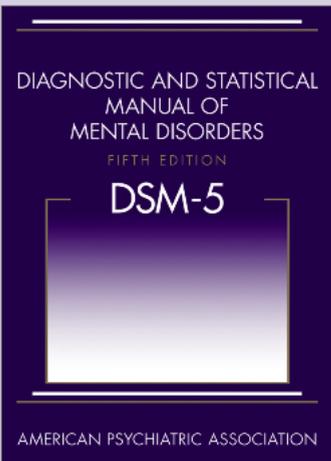




Пол Янссен – гений фармакологии



Профессор Кембриджского университета Герман Берриос с Журналом им. П.Б.Ганнушкина



DSM-V – новое диагностическое и статистическое руководство Американской психиатрической ассоциации: Past imperfect?



Альфред Хичкок – страхи создателя ужасов

К нашим читателям

На съезде Американской психиатрической ассоциации (АПА) ажиотаж вокруг продаваемых книг с классификацией DSM-V напоминал мне ситуацию с продажами новых айфонов: длинные очереди, волнение, интерес и возбуждение читателей. Да и цены не подкачали: 150–200 долларов за том в зависимости от обложки. Однако и разочарование, и даже растерянность наступили очень быстро. Против DSM-V довольно резко выступило руководство Национального института психического здоровья США, которое разрабатывает новый проект Research Domain Criteria (RDoC), в основу программы заложено изучение взаимосвязи между биологическими основами психических заболеваний и их клиническими проявлениями. DSM-V называлось устаревшим, данные в нем – невалидными, ее применение на практике – сомнительным и могущим принести вред пациентам. «Past imperfect» (прошедшее несовершенное) – так коротко характеризуют DSM-V и ведущие американские газеты. Американская психиатрия, безусловно, переживает определенный кризис. Посмотрим, как это отразится на создании МКБ-11. Газета «Дневник психиатра» первой сообщила читателям об атаке на DSM-V. Мы вместе с вами пристально продолжаем следить за развитием событий.

Профессор П.В.Морозов, главный редактор

Первая полоса

Дело Брейвика и какие уроки могут извлечь из него психиатры

IMelle

Центр исследования психозов, Институт клинической медицины, Университет и Университетский госпиталь Осло World psychiatry, №1, 2013

22 июля 2011 г. в Осло было тихо, серо и влажно. Традиционно для пятниц в середине норвежских летних отпусков все офисы закрываются рано, и местные жители покидают город, оставляя его туристам. В 15:25 Андерс Беринг Брейвик взорвал 950-килограммовую бомбу, изготовленную из удобрения и размещенную в автомобиле, припаркованном в центре правительственного квартала, убив 8 человек и 9 серьезно ранив. Только около 200 человек из обычных 1900 были все еще на работе в это время, что послужило кратковременным облегчением ввиду меньшего количества пострадавших, чем изначально предполагалось. Но спустя 2 ч «посыпались» сообщения о выстрелах в летнем лагере молодежной организации норвежской рабочей партии. Брейвик приехал прямо с места взрыва на небольшой остров Утойя, воспользовавшись паромом и выдавая себя за офицера полиции. Он почти сразу начал стрелять по 600 людям, оказавшимся в ловушке на острове, и убил 69 человек; 59 из них родились в 1990 г. и позже. Использование

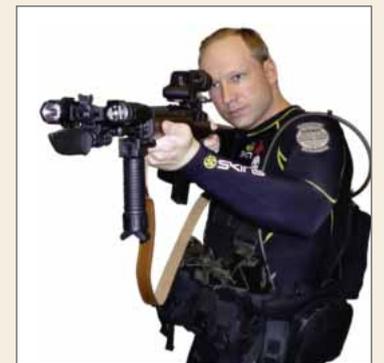
разрывных пуль и магазинов повышенной емкости привело к тяжелым, уродующим ранениям. Выжившие рассказывали, что он возвращался к предыдущим жертвам, стреляя в них повторно, и несколько раз убеждал спрятавшихся выйти из укрытия, говоря им, что он полицейский. Также выжившие сообщали, что он время от времени смеялся и кричал во время стрельбы.

Спустя 50 мин Брейвик позвонил в полицию и сказал: «Да, здравствуйте, меня зовут командор Андерс Беринг Брейвик из норвежского антикоммунистического движения сопротивления. Я на Утойе в этот момент. Я хочу сдаться». Столкнувшись с последовавшими стандартными вопросами о том, где он был в момент звонка, он прервал связь и вернулся к стрельбе. Спустя 20 мин он сдался с поднятыми руками вооруженному отряду полиции. В своем первом допросе на Утойе Брейвик вновь представился как командор рыцарей тамплиеров Норвегии, организации, по его утверждению, насчитывающей от 15 до 80 «рыцарей» в Европе в 2008 г., сам же он занимал центральную позицию в Норвежском отделении. Кроме того, он рассказал полиции, что его действия в тот день были «частью плана В» и «несчастье произошедшего было в том, что люди на острове были предателями категории С».

По мнению организации, существовало 3 категории предателей – А, В, С. Он имел «право на убийство предателей категории А и В, но не разрешение на убийство предателей категории С».

История

Брейвик родился в Осло в 1979 г. У обоих родителей были дети от предыдущих браков (отношений). Они поженились незадолго до его рождения и уехали за границу, где его отец работал в норвежском иностранном ведомстве. Родители развелись в 1980 г., он рос с матерью и сводной сестрой в Осло, по рше-



«Меткий стрелок – холодный убийца».

нию суда он мог видиться с отцом по выходным. Его мать дважды обращалась за помощью в службу по защите детей, потому что она считала его трудным

Продолжение на стр. 2

Главный редактор: проф. П.В.Морозов
E-mail: media@mentica.ru
Газета зарегистрирована в Государственном комитете Российской Федерации по печати.
Reg. номер: ПИ № ФС77-48827
Общий тираж 15 тыс. экз.
Полное или частичное воспроизведение материалов, опубликованных в газете, допускается только с письменного разрешения редакции.
Все права защищены. 2013 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: Н.А.Зуева
Адрес: 115054, Москва, Жуков проезд, стр. 19
Почтовый адрес: 127055, Москва, а/я 37
Телефон/факс: +7 (495) 926-2983
E-mail: media@con-med.ru
Электронная версия: www.con-med.ru
Отдел по работе с подписчиками:
Телефон: +7 (495) 926-2983 (доб. 125)
E-mail: subscribe@con-med.ru

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

ребенком, а в 1983 г. Брейвик был обследован в детской психиатрической службе, где его ситуацию с воспитанием расценили настолько сложной, что рекомендовали передать в руки приемных родителей из-за высокой вероятности развития более серьезной психопатологии. Тем не менее служба по защите детей решила иначе, и после короткого периода наблюдения они закрыли дело в 1984 г.

В своем богатом районе Брейвик пошел в школу, общался со сверстниками, которые позже описывали его как немного застенчивого, но общительного и преданного человека. В подростковом возрасте он был озабочен своей внешностью, часто занимался в спортзале, использовал анаболические стероидные препараты и в возрасте около 20 лет сделал себе операцию по пластике носа. Будучи интеллектуально развитым, он все же выбыл из средней школы до выпускных экзаменов. Несколько раз он пытался начать свое дело, в том числе пытался продавать поддельные дипломы через Интернет. В этот период Брейвик позиционировал себя как успешного бизнесмена, утверждая, что он заработал миллионы, тогда как, по оценкам полиции, он получил 4,5 млн норвежских крон (около 600 тыс. евро) за фальшивые дипломы и игру на фондовой бирже.

В 2006 г. он был объявлен банкротом и вернулся жить к своей матери. Его друзья по району сообщают об изменениях в его поведении с этого времени. Он становился все более замкнутым, используя большую часть своего времени для онлайн-игры World of Warcraft, прекратив общаться с друзьями, которые опасались, что он страдает от игровой зависимости. В 2009 г. он основал сельскохозяйственную компанию и весной 2011 г. арендовал ферму в окрестностях Осло, что позволило ему, не привлекая внимания, купить большое количество удобрений.

Эта справочная информация отличается от написанной Брейвиком в документе, размещенном им в Интернете 22 июля 2011 г. под названием «Манифест». По общему мнению, большая часть этого 1500-страничного текста состоит из вырезанных фрагментов, заимствованных из таких источников, как экстремистские и праворадикальные группировки, а также Карла Маркса, Тони Блэра, Осамы бен Ладана, Джорджа Буша. В дополнение к изложению его крайних взглядов на мультикультурные общества, ислам и марксизм, Брейвик представил здесь отредактированную версию собственного развития. Однако, по другим данным, есть большие сомнения по поводу правдивости приводимых им данных. Сомнения касаются самого существования организации «Рыцарей тамплиеров», которая, по неоднократным заявлениям Брейвика, являлась инициатором его атаки.

Другие правоцентристские группировки, якобы причастные к этому инциденту, отрицают любую информацию на этот счет, и расследование норвежских и других сил полиции не обнаружило никаких признаков существования этой организации.

Психиатрическая экспертиза Брейвика

Текущий уголовный кодекс Норвегии предусматривает максимальное наказание в виде 21 года лишения свободы, без увеличения срока заключения в случае, если пострадали несколько человек. В особо тяжких случаях преступник может быть приговорен к дополнительному сроку содержания под стражей. Преступник, признанный «не несущим юридической ответственности», приговаривается к принудительному лечению. Суд обязан определить, несет ли обвиняемый юридическую ответственность, и назначить, как правило, две экспертизы, чтобы дать психиатрическую оценку его действиям. Соответствие результатов экспертизы установленным требованиям оценивается норвежским советом по судебной медицине, который, в свою очередь, является частью норвежского ведомства по гражданским делам.

