

Маскированные депрессии



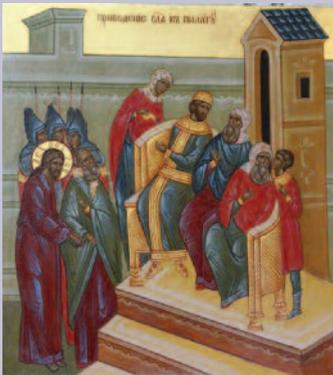
Олег Васильевич Кербинов (1907–1965)



Нижинский – божий клоун



Суд Пилата по М.А.Булгакову



Словарь фобий



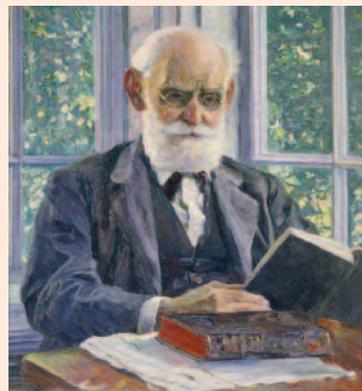
Энергия креативного долголетия

Предлагаемый вниманию читателей материал – из хранящегося в архиве и личного фонда великого русского ученого И.П.Павлова. Лекция «О самоубийствах» была прочитана И.П.Павловым студентам Военно-медицинской академии 11 сентября 1913 г. и застенографирована по поручению одного из его учеников. В ней дано блестящее описание причин явления самоубийства, которое И.П.Павлов назвал «великой печалью русской жизни», а также впервые говорится об «инстинкте достижения цели», который впоследствии был переименован ученым в «рефлекс цели». Материал позаимствован из «Медицинской газеты» и подготовлен для печати д-ром мед. наук Н.Григорян.

Профессор П.В.Морозов, главный редактор



Самоубийства – великая печаль русской жизни



Иван Петрович Павлов

Первую лекцию я посвящаю обыкновенно предмету, далекому от моей специальности, по обычаю, принятому на Западе и вполне оправданному.

Сейчас я остановлю ваше внимание на общественном явлении, явлении, пожалуй, всей человеческой жизни, и в особенности русской, о котором не-

льзя не думать, о котором, естественно, подбираешь материал.

Я говорю о самоубийствах. Явление это – великая печаль русской жизни. Вообще, замечается увеличение самоубийств и в Европе, но далеко не в той степени, как у нас. Я и поделюсь с вами теми мыслями, которые возникли у меня по этому вопросу.

Как понять это странное явление – самоубийство? Инстинкт всего живого тянет жить, насколько возможно, а здесь мы видим как раз обратное. Для того чтобы понять это странное явление, прямая мысль

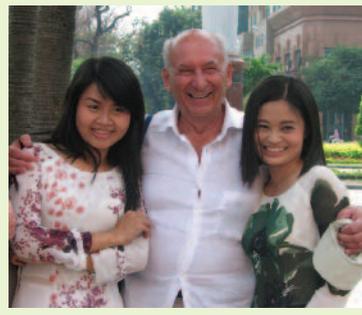
обратиться к аналогичным случаям, объяснение которых более или менее установлено. Не встречались ли мы с этим явлением раньше или в истории, или

Продолжение на стр. 2



Энергия креативного долголетия

Суть проблемы



А.Б.Мулевич
ФГБУ НЦПЗ РАМН, Москва;
ФПФОВ ГБОУ ВПО Первый МГМУ
им. И.М.Сеченова Минздрава РФ

Маскированные депрессии

Термином «маскированные депрессии» (R.Kielholz, 1973) обычно обозначают аффективные расстройства незначительной тяжести, не укладывающиеся в рамки критериев депрессивного эпизода (по критериям Международной классификации болезней 10-го пересмотра – МКБ-10), не достигающие полной психопатологической завершенности. В эту группу объединяются гетерогенные как по психопатоло-

гической структуре, так и по клинической природе состояния. В свете дименсионального подхода симптоматика таких депрессий помещается в вариационный ряд (серию упорядоченных множеств), определяющий распространенность депрессивных симптомов в континууме от отсутствия аффективных нарушений до тяже-

Продолжение на стр. 4

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

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

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

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

в человеческом знании? Когда я с этой точки зрения посмотрю на дело, то мне приходят в голову два истонных случая. Это, во-первых, случай болезни нервной системы. Вы, быть может, слышали, а психиатры это хорошо знают, что в домах умалишенных одна из забот – следить за тем, чтобы пациенты не прекратили свое существование. Это понятно. Самоубийство в таком случае есть одно из проявлений нервной расстройств. Значит, вот одна из не подлежащих сомнению причин самоубийств – болезнь нервной системы.

Есть другая причина, которую мне в этом году пришлось хорошо исследовать благодаря встрече со специалистом. Я как-то давно уже читал, что в Китае можно нанять за себя человека на смертную казнь. Мне это представлялось сказочным. В нынешнем году я встретился со специалистом по Китаю. Оказалось, что такие факты существуют и до сих пор, можно десятками нанимать охотников на смертную казнь. Вот странное явление. Существует, значит, понижение интереса жизни как общенациональное явление. Страшная дешевка жизни! Человек сам истребляет себя!.. Я и уцепился за эти две причины и с ними в руках перешел к анализу таких печальных явлений, как самоубийства. Раз эти явления существуют постоянно, то, очевидно, есть постоянные причины.

Я вернусь к первой причине: нервное расстройство, болезненное состояние. Общеизвестная мысль, которая встречается и в литературе, что наш век есть нервный век, что в нашей жизни нервность проявляется в большей степени, чем было прежде. Какие же основания для такой болезни нервной системы? Конечно, в этом отношении причину является изменение норм жизни, усложнение их.

В нашей русской жизни эти причины есть. Мы на протяжении новейшего времени испытали два больших изменения – отмену крепостного права и нашу революцию. Конечно, они должны были сказаться на нервной системе русских. Тем более что в то время, как в Западной Европе уже выработаны известные сопротивления против всяких изменений, у нас этого нет. У нас чрезвычайная разница с Европой по отсутствию правил, облегчающих жизнь, чтобы человек получил меньше толчков, потрясений. Я приведу пример. При культурной жизни можно иметь какие угодно мнения, убеждения, и это не является каким-нибудь источником злых чувств. Люди всяких мыслей встречаются приятелями. А у нас человек других с нами убеждений – это наш враг. Это, конечно, ведет к тому, что лишней раз треплется у человека нервная система. И так в массе случаев. Все это ведет к тому, что наша жизнь очень тяжела.

Поводов у нас в этом отношении было достаточно. Ясно, что наша революция многое изменила, взволновала людей, а приемов, чтобы это волнение могло улежаться, не дала. И нервная система русского человека так и осталась во власти этих кризисов, ударов. Вот это дает хорошую почву для увеличения числа самоубийств, потому что относительно этих господ, кончающих с собой, вы знаете, что они отличаются нервностью. Итак, вот причины: пережитые нами кризисы и отсутствие у нас регулирующих жизнь ежеминутных правил. Можно ли ждать, что это войдет в норму? Конечно, это большой процесс. Как скоро мы переживем кризисы, как скоро выработаем правила – сказать трудно. Но в этом отношении можно воспользоваться примером западноевропейской жизни, примером, который до некоторой степени в наших руках.

Нельзя не заметить, что в культурной жизни Запада среди элементов жизни является совершенно серьезным элементом физический труд, спорт всех сортов. Там необходимость физического труда рассматривается наравне с питанием, хорошим воздухом. У нас, если и занимаются спортом, то это только прихоть или мода. Правда, в последнее время эта мода дает себя знать, но я боюсь, что это именно мода. А между тем это есть самая верная мера, бьющая прямо в цель. Мы говорим о расшатанности нервной системы, а нет никакого сомнения, что регулярная физическая работа есть вернейшее средство, чтобы расшатанную нервную систему опять вставить в рамки. Скажу несколько соображений. Истина, с которой едва ли можно спорить, в том, что мы с вами наследники огромной физиологической жизни. Нам предшествовала долгая история. Наши предки жили в других условиях. Их нервная деятельность выражалась в совершенно определенных деловых отношениях с внешней природой, с другими животными и всегда выражалась в работе мускульной системы. Им приходилось или бежать от врага, или бороться с ним и т.д. Следовательно, вам должно быть понятно, что в том маленьком слое животной жизни, который изображаем мы с вами в виде человечества, природным фундаментом должна быть мышечная система. И наша нервная деятельность без мышечной – это новость в зоологическом мире. Вы ведь знаете, что в низших классах, если только работа их не становится чрезмерной, нервных болезней почти нет. Это болезни высших классов. И имеется масса наблюдений, которые показывают, до какой степени возврат к мускульной, основной деятельности организма, ведет к урегулированию нервной деятельности.

В этом отношении я всегда был приверженцем, любителем физической работы. И я на собственном примере знаю, до какой степ-

пени она хорошо действует. Я помню разные тяжелые жизненные положения и могу сказать с полной убежденностью, до какой степени меня выручила физическая работа там, когда я умственно и нервно совершенно терялся. И я думаю, что один из приемов, чтобы выйти из тяжелого нервного состояния – это утверждение в жизнь физической работы. К сожалению, в русской жизни совершенно не осознано, что судьба жизни страшно зависит от маленьких житейских правил.

Вторая причина – это потеря интереса к жизни. Что это действительно приложено к нашей жизни, видно из массы ежедневных газетных заметок о самоубийствах. Сплошь и рядом в них встречается фраза: «Разочаровался в жизни». Я не буду входить подробно в то, как происходит это обесценивание жизни.

Можно представить массу случаев, как это наблюдается и в относительно здоровом организме. Отчего же происходит такое разочарование? Здесь играет, быть может, роль некоторая повышенная требовательность к жизни. Это в нашей русской жизни есть после революции. Человек как бы так рассуждает: «А, ты (жизнь) мне не даешь всего, так я уйду».

Я для объяснения обращаюсь к корню явления. В этом случае опять поворачиваю к физиологии. Мне много приходилось думать, и я пришел к такой формулировке жизненных явлений. Я убежден, что в человеческом организме помимо известных инстинктов, например к жизни и т.д., существует еще стремление, плохо сформулированное, мало отмеченное, но в высшей степени важное. Это стремление, этот инстинкт я называю «инстинктом достижения цели». Животное, как и человека, что-то толкает достигать раз поставленную цель. Это такая же потребность, как потребность в еде, половых отношениях и т.д. Возьмите ничтожного муравья и против этого муравья поставьте кучу муравейника, которую он сделал. Что-то толкало его потратить грандиозную массу труда. Возьмите птицу, которая летит к югу через половину земного шара. Припомните гнезда птиц, страшно сложные. Для того чтобы все это сделать, надо, чтобы был инстинкт. Вот эти факты и приводят меня к убеждению, что в человеческом и животном организме имеется инстинкт достижения цели. Если вы обратитесь к русской жизни, то убедитесь, что можно видеть массу проявлений этого инстинкта. Вы заметьте, что каждый раз, когда у человека нет никакого дела, он испытывает состояние скуки, не интереса к жизни. И наоборот, как интересна жизнь, когда перед человеком имеется какая-нибудь цель. Если вы переберете жизнь, то вы увидите, до какой степени на каждом шагу дает себя знать этот инстинкт, как в маленьких вещах, так и в больших.

Гениальный человек гоняется за истиной, которая ему долго не дается. Вы посмотрите, как он возбужден, когда идет к истине и как сразу падает интерес, когда эта цель достигнута. До какой степени длинен этот период возбуждения, когда он стремится к цели, и как падает интерес, когда он достигает цели. Пока цель не достигнута, человек готов умереть за нее, а затем делается к ней холодным. Это крупный пример. Возьмите теперь такие мелкие явления жизни, как коллекционирование. Вы знаете, что люди коллекционируют все что угодно: марки, перья. И если вы переберете факты своей жизни – вы поразитесь, как часто собирание таких пустяков связано с такими большими надеждами и радостями, печалью. Я знаю, как солидные люди из-за какой-нибудь марки забывали даже интерес семьи. Это есть иллюстрация инстинкта достижения цели. Возьмите опять коллекционирование. У вас есть бесконечная цель – собрать марки. Ни один миллионер не в состоянии собрать всех марок, цель всегда недостижима. А рядом с этим каждая марочка есть приближение к цели и доставляет удовольствие. И вот с этим коллекционированием я и вижу стремление к достижению цели. Возьмите свою работу. Вам всегда нужны этапы. Когда вы что-либо пишете, читаете, вы всегда дробите работу на части, чтобы скоро достигнуть цели, хотя и маленькой. Это обычное стремление – разделить работу на кусочки, чтобы достичь цели по частям.

Итак, я прихожу к убеждению, что в человеческой природе существует и инстинкт достижения цели, и сознание этого инстинкта, правильная практика его есть одна из задач человеческой жизни и условий человеческого счастья. Вот в этом отношении мы, русские, поставлены сейчас плоховато. Ясно, что нации различаются по степени этого инстинкта. И мы, вероятно, не в первых рядах тех наций, у которых этот инстинкт хорошо развит. Возьмите англосаксонскую нацию или еврейскую. В них этот инстинкт невероятно бьет в глаза. Несколько лет тому назад я был поражен одной мыслью, которую случайно встретил в газете. Это была фраза какого-то агитатора христианских студенческих обществ, фраза, которую он сказал в Юрьевском университете. Он задал вопрос: «Какое условие успеха при достижении цели?» И дал такой ответ, который никогда мне в голову не пришел бы и, я уверен, не пришел бы в голову русского человека вообще. Он сказал: «Это существование препятствий». Мы ведь всегда говорим наоборот. Очевидно, понять этот ответ можно так. Если нет препятствий, то человек недостаточно раздражается, не получает толчков для работы. А это и есть доказательство инстинкта. Чем больше препятствий, тем больше действует

инстинкт. Мы в этом отношении печально отличаемся от других наций, и на эту черту надо обратить серьезное внимание. Мы все откладываем на завтра.

Нет сомнения, что у нас этот инстинкт очень слаб. А между тем ясно, что этим инстинктом определяется вся сила, вся красота жизни. Если вы достигнете целей, то жизнь приобретает для вас огромный интерес. И если человек стоит на практике «этого инстинкта», у него не может быть разочарования, он переходит от цели к цели. Мне представляется, что если русский человек в целой массе осознает огромное значение этого инстинкта – он будет практиковать ценность жизни.

Понятно, что этот инстинкт в силу различных исторических условий у нас не мог развиваться. Но теперь наша жизнь начинает

образовываться. Крепостное право, слава Богу, уничтожено. Непременное опекавание бюрократии тоже отходит в область предания.

В этом отношении поразительную практику установили англичане. С одной стороны, там много норм жизни, которых никто не может преступить. А рядом с этим идет тут же строгая практика инстинкта достижения цели. Несколько лет тому назад мне пришлось познакомиться с устройством английской школы, с гимназическими порядками. Директор, показывая мне гимназию, говорил, что он автократ, самодержец. Что же оказалось?

Есть, действительно, известные нормы, на которых он стоит до последней степени твердо. А рядом с этим у мальчиков есть такие права, которых он не может отме-

нить... Удивительное сочетание, с одной стороны, принцип власти, порядка, а с другой – самостоятельность ученого. Маленький мальчик ставит себе задачу и должен ее достигнуть, и никто ему не может препятствовать. И это в официальном учреждении.

Так вот, я нахожу, что если обратиться к корню вещей, то явления самоубийства представляются в виде падения инстинкта достижения цели. А это падение основано частью на исторических условиях, а частью на отсутствии мысли о том, что есть такой инстинкт, который надо сознать и беречь, и тогда он страшно украсит жизнь как личную, так и коллективную.

Я думаю, что если человек вечно будет с целью, которую надо достигать, то он не разочаруется в жизни. Если же человек живет

бесцельно, вот у него минута, час, и он не знает, что ему делать, вот у него день, месяц, – а иные и всю жизнь свою не знают, за что взяться, – то, конечно, можно разочароваться. Жизнь может надоесть. Наоборот, если каждую минуту человек будет с задачей, целью, делом, то не только дни и месяцы, а и вся жизнь окажется малой для достижения тех целей, которые будет человек себе ставить. Тогда можно будет видеть людей, которые до конца дней своих горят своими целями.

Сколько есть людей – политиков, практиков, людей науки, которые помирают в преклонных годах и перед смертью вспоминают о своих неоконченных целях. ■

СПбФ архив РАН. Ф.259. Оп.1.
Д.79.ЛЛ.1-12.

Публикуется с сокращениями

«Я гляжу на фотокарточку...»

Центральный институт усовершенствования врачей (1950 г., два выпуска)



Послевоенные выпуски... Страна постепенно приходит в себя после изнурительной войны. На кафедру возвращаются старые кадры, приходят фронтовики, уз-

ники фашистских концлагерей. Среди слушателей по-прежнему доминируют женщины – врачи, демографический сдвиг очевиден. Однако жизнь постепенно



налаживается, входит в свою колею. На фотографиях представлены два выпуска курсантов 1950 г. Возможно, вы кого-то из них знаете? Как сложилась их судьба?

Напишите нам! ■

П.В.Морозов,
главный редактор

Цитата

Один из вариантов романа М.А.Булгакова «Мастер и Маргарита» («Великий канцлер»)

– Секретарю Синедриона, – заговорил Пилат, не веря, все еще не веря своей свежей голове, – передать следующее. – Писарь нырнул в свиток. – **Прокуратор лично допросил бродягу и нашел, что Иешуа Га-Ноцири психически болен.** Больные речи его и послужили причиной судебной ошибки. Прокуратор Иудеи смертный приговор Синедриона не утверждает. Но вполне соглашаясь с тем, что Иешуа опасен в Ершалаиме, **прокуратор дает распоряжение о насильственном помещении его, Га-Ноцири, в лечебницу в**

Кесарии Филитовой при резиденции прокуратора...

Секретарь исчез.
– Так-то-с, царь истины, – внушительно молвил Пилат, блестя глазами.

– А я здоров, игемон, – сказал бродяга озабоченно. – Как бы опять какой путаницы не вышло?..

Пилат воздел руки к небу, некоторое время олицетворяя собою скорбную статую, и произнес потом, явно подражая самому Иешуа:

– Я тебе тоже притчу могу рассказать: во Иордане... ■



Антонио Чизери. Суд Пилата.

лой депрессии и, соответственно, среди легких депрессий.

При некоторых вариантах депрессий, которые по праву могут называться «маскированными», собственно аффективные расстройства отступают на второй план и часто не распознаются. Ведущее положение в клинической картине занимают симптомокомплексы, выходящие за пределы аффективных психопатологических регистров (В.Бройтигам и соавт., 1999), которые и создают реальные «маски» депрессий (см. ниже).

Наряду с этим выделяются стертые депрессивные состояния, симптоматика которых большей частью ограничена расстройствами аффективного спектра. Основные свойственные депрес-



Курт Шнайдер (1887–1967).

сиям проявления (собственно гипотимия, психомоторные расстройства, идеи виновности и др.) в рассматриваемых случаях мало выражены, а часть из них вообще отсутствует: «субсиндромальные», «подпороговые»/subthreshold, «малые»/minor депрессии, атипичные субклинические депрессии¹. Выраженность подпороговых депрессий в суммарной оценке по шкале Гамильтона (HAM-D) составляет более 10 баллов; популяционная распространенность – 5%; гендерное соотношение – 5,5% женщин против 2% мужчин. Среди контингента общесоматической сети подпороговые депрессии встречаются еще чаще – 16% (M. Backenstrass и соавт., 2007).

У лиц пожилого возраста (65 лет и старше) распространенность подпороговых депрессий составляет, по данным L. Judd и J. Kunovac (1998 г.), 31,1% (против 6,3% для больших депрессий). Как показывают лонгитудинальные исследования, подпороговые депрессии встречаются в 2–3 раза чаще, чем большое депрессивное расстройство, причем в этих условиях риск развития большой депрессии в течение года (т.е. за-

болеваемость большой депрессией) составляет 8–10%.

Аффективные расстройства этого круга определяются также как «тимопатические (депрессивные) эквиваленты» (J. Lopez Ibor, 1973), «ларвированные» либо «субаффективные дистимические расстройства».

Сложности в распознавании субсиндромальных депрессий могут быть связаны с особенностями самосознания больных. В ряде случаев субъективная оценка своего состояния вступает в противоречие с клинической реальностью. Пациенты могут не осознавать депрессивного расстройства («алекситимические депрессии»). Преобладают жалобы на скуку («депрессивная скука»), внутреннюю пустоту, чувство одиночества; одни становятся угрюмыми, малоподвижными; другие, напротив, наигранно оживлены, ищут активизирующие стимулы, пути компенсации в развлечениях, путешествиях, дополнительных производственных нагрузках.

Подпороговые депрессии обнаруживают тесное родство с синдромально завершенными аффективными расстройствами и должны рассматриваться как фактор риска манифестации первого депрессивного эпизода. В некоторых случаях они определяют клиническую картину длительных ремиссий, разделяющих аффективные эпизоды в рамках рекуррентных депрессий или биполярного расстройства. Субсиндромальные депрессии могут выступать в качестве одного из факторов, способствующих реализации стрессорного воздействия при формировании реактивных либо психогенно провоцированных аффективных расстройств.

Подпороговые аффективные расстройства (пессимизм, заниженная самооценка, идеи виновности, соматизированная тревога, бессонница и др.), несмотря на незначительную выраженность психопатологических симптомокомплексов, могут существенно снижать уровень социальной активности. Социальные последствия подпороговых депрессий у пожилых пациентов сопоставимы с негативным влиянием хронических соматических болезней и/или психозов на качество жизни – ухудшение физического здоровья, повышение риска инвалидизации и потребления медицинских ресурсов и др.

Наиболее эффективным методом стабилизации состояния и редукции признаков гипотимии при субсиндромальных депрессиях является амбулаторная/поддерживающая психофармакотерапия. Подходы к распознаванию субсиндромальных депрессий

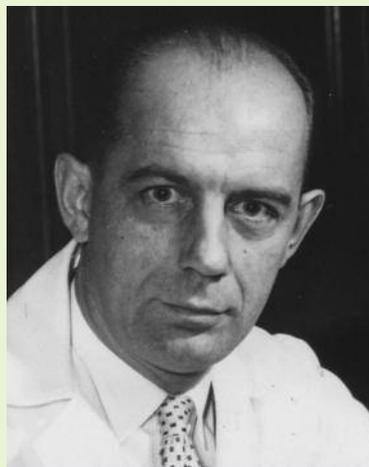
определяются особенностями клинической картины.

Иногда для установления истинной природы страдания достаточно взглянуть на застывшее, «скорбное» выражение лица и остановившийся потухший взгляд. Однако возможны и более сложные в плане выявления аффективных расстройств ситуации.

В этих случаях необходимую информацию нередко удается почерпнуть из ответов не столько на прямые вопросы, направленные на выявление конкретных психопатологических феноменов (чувствуете ли вы тоску, есть ли мысли о самоубийстве и т.п.), но относящиеся к изменениям самочувствия, общего тона настроения, влечений и всего образа жизни, нарушению интерперсональных отношений и эмоциональных связей, снижению профессионального стандарта (не исчезла ли радость жизни, близко ли слезы, давно ли превалирует пессимистическая оценка сложившейся ситуации, есть ли планы на будущее или перспективы ограничиваются «одним днем»).

Вместе с тем при активном распросе удается выявить подверженный суточному ритму патологический аффект в виде преобладающей по утрам необычной грусти, уныния, тревоги или безразличия, отгороженности от окружающего с чрезмерной фиксацией на своих телесных ощущениях.

Варианты маскированных депрессий выделяют по признаку доминирующих феноменов.

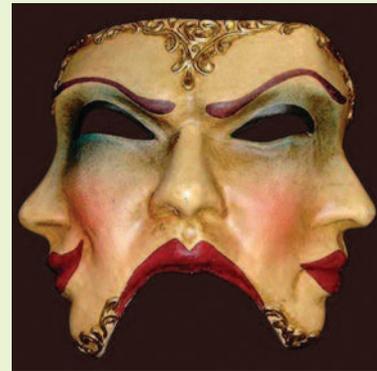


Поль Кильхольц (1916–1990).

