хирургов – боязнь оперировать  
Эргофобия – боязнь работы  
Эротофобия – боязнь секса или вопросов о сексе  
Эуфобия – боязнь услышать хорошие новости  
Эуротофобия – боязнь женских гениталий  
Эритрофобия, эритофобия, эрейтофобия – 1) боязнь красного света; 2) боязнь покраснеть; 3) боязнь красного цвета

Продолжение в следующем номере

## Михаил Борисович Мазурский (1937–2012)



М.Б.Мазурский

Понедельник, 2 сентября 1972 г. Мы, несколько молодых ординаторов второго года обучения Института психиатрии АМН СССР, выходим на работу в 30-е отделение больницы им. П.П.Кащенко и сразу, вместе с заведующим отделением, идем в обход. Погода хорошая, летняя, и больные под присмотром медперсонала на улице играют в футбол. Неожиданно мяч отскакивает ко мне, и я тут же ногой отправляю его играющим. Заведующий отделением останавливается и без тени улыбки говорит мне: «Посмотрите, как интересно больные разделились на две команды: депрессивные против бредовых». Мы слегка ошарашены такой необычной оценкой ситуации и лишь спустя некоторое время осознаем ее диагностическую точность.

Так я познакомился с Михаилом Борисовичем Мазурским, психиатром с большой буквы, с которым я проработал бок о бок несколько лет и который оказал большое влияние на мое (да и не только) формирование как специалиста. Да и в чисто человеческом плане тоже, безусловно, оказал.

М.Б.Мазурский родился в Москве, здесь же окончил школу и поступил на лечебный факультет Первого Московского медицинского института. С 1960 г. работал в больнице им. П.П.Кащенко, вначале ординатором, затем заведующим мужским отделением, а с 1977 г. – заместителем главного врача клиники НЦПЗ РАМН. Михаил Борисович очень много работал: всегда приходил в отделение первым, со своим потертым кожаным портфелем, и уходил последним – он знал о больных все, досконально вникая в каждую деталь как психического, так и соматического состояния каждого из них. Рядом с ним невозможно было допустить себе даже малейших послаблений, – его отношение к больным было тем нравственным и профессиональным ориентиром, на который все мы, молодые врачи, не могли не равняться. Он с добродушной иронией наблюдал за нашими скромными потугами творить науку, однако был очень терпелив, помогая раскрыть нам секреты практической психиатрии. Михаил Борисович охотно разрешал нам под своим присмотром проводить сеансы электросудорожной терапии, делать спинномозговые пункции, иные процедуры. Соматическому состоянию больных он уделял очень большое внимание и требовал от нас того же. Его знаменитая врачебная интуиция

базировалась на широте медицинских познаний, глубоком знании психиатрии и необыкновенной любви к больным людям.

Среди сотрудников Института и больницы М.Б.Мазурский пользовался огромным авторитетом, больные также его очень любили и доверяли ему. На профессорских консультациях и разборах к его мнению всегда прислушивался сам Андрей Владимирович Снежневский, а профессор Р.А.Наджаров однажды безуспешно около пол часа пытался публично уговорить его заняться серьезно наукой, отдавая дань широте и глубине познаний Михаила Борисовича.



Владимир Высоцкий

Это, кстати, касалось не только его профессии: судя по коротким, но необычно точным замечаниям, мы понимали, что он в курсе всех литературных новинок, прекрасно разбирается в живописи, искусстве. Михаила Борисовича под фамилией Маргулис упомянул в одной из своих песен Владимир Высоцкий – поэт провел некоторое время в его отделении...

Рядом с М.Б.Мазурским работать было очень интересно, и мода тянулась к нему. Он всегда был с нами на «вы», но очень прост в общении. Однажды вечером я возвратился в отделение после собрания, где прошел не

совсем приятную, хотя и почетную по тем временам процедуру. Мы были вдвоем, и Михаил Борисович, быстро оценив мое состояние, коротко спросил: «Из ствола будешь?», неожиданно предложив мне большую бутылку виски.



В принципиальных вопросах он был очень строг и требователен, не терпел малейших проявлений безответственности, под его началом невозможно было недоработать, и порядок под его началом всегда был образцовым. Когда он уже был заместителем главного врача клиники Института клинической психиатрии ВНЦПЗ РАМН, ему поручили провести Всесоюзный конкурс медсестер. Далекий от подобной суеты, Михаил Борисович попросил меня помочь ему, посулив необычную награду.

С присущей только ему искренней и ироничной улыбкой Михаил Борисович преподнес мне в подарок значок «Ветеран больницы им. П.П.Кащенко». Я часто смотрю на него и тоже улыбаюсь.



Спасибо за все, дорогой Михаил Борисович.

П.В.Морозов, главный редактор

«Я гляжу на фотокарточку...»

### Кафедра психиатрии ЦИУ с курсантами (1939 г.)

Первая публикация старых фотографий сотрудников и курсантов кафедры психиатрии ЦИУ врачей (1932 г.) вызвала живую реакцию читателей. К сожалению, с очевидностью никого на фото идентифицировать пока не удалось.

Сегодня предлагаем вам новую попытку – кафедра в 1939 г. Данную фотографию (как и предыдущую) любезно предоставил редакции профессор В.Г.Ротштейн. Может быть, вы кого-то узнали? Пишите нам.



Из тех, кого нам удалось узнать: в первом ряду первый слева – А.В.Снежневский, второй слева – А.Н.Бунеев, третий слева – Р.Е.Люстерник, четвертый – Марк Каплинский, в середине (в пенсне) – М.Я.Серейский, вторая справа – Н.Н.Евглова, в последнем ряду, четвертый слева – Г.А.Ротштейн.