Результаты экспертизы представляются суду, который принимает решение, следовать совету экспертов или нет. До этого момента доклад не подлежит разглашению в соответствии с уголовно-процессуальным кодексом, и несоблюдение этого требования влечет за собой наказание. Законодательные нормы опираются на правовые традиции, начинающиеся с принятия в 1274 г. первого Норвежского единого национального кодекса законов, согласно которому преступники с тяжелыми психическими расстройствами не несли юридической ответственности за свои действия и не должны подвергаться наказанию.

Согласно текущему определению невменяемости, принятому в 1929 г. и последний раз пересмотренному в 2002 г., человек не несет уголовной ответственности в случаях, если в момент совершения преступления он находился в психотическом, бессознательном состоянии или в состоянии тяжелой умственной отсталости. «Психотическое» здесь определяется просто как «состояние, отвечающее критериям текущих диагностических руководств». Таким образом, норвежское законодательство не соответствует строгим правилам МакНайтена (McNahgtenrules), применяемым во многих других странах. В соответствии с этим правилом человек признается не несущим юридической ответственности в случае имеющегося «расстройства психики, не позволяющего осознать природу и суть совершаемого им действия;

или если он осознавал, что делает, но не осознавал, что это не правильно».

Первая пара психиатров, назначенная судом, провела с Брейвиком 13 интервью общей продолжительностью 36 ч, помимо просмотра и прослушивания всех полицейских допросов и интервью с его матерью. Они объединили неструктурированный опрос и структурированные диагностические интервью, включая MINI – Международное нейропсихиатрическое интервью, структурированное клиническое интервью для DSM-IV оси I расстройств (SCID-I) и шкалу оценки позитивных и негативных синдромов (PANSS). Первое интервью состоялось 10 августа, в то время когда Брейвик был в полной изоляции. Первоначально психиатры просили поставить стеклянную перегородку во время интервью по соображениям безопасности, но отказались от этой идеи. Потому что соблюдение мер предосторожности, находясь с Брейвиком лицом к лицу, отнимало слишком много времени, оба психиатра присутствовали в течение интервью, даже если рекомендовался индивидуальный опрос.

29 ноября 2011 г. психиатры сообщили суду, что Брейвик находился в психотическом состоянии при планировании и осуществлении своих действий, а также в момент проведения экспертизы. Как позже было объяснено в ходе судебного разбирательства, этот вывод был основан на ключевых особенностях мышления Брейвика. При опросе он сказал им, что он «прежде всего идеологический лидер организации Рыцарей Тамплиеров, с полномочиями, являющимися одновременно олицетворять одновременно мученика организации, военный трибунал, судью, присяжных и палача». Он думал, что является пионером в Европейской гражданской войне, и сравнивал свою ситуацию с российским царем Николаем и испанской королевой Изабеллой. Он считал, что скорее всего может стать новым регентом в Норвегии после государственного переворота. Он сказал, что решил, кто должен жить и кто умрет в Норвегии. Эта ответственность воспринималась им как реальная, в то же время являясь тяжелым бременем. Он полагал, что значительная часть населения Норвегии (несколько сотен тысяч) поддержит его дела. Если бы он стал новым регентом, то взял бы имя Сигурд II Крестоносец (Сигурд Крестоносец – норвежский средневековый король, который вернул земли Португалии из-под мусульманского владычества). Он утверждал, что выделил 5 млн норвежских крон на борьбу. Считал, что на него будет возложена ответственность за депортацию нескольких сотен тысяч мусульман в Северную Африку. Полагал, что

в Норвегии проводятся регулярные этнические чистки, и опасался за свою жизнь. Он думал, что события, частью которых являлся, могут привести к 3-й Мировой войне. Он работал с идеями по улучшению этнического генофонда Норвегии, исчезновению болезней, снижению процента разводов. Он думал о резервациях для коренных норвежцев, тестах ДНК и заводах для массового производства детей. Он полагал, что дом Глаксбургов (действующий Норвежский королевский дом) будет свержен посредством революции в 2020 г. В качестве альтернативы выбору нового регента, который возглавит Рыцарей Тамплиеров, можно было сделать анализ ДНК останков короля Олава Святого (короля викингов, кто ввел христианство в Норвегии), чтобы затем выбрать одного человека с наиболее похожим генетическим кодом и сделать его королем.

Психиатры увидели его грандиозный бред с вычурными и параноидными особенностями, которые выходят далеко за рамки теорий заговора об исламистском захвате Европы. Таким образом, они расценили его состояние как психотическое не потому, что ошибочно истолковали его экстремизм, расизм и праворадикальные взгляды как бредовые, а потому, что полагали, он имел грандиозные бредовые идеи относительно его собственной роли в этой экстремистской вселенной. Хотя его политические взгляды, к сожалению, разделяют и другие, он находился в одиночестве в своем мнении относительно собственной особой роли в упомянутой организации Рыцарей Тамплиеров или даже во мнении о самом существовании этой организации. Кроме того, Брейвик заявил о наличии у себя исключительных способностей, например знания, что другие люди, включая его интервьюеров, думают, не до конца объясняя им, как ему это удастся.

Оба психиатра восприняли его лексику как высокопарную и техническую, он использовал общие слова в новых контекстах, смешивая с необычными словами, которые принадлежали ему самому, что расценивалось как неологизмы. В остальном не было выявлено признаков грубо нарушенной речи и поведения. Обычно он демонстрировал сдержанность, но иногда вел себя неадекватно (неадекватный аффект), говоря о своих убийствах, которые он называл «казнь предателей». Он оживлялся, когда говорил о своей яростной стрельбе и о своем манифесте. Психиатры расценивали это как пример эмоционального уплощения с периодами инконгруэнтного аффекта. Не было зафиксировано никаких внешних признаков депрессии, мании, слуховых галлюцинаций или идей отношения, явлений воздействия или идей, что мысли кем-то вложены. Он принимал анаболи-

ческие стероидные препараты в течение нескольких периодов вплоть до 22 июля в сочетании с большими дозами эфедрина, кофеина и аспирина. Образцы крови, взятые у него при аресте, выявили все эти вещества в количествах, которые могли скорее усугубить, нежели напрямую вызвать психические симптомы.

На основании симптоматики Брейвика, в частности наличия вычурного грандиозного бреда, психиатры заключили, что он страдает параноидной формой шизофрении. Тем не менее они должны были ждать более 6 мес, прежде чем смогли обосновать свои выводы. Между тем мнение, что Брейвик не может нести юридическую ответственность за свои действия, привело к широкому общественному резонансу. Часть людей были недовольны, потому что они чувствовали себя обманутыми из-за такого наказания и беспокоились, что он может получить свободу слишком рано. Многие столкнулись с трудностями понимания концепции освобождения от юридической ответственности – задавая вопросом, как он мог быть «не виновен»?

Вскоре общие положения доклада стали доступны на сайтах норвежских газет благодаря утечке информации от одного из сотрудников, оказывающих помощь жертвам, что вызвало новую волну обсуждений. Хотя некоторые психиатры видели конфиденциальный доклад и старались его не комментировать до расследования, другие стали анализировать и критиковать выдержки из заключения. Специалисты отмечали, что диагноз шизофрении может быть опровергнут на основе отсутствия патогномоничных симптомов, в данном случае отсутствия шнайдеровских симптомов шизофрении первого ранга бреда или слуховых галлюцинаций. Отсутствие у Брейвика выраженных нарушений поведения и его хорошая способность к планированию также призваны в качестве контраргументов для диагностики шизофрении.

Дискуссия была связана с широким освещением этого дела в СМИ с многократными просьбами крупных газет и политиков, включая главу парламентского комитета по вопросам правосудия, о повторной экспертизе. Не утихал спор вокруг официального отчета норвежского совета по судебной медицине. Напротив, появился шквал теорий заговора – от заявлений о коллегиальном «укрывательстве» до прямых обвинений норвежских властей в заинтересованности сохранения тайны относительно существования в стране правых экстремистов. В то время как адвокат Брейвика первоначально заявил, что выводы первой экспертизы его не удивляют, а самый непреклонный протест пришел от самого Брейвика. Он не хотел «безумия

защиты» и не собирался уклоняться от ответственности или избегать судебного разбирательства. Напротив, совершенное им массовое убийство было сделано с явным намерением добиться широкого освещения в СМИ. Подготовка к судебному процессу обернулась для него старанием быть объявленным вменяемым, заявив, что он предпочитает смертную казнь принудительному лечению.

В январе 2012 г. районный суд Осло назначил вторую психиатров для повторной экспертизы, которая была проведена в конце февраля – начале марта, т.е. через 6 мес после первой. К этому моменту Брейвика еженедельно консультировала тюремная бригада психиатров. Он больше не был в изоляции и имел доступ к отчету первой психиатрической экспертизы и подробностям его обсуждения. Основная часть новой экспертизы была основана на тех же методах, что и предыдущая, за исключением отдельных бесед с Брейвиком каждого психиатра. Стационарное наблюдение было проведено в тюрьме квалифицированным психиатрическим персоналом.

Как и в первый раз, ни психиатры, ни наблюдавший его персонал не заметили каких-либо признаков грубых нарушений поведения или внешних признаков слуховых галлюцинаций. Они также согласились с мнением первой пары психиатров, что перед ними был человек с патологическим самовозвеличиванием. Основным отличием было то, что Брейвик на этот раз уменьшил важность Рыцарей Тамплиеров, описав себя как «пехотинца», выполняющего свой долг, и отметил, что ранее им была преувеличена его собственная роль. Психиатры заявили, что у него «идеи повышенной самооценки, силы и знания, которые могут напоминать таковые в случае бредового расстройств». «Не в последнюю очередь появляются своеобразные идеи, касающиеся Рыцарей Тамплиеров. Он, однако, рационализировал их и представил как собственные сознательные мысли».