Клиническая картина маскированных депрессий:

- 1) «Маски» в форме психопатологических расстройств:
 - тревожно-фобические (генерализованное тревожное расстройство, тревожные руминации, панические атаки, агорафобия, социофобия, нозофобия);
 - обсессивно-компульсивные (навязчивости);

- диссоциативные;
- ипохондрические;
- неврастенические;
- астенические (синдром хронической усталости, ювенильной астенической несостоятельности).



- 2) «Маски» в форме нарушения биологического ритма:
 - бессонница;
 - гиперсомния.

- 3) «Маски» в форме вегетативных, соматизированных и эндокринных расстройств:
 - синдром вегетососудистой дистонии, головокружение;
 - функциональные нарушения внутренних органов (синдром гипервентиляции, кардионевроз, синдром раздраженной толстой кишки и др.);
 - нейродермит, кожный зуд;
 - анорексия, булимия;
 - импотенция, нарушения менструального цикла.

- 4) «Маски» в форме алгий:
 - цефалгии;
 - кардиалгии;
 - абдоминалгии;
 - фибромиалгии;
 - невралгии (тройничного, лицевого нервов, межреберная невралгия, пояснично-крестцовый радикулит);
 - спондилоалгии;
 - псевдоревматические артралгии.

- 5) «Маски» в форме патохарактерологических расстройств:
 - расстройства влечений (дипсомания, наркомания, токсикомания);
 - антисоциальное поведение (склонность к дисфориям, импульсивность, конфликтность, конфронтационные установки, вспышки агрессии);
 - истерические реакции (обидчивость, плаксивость, склонность к драматизации ситуации, стремление привлечь внимание к своим недомоганиям, принятие роли больного, тенденции к самоповреждениям, суицидальный шантаж);
 - психопатические состояния депрессивного спектра с явлениями аффективной лабильности, заниженной самооценкой, чертами сенситивности и зависимости.

Депрессии, наблюдающиеся в общемедицинской сети, чаще

¹К подпороговым депрессиям примыкают «скрытые депрессии», включающие выделенные K. Schneider «депрессии почвы» и «депрессии фона». Однако если термином «подпороговая депрессия» определяется не достигающая синдромальной выраженности психическая патология, то в рамках скрытых депрессий рассматриваются незначительные колебания эндотимной почвы («колебания настроения нормальной и психопатической жизни» – Stimmungsschwankungen des normalen und psychopathischen Lebens), которые в клиническом плане могут быть сопоставлены со стертыми аффективными фазами у психопатических личностей.

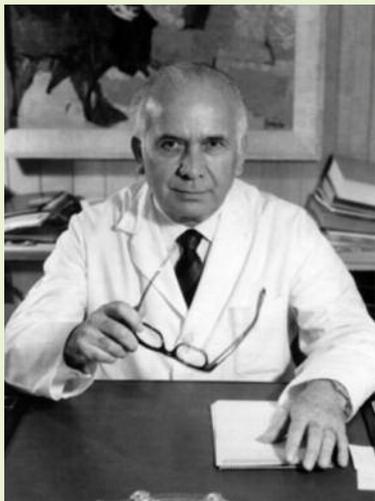
всего принимают соматические «маски». На первый план выступают ипохондрические расстройства – жалобы на потерю энергии, повышенную утомляемость, тяжесть в ногах, напряжения во всем теле. Наряду с этим возникают склонность приписывать плохое самочувствие соматическому недомоганию, опасе-

рушения желудочно-кишечного тракта (синдром раздраженной кишки) – гипомоторная дискинезия, запоры при отсутствии позывов на дефекацию, стойкие абдоминалгии в проекции толстой кишки. Синдром раздраженной кишки в 1/3 (71%) случаев является составной частью соматовегетативного комплекса депрессий

Депрессии, наблюдающиеся в общемедицинской сети, чаще всего принимают соматические «маски»

ния какого-либо редкого и трудно диагностируемого заболевания с потребностью в многочисленных обследованиях в медицинских учреждениях не психиатрического профиля.

По данным S.Lesse (1980 г.), от 1/3 до 2/3 всех пациентов, наблюдающихся у врачей широкого профиля, а также узких специалистов, страдают депрессией, маскированной ипохондрической или соматизированной симптоматикой. Нередко проявления депрессии перекрываются с симп-



Хуан Лопес Ибор (1906–1991).

томатикой органических неврозов (кардионевроз – синдром да Коста, синдром гипервентиляции, раздраженной кишки и др.)

Как показали исследования К.А.Албантовой и соавт. (2010 г.), проведенные в нашей клинике, субсиндромальные депрессии составляют 22,2% от всех депрессий (включая легкие и средней тяжести), коморбидных кардионевротическим расстройствам. Среди функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы, маскирующих аффективные расстройства, чаще всего выступают кардиалгии (давящие, сжимающие, колющие боли), достигающие иногда значительной интенсивности. При этом признаков стенокардии (ощущение дискомфорта в области сердца – усиленное, учащенное сердцебиение, перебои в работе сердца) не выявляется.

Еще чаще на первый план клинической картины депрессий выдвигаются функциональные на-

(апатические, ипохондрические депрессии). S.-Y.Lee и соавт. (2000 г.), исследуя коморбидность «неульцерозной» диспепсии, указывают на более низкие показатели перекрывания с депрессией – 56,8%. При преобладании расстройств автономной (вегетативной) нервной системы («вегетативные депрессии» по G.Lemke, 1974) в качестве фасада депрессии выступают алгии (краниалгии, миалгии разной локализации), гиперсомния – «сонливая депрессия» (А.М.Вейн, К.Хехт, 1989; R.Erkwon, 1986). Выделяют также агрипнический (прерывистый сон с неприятными сновидениями, раннее пробуждение с затрудненным, требующим волевого усилия, мучительным подъемом) и аноректический (утренняя тошнота, отсутствие аппетита и отвращение к пище, сопряженные с похуданием, запоры) варианты маскированной депрессии. Однако возможны и обратные варианты, когда в клинической картине доминирует гиперсомния либо повышенный аппетит с потреблением богатой углеводами пищи (крейвинг) и прибавкой массы тела.

Одной из наиболее распространенных в общемедицинской практике «масок» депрессий (они встречаются у 50% больных с соматизированными депрессиями – Н.Н.Петрова, Н.П.Ванчакова, 1996) являются стойкие идиопатические алгии – депрессивно-болевого синдром. Хроническая боль как проявление маскированной депрессии может локализоваться практически в любой части тела (Т.Г.Вознесенская, 1998). Среди масок депрессий часто выступают хронические дневные головные боли (chronic daily headache) или головные боли напряжения – ноющие, распирающие, давящие или стягивающие. Наряду с этим врачу приходится сталкиваться с болями в спине, кардиалгиями, абдоминалгиями (тупые боли, носящие характер постоянных диффузных ощущений, охватывающих несколько участков живота). По наблюдениям Ю.В.Грачева и соавт. (2000 г.), одной из масок депрессии являются мигрирующие болевые ощущения или парестезии в челюстно-лицевой области. В случаях манифестации фибромиалгии (включает разно-



Поль Кильхольц (фото из личного архива главного редактора).

образные болевые симптомокомплексы, локализующиеся по крайней мере в двух точках) вероятность депрессии столь велика (по данным Т.Г.Вознесенской, частота депрессий в этих случаях достигает 80%; в других источниках указываются более низкие цифры – 70%), что некоторые авторы (Г.И.Иваничев, Н.Г.Старосельцева, 2000) рассматривают депрессивные реакции в качестве облигатной составляющей синдрома фибро-

нальной) или нажитой структурой преморбидной личности.

В картине поведенческих «масок» при расстройстве личности возбудимого круга, с расстройствами влечений и брутальностью, доминируют либо диссомания (токсикомания) или склонность к азартным играм, либо (в качестве фасада дисфорического аффекта) антисоциальное поведение с приступами гнева, конфликтностью, конфронтационными установками, разрушительными тенденциями (Л.М.Барденштейн, Ю.Б.Можгинский, 2000), реактивной (но не инструментальной) агрессией.

Иногда (чаще у личностей шизоидного кластера) среди клинических проявлений стертых депрессий преобладают нарастающая замкнутость, чувствительность, сопровождающиеся разрывом связей, изоляцией от окружающих.

Субсиндромальные депрессии при конституциональных аномалиях зависимого типа наряду с тревожно-фобическими и диссоциативными, как правило, «маскируются» двигательными расстройствами – составляющими картины мягкой кататонии (нарастающая пассивность, безынициативность, психомоторная заторможенность, стереотипии, шепотная речь).

В качестве эквивалентов аффективных расстройств в рамках маскированных депрессий могут выступать патохарактерологические проявления, тесно связанные с врожденной (конституциональной) или нажитой структурой преморбидной личности

миалгии, а другие квалифицируют эту группу алгий как проявление расстройств аффективного спектра.

Среди психопатологических «масок» циркулярной депрессии чаще всего отмечаются тревожно-фобические расстройства (социофобии, страх невыполнения привычных действий, тревожные руминации, панические атаки) (S.Puzynski, 1997); P.McGrath и J.Miller (2010 г.) выделяют «тревогу с субсиндромальной депрессией» в качестве самостоятельной клинической категории. Сочетание субсиндромальной депрессии, не соответствующей по степени тяжести критериям депрессивного эпизода, с субсиндромальной тревогой в МКБ-10 рассматривается в рубрике «Смешанные тревожно-депрессивные расстройства» (F41.2), причем из общего числа таких расстройств 43% составляют субклинические депрессии, маскированные тревогой (G.Brown, 2010).

В качестве эквивалентов аффективных расстройств в рамках маскированных депрессий могут выступать патохарактерологические проявления, тесно связанные с врожденной (конституцио-

Истерические маски депрессий (истерические маски циклотимии по С.М.Плотникову и Ю.В.Ковалеву, 1992) могут приобретать форму конверсионных расстройств, а также проявляться поведенческими расстройствами: приступами раздражительности, демонстративными драматическими жестами (например, нарочитый отказ от участия в заранее запланированном торжестве – «раздражительный негативизм»/irritable negativism).

В клинической картине маскированной депрессии у личностей истерического или истерошизоидного круга (чаще всего состояние провоцируется очередным разладом с объектом привязанности) на первом плане ангедония, распространяющаяся преимущественно на сферу соматочувственных влечений. Преобладают жалобы на притупление ранее свойственных ярких чувств, отсутствие желаний, внутреннюю пустоту, потерю активности, отстраненность от происходящих событий. ■

Список литературы находится в редакции.

Приверженность терапии и мотивированность пациента



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

Как известно, высокая частота и ранние сроки самостоятельного прекращения фармакотерапии со стороны пациентов были определены еще в исследовании CATIE (Lieberman, 2005). Позднее в 2-годичном ретроспективном натуралистическом исследовании группы из 495 пациентов было показано, что в течение 2 лет с начала лечения прием препаратов на срок более 1 мес прекращают 48% пациентов (Kilzieh, 2008).

При этом пропуск приема препаратов даже на несколько дней приводит к заметному повышению частоты госпитализаций (Kozma, 2003). Так, пропуск приема препаратов менее чем на 10 дней привел к почти двукратному повышению вероятности госпитализации – до 11,9% по сравнению с 6,4% (данные по 1710 пациентам). При пропусках в терапии до 30 дней вероятность госпитализации увеличивается почти в 3 раза – до 16,1% (данные по 1166 пациентам) и более чем в 4 раза при сроках более 30 сут – до 21,6% (данные по 1122 пациентам). Как видим, даже если учитывать только тех пациентов, которые прекращают лечение на срок более 1 мес, у 48% начавших лечение пациентов в течение 2 лет риск госпитализации возрастает в 4 раза и превышает 20% по сравнению с пациентами, продолжающими прием лекарств. Для получения более точной картины нужно также учитывать пациентов, прекращающих лечение в более ранние сроки. В целом частота госпитализации пациента напрямую зависит от продолжительности эпизодов прерывания терапии. Приверженность терапии сказывается не только на количестве, но и на длительности госпитализаций. Даже если у пациентов, соблюдающих терапию, развивалось обострение и требовалась госпитализация, они проводили в стационарах в среднем в 2,7 раза меньше времени, чем пациенты, не соблюдающие режим терапии. Хотя пациенты, достигшие ремиссии, достоверно реже подвергаются госпитализации, этот риск для них сохраняется; при этом у амбула-

торных пациентов, находящихся на интермиттирующем режиме поддерживающей терапии (прием лекарств только при угрозе обострения), риск обострений и госпитализации был выше, чем у пациентов, получающих непрерывную терапию. Обзор исследований, сравнивавших непрерывный и интермиттирующий способы терапии, показал, что частота обострений через 1 год непрерывной терапии была в 1,5–3 раза ниже, чем при интермиттирующей поддерживающей терапии (Kane, 1996).

Поскольку уменьшение психотической симптоматики и само достижение ремиссии также напрямую зависят от соблюдения режима терапии, у пациентов, не соблюдающих режим приема лекарственных средств, усложняется сам процесс терапии: в частности, такие пациенты на 64% чаще требуют замены препаратов или дополнительной терапии (Grogg, 2002), у них повышен риск неблагоприятного исхода терапии, включая риск суицида и нанесения вреда себе и окружающим. Показано, что при соблюдении непрерывности терапии повторные рецидивы отсутствуют у более чем 80% пациентов (данные по атипичным антипсихотикам) (Schreiner, 2008).

Приверженность терапии как фактор повышения эффективности лечения шизофрении

Важно отметить, что контроль со стороны врачей и родственников пациента не всегда оказывается достаточным: так, среди выписавшихся из стационара пациентов по меньшей мере 50% не соблюдали режим терапии в течение первого года и 75% – в течение второго года после выписки, несмотря на мониторинг приема ими лекарств (подсчет таблеток, дневники пациентов, отчет аптеки, концентрация препарата в крови). Самые частые нарушения режима приема лекарств отмечены непосредственно после выписки: в первые 7–10 дней число пациентов, прекращавших терапию, достигало 15–25% (Lam, 1997). Очевидно, что частота неполного соблюдения режима терапии у больных шизофренией возрастает после выписки из стационара даже в условиях мониторинга со стороны персонала. Это показывает, что для соблюдения режима лечения очень важно участие самого пациента, его осознание необходимости точно соблюдать предписания врача. Это сложная задача, связанная с множеством технических и личностных аспектов. Если говорить о самих пациентах, то у многих из них в начале терапии часто наблюдаются нарушения критики к собственному состоянию или когнитивный дефицит, которые

мешают принимать осознанные решения. Также многие пациенты и их родственники в принципе не доверяют лекарственной терапии, часто это сочетается с определенными предрассудками и недостатком знаний о заболевании и современных методах терапии. Иногда причиной прекращения терапии выступает даже улучшение самочувствия – пациент считает, что теперь ему лучше и нет необходимости принимать препарат. Даже при осознании и принятии пациентом необходимости непрерывной терапии он может прекращать лечение из-за того влияния, которое терапевтический процесс оказывает на качество жизни: в первую очередь это побочные явления, но причиной может выступить и сложность самого процесса терапии (скажем, если необходимо принимать несколько препаратов в разное время). Решение такой, казалось бы, технической проблемы, как удобный режим приема препарата, может обеспечивать соблюдение режима терапии у значительного числа пациентов (Olivares, 2007).

Достижение приверженности терапии

Приверженность лечению со стороны самого пациента выступает одним из ключевых факто-

ров успешности фармакотерапии. Для ее достижения необходимо сочетание нескольких составляющих.

Для пациентов: приемлемость процесса лечения (удобные терапевтические схемы и препараты с хорошей переносимостью), эффективность применяемых препаратов, осознанный подход к процессу терапии, доверие к врачу, в целом удовлетворенность процессом и достигаемыми результатами терапии.

Со стороны врачей: понимание причин несоблюдения терапии пациентом, наличие качественных знаний о современных способах терапии и подбора лечения, наконец, это вопрос квалификации и обоснованности врачебных решений.

Со стороны системы здравоохранения: наличие грамотных, удобных, современных, практически обоснованных схем терапии, доступность препаратов пролонгированного действия, удовлетворяющих требованиям врача и пациента. Совокупность всех перечисленных условий явится, без сомнения, залогом успеха психофармакотерапии, что в сочетании с комплексными мерами психосоциальной реабилитации, включая активную помощь семьи, будет способствовать улучшению социального функционирования больных, их возвращению к нормальной жизни, а в ряде случаев, при соблюдении всех условий, и к практическому выздоровлению. ■

Более половины пациентов, страдающих шизофренией, не соблюдают рекомендуемый режим терапии¹

По сравнению с пероральными препаратами лечение пролонгированными инъекционными антипсихотиками позволяет:

- пациентам дольше оставаться на терапии²
- улучшить показатели социального функционирования³
- снизить частоту госпитализаций⁴

Ксеплион – новый пролонгированный, инъекционный препарат для введения **1 раз в месяц⁵** – помогает контролировать основные симптомы заболевания^{4,6}, снижает риск рецидива⁴ и дает Вашим пациентам шанс сохранить свое будущее

Перед назначением внимательно прочитайте инструкцию по применению препарата Ксеплион

Профилактика рецидивов, основа для будущего

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

Ссылки: 1. Marder SR. J Clin Psychiatry 2003; 64(suppl 16): 3-9.
2. Olivares JM et al. European Psychiatry 2009; 24: 283a-296.
3. Инструкция по применению Ксеплион. 4. Hooley D et al. Schiz Res 2010; 118(1):117-5. Fardina GJ et al. J Clin Psychopharmacol 2010; 30: 235-244. 6. Bouze C et al. Poster MB 6-5 presented at the American Psychiatric Association Annual Meeting, 22-26 May 2010, New Orleans, Louisiana, USA.
Ксеплион ПП, JCP – 00901470

От главного редактора. Статья профессора М.Г.Гулямова пролежала в архивах более 20 лет, но не потеряла своей актуальности. Мы публикуем данную работу в знак уважения к памяти видного ученого-психиатра, мужественно встретившего смерть и трагически погибшего от рук террористов.

П.В.Морозов

О вариантах синдрома психического автоматизма



М.Г.Гулямов
Кафедра психиатрии
Таджикского медицинского
института им. Авиценны

Синдром психического автоматизма включает самые разнообразные взаимосвязанные между собой психопатологические феномены, которые охватывают почти все стороны психической деятельности человека. Этот синдром является наиболее сложным психопатологическим симптомокомплексом среди всех известных в психиатрии синдромов.

Психопатологические феномены, сопровождающиеся отчуждением принадлежности себе собственных психических актов и чувством постоянного влияния посторонней, действующей извне силы, стали привлекать внимание психиатров с давних времен.

В 1880 г. в журнале «Медицинское обозрение» была опубликована статья старшего ординатора Петербургской городской психиатрической больницы Святого Николая Чудотворца, тогда еще малоизвестного врача-психиатра Виктора Хрисанфовича Кандинского «К вопросу о галлюцинациях», в которой автор, ссылаясь на перенесенный им лично приступ психического заболевания, закончившийся благополучным исходом, описал новый класс галлюцинаторных расстройств. В этой работе В.Х.Кандинским было дано блестящее клиническое описание того сложного психопатологического симптомокомплекса, который почти 40 лет спустя был описан французским психиатром Клерамбо под названием «психический автоматизм».

В.Х.Кандинский, хотя и не дал полной классификации психопатологических феноменов, относящихся к синдрому психического

автоматизма, тем не менее впервые описал все составляющие его симптомы. Автор не только установил специфические особенности псевдогаллюцинаций, он также выделил и описал все родственные им психопатологические явления, возникающие одновременно с псевдогаллюцинациями: насильственные представления, речевые задержки, чувство внутренней раскрытости, насильственные чувствования, разновидности речедвигательных галлюцинаций – от простых кинестетических до речевых, а также искусственно вызванные неприятные ощущения, сделанные сновидения, бредовые идеи воздействия и т.д. В.Х.Кандинский впервые отметил, что для всех симптомов, составляющих этот сложный психопатологический симптомокомплекс, характерно чувство чуждости, сделанности, насильственности, искусственности и отсутствие чувства собственной внутренней деятельности, т.е. рецептивности. Именно эти психопатологические явления служат как бы цементирующей основой, обуславливающей взаимосвязь всех психопатологических феноменов в структуре синдрома психического автоматизма.

Описанный В.Х.Кандинским психопатологический симптомокомплекс спустя более 40 лет стал интенсивно изучаться французскими психиатрами. О большом интересе к синдрому психического автоматизма во французской психиатрии свидетельствует тот факт, что этот симптомокомплекс в качестве программного вопроса был обсужден на 31-м Конгрессе психиатров и невропатологов Франции и стран французского языка, проходившем с 25 июля по 1 августа 1927 г. в г. Блуа.

Наименование синдрома «психический автоматизм» (automatisme mental) Клерамбо заимствовал из работ П.Жанэ, но вложил в это понятие иное содержание. Под психическим автоматизмом Жанэ понимал такую психическую деятельность, которая является бессознательной. Она обладает всеми признаками психического акта, за исключением того, что никогда не осознается выполняющим субъектом. Концепция Клерамбо о синдроме психического автоматизма («ядерный синдром хронических галлюцинаторных психозов», «синдром паразитизма», синдром «S»), изложенная в ряде работ, за-

ключается в следующем: психический автоматизм – это единственный, специфический автоматизм, который автоматичен по своему возникновению, своей структуре и динамике, по своей завершенности и целостности. Критерием автоматичности синдрома является его независимость от «я» больного, от его воли и полная его недоступность психическому влиянию.

Как известно, синдром психического автоматизма включает автоматизм трех видов: чувственный; двигательный и высший психический, или идейно-словесный. К чувственному автоматизму Клерамбо относил различные алгии, парестезии, сенестопатии; к двигательному автоматизму – насильственные импульсивные действия, насильственные жесты, гримасы и гиперкинезы, утерю способность принимать решение, задержки двигательных актов. К идейно-словесному, или высшему психическо-



В.Х.Кандинский (1849–1889).

му автоматизму, помимо псевдогаллюцинаций, он относил внушенные, подставные мысли, вынужденное мышление, вытягивание мыслей, «эхо» мысли, безгласное развертывание воспоминаний, немотивированные чувства симпатии и антипатии и т.д. Клерамбо подчеркивал, что специфическим клиническим признаком всех психопатологических феноменов, входящих в синдром психического автоматизма, является субъективная оценка их больными как автоматических, не принадлежащих собственной личности.

Клерамбо в своем выступлении на 31-м Конгрессе психиатров и невропатологов Франции и стран

французского языка подчеркнул, что синдром состоит из положительных, нейтральных и отрицательных феноменов. К положительным явлениям он относил феномены чувственного, двигательного и психического порядка. Среди симптомов высшего психического автоматизма важнейшим он считал «эхо» мысли во всех его вариантах: эхо, повторяющее каждую мысль больного; эхо, извещающее о каждом поступке, движении и жесте больного; и эхо, сопровождающее письмо больного. К нейтральным расстройствам он относил безыдейные и атематические расстройства, лишенные определенного смысла и содержания, и подчеркнул, что они почти постоянно наблюдаются при синдроме психического автоматизма. Отрицательные симптомы (остановка и пустота мыслей, чувство растерянности, замещение мыслей больного подставными), по мнению автора, менее свойственны хроническим галлюцинаторным психозам; чаще всего они наблюдаются при шизофрении в сочетании с более грубыми чувственными и двигательными расстройствами; соотношение между количеством положительных и отрицательных явлений варьирует в зависимости от возраста больного. Отрицательные симптомы психического автоматизма чаще всего наблюдаются в молодом возрасте. На упомянутом выше конгрессе синдром психического автоматизма был назван именем Клерамбо.

Наши многолетние исследования по изучению психопатологии, диагностического и прогностического значения синдрома психического автоматизма у более чем 500 больных с эндогенными и экзогенными психозами позволили обосновать факт существования двух его вариантов и двух психопатологических феноменов, не содержащихся в классификациях симптомов психического автоматизма Клерамбо и А.В.Снежневского. Последние, получившие признание советских психиатров, проявляются в следующих синдромах и симптомах.