# 1-я Международная конференция по нейрореабилитации



*Бо Норвинг  
Факультет клинических наук, отделение неврологии Университета Лунда, Швеция*



*Мартин Дихганс  
Научно-исследовательский университет по изучению инсульта и деменции, Мюнхенский университет, Германия*

способствовать восстановлению после инсульта, предоставляя нам новый ряд возможностей для улучшения результата после инсульта. В настоящее время на стадии планирования находятся 2 крупных рандомизированных исследования по применению антидепрессантов с целью функционального восстановления.

ПИД все в большей степени рассматривается как наиболее серьезное осложнение после инсульта. Недавние исследования установили более тесную и интерактивную взаимосвязь между дегенеративными и васкулярными причинами деменции, которая в равной степени относится и к ПИД. Подобным образом потенциальная возможность профилактики деменции путем оказания влияния на факторы риска, вероятно, применима и к деменции, возникающей вследствие инсульта. Важным механизмом предупреждения возникновения деменции после инсульта является профилактика повторных инсультов, а также профилактика скрытых инфарктов, поражений белого вещества и микрокровоотечений. В результате ряда испытаний была установлена тенденция к



первые симптомы деменции уже во время первого инсульта, а другие 20% пациентов, помещенные в стационар по причине острого инсульта, страдают от деменции, возникшей как следствие перенесенного ими первого инсульта. С учетом этих данных кумулятивный коэффициент заболеваемости составляет приблизительно 3% в год.

К факторам риска возникновения ПИД относятся пожилой возраст, низкий уровень образования, мерцательная аритмия, наличие инсульта в анамнезе, а также некоторые признаки нейровизуализации, включая гиперинтенсивность белого вещества и атрофию медиальной области височной доли головного мозга. Результаты недавних исследований подчеркивают роль ишемических повреждений в сети стратегических трактов белого вещества, включая передние таламические лучистости, малые щипцы и пояс. Изменения толщины коры

1-я Международная конференция по нейрореабилитации состоялась в июне в г. Зальцбурге (International Salzburg Conference on Neurorecovery – ISCN 2012). Конференция была организована при поддержке компании «Ever» и собрала большое количество специалистов из многих стран мира. Большую часть аудитории занимали врачи из стран постсоветского пространства. Среди лекторов и докладчиков конференции были представлены ведущие ученые, представившие научную программу, которая раскрыла фундаментальные основы и клиническое значение феномена нейровосстановления, особенно для таких важных областей, как инсульт, постинсультная деменция (ПИД) и постинсультная депрессия. Важно подчеркнуть, что большинство сообщений было представлено таким образом, чтобы практические врачи смогли почерпнуть полную информацию, которую можно было бы использовать в ежедневной работе.

Основные заседания конференции были посвящены следующим проблемам: «Постинсультная деменция и депрессии», «Основания для нейрореабилитации после инсульта и клиническая зависимость», «Реканализация и нейропротекция», «Влияние васкулярных факторов на возникновение когнитивных нарушений и деменции». Естественно, что психиатрам была наиболее близка первая тема из перечисленных. И здесь с большим интересом был встречен доклад профессора Бо Норвинга (Университет Лунда, Швеция), посвященного оценке терапевтических результатов лечения деменции и депрессии после перенесенного большого инсульта.

До 70% пациентов после инсульта испытывают подавленное настроение, и около 1/4 страдают от выраженной постинсультной депрессии. Несмотря на широкое распространение данного осложнения в течение последних нескольких десятилетий, мы до сих пор сталкиваемся с некоторыми диагностическими и терапевтическими трудностями. Хотя использование шкал для оценки депрессии повышает диагностическую точность, разделение постинсультной депрессии и последствий инсульта, затрагивающих когнитивную сферу,

остается клинической проблемой ввиду существования вопросов дифференциальной диагностики.

Новейший Кохрановский обзор данных по фармакологической постинсультной депрессии включает список клинических исследований с применением 13 фармацевтических ве-



Панорама древнего Зальцбурга.

ществ, в определенной степени оказывающих положительное влияние (полная ремиссия депрессии, улучшение показателей шкал для оценки депрессии), но также приводящих к увеличению нежелательных явлений. Были обнаружены некоторые проблемы в методологии проведения испытаний. Исследования в клинической практике показали как недостаточное лечение, так и передозировку при лечении постинсультной депрессии. В настоящее время отсутствуют окончательные доказательства, подтверждающие эффективность профилактики постинсультной депрессии с помощью терапии лекарственными препаратами.

Результаты недавнего исследования FLAME свидетельствуют в пользу того, что антидепрессивная терапия может

подобным превентивным эффектам после инсульта, однако большее количество доказательств будет получено после завершения исследования SPS3, включающего анализ эффекта снижения кровяного давления после лакунарных инфарктов.

В последнее время был доказан повышенный риск ПИД у пациентов с мерцательной аритмией, вызванной механизмами, природа которых окончательно не установлена.

С большим интересом был заслушан доклад Мартина Дихганса (Мюнхенский университет), который, в частности, остановился на положительной роли Церебролизина в стимулировании функции регенерации олигодендроцитов.

Приблизительно 10% пациентов с острым инсультом демонстрируют

у пациентов, проводившиеся в ходе продольных исследований через длительные промежутки времени, показывают, что подкорковые инфаркты приводят к локальным изменениям в толщине коры, которые оказывают значительное влияние на когнитивные функции.

Как показали исследования мюнхенских ученых, применение Церебролизина в клинической практике способствует повышению нейрогенеза, что способствует восстановлению структуры всей нервной ткани и улучшает прогноз при реабилитации постинсультных пациентов.

Все доклады были встречены с большим интересом. Приятно отметить, что отныне подобные конференции станут регулярными.

*Соб. корр.*