Что касается негативных симптомов, то они сосредоточены на его социальной отгороженности, что интерпретировалось как естественное следствие подготовки террористического акта. Вопрос относительно степени равнодушия Брейвика к своим жертвам, а иногда и парадоксальность аффекта, которые могут свидетельствовать об аффективных нарушениях, не обсуждался. Исходя из этого, психиатры заключили, что симптомы Брейвика обусловлены тяжелым нарциссическим расстройством личности в сочетании с патологическим фантазированием (патологическая ложь) и что он не находился в психотическом состоянии ни во время проведения экспертиз, ни во время соверше-

ния преступления, делая его, таким образом, юридически ответственным за свои действия.

Так, основная разница между этими двумя экспертизами в том, что спустя 9 мес после терактов Брейвик получил больше альтернативных объяснений относительно его собственной роли в произошедшем, что привело к трактовке его грандиозных утверждений как менее выраженных нарушений.

Судебное разбирательство и приговор

Судебное разбирательство проходило с 16 апреля по 22 июня 2012 г. в районном суде Осло. Многие телеканалы и газеты использовали «комментарии экспертов», уделяя особое внимание психическому состоянию Брейвика в течение процесса, иногда пытаясь поставить диагноз на основании его поведения в суде. В дополнение к назначенным судом психиатрам другие психиатры и психологи были призваны в команду по защите Брейвика или в координационные советы по освидетельствованию жертв. Они включали тюремного психиатра Брейвика и еще несколько наиболее активных критиков первой экспертизы в СМИ. Процесс закончился обвинительным заключением, рекомендующим ограничиться психиатрической помощью и доводами защиты, согласно которым Брейвика следует считать вменяемым, но он дол-

можных диагнозов Брейвика. Дискуссия сфокусировалась на диагнозе «шизофрения», поставленном первой группой психиатров на основании наличия вычурных бредовых идей. Здесь суд руководствовался определением Международной классификации болезней 10-го пересмотра – МКБ-10 («стойкий бред других видов, который является необоснованным культуральными особенностями и совершенно неволевым, например, возмужность контролировать погоду или связываться с пришельцами из других миров») и ссылался на конкретные характеристики вычурности, полученные от второй пары психиатров («бред, включающий явления, лежащие за гранью естественных наук»).

Таким образом, они приходят к выводу, что абсурдно-грандиозные идеи Брейвика не являются вычурными, и по заявлению экспертов в области праворадикальной идеологии, с которыми должны были проводиться консультации до принятия решения, его представления о величии были культурно неправдоподобными. Суд следует за серией разумных альтернативных объяснений, высказываний и поступков Брейвика. Его заявление, что он знал, о чем другие люди могли думать, скорее всего, основаны на его личном опыте, полученном в качестве продавца по телефону; его социальная отгороженность и подозрительность могут быть следствием его тер-



Во время судебного процесса.

жен быть оправдан, так как его действия носили характер самообороны.

Вердикт был вынесен 24 августа и, что необычно для первого судебного разбирательства, не был обжалован. Суд признал Брейвика вменяемым и приговорил его к 21 году содержания под стражей с минимальным сроком в 10 лет.

За основу приговора суд взял материалы второй психиатрической экспертизы, а также оценки других профессионалов в области психического здоровья, включая свидетелей, которых вызывал сам Брейвик. Решение суда начинает обсуждаться в контексте воз-

рагистических планов; его странный выбор слов может быть объяснен увлечением военными онлайн-играми и праворадикальными культурными предпочтениями.

Решение суда принимает во внимание эмоциональную уплощенность Брейвика, но утверждает, что его аффективные вспышки, такие как плач в суде над его собственным пропагандистским фильмом, свидетельствуют против аффективных нарушений, пренебрегая клиническим знанием, что уплощенный и неадекватный аффект не являются взаи-

Продолжение на стр. 4

моисключающими. Таким образом, суд приходит к выводу, что Брейвик не отвечает критериям для шизофрении (МКБ-10), по-видимому, не подозревая, что он по-прежнему подходит под критерии DSM-IV.

На следующем этапе обсуждения бредового расстройства суд руководствовался результатами второй экспертизы, которая установила, что способность Брейвика к рассуждению, точному формулированию и коррекции собственных высказываний в сочетании со способностью держать свои планы в секрете свидетельствует против бредового расстройства. Основанием для этого, по мнению суда, является то, что человек с идеями психотического характера будет воспринимать происходящее как сильную не-



Улыбка убийцы.

справедливость и не сможет поддерживать контроль над собой в течение интервью.

Также маловероятно, что человек с психотическими нарушениями способен на диссимуляцию. Суд находит подтверждение своим выводам, что Брейвик не находится в состоянии психоза, из докладов его лечащего психиатра и советника по психиатрии начальника тюрьмы, которые оба наблюдали его и расценивали его состояние как проявление расстройства личности с довольно своеобразными грандиозными убеждениями, объясняя их проявлениями примитивных защитных механизмов. Суд особенно подчеркивает трехнедельный период наблюдения персоналом больницы, в течение которого Брейвика привлекали к незначительным диалогам, приготовлению пищи или игре в собирание пазлов. Тем не менее наблюдатели никогда не оспаривали грандиозные представления Брейвика или само существование такой организации, как «Рыцари Тамплиеры», они считали эту задачу частью работы полиции.

Судом не обсуждались детали вынесенного второй парой психиатров диагноза «нарциссическое расстройство личности». Однако их комментарии относительно отсутствия необходимости в оценке по таким критериям DSM-IV, как общая продолжительность и степень тяжести состояния, возможно, означает упущение, что расстройство личности не мультиосевой диагноз.

Какой урок психиатры могут извлечь из случая Брейвика?

Дело Брейвика получило значительную международную огласку, и некоторые его особенности имеют отношение к психиатрам.

Наиболее непонятным аспектом приговора является пренебрежительное отношение к роли Брейвика в формировании впечатлений у других. Показания свидетелей, поддерживающих непсихотический характер поведения Брейвика, вводят в замешательство с их неоднократными описаниями его вежливости, внимания, навыков в игре по собиранию пазлов и использованию смеха в качестве «копинг-стратегии». Вместе с разумным объяснением необычного поведения Брейвика приговор передает картину, которая очень трудно соотносится с описанием, полученным при первой экспертизе. Кроме того, картина очень трудно соотносится с описанием выживших об улыбающемся убийце молодых людей, вне зависимости от его мотивов, основанных либо на бреде, либо на нарциссическом бешенстве или злости.

Решение суда наглядно иллюстрирует странный эффект Брейвика, присутствующий на всех его экспертизах, включая первую, проявляющийся в нежелании исследовать то, что может лежать в основе некоторых из его странных высказываний. Например, на вопрос, были ли у вас когда-нибудь какие-либо сомнения относительно вменяемости Брейвика, один из свидетелей сказал, что однажды – когда Брейвик в разговоре предположил, что в будущем человеческий мозг будет напрямую связан с компьютером, обходя, таким образом, необходимость в дорогостоящем образовании. Вместо того чтобы попросить его прояснить, что он имеет в виду, свидетель заявил, что он «быстро сказал себе, что это было не психотическое заявление, а скорее видение будущего».

Дело Брейвика свидетельствует о важности контекста, в котором проводится психиатрическая экспертиза. На самом деле суд интерпретировал диагностические разногласия, в частности относительно наличия вычурного бреда, как «различные толкования подобных наблюдений», игнорируя разницу во времени между двумя наблюдениями и различные ситуации, в которых они имели место быть. Также подчеркивается, что источником путаницы могут являться некоторые тонкие, но значимые различия в МКБ-10 и DSM-IV, и тот факт, что МКБ-10 часто принимается за диагностическую систему, а структурированное клиническое интервью (SCID), основанное на DSM-IV, используется для диагностических оценок. Кроме того, подчеркивается, что диагностические критерии не должны рассматриваться как законодательные нормы, но в качестве практических определений предназначены для выявления центральных симптомов и

синдромов болезни, и что их использование требует знаний о болезни и понимания лежащих в их основе клинических явлений.

Важный урок из дела Брейвика состоит в том, что сложности судебной экспертизы должны показать профессионалам, как важно быть осторожными, когда они выражают свою позицию публично. В данном случае диагностические разногласия были на первых полосах новостных лент. Этот конфликт является дополнительным поводом для массмедиа, активно поддерживаемых людьми или организациями с антипсихиатрическими взглядами, заявить о неудачах психиатрии. Тем не менее социальный опрос показал, что случай Брейвика не изменил отношения к норвежской судебной психиатрии, возможно, отражая их понимание сложностей в судебной экспертизе. Вопрос, занимав-

ны вопросами конфиденциальности. Так же, хотя большая часть критики приходила от людей, которые активно не занимались вопросами лечения или исследованиями психических расстройств, основная поддержка результатов первой экспертизы пришла от специалистов, работающих с острыми психотическими расстройствами, знакомых с трудностями в оценке пациентов, отказывающихся от сотрудничества, разнообразием и нестойкостью клинических проявлений. Особенно исследователи, знакомые с использованием обоих диагностических руководств (МКБ-10 и DSM-IV), были весьма удивлены большим упором на МКБ-10 при описании результатов, тогда как в качестве основного диагностического инструмента использовалось структурированное клиническое интервью (SCID).

В пространном анализе норвежского психиатра отсутствует слово «паранойя», нет аналогий и со знаменитым описанием случая с учителем Вагнером, который по бредовым мотивам поджег свое село и отстреливал спасавшихся от пожара людей (Gaupp (Gaupp) Роберт Ойген, 1870–1953 гг.).