Активный вариант синдрома психического автоматизма отличается от классического двумя существенными особенностями: 1) наличием чувства собственной внутренней деятельности; 2) наличием чувства психического обогащения личности, вызванного воздействием извне.

Важной особенностью данного варианта синдрома психического автоматизма является то, что в отличие от классического варианта (при котором больные испытывают утрату собственной

Продолжение на стр. 8

активности, чувство чуждости, сделанности, насильственности, искусственности собственных психических процессов) у больных появляется убеждение в том, что они в силу внезапно наступившего обогащения личности ранее несвойственными ей качествами могут влиять на различные стороны психической деятельности окружающих. Больные утверждают, что посредством лучей, гипноза, необычного отражения электромагнитных волн и т.п. их зарядили, одарили особой способностью, благодаря чему они могут заставить своих преследователей вести с ними мысленный диалог, отвечать мысленно на все их вопросы, вкладывать в их головы самые чудовищные мысли, передавать на большие расстояния им свой голос и заставлять себя выслушивать; помимо воли преследователей, незная на неприятное содержание голосов, заставляя их смеяться, плакать, дрожать от страха, краснеть, бледнеть; вызывать образы своих преследователей и ясно видеть их перед собой (симптомы активного варианта идеаторного автоматизма); причинять своим преследователям, где бы они ни находились, неприятные ощущения, вызывающие у них нередко душераздирающий крик, вибрацию тел и т.п. (симптомы активного варианта сенсорного автоматизма); могли сковывать движения своих преследователей: застывать или усыплять их в самых нелепых позах, заставляя помимо их воли совершать разные нелепые движения и поступки (симптомы активного варианта моторного автоматизма).

То обстоятельство, что описываемые нами расстройства вызываются, хотя и под влиянием извне, но по произволу псевдогаллюцинирующего субъекта и сопровождаются чувством собственной внутренней деятельности, что не характерно для классического варианта синдрома психического автоматизма, дало нам основание обозначить приведенное выше психопатологическое состояние как активный вариант синдрома Кандинского–Клерамбо.

В некоторых работах, посвященных изучению шизофрении, содержится описание психопатологических расстройств, внешне напоминающих описываемую разновидность синдрома психического автоматизма. Однако в указанных работах отсутствует важнейший компонент наблюдавшегося нами варианта синдрома психического автоматизма – чувства сделанности. В наших наблюдениях больные могли влиять на различные стороны психической деятельности окружающих благодаря психическому обогащению, обусловленному, как правило, воздействием извне. Именно эта особенность – чувство сделан-

ности – подчеркивается в работе А.М.Халецкого, посвященной контрастным формам синдрома психического автоматизма. Но в них речь идет о несколько иных расстройствах, стоящих ближе к бредовым. Автор подчеркивает, что в основе некоторых бредовых идей, относимых обычно к разряду идей величия, можно отметить признаки синдрома психического автоматизма.

Особого внимания заслуживает отношение самих больных к психопатологическим проявлениям активного варианта синдрома психического автоматизма. В тех случаях, когда эти феномены присутствуют в картине приступа шизофрении, протекающего с депрессивным аффектом, они переживаются больными мучительно, сопровождаются тревогой, ажитацией и нередко суицидальными мыслями и попытками. Одна из наших больных утверждала, что каждый раз, воздействуя на знакомых или незнакомых ей людей, слышит в голове душераздирающие крики, стоны, которые сопровождаются словами: «Мучаешь меня, больше не выдержи...». Больная, будучи убеждена, что она заставляет мучиться и страдать людей при помощи лучей, исходящих от ее яичников, требовала удалить их, чтобы избавить ее от способности мучить и терзать людей, или умертвить ее. В других случаях, когда проявления активного варианта синдрома психического автоматизма отмечаются в структуре приступа шизофрении, протекающего с маниакальным аффектом, они воспринимаются больными с чувством восхищения и удовлетворения.

Один из больных, слышавший внутри головы однообразные, стереотипные звуки, характер которых затруднялся описать, утверждал, что посредством этих сигналов Бог одаривает его особой способностью, благодаря чему он читает мысли других людей и вмешивается в их течение, может гипнотизировать окружающих и заставлять их часами стоять неподвижно напоподобие каменных изваяний; может вызвать припадок или прекратить его. Другая больная заявляла, что ее сердце превратили в «святое гнездышко» и тем самым наделили способностью воздействовать на всех окружающих, в том числе и на лечащего врача, управлять ими. Считала, что узнает мысли окружающих, предугадывает их намерения, желания. Настроившись на нужную частоту радиоволны, она может мысленно созерцать знакомых ей людей. Мысленно видела своего умершего отца, возвращающегося «с того света».

Наши исследования показали, что психопатологическая структура синдрома психического автоматизма при хроническом алкогольном галлюцинозе, протекающем без бреда, отличается

известным клиническим своеобразием. В этих случаях в клиническую картину выраженного вербального галлюциноза на фоне ясного сознания включаются симптомы ассоциативного (псевдогаллюцинации слуха, симптом открытости, задержка мыслей, передача мыслей на расстоянии) и проявления кинестетического автоматизма в виде речедвигательных псевдогаллюцинаций. Длительное наблюдение за состоянием таких больных на протяжении периода от 6 до 30 лет показало, что на всем протяжении болезни структура синдрома психического автоматизма здесь, как правило, ограничивается психопатологическими феноменами, относящимися к ассоциативным и кинестетическим автоматизмам, и не включает сенсорные автоматизмы. Несмотря на то что хронический алкогольный галлюциноз продолжается много лет, он не приводит ни к слабоумию, ни к снижению уровня личности. Спустя 3–4 года после начала болезни голоса становятся менее напряженными и яркими, нередко появляются периоды, свободные от галлюциноза. На всем протяжении болезни больные критически относятся к своему состоянию и не высказывают бредовых идей.

Исходя из того, что отсутствие бредовых идей при указанной форме хронического алкогольного галлюциноза сочетается с отсутствием сенсорных автоматизмов, можно предположить существование взаимосвязи между наличием последних в клинической картине синдрома психического автоматизма и формированием бредовых идей. Особенности структуры синдрома психического автоматизма при хроническом алкогольном галлюцинозе, не укладывающейся в рамки классического варианта этого симптомокомплекса, позволили нам обозначить его как галлюцинозный вариант синдрома психического автоматизма.

У больных эпилептическим галлюцинозом нередко в психопатологической структуре синдрома психического автоматизма присутствует своеобразный психопатологический феномен, обозначенный нами как зрительные буквенные псевдогаллюцинации. В этих случаях больные утверждают, что где-то внутри головы, внутри глаз им не только показывают определенные буквы, слова или целые фразы, но и заставляют их читать. Инертность и однообразие, отсутствие склонности к расширению зрительных буквенных псевдогаллюцинаций у больных эпилептическим галлюцинозом, по нашему мнению, следует рассматривать не только как следствие органического эпилептического процесса, но и как проявление одной из основных особенностей эпилептической психики – тенденции к персеверированию.

В клинической картине гриппозных психозов, протекающих с симптоматикой энцефалита, в структуре синдрома психического автоматизма нередко наблюдался психопатологический феномен, обозначенный нами как функциональные слуховые псевдогаллюцинации. Одна из больных, у которой было затруднено носовое дыхание, при сопении слышала голоса, исходящие из носа, когда же больная дышала через рот, то в такт дыханию слышала те же голоса, исходящие изо рта. У другой больной четко очерченные однообразные голоса неприятного содержания возникали при приступах кашля и чихании, они исходили, соответственно, то из носа, то из горла. В обоих случаях больные подчеркивали необычность и неестественный характер голосов.

Нередко активный вариант синдрома психического автоматизма включает своеобразный психопатологический феномен, проявляющийся в утверждении больных, что они благодаря особой способности могут превращать людей в насекомых и животных (в мух, лягушек, обезьян



Г.Г. де Клерамбо (1872–1934).

и т.п.). Этот феномен, который может быть оценен как «бред активной метаморфозы», по-видимому, неслучайно сопутствует картине активного варианта синдрома. А.В.Снежневский указывал, что бред метаморфозы связан с бредом физического воздействия и входит в структуру синдрома психического автоматизма. Приведенные выше данные еще раз подтверждают положение, высказанное ранее А.В.Снежневским, о том, что синдром психического автоматизма еще далеко не полностью изучен. При исследовании больных он нередко просматривается. На самом деле синдром психического автоматизма в той или иной форме встречается гораздо чаще и при большем числе болезней, чем это принято считать. ■

Список литературы находится в редакции.

Доказательные исследования в психиатрии: анализ практической значимости



А.Б.Шумкер
ФГБУ Московский НИИ
психиатрии Минздрава РФ

Введение

В настоящее время в психиатрии особое внимание уделяется доказательности проводимых исследований. Считается, что результаты только тех из них, которые в полной мере соответствуют принципам доказательной медицины, могут рассматриваться как достоверные и, соответственно, претендовать на внедрение в клиническую практику, а также учитываться в дальнейших научных изысканиях.

Считается, что термин «медицина, основанная на доказательствах» (evidence based medicine) был предложен в 1990 г. группой ученых из университета Макмастера (McMaster University, Торонто, Канада), хотя стремление к выработке рекомендаций по диагностике и лечению больных на основе научно обоснованных исследований, безусловно, осуществлялось значительно раньше, по крайней мере последние 150 лет. Однако именно с 90-х годов XX в. данный подход стал доминирующим.

Развитие концепции доказательной медицины связано с рядом имен. Во-первых, следует упомянуть A.Cochrane. Занимаясь проблемой медицинских ошибок и в конечном итоге став эпидемиологом, он был сторонником экспериментального подхода в клинической медицине, направленного на получение достоверных данных в отношении диагностики и лечения: в основе такой научной достоверности, по его мнению, должны лежать рандомизированные контролируемые исследования. Данная точка зрения сразу же привлекла внимание медицинских чиновников во многом благодаря чрезвычайно

чувствительному для них посылу: стоимость медицинской помощи весьма велика, и любые процедуры, эффективность которых не доказана, не могут рекомендоваться для применения и, более того, должны быть «искоренены».

Еще одной ключевой фигурой для развития концепции доказательной медицины является A.Feinstein. Будучи по первому образованию математиком и лишь в дальнейшем занявшись медициной, он очень хорошо понимал возможности и ограничения предлагаемых методик, а его способность давать меткие характеристики была весьма чувствительной для оппонентов. В частности, чрезмерную увлеченность рандомизированными контролируемые исследованиями он называл «рандофилией», метаанализы – «статистической алхимией XXI столетия», а ряд методов клинической биостатистики сравнивал с туманом и воздушными замками. Как клиницист, A.Feinstein обращал внимание на гетерогенность проявлений заболевания, наблюдаемых в клинической практике: у одних больных может наблюдаться одна группа симптомов, у других – другая, а у части пациентов отмечается их полный спектр. По его мнению, эти данные должны быть тщательно собраны, систематизированы и использованы для определения лечения и прогноза, что и составляет основу клинического суждения – ключевого понятия в его системе (книга с аналогичным названием вышла в 1967 г.). Преимущество рандомизированных контролируемых исследований он видел в их способности отвечать на административные вопросы, однако без проявления клинических. При этом он с сожалением отмечал, что подход, основанный на клиническом суждении, умирает: выросло поколение, которое «никогда не слышало о нем», и в большинстве случаев клиническая эпидемиология игнорирует его, увлекшись математической моделью. Подчеркивая, что он не нападет на рандомизированные контролируемые исследования, которые, по его мнению, внесли блестящий вклад в науку, A.Feinstein указывал, что совершенно неверно думать, что они могут ответить на вопросы клинической практики, отмечая, что «если вы не хотите думать, рандомизированные исследования – прекрасный путь избежать этого». Однако несмотря на это, он

довольно тесно сотрудничал с отделом клинической эпидемиологии и биостатистики университета Макмастера.

Появление данного подразделения в конце 60-х годов XX в. в значительной степени было связано с ростом стоимости медицинской помощи, который достиг кризисного уровня в последующие десятилетия. В основе разработок данной группы лежало положение A.Feinstein о возможности оценить эффективность клинической помощи, объединенное с подходом A.Cochrane, предлагавшего с помощью рандомизированных контролируемых исследований решать задачи администрирования, что оказалось весьма своевременным в условиях нарастающего напряжения между клинической практикой и системой организации здраво-



Archibald L. Cochrane (1909–1988).

охранения. Ключевым положением этих разработок являлось утверждение о возможности использования только тех профилактических, диагностических и лечебных методов, эффективность которых была достоверно доказана и польза от применения которых превышает потенциальные нежелательные явления. Указывалось, что рандомизированные контролируемые исследования могут дать ответ на вопрос «что работает?», а концепция A.Feinstein адресует процессу принятия решения клиницистом в определенной клинической ситуации.

Все это позволило авторам говорить о возникновении новой научной дисциплины – медицины, основанной на доказательствах. Ее методической основой является клиническая эпидемиология, разрабатывающая методы клинических исследований, которые дают возможность делать научно обоснованные заключения, сводя к минимуму влияние систематических и случайных

ошибок на результаты исследования. Основным инструментом клинической эпидемиологии является статистика – дисциплина, занимающаяся изучением приемов систематического наблюдения над массовыми явлениями, составлением численных их описаний и научной обработкой этих описаний. С помощью биомедицинской статистики описываются результаты любых биологических и медицинских исследований, представленных в виде цифр, таблиц, графиков, гистограмм.

Однако исследовательская группа из университета Макмастера не ограничилась только статистическими описаниями. Как подчеркивал ее основатель и первый руководитель D.Sackett, доказательная медицина не исчерпывается исключительно рандомизированными исследованиями и метаанализами: «Без клинической квалификации практика рискует подавиться доказательствами, поскольку даже превосходно внешне обоснованное доказательство может быть неприменимым или несоответствующим отдельному пациенту» – необходимо объединение индивидуального профессионализма (квалификация и клиническое мышление, приобретаемые в процессе накопления клинического опыта) с доказательствами, полученными из систематического исследования.

С этой точки зрения, огромной заслугой специально созданной рабочей группы по доказательной медицине (Evidence Based Medicine Working Group) являлась публикация большой серии статей, дающих рекомендации специалистам-медикам о том, каким образом оценивать результаты и выводы тех или иных статей, клинических исследований, обзоров, руководств по клинической практике, клинических анализов: насколько надежны приводимые данные, какова их суть, как оценивать безопасность анализируемых методов и их влияние на качество жизни больных. Чрезвычайно важным является тот факт, что авторы наряду с рассмотрением значения представленных данных для медицинской службы (в том числе с точки зрения экономики здравоохранения) большое внимание уделили вопросу, каким образом они могут быть полезны для выбора тактики в отношении конкретного пациента.

В настоящее время значение этих работ, учитывая все увеличивающийся вал публикаций, еще больше возрастает. Вместе с тем для широкого круга специалистов предлагается использовать довольно простую схему, отражающую иерархию достоверности полученных результатов (по возрастающей): описание отдельных случаев, описание серии случаев, ретроспек-

Продолжение на стр. 10

тивное исследование «случай–контроль», аналитическое одномоментное исследование, проспективное когортное (популяционное исследование), рандомизированное контролируемое исследование медицинских вмешательств (методов лечения, профилактики), метаанализ. Из этой схемы вытекают общепринятые уровни доказательности исследований (по убывающей): *уровень I (A)* – большие двойные слепые плацебо-контролируемые исследования, а также данные, полученные при метаанализе нескольких рандомизированных конт-



Один из авторов концепции «доказательной медицины» профессор Университета Макмастер David L. Sackett.

ролируемых исследований; *уровень II (B)* – небольшие рандомизированные и контролируемые исследования, при которых статистические данные построены на небольшом числе больных; *уровень III (C)* – нерандомизированные клинические исследования на ограниченном количестве пациентов; *уровень IV (D)* – выработка группой экспертов консенсуса по определенной проблеме.

На сегодняшний день представленный подход стал общепринятым и практически канонизировался, нередко с игнорированием всех других подходов и систем доказательств (например, качественного анализа) или с низведением их значимости (отдельные «классические» случаи). В значительной степени это обусловлено тем, что он дает простые и строго регламентированные критерии для организаторов здравоохранения, менеджеров компаний-разработчиков, представителей страховых компаний и грантодателей, пациентов, их родственников и адвокатов, т.е. лиц, как правило, не являющихся специалистами по собственно оказанию медицинской помощи, но которые могут быть вовлечены в ее оценку и принятие организационных и юридических решений. В этих случаях строго регламентированный подход оказывается безусловно выигрышным. Однако в том виде, в котором он существует в настоящее время, позволяет ли он получать данные для выра-

ботки тактики ведения конкретного пациента? Сомнения в этом, в частности в отношении психиатрической помощи, налицо. Так, указывается, что существует разрыв между клиническими исследованиями и обстоятельствами конкретных больных, обусловленный преимущественно бизнес-направленностью клинических исследований: их целью главным образом является одобрение со стороны административных структур и продвижение на рынок. В некоторых работах отмечается, что стандарты доказательной медицины не вполне применимы в психиатрии, по крайней мере на данном этапе ее развития, из чего обосновывается вывод о необходимости разработки для психиатрии специальных стандартов доказательности.

Но не является ли данная точка зрения артефактом *клинического впечатления*, столь низко оцениваемого доказательной медициной? Этот вопрос требует прояснения, на что в значительной степени и направлена данная статья.

Общие положения

При проведении корректных клинических исследований, отвечающих принципам доказательной медицины, необходимо соблюдать ряд этапов, планирование и осуществление которых должно соответствовать определенным требованиям. В основу проведенного в данной работе анализа была заложена оценка как собственно содержания этих требований, так и особенностей их выполнения при подготовке и осуществлении исследований. Конкретным содержанием анализа являлись цели и задачи, которые ставились при их планировании, подходы к формированию выборки пациентов, оцениваемые показатели, полученные результаты и их обработка, а также выводы (их полнота, обоснованность и практическая значимость).

В этой связи следует упомянуть активно обсуждаемую в последнее время проблему проведения *плацебо-контролируемых исследований*. Помимо рассмотрения этичности данного подхода (этот аспект выходит за рамки задач проводимого анализа), существенным является определение возможности терапевтического действия плацебо: значительное число специалистов сознательно используют его в своей повседневной практике для терапевтических целей. Так, в США 56% семейных врачей используют плацебо (правда, в этих случаях, как правило, применяется не нейтральное вещество, а лекарственное средство, однако, не обладающее соответствующим фармакологическим эффектом), причем 97% указывают на его терапевтический эффект, 85% считают, что оно оказывает как психологиче-

ское, так и соматическое лечебное действие. Только 8% специалистов высказались за то, чтобы применение плацебо в клинической практике было категорически запрещено.

Следует отметить, что подобная точка зрения была выявлена не только у врачей первичной помощи, но и у специалистов, работающих в университетских клиниках (в частности, данный опрос проводился в Чикаго), т.е. потенциально более осведомленных в отношении новейших достижений медицины: 45% из них используют плацебо в своей клинической практике, 97% указывают на его терапевтический эффект, 40% предполагают в том числе и физиологическое действие в отношении курируемого заболевания, и только 12% предлагают категорически запретить применение плацебо для лечения больных.

В упомянутых работах обращает на себя внимание, что даже в США (с их высоким уровнем стандартизации помощи и контролем со стороны страховых компаний) существует практически полная (97%) убежденность специалистов в реальном терапевтическом действии плацебо. Данный факт, по-видимому, требует постановки ряда вопросов. При каких болезнях, какой их тяжести и других особенностях эффект пла-



Корпус Университета Макмастер в Торонто (1909).

цебо более выражен и почему? Существует ли плацебо-эффект при применении препаратов с доказанной эффективностью, и если да, то суммируется ли он с их собственно терапевтическим действием, формируя результирующий эффект в виде простой суммы отдельных составляющих (результирующий эффект = эффект препарата + плацебо-эффект), частично поглощаясь (результирующий эффект = эффект препарата + $k \times$ плацебо-эффект, где $k < 1$) или усиливая «клинически обоснованное» действие препарата (результирующий эффект = эффект препарата + $k \times$ плацебо-эффект, где $k > 1$)? Какие факторы могут повлиять на этот процесс: в частности, собственно эффективность препарата (можно ли утверждать, что более эффективные лекарства обладают и более выраженным плацебо-эффектом, и какие отдельные составляющие терапевтического действия являются наиболее значимыми); индивидуальные (личностные и соматические) характеристики

пациентов, а также обстоятельства осуществления терапии?

Последнее является особенно важным в случаях использования плацебо в клинических исследованиях. При их проведении курация больных существенно отличается от рутинной практики. Пациенты часто (во многих случаях еженедельно) наблюдаются персоналом, им уделяют большое внимание, интересуясь обстоятельствами жизни, обследуют, проводят значительное число диагностических процедур, нередко мало доступных в обычных условиях. Участие в исследовании дает шанс получить самые современные препараты (рандомизация в группы с активным лекарственным средством составляет в зависимости от дизайна исследования от 50 до 80%). В этих условиях возможность развития эффекта терапии, не связанного с фармакологическим действием изучаемого препарата, значительно возрастает. Фактически, помимо назначения медикаментозного лечения, осуществляется своего рода психотерапия.

Следует отметить, что ответы на часть из поставленных выше вопросов известны. Так, указывается, что плацебо-эффект труднее «отделить» от терапевтического действия активного препарата при наличии депрессивной симптоматики по сравнению с галлюцинозными-бредовой, а также при меньшей тяжести расстройств. Однако большинство аспектов развития плацебо-эффекта, в частности при проведении клинических исследований, остаются без рассмотрения. Так, дизайн анализируемых в данной работе исследований (см. ниже) ни в одном случае не был направлен на минимизацию дополнительных возможностей влияния нелекарственных воздействий на результат лечения (за исключением введения периода «отмывки» – washout period), а последующий анализ полученных результатов не вводил поправки на их наличие.

Складывается впечатление, что на практике при проведении клинических исследований эффективность в группе плацебо рассматривается как артефакт, некое случайное стечение обстоятельств, по существу приравняемое к спонтанному улучшению без проведения терапии. Соответственно, проблемы «отделения» изучаемого препарата от плацебо решаются не путем учета факторов, могущих сказаться на выраженности плацебо-эффекта, а большей стандартизации и «объективизации» оценок (например, проведение диагностических тестов «третьей стороной», специально обученными высококвалифицированными независимыми экспертами); предполагается, что чрезмерно высокая эффективность терапии в группе плацебо преимущественно связана с недостаточным

качеством работы исследователей. В ряде публикаций демонстрируются положительные результаты такого подхода, однако это не исключает необходимости учета других факторов, сказывающихся на плацебо-эффекте: в клинических исследованиях его влияние должно быть минимизировано (в отличие от повседневной клинической практики, когда его можно использовать в терапевтических целях), поскольку является «шумом» при оценке эффективности изучаемого лекарственного средства.

Возвращаясь к анализу целей проведения клинических исследований, следует отметить, что сопоставление нового препарата с плацебо является лишь первым этапом доказательства его клинической эффективности. На следующей стадии необходимо продемонстрировать *преимущества исследуемого вещества по сравнению с другим препаратом с доказанной эффективностью*. Однако проблема состоит в том, что в разных исследованиях нередко получают прямо противоположные результаты. Анализ этих работ выявил существенное значение в этом отношении факта, кем было организовано и финансировано то или иное исследование. При формальном соблюдении основных принципов доказательной медицины (рандомизированные двойные слепые плацебо-контролируемые исследования) и публикации в журналах с высоким рейтингом и требованиями к предоставляемым статьям (например, в упомянутых выше случаях это «Американский журнал психиатрии» и «Журнал клинической психофармакологии») выявляются факторы, в конечном итоге оказывающие решающее значение на основные результаты.