ший умы большинства людей, не касался особенностей диагностики, а звучал как: «Действительно ли не наступает юридической ответственности, если у человека есть психическое расстройство?». Этот вопрос является лишь малой частью основной дилеммы, занимающей умы многих юристов, философов и психиатров в течение длительного времени, и здесь нет простых решений. Оценка того, что происходит в мыслях человека во время совершения преступления, будет, несмотря на технические инновации, в конечном счете полагаться на личные суждения и интерпретации.

Психиатрам, вовлеченным в громкие дела, следует ожидать значительного общественного резонанса и давления СМИ. Все психиатры, вовлеченные в дело Брейвика, были в разной степени привлечены СМИ, начиная от круглосуточных телефонных звонков, когда журналисты связывались с членами их семей, и заканчивая присутствием на закрытых заседаниях. Для нескольких крупных норвежских газет и государственной норвежской телерадиокомпания было очень важно содержание и принятие первого заключения экспертов, тех, кто нес ответственность, подвергали жесткой критике, в том числе обвиняя в некомпетентности, предвзятости и паранойи.

Однако несмотря на заявления, сделанные в СМИ, норвежские психиатры не были единогласно критически настроены в отношении результатов первой экспертизы. Исходя из количества специалистов, отказавшихся от комментариев относительно результатов досудебного разбирательства, очевидно, что многие были ограниче-

Другим важным уроком из случая с Брейвиком является то, что психиатрам, участвующим в публичных дебатах о психических расстройствах, следует помнить, что эти разговоры приведут к значительному интересу среди лиц с подобными нарушениями. Одним из наиболее проблематичных аспектов дела Брейвика является понимание шизофрении, транслируемое участвующими специалистами. Например, заявление, что Брейвик не может быть в состоянии психоза, потому что он не имеет нарушений поведения, отражает мнение психиатров, что шизофрения всегда будет заметна по поведению человека. Еще большей провокацией для хорошо адаптированных лиц с этим расстройством, работающих на сложных работах, являются неоднократные заявления профессионалов относительно отсутствия у Брейвика шизофрении, так как он демонстрирует хорошие когнитивные способности.

Действия Брейвика оказали существенное влияние на норвежское общество. Лагерь был местом встречи для молодежи из всех уголков страны, и каждый знает кого-то, кто пострадал от этих событий. Таким образом, все норвежцы рады, что дело не было обжаловано и пострадавшие были изобавлены от еще одного раунда разбирательства с Брейвиком, изобразенным на всех досках объявлений, давая ему еще больше публичности, которой он жаждал. Тем не менее за этим делом несомненно последует частичный пересмотр норвежского уголовного кодекса, и мы могли бы надеяться, что участники будут помнить, что «громкие дела, подобно сложным делам, создают плохие законы». ■

Интервью с г-ном Ральфом Полем, одним из пионеров фармакомаркетинга в России

– Откуда у Вас такой прекрасный русский язык?

– Я бы не сказал, что прекрасно владею русским языком. Мне бы хотелось научиться правильно писать по-русски и читать Достоевского в оригинале, не прибегая к помощи словаря. Я далек от этой возможности. Кроме того, в связи с почти отсутствием практики на протяжении последних десятилетий я за это время разучил русский язык, по крайней мере в некоторой степени.

Я начал учить русский язык в школе в 1966 г. Однако качество обучения языку было посредственным, а стремление его изучать оставляло желать лучшего. По этой причине мне было нелегко начинать свои исследования в области медицины в Российском национальном исследовательском медицинском университете им. Н.И.Пирогова (РНИМУ, который раньше назывался 2-й Государственный медицинский институт).



Г-н Ральф Поль с профессором С.Д.Подымовой.

Тем не менее мне удалось успешно завершить обучение на кафедре биохимии медико-биологического факультета и получить звание врача в 1981 г. После присвоения мне степени доктора медицинских наук (аналогичным англоязычным званием является PhD), деятельности в качестве приглашенного лектора по биохимии на медицинском факультете Гумбольдского университета в Берлине (клиника Шаритэ – Charité), а также 6-летнего периода фундаментальных научных исследований в подразделении молекулярной биологии Института прикладной вирусологии в Берлине я вернулся в Россию в 1987 г. В дальнейшем я был назначен на должность эксперта комиссии по здравоохранению Совета экономической взаимопомощи (СЭВ, COMECON) в Москве, функцию которого я выполнял на протяже-

нии последующих 4 лет. Официальным языком СЭВ являлся русский, при этом именно язык оказался важным связующим звеном в ходе общения представителей государств, входящих в состав этой организации.

– Когда Вы впервые услышали о AdoMet?

– Само собой разумеется, что любой студент, тщательно изучающий медицину, узнает о S-аденозилметионине (AdoMet) во время лекций по биохимии. Однако следует учитывать, что AdoMet, хоть и является одной из наиболее универсальных молекул, участвующих в метаболических процессах человека, на самом деле не является столь значимым в повседневной практике врача. Второй раз я услышал об этом универсальном химическом соединении, когда я уже являлся сотрудником Фармацевтического подразделения компании «BASF» («Knoll AG»). Эта не-



С доктором Е.Г.Костюковой в Бразилии.

мецкая фирма «Knoll» приобрела в начале 90-х годов другую компанию итальянско-швейцарского происхождения «BioResearch» у ее основателя и владельца, а именно д-ра Ливио Камоцци. Одним из наиболее важных и успешных продуктов в портфолио компании «BioResearch» является AdoMet.

– Какие основные показания к применению были у адеметиионина в других странах в начале 90-х годов?

– В начале 90-х годов S-аденозил-L-метионин (AdoMet, адеметиионин) имел успех на рынке в качестве препарата для лечения внутрипеченочного холестаза, малой депрессии и дегенеративных заболеваний суставов. Кроме того, он назначался как безрецептурное средство в качестве вспомогательного препарата на фоне применения лекарственных средств, обладающих гепатотоксичностью (например, в онкологии), а также использовался как метод лечения алкогольной интоксикации (похмельного синдрома).



Г-н Ральф Поль и Евгений Иванович Чазов. 1992 г.

– Как Вы вовлеклись в изучение адеметиионина: как ученый и как маркетолог?

– Я никогда не был специалистом в области маркетинга, в большей степени являясь врачом, обладающим научным мышлением. Имея такое качество, я всегда стараюсь совмещать приятное с полезным. Я пытаюсь достигнуть оптимальной согласованности решения медицинских задач, пользы для пациентов, а также коммерческого успеха. Что касается адеметиионина, меня впечатлили его плейотропные свойства. Врачи из Западной Европы и Северной Америки придерживаются преимущественно полиэтиологического подхода к происхождению заболеваний. Следовательно, для них характерна разносторонняя терапевтическая тактика. При этом по мере продвижения в восточном направлении становится заметно, что врачи придерживаются в большей степени холистического подхода. На Дальнем Востоке широко распространена интеграционная медицина. Лично я убежден в том, что большинство заболеваний имеет мультифакториальную этиологию. Таким образом, наши попытки решения терапевтических задач должны иметь комплексный характер. Если адеметиионин, являясь естественным составляющим человеческого организма, имеет множество мишеней, почему бы не использовать это его свойство для разработки лекарственного препарата, оказывающего различное действие на одного и того же пациента?

– Как возникло название «гептрал» для России и что оно означает?

– Когда мы решали проблему, связанную с подбором торгового наименования, подходящего для России, мы старались избегать каких-либо изощренных или модных названий типа «конатролаф»

и т.п. Название «гептрал» представляет собой результат синтеза фрагментов латинского слова «печень» (hepar), части термина, обозначающего седативные препараты в целом (транквилизаторы), а также алкоголя. Таким образом, данное торговое наименование отражает разнонаправленное действие вещества AdoMet, которое активно участвует в нескольких метаболических процессах, независимых друг от друга с биохимической точки зрения.

– Каковы были первоначальные показания к применению гептрала в нашей стране?

– В России гептрал был изначально зарегистрирован в качестве метода лечения «малой депрессии», а также «внутрипеченочного холестаза на фоне предцирротического состояния и цирроза печени». Удивительно, что российские органы здравоохранения утвердили еще одно показание к применению этого лекарственного препарата, а именно «алкогольный синдром».

Должен добавить от себя как бывшего медицинского директора «Кнолля» по СНГ, что я знал о подобном показании, в частности в Испании, я связывался с коллегами и, будучи убежденным в подобной необходимости, организовал регистрационные испытания в России. Они прошли успешно, и гептрал получил высокую оценку наших исследователей. Но вернемся к вопросам.

– Почему гептрал стал одним из самых продаваемых препаратов в России?

– Лекарственные средства, обладающие гепатопротективными свойствами, широко назначаются и используются в России. Одной из причин этого может являться традиционная приверженность представителей российской популяции алкоголя. Само собой разумеется, что общество, которое исторически считает алкоголь приемлемым, сталкивается с определенным процентом случаев злоупотребления. Как известно, попытки внедрения в России закона о «запрете» на алкоголь, аналогично таковому в 20-е годы прошлого столетия в США, не имели успеха. Иными словами, чем дольше общество само по себе не меняет образ жизни, тем сложнее изменить традиционные установки с помощью закона. Что касается этой проблемы, было бы глупо отрицать проблему алкоголизма в России. И наоборот, следует признать крайнюю важность признания этой проблемы как заболевания, которое нуждается в лечении. С этой точки зрения гептрал представляется идеальным лекарственным средством.