Согласно специально осуществленному анализу в 90% абстрактов статей, поддерживаемых фирмами-производителями, их препарат имеет преимущество перед препаратом сравнения. Хотя авторы данной работы признают высокое качество исследований, спонсируемых фармацевтическими компаниями, в методологическом отношении нередко превышает качество «независимых» исследований (к таким методологическим преимуществам относятся достаточный размер выборки, ее валидная центральная рандомизация, высокие требования к сбору материала, его мониторингованию и аудиту), ряд особенностей разработанного спонсором протокола позволяет представлять «свой» препарат в более выгодном свете. К таким существенным характеристикам относятся критерии включения и исследуемая выборка, используемые дозы и их титрация, а также методика обработки полученных данных. Указывается, что рецен-

зенты должны учитывать эти особенности в своих отзывах, а читатели в обязательном порядке обращать на них внимание при чтении научных статей, хотя формат публикаций зачастую не позволяет полностью изложить все существенные аспекты проведенного исследования. Кроме того, публиковаться должны все полученные результаты, как демонстрирующие преимущества изучаемого метода лечения, так и потерпевшие неудачу (в последнее время подобное требование становится обязательным).

Анализ публикаций

Учитывая огромное количество работ, ежегодно публикуемых в психиатрической периодической печати, тщательное рассмотрение и отбор которых угрожал бы своим объемом блокировать собственно рассмотрение изучаемой проблемы, было решено использовать представленную в литературе уже осуществленную другими авторами селекцию статей. При этом представилось целесообразным ограничиться исследованиями, касающимися фармакотерапии шизофрении современными антипсихотиками: подобные исследования достаточно многочисленны, как правило, тщательно мониторируются регуляторными органами, что положительно сказывается на их соответствии требованиям доказательной медицины.

Таким образом, выбор остановился на метаанализе международной группы авторов, посвященном прямому сравнению эффективности антипсихотиков второго поколения, зарегистрированных на момент проведения данной работы (амисульприд, арипипразол, zipрасидон, зотепин, кветиапин, клозапин, оланзапин, рисперидон, сертиндол). Авторы провели поиск публикаций (по состоянию на май 2007 г.) в регистре Кохрановской группы по шизофрении (Cochrane Schizophrenia Groups's Register), который формируется с использованием значительного числа международных баз данных (BIOSIS, CINAHL, Dissertation Abstracts, EMBASE, LILACS, MEDLINE, PSYINDEX, PsycINFO, RUSSMED, Sociofile).

Всего в результате поиска было выявлено 3620 ссылок. Из них были выбраны 612 работ, в которых изучалась анализируемая проблема, однако 319 публикаций были исключены вследствие несоответствия критериям отбора (оценивались только рандомизированные слепые исследования, уровень доказательности А или В). Таким образом, в анализ было включено 293 публикации, отражающие 78 исследований при общем числе участников – 13 558 больных. Полный список публикаций приводится в метаанализах авторов, посвященных

прямому парному сравнению указанных атипичных антипсихотиков.

Как уже указывалось, согласно критериям отбора все исследования, вошедшие в анализ, были рандомизированными и включали большое число пациентов из значительного числа исследовательских центров. Таким образом, согласно принятой классификации, данные работы имеют наивысший уровень доказательности. Однако если позволить себе усомниться в абсолютной ценности подобного канонизированного подхода (A.Cochrane некоторые авторы сравнивают с иконой), то необходимо обратить внимание на ряд существенных моментов.

Корректно проведенная рандомизация позволяет распределить исследуемую случайную выборку на сопоставимые группы. Однако данная методика никак не влияет на репрезентативность выборки. В целом очевидно, что контингент пациентов, принимавших участие в клинических исследованиях, отличается от всей популяции больных с данной патологией, но вопрос, в какой степени, остается без ответа: ни в одной из изученных публикаций он даже не ставился.

Дополнительный поиск в базе данных PubMed позволил выявить лишь единичные работы, касающиеся данного вопроса, которые при этом только отчасти проливали свет на интересующую проблему. Так, в одной из публикаций указывалось, что 70–77% пациентов, поступивших в психиатрическую больницу, готовы участвовать в клинических исследованиях лекарственных препаратов (в том числе двойных слепых). В то же время только 13% больных из 279 обследованных с деменцией альцгеймеровского типа могли быть отобраны в соответствующее исследование как отвечающие критериям включения/исключения. Близкие результаты сообщаются и для других диагностических групп (шизофрении, биполярного расстройства, депрессии, панического расстройства): число отобранных для скрининга больных составляло 10–25% от общего количества обследованных, лишь в одном случае достигая 34%. Кроме того, ряд авторов отмечает, что ввиду трудности набора участников клинических исследований нередко в них включаются одни и те же пациенты, которые «кочуют» из одних исследований в другие. Так, по данным S.Woods и соавт., из 137 пациентов, участвовавших на протяжении ряда лет в проводимых авторами клинических исследованиях эффективности терапии шизофрении и шизоаффективного расстройства, 27 (19,7%) человек включались последовательно в несколько из них.

Значительный интерес представляют прямые сопоставления контингента больных, принимавших участие в исследованиях и не участвовавших в них. Так, в упоминавшейся уже работе S.Woods и соавт. пациенты – участники клинических исследований (119 человек) в Центре психического здоровья New Haven (штат Коннектикут, США) сравнивались с остальной выборкой больных шизофренией и шизоаффективным расстройством, наблюдавшейся в этом же центре и не принимавшей участия в исследованиях (1536 человек). Авторы выявили значимые различия между группами по демографическим и некоторым социальным показателям (образование, работа, семейное положение, принадлежность к национальным меньшинствам). Кроме того, участники исследований были зарегистрированы в психиатрической службе более длительный период времени и имели большее количество (но не суммарную длительность) госпитализаций. Диагноз параноидной шизофрении чаще отмечался у пациентов, участвующих в исследованиях, но различия не достигали статистически значимого уровня.

В другой подобной работе на основе анализа большого материала (10 тыс. пациентов медицинской службы Управления по делам ветеранов, США) показано, что среди больных шизофренией, не принимавших участия в проводимом исследовании, лишь 23,3% соответствовали основному критерию включения. При этом даже они (не говоря уже о тех пациентах, кто не соответствовал критериям включения) статистически значимо отличались от участников исследований по ряду социально-демографических (раса, возраст, семейное положение) и, что более существенно, клинико-организационных показателей (в частности, касающихся психиатрических госпитализаций, наличия стационарирования в связи с соматическими причинами, характера и интенсивности амбулаторной психиатрической помощи, особенностей психофармакотерапии).

Обращает на себя внимание, что в упомянутых работах, осуществленных в США, практически не оцениваются клинические характеристики сравниваемых групп больных, что, однако, представляется наиболее существенным при решении вопроса о репрезентативности выборки пациентов, участвующих в клинических исследованиях. В этом отношении значительный интерес вызывает работа, осуществленная на кафедре психиатрии и психотерапии Университета Людвиг-Максимилиана (Мюнхен, Германия).

Продолжение на стр. 12

казателей позитивных и негативных расстройств. Ни в одной из изученных публикаций не осуществлялся детальный анализ отдельных пунктов используемых шкал (т.е. отдельных проявлений заболевания), и лишь в некоторых из них проводилось изучение групп факторов (таких, например, как «нарушение мышления», «анергия», «тревога–депрессия», «враждебность–подозрительность» и др. при использовании BPRS). Однако и в этих случаях основное внимание уделялось глобальной оценке их динамики (более детальные данные при их наличии приводились преимущественно в виде табличного материала и практически не обсуждались в тексте).

В анализируемых публикациях ни в одном случае не определялось соотношение полученных результатов с социально-демографическими и клинико-организационными характеристиками, представленными при описании контингента больных (в этих условиях их наличие в тексте статей фактически было лишено смысловой нагрузки, превращаясь в пустую формальность, усугубляющуюся еще и тем, что в части публикаций различия между сравниваемыми группами по этим показателям достигали статистически значимого уровня).

Заметно более детально в тексте изученных статей были представлены характер и частота встречаемости побочных эффектов и нежелательных явлений терапии. Однако как и в отношении клинических проявлений заболевания, анализ во всех случаях основывался на усредненных показателях. Ни в одной работе не обсуждалось, у каких больных развились те или иные побочные эффекты и что предрасполагало к их развитию или способствовало ему.

Отсутствие в статьях полной информации о полученных в исследованиях результатах, по видимому, является одним из наиболее типичных их недостатков. В частности, как следует из обсуждаемых метаанализов, только в 15,3% публикаций результаты были изложены в полном объеме, а в 83,5% случаев отмечалось выборочное изложение материала (в части случаев определить это, по мнению авторов, было затруднительно), причем данный недостаток касался в том числе и ряда аспектов, которые декларировались как дополнительные или даже основные задачи работы.

Переходя к анализу статистической обработки представленных в изученных публикациях данных, следует обратить внимание на один существенный, на наш взгляд, аспект: считается, что для повышения непредвзятости доказательных исследований необходимо заранее жестко

определить, какие показатели и какими статистическими методами будут обрабатываться. Однако при таком подходе стремлению к повышению объективности приносится в жертву гибкость анализа. Действительно, при обнаружении некоторых данных для их осмысления может потребоваться дополнительная, в том числе статистическая, обработка материала (например, выделение субгрупп, различающихся по вновь исследуемым признакам, специальные методы статистического анализа и пр.). Соответственно, при отсутствии такого подхода в тексте публикаций (как это и оказалось в целом ряде анализируемых статей) появляются статистические данные, которые трудно понять и объяснить, т.е. представляющие исключительно статистический феномен, не обнаруживающий какой-либо смысловой нагрузки и, естественно, только регистрирующийся, но не обсуждающийся.

В целом статистический анализ в изученных публикациях, несмотря на определенное разнообразие применяемых методик, касался довольно узкого аспекта: при обработке материала основное внимание исследователей уделялось выявлению статистически значимых различий между сравниваемыми показателями (причем, как уже отмечалось выше, в основном это касалось суммарных оценок, без сопоставления отдельных характеристик). Между тем доказательство статистических отличий между обследованными выборками указывает лишь на то, что они сохраняются в том же объеме и в генеральной совокупности. Однако этот статистический показатель ничего не говорит о величине различий. Для оценки последнего обычно используются другие подходы. К ним, например, относится вычисление «величина эффекта» (effect size), которая определяет силу изучаемого воздействия. Еще одним используемым с этой целью показателем является относительный риск, или соотношение рисков (risk ratio), рассчитываемый как частное вероятности наступления изучаемого исхода в основной группе к аналогичному показателю в контрольной. И наконец, NNT (Number Need to Treat) – среднее количество больных, которых необходимо пролечить исследуемым методом, чтобы получить положительный результат (предотвратить неблагоприятный исход болезни) дополнительно у 1 пациента по сравнению с терапией сравнения.

Обращает на себя внимание, что, несмотря на очевидное практическое значение оценки величины (а не только статистической значимости) различий сравниваемых показателей, эти данные приводятся только в отдельных работах, причем, как

правило, не являясь центральной частью изложения (о чем, например, свидетельствует отсутствие этих данных в резюме статей и представление их в тексте преимущественно лишь в таблицах с короткими ссылками на них). Тем не менее, используя имеющиеся в статьях данные, расчет указанных величин произвести можно: в частности, эти расчетные данные приводятся в анализируемых метаанализах, где выявлены определенные количественные различия в эффективности антипсихотиков второго поколения. Вместе с тем авторы признают полученные результаты лишь в небольшой степени полезными в повседневной клинической практике. Дело в том, что в баллах PANSS различия составляли от 1,9 (для пары оланзапин/рисперидон) до 8,3 (при сопоставлении оланзапина и zipрасидона). Колебания величины эффекта (effect size) составили, соответственно, от 0,11 до 0,29, что соответствует ее слабой/умеренной выраженности. Более того, средние различия в эффективности между атипичными антипсихотиками и плацебо составили только 10 баллов PANSS (величина эффекта 0,51). В результате одним из наиболее значимых факторов для выбора препарата в каждом конкретном случае авторы признают спектр его побочных эффектов, подчеркивая, что это может оказаться «более важным, чем небольшие отличия в эффективности». Однако, хотя выводы об ограничении использования того или иного препарата с определенным спектром побочных эффектов в случае наличия у пациента соответствующей этим побочным эффектам патологии логически оправданы, они, как правило, не подкреплены клиническими данными. В результате постулируется, что назначение терапии в каждом конкретном случае происходит путем проб и ошибок, т.е. фактически отрицается возможность целенаправленного подбора лечения.

Выводы и обсуждение

Описанные выше особенности получения и анализа клинического материала, безусловно, сказываются на возможности использования результатов исследований в повседневной клинической практике в отношении отдельных пациентов. Первое, что необходимо отметить, это факт, что, как известно из биомедицинской статистики, данные, полученные на репрезентативных выборках, применимы исключительно в отношении соответствующих групп больных, но их использование у отдельных пациентов не является корректным (т.е. полученное в клинических исследованиях доказательство эффективности того или иного метода лечения

является основанием говорить об его эффективности при применении, например, у больных шизофренией в целом, но не указывает на обоснованность его выбора при терапии конкретного пациента).

Во-вторых, как следует из анализа литературных данных, выборки пациентов, включаемых в клинические исследования, в значительной степени отличаются от контингента больных, наблюдаемых в тех же клинических центрах, и, кроме того, по ряду социально-демографических и клинико-организационных показателей обнаруживают существенные различия между отдельными исследованиями. Это обуславливает серьезные ограничения генерализации полученных в них результатов.

В-третьих, опубликованные данные, полученные в ходе клинических исследований, касаются преимущественно суммарных оценок изучаемых характеристик и, как правило, не рассматривают детали влияния на отдельные психопатологические феномены и их совокупности (синдромы/дименсии). В тех же случаях, когда такая оценка осуществлялась, она также носила обобщенный характер, концентрируясь на суммарной тяжести расстройств (например, таких факторов, как «депрессия», «враждебность» и пр.) или степени уменьшения выраженности «нежелательного» поведения (агрессивного или аутоагрессивного) без анализа динамики стоящей за этим клинической симптоматики, что затрудняет возможность дифференцированного назначения терапии. Кроме того, негативную роль играет заметная выборочность представления полученных в исследованиях данных, часть из которых остается недоступной и, таким образом, не может использоваться в клинической практике.

С последним в определенной степени смыкаются особенности принятой статистической обработки материала, которая в значительной степени носит редуционистский характер. Статистический анализ ограничивается преимущественно выявлением достоверности различий между сравниваемыми группами больных без определения выраженности этих различий. При этом изначальная предопределенность форм и методов обработки результатов значительно сужает возможности клинико-статистического анализа.

В результате полученные в клинических исследованиях данные и выводы из них лишь в небольшой степени оказываются полезными в повседневной клинической практике, поскольку касаются только ограниченного круга интересующих клиницистов вопросов, не содержат важ-

Продолжение на стр. 14

ных практических деталей, а порой страдают очевидным лукавством (например, широко публикуются данные о влиянии ряда психотропных средств на негативную симптоматику, хотя большинством исследователей признается, что в подобных наблюдениях речь идет главным образом о вторичной негативной симптоматике, а терапевтическое влияние антипсихотиков на собственно негативную симптоматику ограничено и противоречит концепции развития дефицитарных расстройств при шизофрении).

В целом можно констатировать, что на сегодняшний день так называемые доказательные исследования в психиатрии являются таковыми лишь в ограниченной степени. В их основу положен достаточно узкий круг подходов (к ним в первую очередь относятся рандомизация и двойная слепая контролируемая методика), которые были объявлены «золотым стандартом» и, по существу, канонизировались с игнорированием или низведением на менее значимый уровень всех других возможностей сбора и анализа материала, некоторые из которых в конкретных, соответствующих определенным целям и задачам ситуациях могут являться, безусловно, более адекватными (анализ особенностей, сильных и слабых сторон этих методических подходов, вне всякого сомнения,

чрезвычайно важен, однако его проведение выходит за рамки данной работы и требует специального рассмотрения).

Риском предположить, что причины сложившегося положения дел скорее всего лежат, как уже отмечалось в начале данной статьи, в значительной востребованности доказательных исследований со стороны разных регуляторных органов, для которых, однако, наиболее значимыми являются присутствующие в них формальные аспекты (с использованием дихотомии: метод эффективен или неэффективен, полученная польза перевешивает недостатки или нет и пр.), причем преимущественно на уровне групп больных (что необходимо для принятия административных решений, в том числе на региональном и государственном уровне), а не отдельных пациентов (что оказывается более важным для практикующих врачей).

Значительная часть доказательных исследований в психиатрии проводится компаниями – производителями лекарственных препаратов для получения разрешения на их использование и регистрации клинических показаний. Подобная работа подразумевает привлечение больших сил и средств: в них принимает участие значительное число клиницистов, нередко из многих стран мира, а количество изученных больных исчисляется сотнями, а иногда и тысячами,

безусловно, требует тщательной координации деятельности всех участников и крупных финансовых вложений. Естественно, компании-производители стараются минимизировать объем работы и затраты, в том числе исключив из задач исследования «лишние», т.е. не требуемые регуляторными органами в обязательном порядке. Кроме того, здесь могут присутствовать и маркетинговые соображения, в частности, касающиеся того, какие показания данного препарата регистрировать в первую очередь, а какие отложить, что конечно же сказывается на содержании клинических исследований лекарственных средств.

Следует отметить, что в последние годы все больше стало появляться независимых от фармацевтических компаний исследований, что могло бы изменить ситуацию. Однако, к сожалению, этого не происходит, что объясняется рядом причин. Так, часть подобных исследований спонсируется другими «заинтересованными» учреждениями (например, страховыми компаниями), для которых также важен формализованный, исключительно статистический подход.

Другой возможной причиной может быть сложность проведения крупных многоцентровых исследований, требующих огромной организационной работы, специального административного и координирующего аппарата (количество клиниче-

ских центров, принимающих участие в таких исследованиях, может достигать нескольких десятков в разных регионах мира) и чрезвычайно крупных финансовых вложений, значительно превышающих средства стандартных исследовательских грантов. Соответственно, в реальной практике такие независимые исследования оказываются весьма небольшими по объему изученного материала, что не всегда позволяет получить адекватную доказательную базу.

И наконец, за прошедшие десятилетия сложился определенный стереотип «правильного» («качественного») проведения клинических исследований, изменение которого потребует, по-видимому, значительных объективных и субъективных усилий (потребуется признать, что привычный и одобряемый профессиональным сообществом подход является не всегда достаточно приемлемым). Однако если мы хотим проводить в психиатрии действительно доказательные исследования, необходимо разработать обновленные требования к их осуществлению, которые заменят старые и не отвечающие современным реалиям. Разработка научных основ и организационной структуры проведения исследований, основанных на доказательствах, является амбициозной, но чрезвычайно насущной задачей профессионального сообщества психиатров. ■

Список литературы находится в редакции.

Церебролизин®

нейропептидный препарат с доказанной нейротрофической активностью, обеспечивающий защиту и регенерацию нервной ткани*



Рег.уд. П N013827/01 от 08.07.2007

Церебролизин® (Cerebrolysin®). Регистрационный номер: П N013827/01. Раствор для инъекций (ампулы и флаконы). 1 мл водного раствора препарата содержит 215,2 мг концентрата церебролизина (комплекс пептидов, полученных из головного мозга свиньи). ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ: Болезнь Альцгеймера, синдром деменции различного генеза, хроническая цереброваскулярная недостаточность, ишемический инсульт, травматические повреждения головного и спинного мозга; задержка умственного развития у детей, гиперактивность и дефицит внимания у детей; в комплексной терапии – при эндогенной депрессии, резистентной к антидепрессантам. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: Индивидуальная непереносимость препарата; острая почечная недостаточность; эпилептический статус. В период беременности и кормления грудью применять с осторожностью. СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ: Применяется парентерально (внутримышечно, внутривенно, внутривенно капельно). Дозы и продолжительность лечения зависят от характера и тяжести заболевания, а также от возраста больного. Для повышения эффективности лечения могут быть проведены повторные курсы. ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ: При чрезмерно быстром введении в редких случаях возможно ощущение жара, потливость, головокружение и др. Крайне редко отмечались аллергические реакции, проявляющиеся головной болью. ПРОИЗВОДИТЕЛЬ: ЭВЕР Нейро Фарма ГмбХ, А-4866 Унтеррах, Австрия, Европа.

* Полная информация о препарате – в инструкции по медицинскому применению.



«ЭВЕР Нейро Фарма ГмбХ» (Австрия)
Представительство компании:
127055, Москва, ул. Бутырский Вал, д. 68/70, стр. 1
Телефон: (495) 933 87 02, факс: (495) 933 87 15
E-mail: info.ru@everpharma.com
www.everpharma.com

Таблица 1. Социодемографические и клинические показатели	
Пол	М – 16, Ж – 14
Возраст	36,2±6,6
Семейное положение:	
одиноким	13
в браке	11
в разводе	6
Уровень образования:	
начальная школа	2
средняя школа	4
высшее образование	18
степень	6
Условия проживания:	
с родителями/в семье	12
отдельно	10
с партнером	6
с друзьями	2
Трудоустройство:	
регулярная работа	17
временная работа	7
безработный	3
студент	3

Таблица 2. Показатели эффективности (среднее, SD) от стартовых до финальных (неделя 8)			
Показатели	Стартовые	Неделя 8	Значение p
HAM-D	26,5±3,7	12,2±6,3	0,001
HAM-A	22,4±4,8	11,2±5,4	0,005
SHAPS	4,4±6,2	2,1±6,1	0,001
LSEQ	35,9±7,3	48,5±2,3	0,05
КЖ	2,1±0,8	4,7±0,6	0,05

Начало на стр. 15

T4, в абсолютных и процентных изменениях стартовых значений (T0). Дополнительным параметром также была оценка переносимости Вальдоксана.

Оценка переносимости и безопасности

Сведения о нежелательных явлениях собирались у пациентов на протяжении всего периода исследования. Витальные показатели, масса тела и рост оценивались во время скрининга, на стартовом и каждом последующем визитах. Анализы крови (клеточная формула с дифференцированным подсчетом, билирубин, АСТ, АЛТ, щелочная фосфатаза, γ-глутамилтрансфераза, натрий, хлор, азот мочевины крови, креатинин, глюкоза) и мочи выполнялись на стартовом (T0) и финальном (T4) визитах.

Статистический анализ

Главный и дополнительные анализы эффективности проводились в общей выборке терапии (intent-to-treat), в которую включались все пациенты, получившие минимум одну дозу препарата исследования. Психометрические данные пациентов анализировались методом вариационного анализа (ANOVA) для повторных измерений с помощью метода замещения недостающего значения предыдущим (LOCF). Post-hoc анализы проводились для сравнения психометрических показателей при стартовых измерениях с показателями через 1 нед терапии (T1) и по завершении исследования (T4). Тесты были двусторонними с уровнем статистической достоверности $p < 0,05$.

Результаты

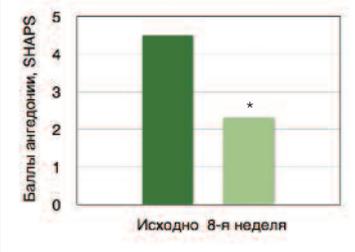
После скрининга 43 пациентов в исследование были включены 30 пациентов. Скрининг не прошли 5 пациентов, отозвавшие информированное согласие, 3 пациента, не соответствовавшие психиатрическим критериям включения, 2 пациента, не соответствовавшие медицинским критериям включения, и 3 пациента, не соответствовавшие критериям участия в исследовании по другим причинам. Средний возраст, пол, социодемографические характеристики и длительность текущего депрессивного эпизода 30 включенных в исследование пациентов представлены в табл. 1.

24 (80%) пациента полностью завершили 8 нед терапии. Преждевременно выбыли 6 пациентов по следующим причинам: решение пациента ($n=1$), невозможность катamnестической оценки из-за утраты связи с пациентом ($n=4$) и недостаточная эффективность ($n=1$). Не было ни одного случая преждевременного исключения из-за побочных эффектов. Также не было пациентов с ухудшением аффективных симптомов или госпитализированных в результате терапии исследования.

По завершении исследования значительное улучшение отмечалось по всем показателям (табл. 2). Значимое улучшение наблюдалось на всех визитах в показателях HAM-D ($p < 0,05$), HAM-A ($p < 0,01$), SHAPS ($p < 0,05$) (см. рисунок), LSEQ ($p < 0,05$). Также отмечалось достоверное улучшение баллов CGI и КЖ ($p < 0,05$).