С одной стороны, гептрал является одним из немногих препаратов, которые в ходе клинической практики зарекомендовали свои гепа-

Продолжение на стр. 7



Адеметионин 
Гептрал
 одна жизнь – одна печень

У каждой печени есть
своя история

8 400 новых свечей
зажигания

4 900 литров
замененного масла

26 лет «заправок»
после тяжелого дня

Одна печень



**Гептрал® – это
возможность увидеть
и почувствовать
улучшение**

РЕКЛАМА

Гептрал®

МНН: адеметионин.

Регистрационный номер: П N011968/01.

Лекарственная форма: Таблетки покрытые кишечнорастворимой оболочкой. **Показания к применению:** внутрипеченочный холестаз при прецирротических и цирротических состояниях, который может наблюдаться при следующих заболеваниях: жировая дистрофия печени; хронический гепатит; токсические поражения печени различной этиологии, включая алкогольные, вирусные, лекарственные (антибиотики; противоопухолевые, противотуберкулезные и противовирусные препараты, трициклические антидепрессанты, пероральные контрацептивы); хронический бескаменный холецистит; холангит; цирроз печени; энцефалопатия, в т.ч. ассоциированная с печеночной недостаточностью (алкогольная и др.). Внутрипеченочный холестаз у беременных. Симптомы депрессии. **Противопоказания:** генетические нарушения, влияющие на метиониновый цикл, и/или вызывающие гомоцистинурию и/или гипергомоцистеинемию (дефицит цистатионин бета-синтазы, нарушение метаболизма витамина B12); гиперчувствительность к любому из компонентов препарата; возраст до 18 лет (опыт медицинского применения у детей ограничен). **С осторожностью:** биполярные расстройства; беременность (I триместр); период кормления грудью. **Применение при беременности и в период грудного вскармливания:** применение высоких доз адеметионина в III триместре беременности не вызывало никаких нежелательных эффектов. Применение препарата Гептрал® у беременных в I триместре и в период грудного вскармливания возможно, только если потенциальная польза для матери превышает возможный риск для плода или ребенка. **Способ применения и дозы:** внутрь. Таблетки следует принимать целиком, не разжевывая, желателно в первой половине дня между приемами пищи. Таблетки препарата Гептрал® следует вынимать из блистера непосредственно перед приемом внутрь. Доза составляет от 800 мг/сут до 1600 мг/сут. Длительность терапии определяется врачом. **Побочное действие:** тошнота; боль в животе; диарея. **Перечень всех побочных эффектов представлен в инструкции по применению. Взаимодействие с другими лекарственными препаратами:** есть сообщение о синдроме избытка серотонина у пациента, принимавшего адеметионин и кломипрамин. Особые указания: учитывая тонизирующий эффект препарата, не рекомендуется принимать его перед сном. При назначении препарата Гептрал® пациентам с циррозом печени на фоне гиперазотемии необходим систематический контроль содержания остаточного азота. Во время длительной терапии необходимо определять содержание мочевины и креатинина в сыворотке крови. Не рекомендуется назначать адеметионин пациентам с биполярными расстройствами. Есть сообщения о переходе депрессии в гипоманию или манию у пациентов, принимавших адеметионин. Так же имеются сообщения о внезапном появлении или нарастании беспокойства у пациентов, принимающих адеметионин. В большинстве случаев отмена терапии не требуется, в нескольких случаях беспокойство разрешилось после снижения дозы или отмены препарата. **Влияние на способность управлять автомобилем и работать с механизмами:** у некоторых пациентов при приеме препарата Гептрал® может возникнуть головокружение. **Срок годности:** 3 года. **Условия отпуска из аптек:** по рецепту. Полная информация представлена в инструкции по медицинскому применению. ИМП от 11.07.2012

RUHEP130043

Дополнительную информацию Вы можете получить в ооо «Эбботт Лэбораториз»: 125171 г. Москва, Ленинградское шоссе, дом 16 а, строение 1, бизнес-центр «Метрополис», 6 этаж, тел.: (495) 258-42-80, факс (495) 258-42-81, www.abbott-russia.ru

 **Abbott**
A Promise for Life

вая на разных языках. Более того, участники подобных споров, оставаясь абсолютно правыми в рамках тех допущений, на которых основаны их парадигмы, оказываются не в состоянии приблизиться ни к пониманию своих оппонентов, ни донести до них свои мысли и взгляды.

Макс Планк ярко проиллюстрировал малую эффективность дискуссий во время болезненного процесса смены научных пара-



Макс Планк. 1858–1947 гг.

дигм в следующем замечании: «Новая научная истина прокладывает дорогу к триумфу не посредством убеждения оппонентов и принуждения их видеть мир в новом свете, но скорее потому, что ее оппоненты рано или поздно умирают и вырастает новое поколение, которое привыкло к ней». Безусловно, в медицине в целом, и в нашей специальности в частности, последние два десятилетия наиболее болезненным был и остается процесс перехода от преваляровавшей на протяжении столетий и не знавшей альтернатив парадигмы «клинического подхода», «клинического мышления» к новой парадигме «доказательной медицины».

Началом этого перехода в психиатрии, наверное, можно считать публикацию в 1980 г. в США 3-й версии DSM. Операциональные критерии диагностики, предложенные в этой версии DSM, были призваны повысить надежность и воспроизводимость диагнозов. Появление четких критериев диагностики и новых психометрических шкал послужило толчком для бурного роста числа научных исследований, значительно видоизменив их методологию. В 1997 г. (15 лет назад) издано распоряжение Т.Б.Дмитриевой (в то время министра здравоохранения РФ) о переходе органов и учреждений здравоохранения на работу по Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), а значит, именно эта классификация с тех пор является де-юре основой диагностики психических расстройств в нашей стране.

Однако как это ни парадоксально, но до сих пор и сама МКБ-10,

и подход, который в ней используется, не приняты профессиональной обществу. На протяжении всех этих лет в нашей стране не иссякает поток публикаций и выступлений, со-

наше время знания в своей специальности мы получаем из серьезно различающихся источников: обучение в вузах по-прежнему основано преимущественно на клиническом подходе, практическая ра-

В настоящее время Правительством РФ приняты дополнения к законодательству, согласно которым общественным организациям врачей будет делегировано право самим «разрабатывать и утверждать клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи»

державших критику МКБ-10, призывы отказаться от нее и вернуться к «национальной» классификации. Правда, в этом месте общность взглядов критиков МКБ часто заканчивается, так как представления о том, к какой именно классификации нужно «возвращаться», оказываются достаточно различными.

Точно так же обстоят дела и с новыми методологическими подходами в научных исследованиях, которые привнесла в психиатрию доказательная медицина. Несмотря на то что все чаще в нашей стране назначаются новые препараты, эффективность и безопас-

бота с больными – на операциональной диагностике МКБ-10, а при чтении научной литературы мы сталкиваемся с описаниями РКИ, психометрических шкал, сложных статистических методов и пр.

Хотя противостояние парадигм клинического подхода и доказательной медицины не является единственной зоной противоречий в психиатрии, столкновение именно этих двух парадигм рождает наиболее острые споры, что делает важным анализ тех «фундаментальных допущений», которые лежат в основе этих парадигм, и выводов, которые из них



Т.Б.Дмитриева. 1951–2010 гг.

ность которых доказана в современных рандомизированных клинических исследованиях (РКИ) с использованием психометрических шкал, далеко не все ученые разделяют эти принципы и доверяют им, а потому не пресекаются призывы вернуться к исследованиям, основанным на традиционных клинических описательных характеристиках.

Такое положение может создать впечатление некоего топтания на одном месте и путаницы в головах ученых мужей. Последнее впечатление усугубляется тем обстоятельством, что иногда мы, возможно сами того не осознавая, одновременно высказываем суждения, происходящие из разных научных парадигм и противоречащие друг другу по своей сути. А может ли быть иначе? Ведь, с одной стороны, клиническая реальность несравненно сложнее, чем любая научная парадигма. Но главное, в

следуют. Рискнем предположить, что наиболее важным из допущений традиционного клинического подхода является вера в то, что опытный врач в каждом конкретном случае, индивидуально, на основе своего клинического опыта может сделать лучший выбор, определяя диагноз и тактику лечения больного.

В противоположность этой вере наиболее важным допущением доказательной медицины является убежденность в том, что лучший выбор для больного врач сможет сделать, только используя результаты правильно организованных научных исследований. Попробуем проанализировать, как сказываются эти допущения на практической работе врачей. Исходя из своего допущения, сторонники клинического подхода превозносят клинический опыт врача, авторитет «учителя» и не доверяют клиническим рекомен-

дациям, основанным на результатах клинических исследований. По их мнению, данные, полученные на материале больших выборок больных, способны указать на то, что тот или иной препарат «работает» (не является плацебо) в отношении основной массы пациентов, но при этом не в состоянии ответить на вопрос, будет ли этот препарат помогать данному конкретному, сидящему напротив врача, пациенту.

С позиции оппонентов парадигмы клинического подхода подобное мнение может показаться спорным, а альтернатива, которую имеют в своем арсенале сторонники клинической медицины, малоосновательной. Большинство руководств по доказательной медицине подчеркивают практический, прикладной характер ее принципов. К примеру, популярно определение: «Доказательная медицина – это способ (разновидность) медицинской практики, когда врач применяет в ведении пациента только те методы, полезность которых доказана в доброкачественных исследованиях». Следовательно, с точки зрения оппонентов клинического подхода, как раз принципы доказательной медицины, и в частности результаты РКИ как «золотого стандарта» доказательности эффективности и безопасности терапевтических вмешательств, должны помогать врачу делать правильный выбор у постели его больных.