На 1-й неделе 9 (30%) пациентов были респондерами (95% ДИ 13–46%) и 5 (17%) пациентов до-

Рисунок. Стартовые и финальные (8 нед) баллы шкалы удовольствия Снайта–Гамильтона (Snaith–Hamilton Pleasure Scale, SHAPS): * $p < 0,05$.



стигли ремиссии. По завершении исследования в ремиссии были 18 (60%) пациентов (95% ДИ 42–77%). У 3 пациентов редукция баллов депрессии отмечалась после повышения дозы Вальдоксана до 50 мг/сут.

Серьезных нежелательных явлений не отмечалось. Наиболее типичными нежелательными явлениями, связанными с терапией исследования, были головокружение (6,6%; $n=2$), тошнота (3,3%; $n=1$) и слабость (3,3%; $n=1$). Повышения аминотрансфераз не выявлено. Не было ни одного случая развития мании.

Обсуждение

Насколько нам известно, это первое исследование Вальдоксана как средства ресинхронизации циркадианных ритмов у пациентов южного побережья Средиземного моря – региона, в котором продолжительность светового дня, климатические условия и распространенность сезонного аффективного расстройства отличаются от таковых в Северной Европе. В результате 8-недельного открытого исследования Вальдоксана с гибким режимом дозирования в пределах 25–50 мг/сут у 30 амбулаторных пациентов с БДР выявлено достоверное улучшение баллов HAM-D, HAM-A, SHAPS и LSEQ, начиная со 2-й недели терапии и далее вплоть до конца исследования ($p < 0,001$). Установленный антидепрессивный эффект Вальдоксана согласуется с результатами предыдущих исследований.

В этом исследовании Вальдоксан редуцировал симптомы тревоги. Анксиолитический эффект препарата также был показан в предыдущем исследовании, в котором Вальдоксан 25–50 мг/сут обеспечивал редукцию баллов шкалы тревоги Гамильтона у пациентов с генерализованным тревожным расстройством.

Полученные нами данные о положительном влиянии Вальдоксана на сон согласуются с результатами предыдущих исследований, в которых Вальдоксан в дозах 25–50 мг/сут обеспечивал более выраженное улучшение субъективных параметров сна в сравнении с венлафаксином и был сопоставим по эффективности с ребоксетинном.

Вальдоксан представляется эффективным средством монотерапии БДР у пациентов, участвовавших в данном исследовании. Это подтверждается оценками самих

пациентов и исследователей. Более того, отмечалось достоверное улучшение индекса КЖ на протяжении всего исследования ($p < 0,001$). Как и в предыдущих исследованиях, нами зафиксировано раннее развитие эффекта и нарастание редукции баллов депрессии после увеличения дозы Вальдоксана. Такая стратегия терапии представляется клинически ценной для пациентов с недостаточным ранним эффектом терапии, а результаты ее применения подчеркивают важность гибкого режима дозирования.

Кроме того, в нашем исследовании показано, что Вальдоксан обладает благоприятным профилем переносимости и безопасен в применении. Более того, Вальдоксан обеспечивает значимую редукцию ангедонии. Это первое исследование, в котором изучалась эффективность Вальдоксана в этой симптоматической категории. Термин «ангедония», впервые предложенный Ribot (1896 г.), определяет неспособность испытывать удовольствие. Ангедония соотносится с симптомами различных психических расстройств и личностными чертами. Ангедония имеет ключевое значение для диагностики депрессии и считается потенциальным маркером личностного индивидуального предрасположения к депрессии, злоупотреблению алкоголем и психоактивными веществами. Эта гипотеза подтверждается данными ряда исследований, в которых показано, что ангедония может предшествовать развитию депрессии, коррелирует с неудовлетворительным прогнозом через 12 мес, относится к типичным резидуальным симптомам после терапии и связана с дисфункцией системы подкрепления в головном мозге. Таким образом, эффективность Вальдоксана в отношении ангедонии может иметь особое значение для терапии пациентов с явлениями ангедонии.

Новейший антидепрессант Вальдоксан, агонист мелатонинергических MT_1/MT_2 -рецепторов и антагонист $5HT_{2C}$ -рецепторов, обнаруживает антидепрессивный эффект и обладает благоприятным профилем переносимости, обеспечивающим высокую приверженность пациентов терапии. Однако следует соблюдать осторожность в сопоставлении наших данных с результатами предыдущих исследований в связи со значительными методологическими различиями. Основными недостатками данного исследования являются малый объем выборки и, что более важно, отсутствие контрольной группы и открытый (не двойной слепой) метод терапии. Для уточнения места Вальдоксана в современной фармакотерапии депрессивных расстройств требуются дополнительные сравнительные исследования с более длительными периодами терапии. ■

Список литературы находится в редакции.

2-я Международная конференция молодых психиатров в Porto Heli, Греция



А.В.Павличенко¹, А.С.Тенно¹, А.Н.Золотова²

¹Совет молодых ученых РОП, Москва; ²Совет молодых ученых РОП, Ростов-на-Дону

14–16 сентября 2012 г. в небольшом курортном городе Porto Heli (Греция) под эгидой Греческой психиатрической ассоциации (президент – John Giousseras) прошла 2-я Международная конференция молодых психиатров «Новые возможности и роль психиатрических ассоциаций в образовательном процессе», организованная Греческим обществом молодых психиатров (президент – Achilleas Oikonomou). В конференции приняли участие молодые коллеги из Греции, России, Сербии, Боснии и Герцеговины, Словении, Португалии, Франции и Великобритании.

Ведущие греческие специалисты в области психического здоровья выступили в качестве сопредседателей и дискуссионщиков на всех симпозиумах. Во вступительном слове один из ведущих греческих психиатров профессор George Christodolou приветствовал молодых коллег и прочитал лекцию об истории образования греческой психиатрической ассоциации, ее современной структуре и роли в обучении специалистов.

Представители стран-участниц представили доклады, посвященные особенностям обучения психиатрии в их странах и проблемам, с которыми сталкиваются молодые специалисты. Резюмируя их выступления, можно сделать вывод, что в целом длительность и программа обучения по психиатрии совпадают в разных странах Европейского союза.

В большинстве европейских государств период последиplomной подготовки специалиста длится 5 лет. Каждый психиатр-стажер (resident, trainee) имеет личного педагога (supervisor) из числа старших коллег (не более двух стажеров на одного педагога) и проходит обучение в разных отделениях психиатриче-

ских больниц, а также в амбулаторной сети. Также обязательна подготовка по смежным специальностям (неврология, терапия). Обязательное выполнение в ходе обучения научного исследования в большинстве стран Европы в отличие от США не предусмотрено. Несмотря на то что базовый курс по психотерапии включен в общую систему подготовки врачей-психиатров, для работы психотерапевтом нужно пройти дополнительное обучение, которое длится еще от 2 до 5 лет (в зависимости от страны). Детская психиатрия в большинстве стран Ев-



Российская делегация в кругу друзей.

ропы выделена в отдельную специальность, и для работы детским психиатром после базового 5-летнего образования нужно проучиться еще 2 года. Таким образом, большинство европейских врачей получают сертификат специалиста в возрасте 32–35 лет. В течение всего периода обучения врач-стажер получает фиксированную заработную плату (в Сербии около 800 евро, в



Участники международной конференции.

Португалии 1400 евро в месяц), причем она существенно не отличается от заработной платы дипломированного специалиста. В ходе общения с коллегами создается впечатление, что большинство европейских психиатров после окончания обучения предпочитают заниматься частной практикой и открывать частные кабинеты и крайне неохотно

идут работать в систему государственного здравоохранения.

К национальным особенностям подготовки в области психиатрии можно отнести то, что во Франции программа и итоговый экзамен по специальности могут существенно отличаться в разных регионах и даже в городах, хотя полученный диплом специалиста действует по всей стране. Прозвучало мнение о том, что это может быть связано с большим количеством различных психиатрических обществ в этой стране (более 20) и сохраняющимися между ними разногласиями. Среди врачей, обучающихся психиатрии в Португалии, существует большой запрос проходить часть обучения в других европейских странах, и многие из них пользуются этой возможностью. В Греции обучение по специальности проходит преимущественно в больших городах (Афины, Салоники), и молодые врачи крайне неохотно едут потом в отдаленные районы.

Будущий президент (President-Elect) Европейской ассоциации молодых врачей, обучающихся психиатрии (EFPT), доктор Mari-sa Dias Casanova из Великобритании познакомила слушателей с историей формирования и развития этой организации с момента ее возникновения в 1993 г. В частности, она отметила, что в 1998 г. ассоциация превратилась в федерацию, а в 2001 г. EFPT стала регулярным членом Европейского союза медицинских работников (UEMS). В настоящее время

рование международных связей, что может служить дополнительным источником мотивации молодых специалистов для личностного роста. В заключение докладчица подчеркнула, что ежегодно к EFPT присоединяются новые члены, а у молодых психиатров из европейских стран наблюдается все большая потребность в сотрудничестве в рамках совместных научных и образовательных проектов. Были представлены результаты таких проектов, во многих из которых принимали участие представители совета молодых ученых Российского общества психиатров – СМУ РОП (Мария Орлова и др.).

Доктор Athanasios Kanellououlos (Греция) подробно остановился на инициативах психиатрической секции Европейского союза медицинских работников (UEMS) о реформировании учебных программ и о важности внедрения системы непрерывного медицинского образования (СМЕ) во всех странах Европейского региона.



В греческом зале...

Заместитель председателя СМУ РОП доктор Алексей Павличенко представил совместный доклад (А.В.Павличенко, А.Н.Золотова, И.А.Мартыньихин) под названием «Psychiatric training in Russia: challenges and perspectives». Он познакомил слушателей со спецификой подготовки врачей-психиатров в России, основными проблемами ординаторов и педагогов высшей школы, а также подчеркнул важность расширения участия РОП в образовательном процессе. Зарубежных коллег больше всего удивила длительность обучения психиатрии в нашей стране (1–2 года). В качестве пожеланий прозвучали предложения обязательно ввести в систему образования будущих психиатров цикл по психотерапии и усилить обучение в области амбулаторной психиатрии.

В заключение отметим, что конференция проходила в теплой дружественной обстановке. В первый день специально для зарубежных гостей греческие коллеги организовали экскурсию в афинский Акрополь, а также приветственный ужин в живописном ресторане на берегу моря. В предпоследний вечер состоялась традиционная для подобных мероприятий национальная вечеринка, в ходе которой представители разных европейских стран рассказывали о своих напитках и закусках, исполнялись традиционные песни и танцы. ■

Основатель исторической компании Гедеон Рихтер (1872–1944)



Гедеон Рихтер был одним из выдающихся людей в истории фармацевтической индустрии Венгрии. Рихтер основал компанию, дав ей свое имя, ОАО «Гедеон Рихтер», которая превратилась в интернациональную компанию в Центральной и Восточной Европе. Вся его карьера представляет собой отличный пример истории успеха начала XX в. до конца 1930-х годов. Рихтер столкнулся со многими трудностями, и его жизнь трагически оборвалась в декабре 1944 г. во время правления фашистской партии Скрещенных стрел.

Гедеон Рихтер родился в семье землевладельца и торговца зерном в деревне Эчед, недалеко от Дьёндьёш, 23 сентября 1872 г. Его предками по отцовской линии, возможно, были чешские торговцы еврейского происхождения, которые обосновались в Венгрии в конце XVIII в. в имении барона Подманички в Асоде, графство Пешт. Отец Гедеона Рихтера родился здесь в 1838 г., а так как абсолютно точно известно, что его мать была похоронена в Асоде (естественно, рядом со своим мужем), мы можем только предположить, что корни по его отцовской линии родом из Асода, а обычно предки семьи бывают захоронены в одном месте.

Быстро улучшающееся благосостояние семьи позволило в 1860 г. купить имение на участке в 610 гектаров с особняком в Эчед. Как и большинство еврейских семей, обосновавшихся в Венгрии, они попытались принять стиль жизни и культуру дворянства, владевшего землей с давних времен, но на практике они вели себя как классические буржуа XIX в. Их семейная жизнь, имевшая такие блестящие перспективы в самом начале, претерпела изменения в связи с преждевременной смертью: некоторое время спустя после рождения Гедеона Рихтера его мать скончалась от послеродового сепсиса, а отца он потерял в течение года после смерти матери. Осиротевший Гедеон и два его старших брата воспитывались в Дьёндьёш родителями их матери и семьей одной из бездетных ку-

От редакции. Публикуя данный материал о выдающемся венгерском предпринимателе, нам хотелось бы напомнить нашим читателям о том, что компания «Гедеон Рихтер» уже давно известна в отечественной психиатрии, начиная с использования нашими специалистами галоперидола в советские времена. В настоящее время у компании имеются в психиатрическом портфеле почти все атипичные антипсихотики (рисперидон – Ридонекс, кветиапин – Нантарид, оланзапин – Парнасан, арипипразол – Амдоал), еще одним объектом перспективных разработок в психиатрии компании «Гедеон Рихтер» является инновационный оригинальный антипсихотик Карипразин (Cariprazine).

зин по материнской линии. Они торговали зерном.

Гедеон Рихтер получил среднее образование в престижной францисканской средней школе в Дьёндьёш. Сертификат ученика аптекаря, который он получил в университете в Коложвар в 1893 г., стал первым письменным документом, который подтверждал выбор Рихтера, т.е. фармацевтику как профессиональную деятельность. В дипломе написано, что Гедеон Рихтер провел 3 года, начиная с 15 лет, в качестве ученика в аптеке Нандор Мершитш в Дьёндьёш. Вероятно, мысль о преждевременной смерти его родителей сыграла роль в его выборе профессии, так как и его мать, и его отец скончались от заболеваний, которые можно

фюред. В то время органотерапия набирала обороты как новое веяние в результате биологического исследования, проводимого на международном уровне. Органотерапия давала надежду на то, что недостаточное функционирование органов человеческого организма может быть сбалансировано и излечено при помощи экстрактов, полученных из эндокринных желез животных. Гедеон Рихтер обнаружил долгосрочный эффект от подобной терапии и посвятил всю свою жизнь развитию этого направления в Венгрии. Используя свой богатый опыт работы в фармакологии и годы обучения и путешествий, он потратил унаследованные деньги на приобретение аптеки Сас (Орел) по проспекту



Так выглядел один из цехов завода Гедеона Рихтера.

легко вылечить при правильном лечении. Как только Рихтер получил свой сертификат ученика, он поступил в университет в Будапеште, где по правилам факультета он должен был один год учиться на факультете естественных наук, а потом один год на факультете медицины. Рихтер получил диплом фармацевта в 1895 г. Он отучился положенные два года обучения фармакологии, которые были необходимым условием для независимого управления аптекой, работая ассистентом фармацевта в Сольнок и затем в Мишкольц. Он начал свое путешествие по Западной Европе в 1897 г. для приобретения соответствующего опыта работы в аптеках Европы и в производстве лекарственных препаратов. В промежутке он подрабатывал в аптеках Венгрии в Берегсас и Отатра-

Иллёи, 105, в конце 1901 г. Эта аптека все еще принадлежит компании. Он учредил биологическую препаративную лабораторию и лабораторию для проведения химических экспериментов на базе аптеки и приступил к производству и продаже тонизирующих средств и различных органотерапевтических гормональных препаратов, произведенных из органов животных.

Это было новаторским и рискованным предприятием в Венгрии в то время, и в этом отношении Гедеону Рихтеру пришлось пробираться сквозь тернии науки. Его первый продукт, инъекция тоноген супраренале, содержащая адреналин, выделенный из надпочечной железы, вызвал интерес к его компании, так как он уже производил и продавал этот активный ингредиент в Венгрии с



Первая аптека Гедеона Рихтера.

1902 г., за год до того, как японские ученые открыли его.

С самого первого дня деятельности Рихтер приступил к разработке новой продукции при творческом содействии выдающихся врачей. В начале 1902 г. он приступил к выпуску периодического профессионального издания «Pharmacotherapy Report», которое на безвозмездной основе распространялось среди медиков. В журнале публиковались научно обоснованные описания терапевтического эффекта продукции Гедеона Рихтера. Первая общественная публикация Рихтера, брошюра под названием «The newest organotherapeutic medicines» («Новейшая органотерапевтическая медицина»), появилась в 1903 г. Аптека Сас по своим внутренним производственным возможностям уже не справлялась с быстро растущим спросом на продукцию Гедеона Рихтера, и ему пришла в голову идея открыть фармацевтическую компанию. В 1906 г. компания была учреждена и зарегистрирована на площади 1 тыс. м² на ул. Черкес. Здесь компания построила свой собственный завод, согласно своим ограниченным финансовым возможностям, заложив основу для современной фармацевтической индустрии Венгрии.

«Аптечный завод» (как прозвали это скромное заведение люди, проживающие по соседству, в самом начале деятельности) приступил к производству препаратов в сентябре 1907 г. Это было время, когда Гедеон Рихтер поставил перед собой три цели: 1) реализовывать фармацевтические препараты, которые будут признаны соответствующими медицинскими источниками как полезная продукция для лечения заболеваний; 2) производить эту продукцию с наивысшей точностью в качестве и количестве и постоянно совершенствовать результаты; 3) успешно конкурировать с крупными иностранными компаниями, занимающимися тем же видом деятельности. Таким образом, Гедеон Рихтер действовал, руководствуясь желанием лечить людей, и с этой целью он приложил все усилия (тесно сотрудничая с медицинскими работниками) в производстве эф-

фективных фармакологических препаратов высокого качества, прокладывая путь к развитию и успешной конкурентоспособности на рынке.

Концепция его деятельности оказалась хорошей и достойной, так как компания все еще продолжает работать в этом направлении, и все, что написано выше, в полной мере относится к ней и на данном этапе.

Компания заложила прекрасный фундамент для упрочения своей репутации в самом начале деятельности и вскоре была признана одним из передовых международных поставщиков.

Вдобавок к органотерапевтическим препаратам, изготавливаемым из органов животных, что и составляло основной профиль компании, Рихтер начал своевременно торговать фитохимическими и синтетическими продуктами. Препарат адиган, предназначенный для лечения кардиологических заболеваний, был разработан в начале 1910-х годов, так же как и дезинфицирующее средство гиперол и жаропонижающее средство калмопирин, которые стали успешны в качестве начальной продукции. Последние два препарата все еще популярны сегодня.

Политика впервые негативно вмешалась в жизнь Гедона Рихтера во время социалистической республики, установленной в Венгрии сразу после войны. Компания была экспроприрована правительством, и был назначен специальный человек, руководивший компанией. Совет народных комиссаров потребовал сотрудничества со стороны Гедона Рихтера. Рихтер предпочел промолчать, и в результате руководитель производства, Енё Лашло, в сопровождении двух полицейских в штатской одежде прибыл к Рихтеру и потребовал подчинения, пригрозив арестом за контрреволюционную деятельность. Говорят, что эти мерзавцы еще и избивали Рихтера. Некоторое время спустя один из его сотрудников предупредил Рихтера, что его хотят вызвать и предать революционному суду и что его жизнь в опасности. Рихтер с семьей тайно выехал в Сегед и скрылся в доме у своего тестя на долгие месяцы.

В 1927 г. в издании «Richter Rt.» была опубликована статья, в которой указывалась прибыль компании за последние 25 лет. «Наша компания разработала новые подходы к производству лекарственных средств, которые оказались лучше, чем способы производства конкурентов и предшественников. Мы не только производим препараты, но и разрабатываем их. Следуя желанию лечить людей, наша компания внесла большой вклад в науку».

На самом пике карьеры Гедона Рихтера его продукция получила несколько престижных международных наград. Компания выиграла двенадцать золотых медалей на международных выставках с



Лаборатория компании «Гедон Рихтер».

1920 г. до начала войны. К сожалению, единственной из сохранившихся наград является сертификат гран-при на Международной выставке в Барселоне в 1929 г. Спустя 20 лет после основания компания получила название «Hungarian Merck». Отечественные и зарубежные награды дали компании дополнительный толчок к дальнейшему развитию, и к концу 1920-го года, когда Венгрия была в разгаре экономического кризиса, Гедон Рихтер принял решение создать глобальную коммерческую сеть. Это было началом коммерческой и представительской цепочки, которая охватила всю планету за последующие несколько лет, а продукция компании распро-

странялась примерно в ста странах мира. Гедон Рихтер основал десять иностранных дочерних компаний. Заводы в Лондоне, Мексике, Милане, Сан-Пауло, Загребе и Варшаве стали самыми значимыми производственными центрами фармацевтических ингредиентов. К 1930 г. компания Рихтера стала одной из самых важных иностранных торговых компаний в Венгрии. Стоит отметить, что Гедон Рихтер осознанно избегал ссуд и кредитов. В зависимости от финансовой ситуации он использовал свои собственные средства для осуществления проектов, увеличивая собственный капитал. Благообразная деловая политика заложила осно-

Продолжение на стр. 20



ГЕДЕОН РИХТЕР ПСИХИАТРИЯ
для комплайенса

АМДОАЛ

арипипразол





Возвращает жизни радость

Эффективная терапия шизофрении



ГЕДЕОН РИХТЕР

Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Амдоал®
Реклама

Рег. уд. ЛП-001756 от 02.07.2012



Продукция Гедеона Рихтера направляется в аптеки со склада.

Начало на стр. 19

ву для стабильного положения компании, которая защитила ее от разорения во времена Великой депрессии. В компании не было даже случаев увольнения.

Смыслом жизни Гедеона Рихтера стали его семья и его компания. Его сын, Ласло, получил докторскую степень по химии в Цюрихе, а в 1932 г., в начале эпохи правления Гёмбёша Дьюлы, он женился на Илоне Лобмайер, дочери известного хирурга. Тот факт, что Ласло перешел из иудейской веры в веру своей жены, лютеранизм (что было одним из условий их брака), за пять дней до свадьбы, свидетельствует о том, что в политической сфере происходили большие перемены. У Ласло и Илоны родились двое детей. Гедеон Рихтер обожал своих внуков и был очень озабочен их безопасностью и не желал отпускать их куда-либо без сопровождения и присмотра. В компании снова сложилась спокойная благоприятная обстановка для максимально эффективной работы. В основе такой атмосферы лежит заложенное Гедеоном Рихтером отношение к работе и к людям. Он был просто уверен в том, что сотрудники могут работать и выкладываться на все сто процентов в спокойной домашней обстановке. Даже спустя много лет, во времена советской власти, сотрудники были уверены в том, что компания «Рихтер» была самой лучшей компанией в Кёбанья, с самой высокой оплатой труда. Сотрудники компании всегда работали в атмосфере уважения и безопасности, надеясь на плодотворное и долгосрочное сотрудничество. У них бывали льготы и привилегии, а быть сотрудником «Рихтера» было престижно. Эти факты впечатляют, особенно когда осознаешь, что эта компания была первопроходцем, новатором из компаний первого поколения, а капитализм в Венгрии развивался на полвека позже, чем на Западе, и весь ход развития капитализма к тому же прерывался несколько раз по ряду всяких причин.

По словам одного из сотрудников, Гедеон Рихтер был уравновешенным, скромным, созерцатель-

ным, трудолюбивым и гармоничным человеком. Озорная улыбка, часто появляющаяся на его лице, говорила о его чувстве юмора, а его привычка ободрять людей отражала его глубокую гуманность. Его открытость помогала ему налаживать исключительно эффективную и разветвленную сеть контактов. Никто не слышал, чтобы он повышал голос. Он всегда реализовывал свои идеи посредством своих сотрудников. Тем не менее он требовал дисциплины и добросовестного отношения к работе. Хорошие результаты он отмечал наградой, а люди чувствовали себя ответственными за свою работу. Целью его жизни было постоянное развитие и совершенствование своей компании, и у него был свой намеченный план, расписанный до конца. В офисе он появлялся раньше всех, около семи утра, а когда зву-

дел, просматривая иностранные отраслевые журналы. По мере чтения он делал пометки на полях или комментировал на отрывках бумаг, какой сотрудник должен прочесть какую публикацию, и часто он записывал идеи для будущих разработок. На следующий день он передавал публикации тем сотрудникам, которых он выделил, а через несколько дней они отчитывались по поводу прочитанной статьи. Он разработал способ предварительного ознакомления с проектами, и такая тенденция держалась в течение нескольких десятилетий.