Кто же из оппонентов прав? Попробуем разобраться. Во-первых, нельзя не указать, что вне зависимости от того, какой парадигмы придерживается врач, в основе любых его клинических суждений будет лежать вероятностный принцип. Во многом это обусловлено отсутствием в нашей специальности (как, кстати, и в большинстве других медицинских специальностей) объективных биологических маркеров, которые могли бы со стопроцентной вероятностью указывать на диагноз и прогноз болезни, предсказывать ответ на терапию, побочные эффекты и пр. Поэтому, к сожалению, даже опытный клиницист не знает, поможет ли данное конкретное средство данному конкретному больному.

Наугад опытный и умный врач действует не вопреки своему клиническому опыту, а благодаря ему, поскольку этот опыт выражается точно в тех же вероятностных показателях, что и результаты РКИ: если врач назначил рисперидон 10 больным, находящимся в похожих состояниях, 7 – он помог, а 3 – нет, значит, 11-му больному этот врач тоже назначит рисперидон, и обосновано это решение будет тем, что большинству больных он помогает, а отнюдь не тем, что врач знает, что рисперидон поможет данному конкретному больному.

Во-вторых, с точки зрения сторонников доказательной медицины, клинический опыт врача

имеет множество уязвимых сторон и не может служить надежным «советчиком» при принятии врачебных решений. Целым рядом «систематических ошибок», к сожалению, может обладать процесс получения врачом знаний из своей клинической работы: малый объем «выборки», на которой врач «пробует» то или иное вмешательство и обосновывает свои заключения, искажения при отборе пациентов (например, если один врач работает в психиатрическом стационаре, а другой – в амбулаторном звене, то их представления о том, например, какие побочные эффекты антипсихотических препаратов наиболее значимы для их больных, будут различными), невозможность «слепой» оценки результата вмешательства, невозможность случайного распределения по виду вмешательств (т.е. при назначении препаратов врач каждый раз будет делать осознанный или неосознанный выбор, основанный на имеющемся у него представлении об эффектах лекарственного средства, что в свою очередь может затруднять его оценку истинной эффективности препарата) и т.д.

В связи с этим представления о шансах на тот или иной эффект



А. Жабленский – один из создателей 5-й главы МКБ-10

препарата, полученные на основе клинического опыта, получают значительно более искаженными и далекими от действительности, чем те, что получены в РКИ. Данное положение вполне очевидно: достаточно вспомнить, насколько сильно могут отличаться мнения касательно одного и того же препарата у разных врачей, или посмотреть на те суждения, которые возникают у практических врачей после нескольких назначений того или иного нового лекарства.

Можно вспомнить, какие удивительные выводы делали опытные врачи, привыкшие лечить психотических больных традиционными нейролептиками, об эффек-

тивности атипичных антипсихотиков после назначения этих препаратов первым несколько большим. Выводы отличались диаметрально – от панацеи во всех случаях, в том числе терапевтически резистентных, до представления о них как об абсолютно неэффективных, «растормаживающих» и вредных препаратах, предназначенных лишь для поддерживающей терапии стабильных амбулаторных больных. Однако прошли годы, с опытом (увеличение выборки) у большинства врачей постепенно сформировалось вполне адекватное представление об эффективности этой группы препаратов, схожее с результатами, которые дают РКИ.

Пока же чаще всего накопление клинического опыта врача идет традиционным путем собственных проб и ошибок, т.е. по сути путем постановки «опытов» на своих пациентах. Именно с целью преодоления недостатков клинического подхода и были разработаны принципы доказательной медицины, которые отнюдь не противостоят принципам клинического подхода, но являются его более совершенным развитием («надстройкой»), включающим в себя и сам клинический подход как свою более простую методологическую форму (в наглядной форме это видно на хорошо известной пирамиде степеней доказательности).

С другой стороны, возведение в абсолют допущений доказательной медицины также вызывает вполне обоснованную критику этого подхода со стороны приверженцев медицины клинической. Чрезмерная вера в прикладное значение результатов научных исследований часто приводит сторонников доказательной медицины к мысли, что клинический опыт не имеет существенной роли в работе врача и может быть с успехом заменен только лишь знаниями «доброкачественных» научных исследований. Однако современные когнитивные исследования в области экспертных знаний убедительно свидетельствуют о том, что эксперты (люди, имеющие достаточно большой, порядка 10 лет, опыт успешной работы в своей специальности) обладают значимыми преимуществами в решении практических задач в своей предметной области перед новичками.

Эксперты быстрее и более качественно выделяют наиболее важные компоненты стоящей перед ними проблемы, способны одновременно анализировать большее число признаков, влияющих на развитие ситуации, способны более глубоко оценивать семантические связи, лучше запоминать релевантный материал и т.д. Другими словами, опытный врач, анализируя перед принятием необходимого решения клиническую картину болезни своего пациента, выделит более важные

признаки, сделает это быстрее, комплекснее, будет использовать более сложные и эффективные эвристики, а значит, в конечном итоге будет способен принять более обоснованное терапевтическое решение, чем врач, не имеющий клинического опыта.

В этом и состоит то самое пресловутое искусство врача, без которого не представить себе практическую медицину! При этом нельзя не отметить, что имплицитные знания с трудом вербализуются и плохо поддаются формализованной оценке, поэтому опытные врачи часто попадают в несколько неловкое положение, когда их знания пытаются оценивать формальными методами, например при переатте-

свое время зародился операциональный подход, что не лучшим образом сказывается на надежности и воспроизводимости диагнозов, ради которых и были созданы эти классификации). Одним из ярких примеров имплицитных экспертных знаний в нашей специальности можно признать широко известное «чувство шизофрении», присущее опытным психиатрам.

Однако в последнее время способность увидеть шизофрению там, где еще нет четких и объективных критериев ее диагностики, все чаще встречает упреки со стороны молодых врачей, воспитанных на канонах доказательной медицины, и «потребителей» психиатрической помощи (на-

В настоящее время во всех областях общественной жизни идет болезненный переход от подходов, основанных на субъективных оценках, к подходам, базирующимся на объективно исчисляемых показателях

стациях. Однако, как это ни парадоксально, особенности экспертных знаний и навыков могут становиться препятствием для качественного выполнения своей работы врачами, особенно с учетом того эмоционально-мотивационного выгорания, которое часто нарастает с увеличением медицинского стажа.

Так, сложившиеся у врача за годы его профессиональной карьеры «эвристики» работы с больными зачастую превращаются в косные стереотипы, безликие «шаблоны». Особенно очевидным это становится, когда, например, появляются новые методы диагностики и терапии или меняются социальные условия жизни больных, что должно было бы сказываться на характеристиках оказываемой им помощи, но на практике многим врачам проще идти уже проторенной дорожкой, не только не внося никаких изменений в свою работу, но и активно сопротивляясь всему новому (особенно пришедшему из новых, незнакомых научных парадигм, требующих значительных усилий для их полноценного усвоения). Сложным кажется и отношение опытных врачей к операциональным критериям диагностики, которые используются в МКБ-10 и DSM. Многолетний опыт работы с больными делает для них ненужным и скучным процесс сверки диагностических критериев. В реальной клинической практике к диагностическим перечням врачи обращаются довольно редко (обычно при встрече с редкими или малознакомыми состояниями).

Таким образом, следование диагностическим критериям МКБ-10 и DSM оказывается достаточно формальным (причем подобная ситуация характерна не только для нашей страны, но и для США, где в

ших пациентов и их родных). Основа этих упреков, с одной стороны, лежит в этическом аспекте использования субъективных оценок для постановки серьезного диагноза, а с другой – в отсутствии необходимых для этого экспертных навыков у врачей, еще не обладающих достаточным врачебным опытом, и неспециалистов.

В заключение нельзя не отметить, что в настоящее время во всех областях общественной жизни (медицина – это только частный случай) идет болезненный переход от подходов, основанных на субъективных оценках (выработанных на основе собственного опыта или авторитета учителей), к подходам, базирующимся на объективно исчисляемых показателях (ЕГЭ, балльно-рейтинговые системы в вузах, индексы популярности, проценты ВВП и пр.).

Этот процесс необратимый и неотвратимый, как это ни было бы грустно. Значительное число наших пациентов уже сейчас не верят одному лишь только опыту врачей; врач, даже обладающий полным арсеналом регалий, для них не авторитет. Они требуют доказательств обоснованности диагнозов и назначений (и могут требовать их в суде). Поэтому движение от парадигмы клинического подхода к парадигме доказательной медицины в настоящее время все-таки неизбежно.

Однако что будет с теми преимуществами, которыми обладает клинический подход? Будут ли они безвозвратно утрачены в медицине будущего? Как смягчить споры, рождаемые столкновением парадигм? Если признать клиническую медицину тезисом, а доказательную медицину – антитезисом, что может стать их диалектическим синтезом? ■

Применима ли концепция «дименсий» к психиатрическим объектам?



Профессор психиатрии
Герман Берриос¹, Ивана Маркова²
¹Кембриджский университет
(Великобритания);
²Медицинская школа
университета Халла
World Psychiatry, №1, 2013

О том, насколько уместна концепция «дименсий» в психиатрии, написано много. Она, например, с самого начала привлекла внимание создателей DSM-V, и уже к 2006 г. этот интерес отчетливо обозначился в виде «дименсиональных аспектов психиатрического диагноза», а также «клинической и научной целесообразности» данного подхода. Повидимому, со временем этот энтузиазм несколько уменьшился, однако до сих пор во многом остается неясным, насколько концепция дименсий применима именно к психиатрическим объектам.

Что такое дименсии?

Существует как минимум три определения понятия «дименсия». Первоначальное и основное из них имеет отношение к процессу измерения («способ линейного измерения в определенном направлении») и полученных в результате величинах. Исходя из этого, свойства объектов, которые можно измерить, стали называть дименсиями («три дименсии треугольника, мультидименсиональное пространство»). Позже по аналогии с этим любая часть любого объекта или ситуации стала его «дименсией» («его игра привнесла в пьесу что-то новое – новое измерение»). Именно процесс «измерения» остается основным и определяющим в значении слова «дименсия». После того как «дименсии» вошли в психиатрию, в первую очередь для того, чтобы сделать ее более научной, именно это значение термина и стало основным, в то время как другие значения (производные от него и

метафорические) не являются таковыми и стали использоваться позже отдельными исследователями.

Каким объектам можно приписывать дименсии?

Мир наполнен различными объектами, некоторые из которых со временем становятся «эпистемиологическими предметами», т.е. объектами науки. В целом предметы могут существовать в пространстве, времени и их сочетании. Часто спорят о том, что составляет сущность объекта. Для практических целей в данной статье объект определяется как «предмет или существо (being), о котором можно подумать или иметь знание о нем и которое соотносится с думающим или познающим субъектом; нечто внешнее или воспринимаемое разумом как внешнее».

Подобные объекты можно разделить на физические, или естественные (собаки, дома, реки, облака, шепоты, мозг, атом и т.д.), и абстрактные, или идеальные (добродетель, намерения, мысли, красота, божество, числа и т.д.). Естественные объекты существуют в пространстве и времени, и потому их можно измерить. Так как собаки, столы и цветы достаточно стабильны в пространстве и времени, то они могут быть дименсионализированы (dimensionalizing), т.е. их можно измерить с помощью стандартных критериев и назвать их «дименсиями». Абстрактные объекты, повидимому, малопримемлемы для подобного рода действий. Более того, многие полагают, что они совсем не поддаются измерению. Например, когда сталкиваются с увлеченным исследователем, который пытается создать школу «измерений» четырех основных добродетелей (умеренность, рассудительность, храбрость, справедливость), большинство людей скажут, что концепция «измерений» в данном контексте используется в метафорическом смысле, а сам он занимается созданием некоей субъективной «классификации», где номера используются не в привычном для них числовом значении, а в качестве показателей определенных уровней его шкалы.

Собаки, столы и добродетели – далеко не единственные в мире объекты. Есть также жалобы, стоны, боли, недуги и симптомы. Некоторые из них имеют отношение к психиатрии. Что это за объекты? Ряд исследователей полагают, что объекты в психиатрии сродни собакам и столам, т.е. яв-

ляются физическими объектами (некоторые называют их «естественными видами»). Другие могут считать, что объекты в психиатрии по сути являются предметами идеальными, такими как добродетели или надежды. До сих пор не существует подхода, который помог бы «научно» разрешить этот спор. Другими словами, отнесение психиатрических объектов к физическим или абстрактным предметам не является научным, и, следовательно, за ними могут стоять экономические, социальные, этические или эстетические причины.

В данной статье мы предлагаем собственную точку зрения: помимо физических и идеальных, в мире также существуют смешанные (hybrid) объекты, обладающие признаками обоих. Объекты в психиатрии – один из лучших тому примеров. В принципе, все симптомы психических расстройств представляют собой комбинацию физических и идеальных свойств. При этом на практике оказывается, что доля каждого из них варьирует от симптома к симптому. Так как все симптомы психических расстройств являются по своей сути смешанными, то объяснение их только физическими причинами (корреляты в головном мозге) или только абстрактными (значение) существенно затрудняет их понимание.

Можно ли измерить психиатрические (смешанные) объекты?

Применима ли в принципе концепция дименсий к объекту, зависящему от его онтологической структуры, т.е. от того, каким образом он располагается в пространстве и времени? Поскольку смешанные объекты являются объектами подобного рода, психиатры обязаны определить, можно ли их вообще измерить (dimensionalized). Насколько нам известно, такая задача до сих пор не ставилась, хотя концепция дименсий была благополучно интегрирована в психиатрию.

Важно понять, почему этот процесс произошел так поспешно. Одно из возможных объяснений заключается в том, что симптомы психических расстройств отождествляются с физическими объектами (естественными видами), поэтому измерение их аналогов в головном мозге равносильно измерению самих симптомов. Другое объяснение, связанное с идеями старой психометрии, состоит в том, что симптомы психических расстройств (пусть даже они являются смешанными объектами)

могут быть измерены (охвачены) «высококачественной» психометрией с последующим сложным статистическим анализом, который позволит перевести числовые обозначения интервалов в реальные арифметические «дименсии». Но каким бы ни было объяснение, мы полагаем, что прежде чем пытаться измерить эти симптомы, необходимо четко уяснить, что они являются смешанными по своей структуре.

Как мы уже отмечали, симптомы психических расстройств (например, галлюцинации, бредовые идеи, обсессии, депрессивное настроение) являются смешанными объектами, и в каждом конкретном случае вклад физических и абстрактных факторов может быть различным. Кроме того, повидимому, в каждом отдельном симптоме эти соотношения могут меняться при его движении от остро к хроническому состоянию (например, галлюцинации и бредовые идеи в начале психотического эпизода могут отличаться по структуре от «тех же самых» феноменов в период стабилизации процесса).

На практике это означает, что применение одного и того же психометрического инструмента ко всем симптомам или к одному и тому же симптому во время острой и хронической фаз заболевания может оказаться бесполезным, так как валидность и надежность шкалы зависит от стабильности в пространстве и времени того объекта, который она измеряет. Использование шкал подразумевает тот факт, что измеряемые «дименсии», или «компоненты» объекта измерения сохраняют свою величину и комбинаторную пропорциональность (combinatorial proportionality). Если же эти показатели изменились, то шкалы становятся бесполезными инструментами при повторном их использовании. Кроме того, несмотря на попытки найти для каждого симптома соответствующий коррелят в головном мозге, до сих пор этот процесс не дал существенных результатов. Более того, большинство, а возможно и все диагностические шкалы базируются на информации, полученной со слов пациентов, их родственников и наблюдателей. Однако эту информацию по определению нельзя измерить. Конечно, нет ничего плохого в том, что субъективные данные используются для сбора информации об уровне тяжести симптомов либо об их изменении. Но все же было бы неправильно называть числовые обозначения, которые мы приписываем определенным уровням шкалы, измерением в его истинном значении. Будет правильнее назвать это ранжированием (grading).

Концепция ранжирования (grading)

В случае физических объектов дименсии образуются в процессе измерения их пространственных

характеристик. В случае абстрактных объектов термин «дименсии» используется в переносном смысле, так как такие объекты не располагаются в пространстве. В самом деле, абстрактные объекты являются некими конструкциями, совокупностью качеств, объединенных вместе в пределах одной категории (например, умеренность, рассудительность, храбрость, справедливость). Моральные категории, например, помогают квалифицировать поступки людей и решить, кто из них обладает «большей» добродетелью. На протяжении истории человечества вырабатывались некие инструменты сравнения, которые позволили, например, оценивать тот или иной поступок как «справедливый, частично справедливый или несправедливый». При этом неизбежно возникал ряд вопросов. Как осуществлять это ранжирование? На чем базируется выделение этих интервалов? Является ли их основа настолько стабильной, что может не зависеть от внутриличностных или межличностных характеристик?

В этом отношении вначале нужно заметить, что процесс ранжирования осуществляется при помощи внешних факторов, которые не принадлежат самому объекту (наблюдения со стороны того, кто измеряет). Как мы уже отмечали, абстрактные объекты (такие, как добродетели) являются совокупностью определенных признаков, объединенных одним названием. Ранжирование – это процесс расположения (stretching) каждого из них на оси, где обозначены числовые значения, а более высокие баллы обычно не

соотносятся с более низкими в чисто математическом смысле. Поэтому эти признаки нельзя считать дименсиями в истинном смысле, а лишь степенями (grades).

Крайне важно различать ранжирование (grading) и измерение (measuring). По-существу это разные психические операции, которые принадлежат различным областям знаний. Ранжирование – это форма оценки, и, следовательно, оно допускает такие предикаты, как ясный, объективный (just), регулярный, последовательный, благоприятный и т.д. В то же время такие прилагательные, как точный, надежный, валидный, чувствительный, специфичный и тому подобные, в данном контексте неприменимы. Ранжирование всегда основано на субъективном впечатлении, и тот факт, что некоторые исследователи могут быть последовательными в своих оценках (например, ставить одинаковые баллы одним и тем же явлениям или соотношениям), еще не делает ранжирование формой измерения. Психиатры могут хотеть использовать числа в качестве ранговых параметров, но они никогда не смогут производить с ними математические операции. Это не только вопрос семантики или неправильной терминологии. Вера в то, что психические симптомы и расстройства можно измерить, приводит к ошибочному заключению, согласно которому психиатрические объекты являются естественными предметами. Этот вывод также привел (и приводит) к дорогостоящим и непродуктивным эмпирическим исследованиям, которые препятствуют

развитию более полезных подходов к психиатрии в целом, и ее объектам в частности.

Мы утверждаем, что на современном уровне знаний психиатрические шкалы представляют собой ранговые отметки (grading labels) и что «дименсии», которые они должны «измерять», – не более чем признаки, расположенные вдоль достаточно произвольно выбранных осей.

Принимая во внимание тот факт, что, во-первых, симптомы психических расстройств являются смешанными объектами, т.е. обладают как физическими, так и абстрактными свойствами, во-вторых, любой симптом психического расстройства имеет отличную от другого симптома структуру и различается на разных этапах болезни, и, в-третьих, физические причины симптомов по большей части неизвестны, можно сделать вывод, что в настоящее время мы можем только ранжировать (оценивать) субъективные жалобы, сообщаемые пациентом или его родственниками, либо полагаться на собственное клиническое впечатление.