Успешная карьера Гедеона Рихтера оборвалась по причине законодательства по еврейскому вопросу, а затем из-за трагических событий Второй мировой войны. Даже простой факт о еврейском происхождении (о чем нельзя было догадаться по внешности, об этом можно узнать только из свидетельства о рождении) оказался достаточным для того, чтобы изменить политику и уничтожить результаты работы всей его жизни, его заслуги перед государством и обществом и иллюзии социальной ассимиляции. Война разразилась в 1939 г., и в этом же году государственные чиновники беззастенчиво вторглись в дела компании (как было в далеком 1919-м), положив конец спокойной семейной атмосфере. В результате стигматизации, вызванной законами о евреях, и аннулирования равных прав Гедеон Рихтер подал в отставку с поста председателя правления. Члены правления, состоящие из членов семьи, были заменены на обще-

дел компании), но, являясь акционером, он мог сохранить членство в правлении. Рихтер признал всю правильность своего решения, и с тех пор он руководил компанией из дома, полагаясь только на своих верных сотрудников. Он согласился с советом директоров принять участие в деятельности компании в качестве неоплачиваемого эксперта, хотя одно государственное учреждение усмотрело в этом деянии «продолжение деятельности вне рамок своих полномочий» и возбудило уголовное дело против всех заинтересованных лиц.

Совет директоров компании неудачно обратил внимание властей на то, что не только имя Гедеона Рихтера ассоциируется с названием компании, известной на международной арене продукцией и венгерским экспортным фармацевтическим товаром; также это имя связано с чистой репутацией венгерской индустрии, известной по всему миру.

Гедеон Рихтер вытерпел пренебрежение к своей персоне и прошел мимо несправедливого унижительного отношения с отличной самодисциплиной: он с головой ушел в продуктивную работу, которую выполнял с преувеличенной энергией. Даже Ватикан встал на сторону всемирно известной фигуры в фармацевтической индустрии Венгрии, кого считали чужим на его же родине, и в 1943 г. папский нунций Ангело Рота посетил компанию и передал наилучшие пожелания святого отца Гедеону Рихтеру за его благотворительность во время войны.

Трагический 1944 г. начался с небольшой милости для Рихтера. В первых числах марта министерство промышленности согласилось с тем, что Рихтер может работать в качестве консультанта высшего руководства компании. Рихтеру удалось вывезти сына за несколько дней до оккупации страны под предлогом работы с балканским экспортом. Семья отписала свои акции невестке Рихтера христианского вероисповедания и своим внукам. Он все еще ходил в компанию после оккупации, но по мере ухудшения ситуации в стране он неустанно искал выход спасения компании, но постепенно утратил веру в свои силы. Некоторые вспоминали, что его не тронули судебные процессы и бедствия, которые он перенес, но на самом деле он замкнулся в себе, с его лица исчез живой интерес к происходящему, и он больше не производил впечатление великого человека.

Летом 1944 г. у него появилась другая возможность убежать от проблем, когда он перехватил письмо из Швейцарии о гарантии неприкосновенности через организацию Красного креста. Очевидец утверждал, что на его пальце была пришпилена желтая звезда, в глазах стояли слезы, когда он попрощался с компанией и объявил,



Еврейская семья, освобожденная из Будапештского гетто.

чал свисток, означающий начало работы, он немедленно шел на завод. Каждый день он проходил по всему заводу, заглядывая в каждый угол, сопровождаемый управляющими, информировавшими его о текущем развитии событий, результатах и проблемах. У Гедеона Рихтера была поразительная способность отбирать многообещающие проекты и разработки продукции, которые быстро шли в производство. Одним из его известных кредо было: изучи, оцени, сделай. Долгими вечерами он си-

ственных лиц, являвшихся христианами, которые с успехом могли лоббировать интересы компании и ее основателя. В 1940 г. Гедеон Рихтер направил петицию премьер-министру Пал Телеки с просьбой освободить компанию от ограничений еврейского законодательства, но его петиция была отклонена. Он все же продолжил работу вплоть до 1942 г., когда власти запретили ему работать на должности управляющего компанией. Он был даже уволен (ему запретили участвовать в ведении

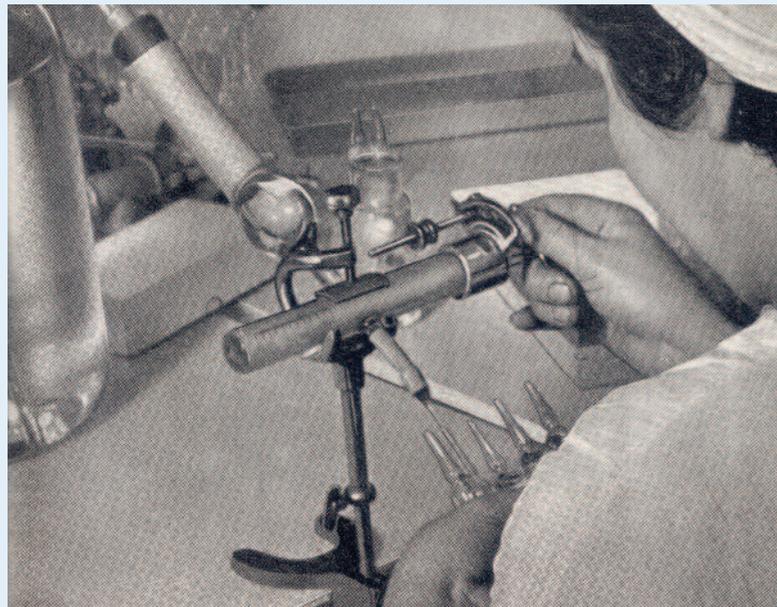
что уезжает в Швейцарию. В конце концов он не уехал куда, может, не захотел или не смог покинуть родину. Ему казалось, что в его обязанности входит находиться в компании рядом с сотрудниками даже в тяжелые времена вместе со своей семьей, смыслом его жизни. Он не осознавал всю реальность угрозы для его семьи и для него. Безо всякого основания Рихтер был уверен в своей правоте и цеплялся за иллюзии, что ему не угрожает ничего плохого, если он не совершил ни одного плохого поступка по отношению к другим. Всю свою жизнь он посвятил облегчению боли страждущих. Он думал, что есть в «небесной канцелярии» человек, который следит за его достижениями и хорошими деяниями, и что незапятнанная репутация и производство лекарств высокого качества смогут уберечь его и его семью даже во времена слепой ненависти.

И действительно, на некоторое время Рихтеру дали маленький шанс почувствовать, что все обернется и все наладится. Семейные традиции и достижения Гедона Рихтера позволили ему получить освобождение от ограничений, установленных еврейским законодательством в августе 1945 г., и ему даже не пришлось носить желтую звезду. Но вопрос о его освобождении был пересмотрен после прихода партии Скрещенных стрел к власти и снят с повестки. В дочернем предприятии, учрежденном в Мексике, узнали в декабре 1944 г., что Рихтер и его жена находятся в смертельной опасности. Они вышли на связь с Ласло Рихтером, который посоветовал своим родителям спастись бегством от «фашистской геены» при помощи подпольных организаций. Компания, действующая под руководством кузена г-жи Рихтер, Иштвана Винклера, перевела 35 тыс. швейцарских франков близкому другу Ласло Рихтера в

Жене, который получил все необходимые разрешения, но к тому времени было поздно оказывать помощь.

Согласно самым последним данным Рихтер и его жена недолго прятались у родственников, проживающих на ул. Мункачи. Они переехали в официально установленное международное гетто в начале декабря 1944 г., в угловой дом на ул. Йожефа Катоны, который находился под дипломатической защитой нейтрального посольства Швеции. Как многие люди, которые разделили там свою судьбу, они стали клиентами Рауля Валленберга и, безусловно, из-за шведских бизнес-связей Гедона Рихтера.

Воспоминания одного из жителей дома полностью совпадают с фактами из других источников, особенно воспоминаний коллег и сотрудников Рихтера. Высокий, с хорошими манерами, аристократичный Гедон Рихтер всегда поступал как настоящий джентльмен. Он разговаривал спокойно и искренне со своей женой. Он был непритязательным и сдержанным человеком. Он никогда ничего не просил, не устраивал показательные выступления и не жаловался. Начиная с декабря члены партии Скрещенных стрел проявляли все меньше уважения к дипломатической защите шведского здания, когда стало известно, что Швеция остановилась здесь только на время с обещаниями признать правительство Скрещенных стрел Ференца Салаши. Шведская корреспонденция широко подделывалась в то время, что также досаждало партии скрещенных стрел. Так как у здания шведского посольства не было охраны, то участились случаи нападений и зверств, возрастающие по мере того, как фронт подходил ближе к Будапешту и правительство Скрещенных стрел отошло назад и двинулось на запад. Начались



Процесс производства лекарств на заводе «Гедон Рихтер».

светопреобразование в разгромленном городе, мародерство, казни и расправы с целью запугивания остальных жителей и другие бесчинства, ставшие каждодневными развлечениями для варваров и убийц. Вооруженный наряд партии скрещенных стрел арестовал жителей ул. Йожефа Катоны, 21, и вынудил их перейти в здание партии на ул. Андраши, 60 (сегодня Дом террора), под предлогом проверки удостоверения личности. В здании у жителей отобрали документы и ценности, взяв всех под стражу. На следующий день на рассвете эскорт вывел всех людей на улицу по направлению к Дунаю. Впереди толпы шли мужчины, женщины шли позади. По словам очевидцев, Гедон Рихтер обнял свою жену, попрощался с ней и ушел в передний ряд, где шли все мужчины. Перед тем как двинуться вперед, их всех заставили снять исподнее – в морозную погоду. Как только они дошли до реки, всю колонну подвели к привалу на боковой улице. Первых пятьдесят мужчин подвели к тому месту, где сегодня

ул. Золтан пересекается с набережной Сечени. Их расстреляли и скинули в реку. 72-летний Гедон Рихтер был в рядах первых жертв. Поразительно то, что высокообразованный, творческий человек, заслуживающий лучшей жизни, завершил свою жизнь таким образом, в результате жестокого террористического акта, став жертвой убийц и грабителей. Иначе это и не назовешь.

Жена Гедона Рихтера выжила в этой страшной пытке партии Скрещенных стрел и прошла войну, но психологически она так и не оправилась от той страшной казни. Тело Гедона Рихтера не было найдено. В фамильном склепе в маленьком швейцарском городке Лугано расположено символическое надгробие. Эпитафия над надгробием Рихтера от Йено Хидвеги стала данью его заслугам: «Он был настоящим человеком, который понимал всю ценность объединения. Он создал несокрушимую структуру, и его имя всегда будет ассоциироваться с его творениями». ■

Новые книги

Биологические методы терапии психических расстройств.

Доказательная медицина – клинической практике.

Под редакцией С.Н. Мосолова

В книге освещаются теоретические и практические аспекты применения новых медикаментозных и нелекарственных методов лечения психических расстройств. Особое внимание в этот раз уделяется систематическому анализу данных рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), отвечающих требованиям доказательной медицины, с целью обобщения этих сведений в виде конкретных клинических рекомендаций, терапевтических алгоритмов и практических советов по ведению отдельных категорий психически больных. Из этих же практических соображений по каждому психофармакологическому классу приводятся клинико-биологические классификации, современные научные данные по фармакодинамике и фармакокинетике.

- Книга содержит несколько глав по терапии основных психических заболеваний, включая шизофрению, рекуррентную депрессию, биполярное аффективное расстройство, тревожные расстройства, а также главу по резистентности и интолерантности к психофармакотерапии и главу по нелекарственным методам терапии, которая целиком посвящена современным методам стимуляции мозга – электросудорожной терапии и транскраниальной магнитной стимуляции. Каждую главу предваряет обзорная статья по проблеме с приведением данных систематических обзоров (метаанализов) и имеющихся в доступной литературе РКИ. В ней также даются необходимые сведения по основным группам применяемых при этом заболевании психотропных препаратов. В каждом разделе приводятся также результаты собственных терапевтических исследований по оценке сравнительной эффективности и переносимости новых лекарственных средств и методов лечения на разных этапах терапии.
- Книга предназначена прежде всего для практических врачей-психиатров, но также будет интересна научным сотрудникам, преподавателям вузов, неврологам, фармакологам и врачам других специальностей.

Книгу можно приобрести в интернет-магазине: www.tbookshop.ru

Кафедра психиатрии и медицинской психологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова

Кафедра отсчитывает свой возраст от даты открытия медицинского факультета Московских высших женских курсов (1906), поскольку ее основатель и первый заведующий профессор Николай Николаевич Баженов (1857–1923) входил в число первых преподавателей. Курсы со временем были преобразованы во Второй Московский университет, затем – во Второй Московский государственный медицинский институт, в 1991 г. – в Российский государственный медицинский университет (РГМУ), а в 2011 г. в РНИМУ им. Н.И.Пирогова. В 2006 г. кафедра отметила свое столетие.



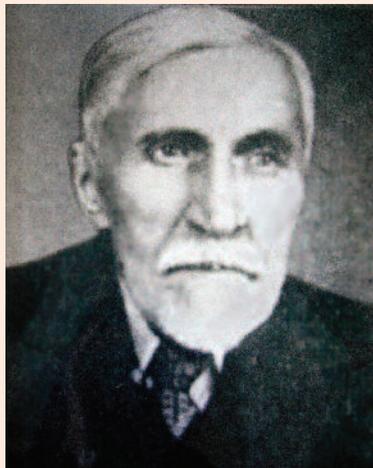
Николай Николаевич Баженов. Заведующий кафедрой с 1906 по 1917 г.

Преподавание психиатрии было начато в 1908 г., полностью оно развернулось в 1910 г. Н.Н.Баженов впервые ввел для студентов практические занятия по психиатрии. Первоначально кафедра располагалась в Преображенской больнице в Сокольниках, а вскоре переехала в Донскую лечебницу (ныне Специализированную клиническую больницу №8 им. З.П.Соловьева).

В кругу научных интересов Н.Н.Баженова необходимо выделить пограничные состояния. Его работа «О значении стихийных бедствий в этиологии некоторых нервных и психических заболеваний» (1914) на долгие годы определила направление научных исследований кафедры.

Преемником Н.Н.Баженова на посту заведующего кафедрой стал Василий Алексеевич Гиляровский (1875–1959, действительный член АМН с 1944 г.). Он продолжил начатую Н.Н.Баженовым деятельность по созданию целостного коллектива, занимающегося различными направлениями психиатрии: научными, педагогическими, организацион-

ными и практическими. В.А.Гиляровский – создатель программ преподавания психиатрии, автор классического отечественного



Василий Алексеевич Гиляровский. Заведующий кафедрой с 1917 по 1952 г.

руководства «Психиатрия» (4 издания). В дальнейшем преподавание психиатрии постоянно велось по учебникам, созданным сотрудниками кафедры. Научные исследования В.А.Гиляровского были посвящены разным разделам психиатрии: шизофрении, невротическим расстройствам, галлюцинаторным состояниям, поискам новых методов лечения. В 1944 г. им был создан Институт психиатрии при Академии медицинских наук.

После В.А.Гиляровского, в 1952 г. заведующим кафедрой был из-



Олег Васильевич Кербиков. Заведующий кафедрой с 1952 по 1965 г.

бран Олег Васильевич Кербиков (1907–1965, действительный член АМН с 1962 г.). С именем О.В.Кербикова связана новая страница в исследовании пограничных состояний – оригинальная

концепция клинической динамики психогений и психопатий. Он выпустил известные «Лекции по психиатрии», был соавтором основного (1950–1960) учебника психиатрии, автором множества статей и докладов.

После безвременной кончины О.В.Кербикова кафедру возглавил Геннадий Константинович Ушаков (1921–1981). Оригинальные его исследования, посвященные онтогенезу психики, критериям нормы и патологии, сущности клинического метода в психиат-



Геннадий Константинович Ушаков. Заведующий кафедрой с 1965 по 1981 г.

рии. Г.К.Ушаков – автор учебника «Детская психиатрия», уникального руководства, написанного с позиций сравнительно-возрастного подхода. По инициативе Г.К.Ушакова в конце 60-х годов прошлого века в медицинских институтах СССР было введено преподавание медицинской психологии. Им написаны 2 учебни-



Надежда Дмитриевна Лакосина. Заведующая кафедрой с 1982 по 1993 г.

ка по этой дисциплине (в соавторстве с Н.Д.Лакосиной). Новые аспекты клиники, механизмов и условий формирования пограничных расстройств представлены в монографии «Пограничные нервно-психические расстройства» (1978, 1987).

В 1982 г. заведующей кафедрой стала профессор Надежда Дмитриевна Лакосина. Ее научно-организационная деятельность на этом посту началась с освоения новых клинических баз – Клинической психиатрической больницы №1 им. Н.А.Алексеева и Детской городской больницы №6. В 1991 г. удалось объединить курс медицинской психологии и психиатрии в единый цикл, преподаваемый на 5-м курсе.

Н.Д.Лакосина – соавтор 3 учебников по психиатрии и 3 учебников по медицинской психологии, автор и соавтор 4 монографий, в том числе основополагающей работы «Клинические варианты невротических развитий». Н.Д.Лакосина – соавтор 2 открытий по



Игорь Иванович Сергеев. Заведующий кафедрой с 1993 г. по настоящее время.

психиатрии, заслуженный деятель науки РФ.

С 1993 г. кафедрой руководит И.И.Сергеев. Им детально изучены психогенные заболевания позднего возраста, разработана систематика вариантов течения невротических расстройств в разные возрастные периоды, представлены клинические закономерности их формирования. И.И.Сергеев – соавтор 2 учебников по психиатрии и учебника по медицинской психологии. Он также является соавтором 7 монографий, которые посвящены фобиям, деперсонализации, расстройствам шизофренического спектра и другим актуальным проблемам психиатрии. И.И.Сергеев – заслуженный врач РФ.



ПКБ №1.



Групповой портрет кафедры.

Профессорско-преподавательский состав кафедры включает 22 человека

Профессора (доктора медицинских наук) – 2 человека, из них 1 – заслуженный деятель науки РФ, еще 1 – заслуженный врач РФ.

Доценты (кандидаты медицинских наук) – 8 человек.

Ассистенты – 12 человек, из них кандидаты медицинских наук – 9. Кафедра психиатрии и медицинской психологии РНИМУ им. Н.И.Пирогова располагается на двух клинических базах, в круп-

нейших психиатрических больницах и Москвы, и России. Базой лечебного факультета является Московская клиническая психиатрическая больница №1 им. Н.А.Алексеева. Базой педиатрического факультета служит Городская детская психиатрическая больница №6.

За 2000–2010 гг. подготовлено: Статей – 163
Учебников – 3
Монографий – 12
Диссертаций – 11 ■

Новости наших друзей

Круглый стол «Алкогольная патология у соматических больных: terra nullius?»

По данным мировой статистики, Россия находится на одном из первых мест в мире по уровню потребления алкогольных напитков. При этом распределение по типам потребляемых напитков в России носит специфический и неблагоприятный характер с преобладанием крепких алкогольных напитков (63%), что побудило Всемирную организацию здравоохранения (ВОЗ) присвоить такому паттерну потребления алкоголя пятую, наиболее высокую степень риска возникновения нежелательных последствий. Среди этих последствий наиболее невосполнимой является преждевременная смерть. Только за 1 год злоупотребление алкоголем в Российской Федерации приводит к преждевременной предотвратимой смерти около 0,5 млн человек, будучи причиной 30% смертности мужчин и 15% – женщин (из доклада, утвержденного Советом Общественной палаты РФ в 2009 г.).

По уровню распространенности соматических заболеваний, связанных с употреблением алкоголя, Россия также устойчиво в несколько раз превосходит развитые европейские страны. Так, по расчетам ВОЗ, в России такими заболеваниями могут страдать около 9 млн мужчин и 1,8 млн женщин. Эти цифры коррелируют с другими оценками ВОЗ о распространенности алкогольной зависимости в России (8,8 млн мужчин и 1,9 млн женщин), которые превосходят в 5 раз данные официальной российской статистики по числу зарегистрированных наркологами лиц с алкогольной зависимостью.

Данные статистики со всей очевидностью указывают на крайне высокую распространенность в России как злоупотребления алкоголем, так и соматической патологии, связанной с этим злоупотреблением. Вместе с тем по разным причинам в России вклад

алкоголя в возникновение заболеваний внутренних органов и смертность от них недооцениваются в значительной степени. В диагнозах практически не фигурирует алкогольная причина заболеваний, у врачей-интернистов нет в достаточной степени специальной наркологической подготовки, которая помогла бы своевременно выявить алкогольные проблемы и предложить пути их устранения. С другой стороны, в силу так называемой стигматизации подобные соматические болезни сами никогда не обращаются к наркологам, вообще предпочитают не рассказывать врачам об употреблении алкоголя. Таким образом, алкогольная патология у соматических больных оказывается «ничейной землей», что при отсутствии адекватной терапии способствует как утяжелению собственно соматической болезни, так и преждевременной смерти от нее.

По инициативе группы врачей-энтузиастов, в которую вошли как отечественные наркологи, так и представители соматических специальностей, в Казани 14 сентября 2012 г. в рамках Всероссийской научно-практической конференции «Психическое здоровье населения как основа национальной безопасности России» был проведен круглый стол «Алкогольная патология у соматических больных: terra nullius?». Организационную и информационную поддержку этому мероприятию оказала фармацевтическая компания «Лундбек», специализирующаяся на создании лекарственных средств для лечения заболеваний центральной нервной системы. Помимо разработки оригинальных препаратов, компания «Лундбек» традиционно инвестирует значительные средства в научные и образовательные медицинские проекты как во всем мире, так и в России.

Основной целью круглого стола являлось обсуждение проблем, связанных с алкогольной патологией в соматической медицине, а также возможных путей их разре-

Продолжение на стр. 24



Повышенное внимание прессы



В зале заседаний круглого стола.

шения, включая создание специальной образовательной программы по наркологии для врачей-интернистов. Следует отметить, что данное обсуждение с привлечением всех заинтересованных сторон состоялось в России впервые и привлекло внимание многих ведущих наркологов страны.

Круглый стол начался с презентаций двух специалистов, представлявших соматическую медицину. Профессор кардиолог Остроумова Ольга Дмитриевна (МГМСУ, Москва) представила данные о распространенности и непосредственном влиянии употребления алкоголя на развитие, прогрессирование и смертность от сердечно-сосудистых и других соматических заболеваний, а также о проблемах и задачах, стоящих в этой связи перед врачами-терапевтами. Ссылаясь на недостаточную выявляемость алкогольных проблем в общей медицинской практике, а также на недостаточную компетентность врачей по данной проблеме, профессор О.Д.Остроумова высказалась за необходимость повышения образовательного уровня врачей-интернистов в области наркологии.

О существующей уже несколько лет на кафедре эндокринологии (МОНИКИ) программе образования по пограничной психиатрии для врачей-соматологов рассказала профессор эндокринолог Старостина Елена Георгиевна. Она сообщила, что проведенные опросы показали активное стремление врачей получить недостающие знания по проблемам психиатрии и наркологии, вклю-

Выступление главного нарколога России профессора Брюна Евгения Алексеевича привлекло особое внимание аудитории. Профессор Е.А.Брюн рассказал о ситуации в российской наркологии и о разных проектах, направленных на повышение эффективности работы. Выступавший отметил, что повышение образовательного уровня врачей общей медицинской практики позволит улучшить раннюю идентификацию наркологической патологии и качество терапии наркологических больных, что приведет к снижению уровня алкоголизма и росту продолжительности жизни в России.

Директор ННЦ наркологии (Москва) профессор Кошкина Евгения Анатольевна рассказала аудитории о положительном опыте уже существующих в РФ образовательных программ для наркологов, подчеркнув их актуальность и благотворное влияние на решение поставленных задач в практической наркологии. Создание специальной образовательной программы по наркологии для врачей-интернистов профессор Е.А.Кошкина назвала очередной насущной задачей, стоящей перед отечественной наркологией.

В своем выступлении заместитель директора по научной работе ННЦ наркологии профессор Винникова Мария Алексеевна привела данные статистики о 2 млн больных алкогольной зависимостью, официально зарегистрированных наркологической службой в России. Профессор М.А.Винникова подчеркнула, что 40% из этих 2 млн составляют люди моложе 40 лет, т.е. лица наиболее трудоспособного возраста, и

лени доктора Жарковой Марии Сергеевны, которая представляла коллектив специалистов под руководством главного гастроэнтеролога России и президента Российского общества по изучению печени (РОПИП), академика РАМН Ивашкина Владимира Трофимовича. В этом выступлении были приведены цифры, характеризующие масштабы негативного влияния алкоголя на печень. Так, около 40% всех случаев цирроза печени имеет алкогольную этиологию. Выступающая поделилась успешным опытом, накопленным обществом РОПИП в проведении образовательных проектов как в рамках крупных национальных конференций (Национальная школа гастроэнтерологов), так и регулярных об-

ми после соответствующего тренинга могут овладеть и врачи-интернисты. Ранней диагностике проблем, связанных с алкоголем в общей клинической практике, было посвящено выступление профессора Сиволапа Юрия Павловича (Москва).

Актуальность обсуждаемых вопросов была отмечена всеми выступающими, равно как и необходимость разработки программы обучения по наркологии для врачей-интернистов. В заключение своими соображениями поделились главный психиатр Москвы профессор Б.Д.Цыганков, главный психиатр Санкт-Петербурга профессор А.Г.Софронов, профессор гастроэнтеролог Л.Д.Фирсова, а также профессор психиатр Н.Н.Петрова



Выступает профессор Н.Н.Петрова.

разовательных программ в Интернете («Медицинский портал», «Интернист.Ру»), а также высказалась за разработку программы обучения для интернистов по наркологии.

Профессор Егоров Алексей Юрьевич (Санкт-Петербург) представил первые результаты недавно завершившейся эпидемиологической программы по изучению алкогольной патологии у больных, поступающих в НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе. В ходе 5-дневного сплошного скрининга психиатрами-наркологами определялась распространенность алкогольной зависимости и злоупотребления алкоголем. Всего были получены данные на 807 больных. Было установлено, что 16,7% больных страдали алкогольной зависимостью (алкоголизмом) и еще 3,5% злоупотребляли алкоголем, не достигая уровня алкоголизма. Из этих 20,2% больных с серьезными алкогольными проблемами лишь 3,2% официально состояли на учете у нарколога, что указывает на серьезное недо выявление алкогольной патологии среди населения в целом и соматических больных в частности.

В выступлении профессора Боброва Алексея Евгеньевича (Московский НИИ психиатрии) были затронуты вопросы оказания психологической помощи при сочетанной психической и соматической патологии. Было подчеркнуто, что этими метода-

(Санкт-Петербург). В работе круглого стола также принимали участие профессор нарколога Е.М.Крупницкий (Санкт-Петербург), профессор нарколога В.Д.Менделевич (Казань), профессор психиатр П.В.Морозов (Москва), профессор психиатр К.К.Яхин (Казань), врач-нарколога О.А.Бухановская (Ростов-на-Дону), врач-кардиолог Н.М.Ахмеджанов (Москва).

Резюмируя итоги обсуждения проблемы, можно констатировать, что мнение разных экспертов о необходимости создания образовательной программы для врачей общей медицинской практики по проблеме алкоголизма было единодушным – все собравшиеся поддержали эту инициативу. По мнению выступавших, разработка и внедрение подобной образовательной программы будут способствовать своевременной ранней диагностике алкогольных проблем в соматической медицине, помогут более широко внедрению современных методов лечения, что должно привести в конечном итоге к снижению смертности, заболеваемости алкоголизмом и более эффективной терапии многих соматических заболеваний. Многие из присутствовавших на круглом столе наркологов, врачей-интернистов, психиатров выразили желание участвовать в разработке и апробации такой образовательной программы по наркологии для врачей-интернистов. ■



Слово профессору Ю.П.Сиволапу.

чая алкоголизм. Врачи общей практики, уже прошедшие обучение, высоко оценивают полученные знания и навыки. Эти знания позволяют значительно повысить качество оказания медицинской помощи пациентам, страдающим наряду с соматическими также и коморбидными психическими расстройствами. Профессор Е.Г.Старостина указала на необходимость создания наркологической образовательной программы, а также тесного сотрудничества и обмена знаниями между наркологами, психиатрами и специалистами общей медицинской практики.

что это имеет крайне негативные социально-экономические последствия для страны. По мнению выступавшей, улучшение компетенций врачей общей практики по проблеме алкоголизма, а также внедрение комплексного подхода к профилактике, диагностике, лечению и реабилитации больных приведет к изменению сложившейся ситуации, будет способствовать как улучшению выявления алкоголизма, так и повышению качества медицинской помощи в целом.

Проблемы алкогольной составляющей в развитии заболеваний печени были затронуты в выступ-

Послеполуденный отдых Фавна. Балет и болезнь Вацлава Нижинского

«Я хочу танцевать, рисовать, играть на рояле, писать стихи. Я хочу всех любить – вот цель моей жизни. Я люблю всех. Я не хочу ни войн, ни границ. Мой дом везде, где существует мир. Я хочу любить, любить. Я человек, Бог во мне, а я в Нем. Я зову Его, я ищу Его. Я искатель, ибо я чувствую Бога. Бог ищет меня, и поэтому мы найдем друг друга».

Вацлав Нижинский



Ольга Устименко,
психолог. Киев, Украина

Вацлав Нижинский – выдающийся танцовщик и хореограф польского происхождения, прославивший русский балет начала XX столетия и приковавший своим мастерством внимание культурной среды к мужскому танцу. Он был первым, кто осмелился индивидуализировать мужские балетные партии, ведь до этого танцовщиков в балете называли не иначе как «костылями» для поддержки прим. Новаторская хореография его скромного балетного наследия вызывала воинственные споры среди театральных критиков, а его владение телом, пластичность и, самое главное, неподражаемые по высоте и длине прыжки, благодаря которым Нижинского называли человеком-птицей, принесли ему

славу танцовщика с феноменальными физическими данными и талантом, которому не было равных. Вацлав Нижинский был кумиром всей Европы – им восхищались Огюст Роден, Федор Шаляпин, Айседора Дункан, Чарли Чаплин и другие его современники. Творческая биография Вацлава невелика – он успел создать всего четыре постановки, а свой последний танец станцевал в неполных тридцать лет, будучи уже тяжело больным человеком.

Психическая болезнь разделила его жизнь почти на две равные части – тридцать лет сценической славы и тридцать лет забвения, проведенных в различных психиатрических клиниках Европы.

Вацлав Фомич Нижинский (1889–1950) родился в Киеве, в семье гастролирующих польских танцовщиков Томаша Нижинского и Элеоноры Береды. Двое из троих детей в творческой семье пошли по стопам родителей – Вацлав и его сестра Бронислава, а старшему, Станиславу, помешали заниматься танцами с детства проявившиеся проблемы с психическим здоровьем. Согласно семейной легенде, созданной Элеонорой, Станислав в шестилетнем возрасте выпал из окна, после чего нарушилось его психическое развитие. О жизни брата Нижинского неизвестно практически ничего, кроме того, что до 1918 г. он содержался в одной из петербургских психиатрических больниц, вероятно, с диагнозом «шизофрения». Когда в России произошла революция, он вместе с другими пациентами оказался на улице, после чего его

след затерялся (по некоторым данным, он покончил жизнь самоубийством). Кроме того факта, что родной брат Нижинского с детства болел шизофренией, известно, что его бабушка по материнской линии страдала хронической депрессией, которая привела к отказу от пищи, вследствие чего она и умерла.

Когда Вацлаву было 9 лет, отец семьи ушел к молодой любовнице, а Элеонора вместе с детьми переехала в Петербург в поисках возможностей заработать на лечение старшего сына и учебу младших детей в Императорской балетной школе.

Вацлав еще в детстве проявлял черты шизоидного характера. Был замкнутым, молчаливым. Дети в училище дразнили его «япончиком» за слегка раскосые глаза, он обижался и избегал общения с ними, считая, что они ему просто



Молодой Вацлав.

завидуют. Плохо учился, проявляя избирательный интерес лишь к танцам. На уроках сидел с отсутствующим выражением лица и полукрытым ртом, а домашние задания за него делала сестра. Низкая обучаемость, тем не менее, не помешала успешному старту карьеры – в 1907 г., сразу после окончания училища, Нижинского принимают в труппу Мариинского театра, где он практически сразу же становится премьером. Вацлав танцевал с такими примами русского балета, как Матильда Кшесинская, Анна Павлова, Тамара Карсавина. Однако уже в 1911 г. Нижинского увольняют из театра из-за неприятного инцидента, случившегося

во время представления балета «Жизель» – он вышел на сцену не в привычных для глаз тогдашней публики шароварах, а в обтягивающем трико по эскизу Бенуа. Кому-то из представителей царской семьи, присутствовавшей в зале, наряд показался чересчур откровенным, и танцора обвинили в развратном поведении. Позднее, когда Нижинский исполнял роль Фавна в поставленном им самим спектакле, подобные обвинения снова посыплются на него – эротизированными, сходными с процессом мастурбации покажутся зрителям и критикам его движения на сцене, когда он упоенно припадает к накидке, оставленной Нимфой на берегу реки. Возможно, опережавшими время, в котором царили отголоски Викторианской эпохи, казались постановки Вацлава Нижинского. Однако следует признать, что тема сексуальности сыграла большую роль в становлении и клинической картине психического расстройства артиста.

Не секрет, что Вацлав Нижинский имел интимные связи с мужчинами. Первые гомосексуальные отношения с известными в светских кругах любителем искусства князем Павлом Львовым произошли с полного одобрения и поощрения матери молодого танцора, которая считала, что подобные связи помогут ему укрепиться в богемной среде. Князь Львов



С братом Станиславом и сестрой Брониславой (1897).

был богатым человеком и не только ввел Нижинского в театральные круги, но и практически содержал Вацлава, даря ему дорогие подарки и потакая его прихотям. Параллельно с гомосексуальными отношениями Нижинский поддерживал связи и с женщинами, периодически посещая публичные дома. Вполне вероятно, что именно от своей бисексуальности, отчасти навязанной ему матерью и творческим окружением, Нижинский «бежал в болезнь», да и саму двойственную полорловую идентичность танцора можно рассматривать как расщепление «схизис».

Продолжение на стр. 26



Балет «Павильон Армиды» (1909).

Начало на стр. 25

Вскоре после увольнения из театра Вацлав поступил в труппу к Сергею Павловичу Дягилеву, известному импресарию, который взорвал публику выступлениями своего коллектива, гастролировавшего по Европе с «Русскими сезонами». Короткий период взаимодействия с «Русскими сезонами» – наиболее плодотворный в творческом развитии танцовщика. Сам Дягилев имел огромное влияние на становление Нижинского как танцовщика, однако отношения с ним были двойственными – Вацлав имел свободу творчества и финансовую поддержку, но практически полностью от него зависел, в том числе и сексуально. Дягилев защищал своего протеже от нападков критиков, оплачивал его покупки, практически одевал и кормил Нижинского, который был абсолютно неприспособленным к самостоятельной жизни в обществе, так же как и в детстве производя на других впечатление инопланетного существа своей нелюдимостью, обособленностью, не всегда адекватной эмоциональностью (например, он мог с неожиданной свирепостью взглянуть на других впечатлительных инопланетного существа своей нелюдимостью, обособленностью, не всегда адекватной эмоциональностью (например, он мог с неожиданной свирепостью взглянуть на обычных людей).

ной интеллигенции и мира искусства, формировал его художественный вкус. Однако он запрещал Нижинскому встречаться с женщинами, был властным и ревнивым, стремился контролировать все его действия.

Вацлав Нижинский был куда менее уверенным хореографом, чем танцором, – он долго и мучительно придумывал движения, постоянно требовал поддержки у Дягилева, неуверенно спрашивая его одобрение чуть ли не на каждом па, очень долго репетировал.



Балет «Сиамский танец» (1910).

Особенности личности и зарождающегося заболевания не могли не отразиться на характере творчества Нижинского. Его самая известная самостоятельная постановка – «Послеполуденный отдых Фавна» на музыку Дебюсси, которую Вацлав поставил в 1912 г. В необычно угловатых, «кубических» движениях Фавна, замирающих профильных позах, заимствованных из сюжетов древнегреческих ваз, просматривается символика кататонического застытия. Лишь один прыжок присутствовал в балете – знаменитый взлет Нижинского, олицетворяющий пробуждение эротического чувства у юного создания, полуживотного-получеловека.

Вторая современная постановка Нижинского – языческая «Весна священная», на музыку Стравинского, с эскизами костюмов и декораций, нарисованными Рерихом, была неоднозначно принята публикой. Нарочито грубая, заземленная хореография, с дикими

ми плясками, небрежными прыжками и тяжелыми приземлениями сама по себе напоминала сценический психоз, бурю вырвавшихся на свободу инстинктов.

Нижинский осознавал свою зависимость от Дягилева, она тяготила его. Неудивительно, что рано или поздно последовал бунт. От-



С Т.Карсавиной в балете «Видение розы» (1911).

правившись на гастроли в Южную Америку вместе со своей труппой, но без наставника, который отказался от поездки, потому что боялся путешествовать по воде, Вацлав принимает неожиданное для всех решение жениться. Его избранницей стала непрофессиональная венгерская танцовщица Ромола Пульски. Ромола всячески старалась привлечь внимание актера и именно для этого



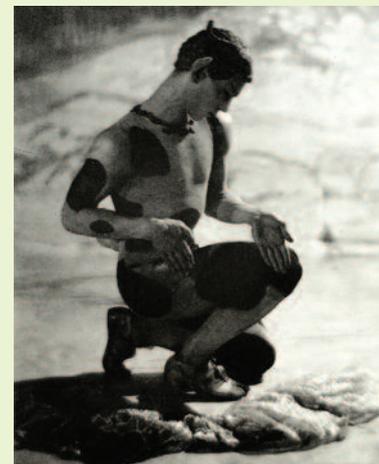
Нижинский с партитурой.

приложила все усилия, чтобы устроиться в труппу Дягилева. В конце концов Вацлав сдался. Узнав о женитьбе протеже, оскорбленный наставник немедленно отреагировал письмом, в котором кратко написал, что труппа больше не нуждается в услугах Нижинского.

Так, совершенно не знавший самостоятельной жизни, Вацлав в 24 года оказался перед обиденной необходимостью искать работу и содержать семью. Нижинский отверг все предложения о сотрудничестве и принял реше-

ние создать собственный коллектив и репертуар. Но талантливый танцовщик, лишенный коммерческой жилки прагматичного Сергея Дягилева, оказался бездарным менеджером, и его труппа постигла финансовая неудача.

Вскоре началась Первая мировая война, которая помешала Ни-



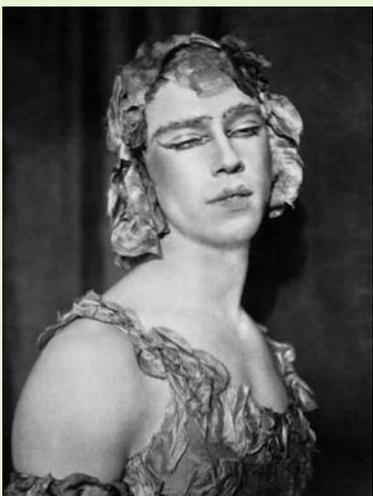
Балет «Послеполуденный отдых Фавна» (1912).

жинскому с семьей вернуться в Россию – к тому моменту они находились в Венгрии, где Вацлав, как подданный враждебного государства, был интернирован фактически на правах военнопленного. В том же 1914 г. Ромола родила Вацлаву первую дочь – Киру (вторая дочь, Тамара, родилась в 1920 г.). Такие существенные перемены, в том числе и отсутствие возможности танцевать, необходимость жить с родителями жены, которые проживали в Будапеште и не слишком благосклонно относились к выбору дочери, оказались слишком большим стрессом для танцора. Только в 1916 г. благодаря ходатайству друзей Нижинскому с семьей разрешили выехать из страны. Они перебрались во Францию, где отошедший от обид Дягилев предложил артисту поехать на гастроли в Америку.



С.Лифарь и С.Дягилев.

Вообще переезды не лучшим образом сказывались на психологическом самочувствии Вацлава – еще на гастролях в Германии в 1911 г. ему показалось, что все немцы – переодетые тайные агенты, которые следят за ним. А за год, проведенный на Американском континенте, окружающим ясно



Сценические образы Нижинского.



Эскиз костюма к балету «Видение розы».

стали видны изменения в психическом состоянии Нижинского. Под влиянием некоторых артистов труппы он увлекся идеями толстовства, стал вегетарианцем, требовал от жены отказаться от мяса, мечтал переехать в глухую сибирскую деревню и вести «праведный» образ жизни, говоря о греховности актерской профессии.

В 1917 г. он в последний раз вышел на театральную сцену. После окончания гастролей они с Ромолой перебрались в небольшой горный курорт Сен-Мориц в Швейцарии. Нижинский перестал танцевать, все время занимался проектами своих будущих балетов, тайно от жены начал вести дневник, в котором писал бессвязные мысли, переполненные стереотипными стихами без рифмы, описывал галлюцинаторные переживания, делал эскизные зарисовки, среди которых, помимо балетных декораций, встречались сферические мандалы и человеческие лица, искаженные ужасом. Много времени проводил в одиночестве, периодически уходя в горы и гуляя среди скал и обрывов, рискуя заблудиться или сорваться в пропасть. Одевал поверх одежды деревянный крест величиной с ладонь и в таком виде разгуливал по Сен-Морицу, рассказывая прохожим, что он Христос.

В 1919 г. Нижинский решает выступить для постояльцев местной гостиницы, сказав жене, что его



С дочерью Киной.



Эскиз костюма к балету «Послеполуденный отдых Фавна».

танец будет «венчанием с Богом». Когда приглашенные собрались, Вацлав долгое время стоял неподвижно, потом, наконец, развернул на полу белую и черную материю, расположив их друг поперек друга, создавая символический крест. Его дикий, иступленный танец скорее испугал зрителей. После выступления Нижинский в краткой речи пояснил, что изображал войну. Присутствовавший в зале писатель Морис Сандоз так описывал представление: «И мы увидели Нижинского, под звуки похоронного марша, с лицом, перекрошенным ужасом, идущего по полю битвы, переступая через разлагающийся труп, увертываясь от снаряда, защищая каждую пядь земли, залитой кровью; прилипающей к столам; атакуя врага; убегая от несущейся повозки; возвращаясь вспять. И вот он ранен и умирает, раздирая руками на груди одежду, превратившуюся в рубище. Нижинский, едва прикрытый лохмотьями своей туники, хрипел и задыхался, гнетущее чувство овладело залом, оно росло, наполняло его, еще немного – и гости закричали бы: "Довольно!" Тело, казалось, изрешеченное пулями, в последний раз дернулось, и на счету у Великой Войны прибавился еще один мертвец». Это был его последний танец. Вечер Нижинский закончил словами: «Лошадка устала».

Вацлав Нижинский частично осознавал свою болезнь – среди наполненных паралогикой строк



Нижинский и Чарли Чаплин.

его дневника в записи, датированной 27 февраля 1919 г., можно прочесть: «Я не желаю, чтобы люди думали, что я великий писатель или что я великий художник, и даже что я великий человек. Я простой человек, который много страдал. Я верю, что страдал больше, чем Христос. Я люблю жизнь и хочу жить, плакать, но не могу –



Огюст Маке. Русский балет (1912).

я чувствую такую боль в своей душе – боль, которая пугает меня. Моя душа больна. Моя душа, не мой мозг. Врачи не понимают мою болезнь. Я знаю, что нужно мне, чтобы выздороветь. Моя болезнь слишком велика, чтобы можно было от нее быстро избавиться. Я неизлечим. Каждый, кто читает эти строки, будет страдать – они поймут мои чувства. Я знаю, что нужно мне. Я сильный, а не слабый. Мое тело здорово – душа моя больна. Я страдаю, страдаю. Каждый почувствует и пой-



С женой Ромолой.

мет. Я человек, а не зверь. Я люблю всех, у меня есть недостатки, я человек – не Бог. Я хочу быть Богом и потому стараюсь совершенствоваться. Я хочу танцевать, рисовать, играть на фортепьяно, писать стихи, я хочу любить всех. Вот цель моей жизни».

Нижинский страдает бессонницей, делится с женой идеями преследования, после чего, наконец, в марте 1919 г. Ромола едет с Вацлавом в Цюрих, где консультируется с психиатром, в том числе и с Блейлером, подтвердившим диагноз шизофрении, и принимает решение отправить мужа на лечение в клинику Бельвю. После ше-

стимесячного пребывания в санатории у Нижинского внезапно обострились галлюцинации, он стал агрессивным, отказывался от пищи, позже начала нарастать дефицитарная симптоматика – Нижинский перестал интересоваться чем-либо вообще и большую часть времени сидел с отсутствующим выражением лица.

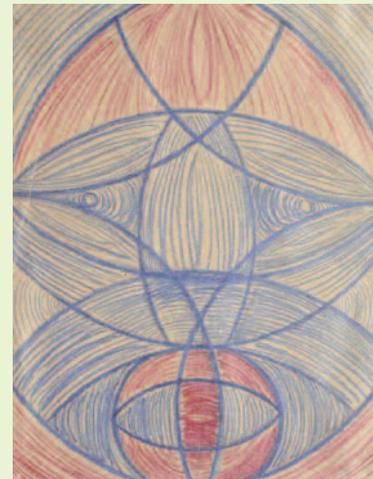


Рисунок Нижинского.

Оставшиеся годы жизни Вацлав провел в различных клиниках Европы. В 1938 г. он подвергся инсулиновой шоковой терапии, тогда еще новому методу лечения. На краткое время его поведение стало более упорядоченным, он был в состоянии поддержать разговор, однако вскоре апатия вернулась.

В театральных кругах помнили и чттили Нижинского. Сам Дягилев в 1928 г. привез Вацлава в Парижскую Оперу на балет «Петрушка», в котором артист в свое



Последний прыжок Нижинского.

время станцевал одну из лучших своих партий. Нижинский на предложение бывшего наставника вновь присоединиться к труппе разумно ответил: «Я не могу танцевать, я сумасшедший». Граф

Продолжение на стр. 28

Начало на стр. 27

Кесслер в своих воспоминаниях делится впечатлением, которое произвел на него Нижинский в тот вечер: «Его лицо, оставшееся в памяти тысяч зрителей сияющим, как у молодого бога, теперь было серым, обвисшим... Только изредка отблеск бессмысленной улыбки блуждал по нему... Дягилев поддерживал его под руку, помогая преодолеть три лестничных мар-



Портрет Нижинского. Д. С. Сарджент.

ша, ведущих вниз... Тот, кто когда-то, казалось, мог беззаботно летать над крышами домов, теперь едва переступал со ступеньки на ступеньку обыкновенной лестницы. Взгляд, которым он мне ответил, был бессмысленным, но бесконечно трогательным, как у больного животного.

После смерти Дягилева попытку вернуть Нижинского к танцу (что в случае танцора было равносильно понятию «вернуть к жизни») повторила Ромола. В 1939 г. она пригласила Сержа Лифаря, знаменитого земляка Нижинского, тоже родившегося в Киеве, потанцевать перед мужем. Вацлав никак не отреагировал на танец, но в конце представления он вдруг, неожиданно для всех присутствующих, взлетел ввысь в прыжке, а затем снова стал безразличным ко всему. Последний прыжок великого танцора успел запечатлеть фотограф Жан Манзон.

Вацлав Фомич Нижинский умер 8 апреля 1950 г. в Лондоне. Через три года после смерти его прах перевезли в Париж и похоронили на кладбище Монмартр.

Рассматривая патогенез болезни Вацлава Нижинского, стоит отметить длительный преморбид – по крайней мере, уже со школьного возраста можно говорить о стойком преобладании шизоидных черт в структуре характера и о нарастающей шизоидизации вплоть до невозможности создать целостную идентичность – как личностную в целом, так и полоролевою, с чем и связана бисексуальность танцора, диссоциация «я» между мужской и женской самостью. Началом инициального периода можно считать 1911 г. Прямыми «предвестниками» болезни были возникшие на гастролях в Берлине идеи преследова-

ния, когда Вацлаву начало казаться, что немцы устроили за ним слежку (персекуторный бред), и лишенная критики эротизация с грубой деэстетизацией в его постановках «Послеполуденный отдых Фавна» (1912) и «Весна священная» (1913). Индуцированные участниками кружка толстовцев из труппы Дягилева отрывочные бредовые идеи кристаллизировались и окончательно систематизировались в 1917 г., когда Нижинский был на гастролях в Америке. И только после переезда в Швейцарию можно говорить о появлении у 28-летнего Вацлава выраженных симптомов психоза – бреда, слуховых галлюци-



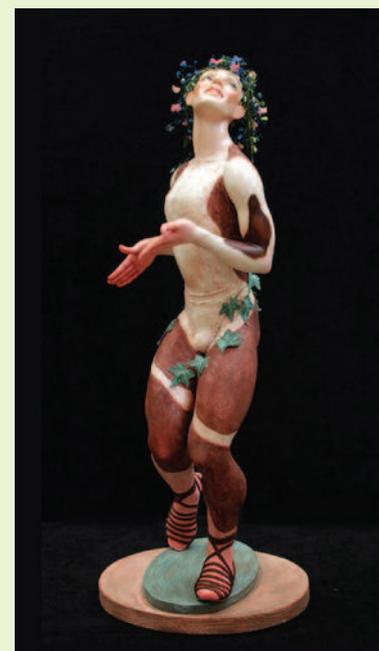
Огюст Роден «Вацлав Нижинский».

наций, структурных расстройств мышления – свидетельством всей картины заболевания выступает дневник танцора, где он описывает свои болезненные переживания. Через три года активной фазы заболевания, после 1920 г., происходит постепенный регресс бреда и нарастание дефицитарной симптоматики вплоть до уровня шизофренического слабоумия.

По форме болезнь Вацлава Нижинского можно определить как параноидную шизофрению с непрерывно-прогредиентным типом течения и нарастающим дефектом. По тематике бреда в картине болезни преобладает бред религиозного содержания, с отдельными включенными в него идеями величия, греховности, отношения, преследования.

Что почитать Вацлав Нижинский «Чувство»

Именно под таким названием в последнем издательстве увидели свет дневники Нижинского, написанные в 1919 г., в моменты острейшего психического состояния. Записи не имеют художественной ценности – Нижинский вряд ли обладал литературным дарованием, да и высокообразованным человеком его можно назвать едва ли, учитывая несистематичность обучения, что сказалось и на письменной речи Вацлава, изобилующей грамматическими и орфографическими ошибками и словами, заимствованными из польского языка. Дневник ценен

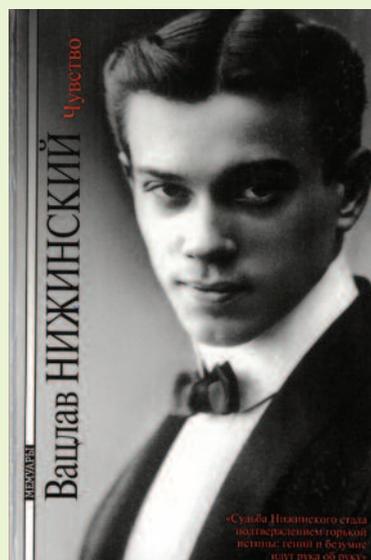


Сценические образы Нижинского в фарфоровых куклах. Л. Чуркина.

прежде всего как уникальный фотографический документ, который можно цитировать в курсе общей психопатологии в качестве иллюстраций к разделу нарушений мышления. Несмотря на наличие формальной структуры (сам автор разбил дневник на две части – «Жизнь» и «Смерть», объединив их под общим названием «Чувство»), большая часть текста абсурдна вследствие структурных нарушений мышления (разорванность, символизм, аутистичность и др.). Текст являет собой не что иное, как поток сознания Нижинского, включающего мысли о Боге и любви, жизни и смерти, танце и болезни, периодически увлекаемого отвлеченными ассоциациями на описание того, что он видит вокруг себя (к примеру, мысль может оборваться внезапным обращением взора автора на карандаш, лежащий рядом). Дневник изоби-

лительное расколотое «я»: «Я – Бог и Бык. Я – Апис. Я – египтянин. Я – индус. Я – чужестранец и иностранец. Я – морская птица. Я – земная птица. Я – дерево Толстого. Я – корни Толстого».

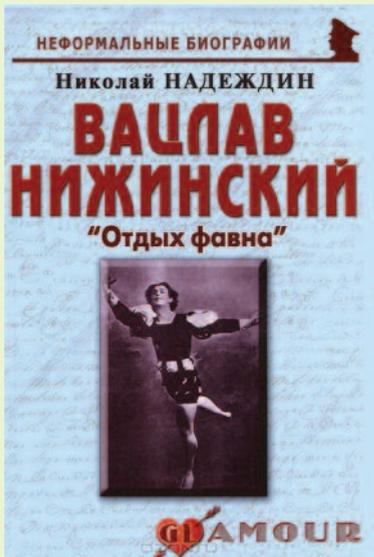
Дневник Нижинского имеет свою историю. Впервые он был опубликован в 1936 г. в переводе на английский язык под редакцией Ромолы Пульской, жены артиста, что само по себе уже вызывает много вопросов, так как Ромола русского языка, на котором писал Вацлав, не знала. Текст был до неузнаваемости искажен женой Нижинского, которая решила издать дневник из-за острой нужды в деньгах: были перепутаны места части дневника, 40% текста вообще отсутствовало, остальное подвергнуто жесткой цензуре. Ромола, которой надо отдать должное за то, что не оставила супруга в годы болезни, всячески способствовала созданию мифа о гении Нижинского – поэтому тщательно сглаживала и скрывала наиболее острые места дневника, свидетельствующие о нелицеприятных фактах биографии. Части текста, содержащие нецензурные выражения, описание сексуальных переживаний, были вырезаны. Доступ к оригиналам записей, которые хранятся в Нью-Йоркской публичной библиотеке, был получен только в 1994 г.



лует персеверациями, повторами и тавтологиями, обращает на себя внимание количеством употребляемых местоимений «я», которые встречаются по несколько раз в каждом предложении. Нижинский как будто стремится идентифицировать себя со всеми окружающими его предметами, людьми, идеями, болезненно-напряженно ища

Николай Надеждин «Вацлав Нижинский»

В книге представлена беллетризованная биография великого танцовщика Нижинского. Здесь повествуется о том, что всего половину своей жизни Нижинский блистал на сцене и дарил зрителям балета свое искусство. Вторая половина была прожита в психиатрических клиниках. Стремительный взлет к вершинам артистической славы и скандальная личная жизнь – в Нижинском умещалось все: и яркий природный дар, и поступки, совершенные им вопреки общепринятой морали. Биографические расска-



зы о Нижинском иллюстрированы фотографиями, сделанными в разные периоды его жизни.

Что посетить

В 1952 г. С.Лифарь, знаменитый артист и балетмейстер Гранд-опера, купил на кладбище Монмартр в Париже место в 22-м отделении,



где покоятся выдающиеся деятели французской культуры. Полвека спустя после смерти великого танцовщика на его могиле, где раньше было только скромное над-



гробье с надписью на плите «Вацлаву Нижинскому – Серж Лифарь», теперь установлен великолепный памятник. Гений танца запечатлен в образе Петрушки из одноименного балета И.Стравинского.

В Париже именами известных русских творческих личностей названы многие места: площадь Стравинского, сад Рахманинова, улицы Прокофьева, Чайковского, площадь Дягилева. Среди них также есть аллеи Римского-Корсакова и Нижинского. ■

Материалы любезно предоставлены журналом «НЕЙРОNEWS», Украина

www.neurohealth-ua.com

Новости Российского общества психиатров

Опыт и проблемы региональных отделений Российского общества психиатров

(по материалам доклада на пленуме правления РОП в Казани 13.09.2012 г.)



Какой должна быть саморегулируемая организация врачей? На основании части 5 статьи 76 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» отдельные функции в сфере охраны здоровья могут быть переданы лишь тем профессиональным организациям врачей, которые соответствуют критериям, устанавливаемым Правительством РФ. Помимо критерия численности, обязательной является и юридическая регистрация некоммерческих организаций (НКО). При отсутствии у НКО юридически зарегистрированных региональных отделений такая организация не может претендовать на статус общероссийской, а без этого статуса невозможен конструктивный диалог с федеральными властями.

На 15-м съезде психиатров и декабрьском (2011 г.) пленуме правления Российского общества психиатров (РОП) было принято решение о юридической регистрации региональных отделений. В 2011 г. в Рязани возрождено и начало работу региональное отделение общества психиатров. За полтора года достигли некоторых успехов в своей деятельности: полностью прошли процедуру регистрации регионального отделения РОП, подготовили пособие по регистрации региональных отде-

лений, которое размещено на сайте РОП и прошло успешную апробацию в нескольких регионах, полностью сформировали внутреннюю организационную структуру отделения, создали секции и комиссии, приняли в ряды общества более 200 психиатров региона. Причем нашими членами стали не только сотрудники крупных психиатрических и наркологических учреждений, но и психиатры, наркологи, психотерапевты и психологи, работающие в учреждениях общей медицинской сети и в частных учреждениях здравоохранения, их доля составляет более 20% от общего числа членов отделения. Проводится регулярный сбор вступительных и членских взносов, объем денежных средств, привлеченных отделением, за 2 года составил 142 тыс. руб., причем это легальные деньги, полученные официально по квитанции и хранящиеся на счете в банке. На средства отделения нами издано два выпуска сборников научных трудов общества. В настоящее время после оплаты очередного сборника научных трудов и перечисления предусмотренной уставом общества суммы в адрес центрального аппарата остаток денежных средств на счету отделения составляет около 60 тыс. руб.

*МАЛандышев
ГКУЗ РОКПБ им. Н.Н.Баженова,
Рязань*

В настоящее время в России постепенно возрождаются профессиональные организации врачей и врачебные научные сообщества, заявляющие о намерении брать в свои руки непрерывное обучение специалистов, профессиональное саморегулирование и другие вопросы. Во многих отраслях экономики уже накоплен успешный опыт передачи саморегулируе-

мым организациям некоторых государственных функций (например, в строительстве, адвокатуре, нотариате и др.). И медицинская деятельность, по всей видимости, не станет исключением. Психиатрическое сообщество традиционно будет в первых рядах общественного движения. Из истории известно, что первым врачебным объединением в России стало Общество Санкт-Петербургских врачей для помешанных, основанное в 1861 г. И.М.Балинским, а на первых съездах врачей психиатры играли ведущую роль.

Для чего нужно общество психиатров его рядовым членам

Ответ на этот вопрос содержится в разделе устава РОП «Цели и задачи» общества психиатров. Цели и задачи общества – это защита интересов членов, повышение профессиональной квалификации и участие в присвоении членам РОП квалификационных категорий. Для достижения уставных целей нашим отделением

Продолжение на стр. 30

Таблица 1. Рязанское региональное отделение РОП

Председатель		Правление			Ревизор	
Секции	Стационарной психиатрии	Амбулаторной психиатрии	Наркологии	Экспертизы	Медицинской психологии	Психотерапии и сексологии
Комиссии	Аттестационная		Этическая		По научной работе	
Общее количество членов отделения – 224						

Таблица 2. Финансы Рязанского РО РОП

Рублей	2011 г.	2012 г.	Итого...
Привлечено средств	42 600	99 500	142 100
Перечислено в головную организацию	22 100	49 750	71 850
Расходы на издание сборника	13 000	7 900	20 900
Остаток на счете организации	7 500	48 840	56 340

Начало на стр. 29

были осуществлены следующие мероприятия:

- 1) Сформированы этическая и аттестационная комиссии. Этическая комиссия общества – один из механизмов юридической защиты специалистов от необоснованных претензий, так как заключение независимой этической комиссии будет учитываться судом при рассмотрении претензий пользователя услуг к специалисту.
- 2) Разработан порядок рецензирования отчетов специалистов, претендующих на присвоение категории. Требования к отчетам достаточно жесткие – для аттестации на любую категорию требуется наличие опубликованных научных работ.
- 3) Созданы условия для бесплатной публикации научных трудов своих членов в ежегодном сборнике научных трудов.
- 4) Проводятся научно-практические конференции во всех психиатрических учреждениях области.
- 5) Предложен порядок юридической защиты прав членов отделения, который предусматривает, что в случае возникновения у члена общества необходимости в помощи адвоката он должен обратиться с заявлением в этическую комиссию; в случае если нет нарушения этических норм, правление общества может одобрить оплату части затрат на адвоката из средств отделения.
- 6) В настоящее время изучаются предложения страховых организаций по страхованию профессиональной ответственности медицинских работников. К страховым рискам относятся:
 - ошибки при определении диагноза заболевания;
 - неверно проведенный курс лечения;
 - ошибки при выписке рецептов на применение лекарственных веществ;
 - преждевременная выписка из стационара или закрытие больничных листов;

• ошибки при инструментальных методах исследований и лечения.

Страховой суммой является согласованная страхователем и страховщиком денежная сумма, т.е. лимит ответственности. Ставка страховой премии варьирует в пределах 2–6%. При обсуждении со страховщиками наших конкретных условий мы пришли к предварительному соглашению о том, что в случае страхования всех членов нашего регионального отделения на общую сумму 500 тыс. руб. страховой взнос для регионального отделения составит около 10 тыс. руб. Сумма вноса вполне реальна для отделения, а 500 тыс. руб. возмещения – достаточная сумма для нашего региона.

Что касается проблем отделения, то в соответствии с действующим законодательством территориальные органы Министерства юстиции РФ проверяют (не реже 1 раза в 3 года) соблюдение НКО законодательства. Основная тема проверок – соблюдение организацией собственного устава и законодательства о бухгалтерском учете. НКО самостоятельно формируют собственную учетную политику, исходя из своей структуры и иных особенностей деятельности. Принятая учетная политика утверждается приказом или распоряжением председателя отделения, при этом утверждается значительное количество документов.

Налоговую и бухгалтерскую отчетность мы предоставляем вовремя, поскольку отчетность единая для всех организаций, в то время как специфические для НКО учетную политику, план счетов и иные требуемые законом документы нам пока составить не удалось. Нами обобщен опыт бухгалтерской работы и размещен на сайте РОП в разделе «Материалы правления», где имеются календарь предоставления отчетности, проект перечня обязательных документов для каждого отделения, наши предложения по базе образцов документов каждого отделения и др.

Нам известен положительный опыт решения «бумажных про-

блем» в системе профсоюзных организаций. Первичные профсоюзные организации нашего региона ежеквартально получают электронную рассылку из центрального офиса с напоминанием об отчетности, образцами бланков, предупреждением об изменениях в законодательстве и др.

Ситуация с регистрацией региональных отделений РОП достаточно сложная. По опыту организационной работы в центральном федеральном округе, которую активно проводило наше отделение, мы знаем, что одна из основных причин затруднений – опасения крупных финансовых затрат и сложность документооборота юридического лица. Для упрощения работы в регионах считаем необходимым привлечь коммерческую организацию, предоставляющую услуги в регистрации и отчетности НКО, которой следует поручить создание единого пакета документов, необходимых для функционирования отделений РОП в регионах. Полученный пакет документов необходимо сделать доступным для региональных отделений, как имеющих регистрацию, так и не имеющих. Желательно осуществлять ежеквартальную рассылку материалов о государственной отчетности (наподобие профсоюзной) либо размещать материалы на сайте общества. Мы со своей стороны уже ведем такую работу: на сайте РОП в разделе «Правление» есть тема «Проект пособия по отчетности региональных отделений», где размещена текущая информация об отчетах и о новых запросах из контролирующих органов.

Очень важно оперативно решать проблемы действующей редакции устава РОП в работе отделений. Легко может быть устранена ошибка в пункте 4.3, который требует приема в члены общества на общем собрании регионального отделения или президиума правления РОП, а также в абзаце 4 пункта 3, где устанавливается периодичность собраний в 5 лет, причем без добавле-

ния «не реже». Если буквально следовать собственному уставу, то принимать новых членов мы можем не чаще чем 1 раз в 5 лет, либо отсылать заявления о приеме в президиум. Крайне схематично прописаны в уставе вопросы функционирования региональных отделений, хотя в абзаце 1 пункта 3 они определены как «основа» общества.

Серьезная проблема просматривается из-за наличия в составе общества специалистов немедицинского профиля, поскольку Федеральное законодательство предусматривает статус «организации врачей», а устав РОП допускает членство в организации любого специалиста, участвующего в оказании психиатрической помощи. На наш взгляд, наличие в составе РОП различных специалистов относится к преимуществам, однако законодательно это выглядит иначе. Устав нуждается как минимум в доработке, однако это тема для взвешенного обсуждения, и его необходимо начать до очередного съезда РОП, который один вправе утвердить изменения, внесенные в устав организации.

Таким образом, проанализировав почти 2 года работы нашего регионального отделения, мы убеждены в принципиальной правильности избранного нами пути, основанного на юридической легальности и бухгалтерской чистоте работы. Выгоды от наличия юридического статуса у нашей организации налицо и будут только увеличиваться с продолжением реформ в законодательной сфере и уменьшением роли государства в регулировании профессиональной деятельности. Считаем, что нет никаких препятствий для юридической регистрации отделений РОП во всех регионах и нет никаких альтернатив этому процессу. Финансовые, а также трудовые затраты на эти мероприятия представляются незначительными. Как и большинству регионов, нам требуется лишь некоторая поддержка центрального аппарата РОП в оформлении бухгалтерской документации. ■

«Сад греческих корней» O-Z



O
 Обесософобия – боязнь набрать лишний вес (покрескофобия)
 Охлофобия – боязнь толп, скопления людей
 Охофобия – боязнь транспортных средств
 Октофобия – боязнь цифры «8»
 Одонтофобия – боязнь лечения зубов
 Одинофобия, одиноефобия – боязнь боли (альгофобия)
 Оенофобия – боязнь вина
 Ойкофобия – боязнь дома, домашней обстановки
 Олфактофобия – боязнь запахов
 Омброфобия – боязнь дождя, страх попасть под дождь
 Омметафобия, омматофобия – боязнь глаз
 Омфалофобия – боязнь пупков
 Онейрофобия – боязнь сновидений
 Онейрогмофобия – боязнь ночной эякуляции
 Ономатофобия – боязнь услышать определенные слова или названия
 Офидиофобия – боязнь змей (змеефобия)
 Офтальмофобия – боязнь пристальных взглядов
 Опиофобия – боязнь лечиться
 Оптиофобия – боязнь открывать глаза
 Орнитофобия – боязнь птиц
 Ортофобия – боязнь личной собственности
 Осмофобия, осфрезиофобия – боязнь запахов, в том числе неприятных
 Остраконофобия – боязнь моллюсков
 Оуранофобия, уранофобия – боязнь неба, небес

П
 Пагофобия – боязнь льда или мороза
 Пантофобия – боязнь страданий, болезни
 Панофобия, пантофобия – боязнь всего окружающего
 Папафобия – боязнь Папы Римского
 Папирофобия – боязнь бумаги
 Паралипофобия – боязнь не выполнить свои обязанности, не справиться с ответственностью

Парафобия – боязнь сексуальных извращений
 Паразитофобия – боязнь паразитов
 Параскаведекатриофобия – боязнь пятницы 13-го числа



Охлофобия – боязнь толп, скоплений людей.

Партенофобия – боязнь девственниц, молодых девушек
 Патофобия – боязнь болезни
 Патройофобия – боязнь унаследовать что-либо
 Партуриофобия – боязнь деторождения
 Пеккатофобия – боязнь совершить грех, поступков, кажущихся преступными
 Педикулофобия – боязнь вшей
 Педиофобия – боязнь кукол
 Педофобия – боязнь детей
 Пеладифобия – боязнь лысых людей
 Пеллагрофобия – боязнь пеллагры
 Пенияфобия – боязнь бедности
 Пентерафобия – боязнь тещи/свекрови (новеркафобия)
 Плакофобия – боязнь надгробных плит
 Плутеофобия – боязнь богатства
 Плувиофобия – боязнь дождя, страх попасть под дождь
 Пневматифобия – боязнь духов, спиритов

Пнигофобия, пнигерофобия – боязнь удушения, быть удушенным
 Покрескофобия – боязнь набрать лишний вес (обесософобия)
 Погонофобия – боязнь бород
 Полизофобия – боязнь заболеть полиомиелитом
 Политикофобия – боязнь или патологическая неприязнь к политике, политическим деятелям
 Полифобия – боязнь множества каких-либо вещей
 Пойнефобия – боязнь наказания
 Понофобия – боязнь переутомления от работы; боязнь боли
 Порфириофобия – боязнь фиолетового цвета
 Потамофобия – боязнь рек, текущей воды
 Потофобия – боязнь алкоголя
 Проктофобия – боязнь всего связанного с прямой кишкой
 Прософобия – боязнь прогресса
 Пселлизофобия – боязнь заикания
 Психофобия – боязнь психики, разума
 Психрофобия – боязнь простуды

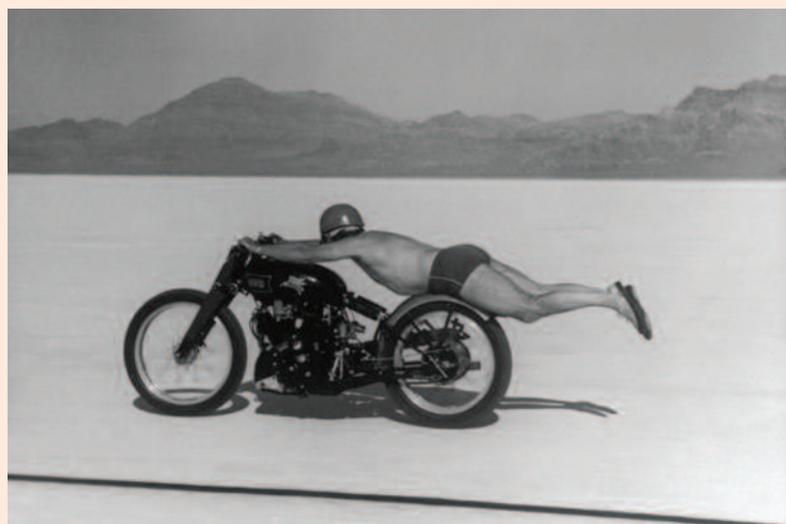
Пупафобия – боязнь марионеток
 Пирексиофобия – боязнь лихорадки
 Пирофобия – боязнь огня

Ф
 Фагофобия – боязнь глотать, есть или быть съеденным
 Фалакрофобия – боязнь облысения
 Фаллофобия – боязнь пениса, особенно эрегированного
 Фармакофобия – боязнь принимать лекарства
 Фасмофобия – боязнь привидений
 Фенгофобия – боязнь дневного света, солнечного света
 Филемафобия, филематофобия – боязнь поцелуев
 Филофобия – страх влюбиться, быть влюбленным
 Философобия – боязнь философии
 Фобифобия – боязнь фобий
 Фотоауглиафобия – боязнь яркого света
 Фотофобия – боязнь света
 Фонофобия – боязнь шума, голосов или собственного голоса; боязнь телефонов
 Фронемофобия – боязнь думать
 Фтириофобия – боязнь вшей (педикулофобия)
 Фтизиофобия – боязнь заболеть туберкулезом
 Фармакофобия – боязнь лекарств

Р
 Радиофобия – боязнь радиации, рентгеновского излучения
 Ранидафобия – боязнь лягушек
 Ректофобия – боязнь всего связанного с прямой кишкой или заболеваний прямой кишки
 Рабдофобия – страх подвергнуться строгому наказанию или быть высеченным розгами, а также боязнь строгой критики; также – боязнь магии, волшебных палочек
 Рипофобия – боязнь дефекации
 Рупофобия – боязнь грязи
 Русофобия – боязнь русских, всего русского

С
 Самайнофобия – боязнь Хэллоуина
 Сармассофобия – боязнь любовных игр (малаксофобия)
 Сатанофобия – боязнь сатаны
 Скабиофобия – боязнь заболеть чесоткой

Продолжение на стр. 32



Тахофобия – боязнь скорости.