Заключение

Выделение дименсий (dimensioning) – это форма измерения, применимая лишь к тем свойствам объектов, которые существуют в пространстве и времени, т.е. к физическим объектам. Абстрактные объекты можно оценить, но не измерить. Смешанные объекты (такие, как симптомы психических расстройств) обладают признаками обоих видов, и в идеале их можно

как оценивать, так и измерять. Однако на практике это сделать не удается, так как структура и компоненты этих симптомов в основном остаются неизвестными. Также пока существует мало сведений об их естественных свойствах, и во всяком случае их определение преимущественно зависит от их значения, т.е. от той символической позиции, которую они занимают в данном субъективном опыте.

Исходя из этого, симптомы психических расстройств можно лишь оценить, но не измерить. Оценка – это форма ранжирования, при которой определенные признаки выделяются (stretch out) и им присваиваются ранговые значения, обозначаемые как «малые признаки» (subqualities). К ним, в частности, можно отнести интенсивность, тяжесть, длительность, продолжительность и т.д. Сами по себе ранговые значения полезны при описании и лечении симптомов психических расстройств. Однако они не поддаются количественному определению. Как числовые значения, с ними связанные, не могут считаться реальными признаками, так и сами оцениваемые параметры не могут называться «дименсиями». Те же самые ограничения применимы и к «психическим расстройствам». Тот факт, что на протяжении долгого времени симптомы психических расстройств было принято группировать определенным образом, не делает эти группы более значимыми. Психические расстройства, так же как и симптомы, которые их образуют, подлежат лишь ранжированию или оценке. ■

Слишком мало или слишком много? Реакция на решение экспертов DSM-V сохранить или удалить из классификации различные типы расстройств личности (расширенный реферат)



Charles B. Pull – психиатр, Люксембург

Введение

Во многих обзорных работах отмечается общая неудовлетворенность ученых и практических врачей прошлыми и существующими классификациями расстройств личности. К их основным недостаткам относят низкую надежность диагнозов, выставляемых разными экспертами, их нестабильность во времени, низкую общую диагностику личностной патологии и невысокую клиническую пользу. Эти аргументы побудили экспертов рабочей группы DSM-V по личностным расстройствам отказаться от диагностических подходов, принятых ранее, и искать новые пути классификации личностной патологии. В качестве альтернативы

существующей категориальной классификации расстройств личности приводились следующие подходы: дименсиональный, гибридный (дименсионально-категориальный) и модели, оценивающие степень тяжести расстройств.

Эксперты DSM-V в итоге выбрали гибридную модель. Первая версия главы по личностным расстройствам увидела свет в феврале 2010 г. Вторая версия классификации, в которую были внесены существенные изменения, появилась на официальном сайте DSM-V в июне 2011 г., а окончательный вариант, содержащий результаты полевых исследований, был представлен психиатрической обществу в конце 2012 г.

Варианты личностных расстройств в DSM-V: сохраненные и удаленные рубрики

Свое решение сохранить или удалить тот или иной личностный тип эксперты во многом строили на принципах, изложенных в статье «Предложения по внесению изменений в DSM-V» (Kendler и соавт.). Согласно этим положениям изменения в будущей классификации должны основываться на данных обзоров литературы и тех исследований, которые доказали клиническую пользу и валидность. Те же диагностические рубрики, которые продемонстрировали низкую пользу и недостаточную валидность, должны быть исключены из DSM-V. Маловероятно, что все существующие диагнозы в DSM-IV останутся также в DSM-V.

Первый критерий («клиническая полезность») включает несколько компонентов: частота использования диагноза, важность для выбора терапии и проведения

Продолжение на стр. 12

клинических исследований, внимание к нему со стороны профессионалов и в популяции в целом, а также степень выраженности нежелательных явлений для пациента. Второй критерий включает информацию о валидности этой категории.

Эксперты рабочей группы и их помощники подробно изучили литературу по каждому расстройству личности, представленному в DSM-IVTR. В итоге оказалось, что антисоциальное, пограничное и шизотипическое расстройства личности имели наибольшую доказательную базу валидности и клинической полезности, в то время как в последние годы почти не было проведено исследований по параноидному, шизоидному и гистрионному расстройствам личности. Также было обнаружено, что большинство личностных расстройств сочетается между собой (обладает низкой дискриминативной валидностью). Тем не менее некоторые из них обладали большей, чем другие, доказательной базой в отношении клинической полезности и внешней валидности.

В соответствии с принципами Kendler эксперты рабочей группы DSM-V решили оставить только половину расстройств личности, представленных в предыдущей номенклатуре. В частности, в DSM-V в качестве отдельных рубрик было решено оставить шизотипическое, пограничное, антисоциальное, нарциссическое, избегающее и обсессивно-компульсивное расстройства личности. Нарциссическое расстройство личности в первой версии DSM-V также было исключено из классификации, но позже эксперты решили его сохранить. Из окончательной версии будущей классификации исключены параноидное, шизоидное, гистрионное и зависимое расстройства личности. Депрессивное и пассивно-агрессивное (негативистическое) расстройства личности, которые содержались в DSM-IVTR в разделе «рубрики, требующие дальнейшего изучения», также оказались вне рамок официальной версии DSM-V. Важно отметить, что все исключенные расстройства личности, а также рубрика «расстройство личности БДУ», в DSM-V рекомендуют диагностировать как определенные личностные стили (personality disorder trait-specified – PDTS), которые характеризуются менее выраженным снижением, более высоким уровнем личностного функционирования, а также описательными личностными характеристиками.

В целом оставленные в DSM-V рубрики личностной патологии демонстрируют более четкие границы расстройств или устойчивые констелляции личностных черт, что отличает их от многих других психических расстройств, диагностика которых часто строится на значительно меньшем количестве признаков, а часто – на основе лишь одной доминирующей черты.

Общие реакции ученых на решения рабочей группы DSM-V

В целом большинство исследователей рекомендуют сохранить все или почти все типы личностных расстройств, представленных в DSM-IVTR. В качестве главных аргументов этой позиции приводятся два основных положения: удаление некоторых категорий базируется на неадекватном обзоре литературных данных, и личностные расстройства, подлежащие удалению, характеризуются высокой распространенностью в популяции и клинической валидностью. Кроме того, есть все основания предполагать, что оставшиеся типы не смогут охватить весь спектр патологии личности, представленный в населении, и не могут значительно уменьшить уровень коморбидности между ними и другими психическими заболеваниями.

Опрос членов двух крупнейших ассоциаций по изучению расстройств личности показал, что предложение удалить четыре рубрики не встретило среди них поддержки (Mullin-Sweatt и соавт.). Оказалось, что чаще всего диагностируются пограничное (92% ответов), антисоциальное (61%), нарциссическое (57%) и избегающее (51%) расстройства личности. Реже всего диагностируют шизотипическое и шизоидное расстройства личности (по 69% ответов). Большинство респондентов полагали, что нужно сохранить следующие типы личностной патологии: пограничное (94% ответов), антисоциальное (89%), зависимое (75%), параноидное (74%), нарциссическое (73%) и избегающее (72%).

По-видимому, комбинации предложенных-dimensionalных рейтинговых шкал не смогут полностью заменить удаленные типы, которые доказали эмпирическую валидность и имеют огромный, часто многолетний опыт их использования в клинической практике. Классификация личностных расстройств должна быть расширена и включать все личностные синдромы, наблюдающиеся в обществе и идентифицированные эмпирическим путем (Shelder и соавт.).

Одной из декларируемых целей экспертов рабочей группы было снижение уровня коморбидности. По сравнению с больными с другими психическими расстройствами, среди лиц с личностной патологией ее уровень был значительно выше. Удаление четырех личностных типов не сильно повлияло на этот показатель (снижение с 29,8 до 21,3%). В целом можно сказать, что коморбидность совсем не исчезла, а ее уменьшение привело лишь к увеличению затрат на лечение ложноотрицательных диагнозов (Zimmerman и соавт.).

Предполагалось, что остающиеся личностные расстройства сопровождаются большим уровнем психосоциальной болезненности

(psychosocial morbidity), чем те личностные типы, которые рекомендуются удалить. Однако эта гипотеза в ходе специально проведенного исследования не подтвердилась (Zimmerman и соавт.).

Анализ исследований, приводимых экспертами DSM-V в качестве обоснования удаления или сохранения тех или иных личностных расстройств, обнаружил три «проблемные» зоны. Во-первых, информация о параметрах литературного обзора представлена в недостаточном объеме. Во-вторых, представленные эмпирические данные в поддержку предложенных изменений часто носят противоречивый характер. И, в-третьих, делается заметный акцент на одних личностных типах в ущерб другим. По мнению некоторых исследователей, в литературе о расстройствах личности существуют многочисленные пробелы и есть насущная потребность в систематических исследованиях расстройств личности, которые должны помочь решить, какие личностные типы нужно оставить, какие несколько модифицировать, а какие должны быть удалены из будущих версий диагностических руководств (Bornstein).

Немало исследователей уверены в том, что нужно сохранить все типы личностной патологии, предложенные в предыдущих классификациях, начиная с DSM-III, так как они конструировались на основе клинических данных и потенциально могут быть полезны при создании новых-dimensionalных моделей личностных расстройств в будущем. По-видимому, будущая классификация личностных расстройств должна быть предметом консенсуса, а при ее создании привлекать разные подходы (Pilkonis и соавт.).

Реакция на удаление нарциссического расстройства личности

Удаление нарциссического расстройства личности в первой версии DSM-V привело к разнообразным дискуссиям в психиатрической среде, которые завершились пересмотром экспертами своей первоначальной позиции и возвращением его в главу по личностной патологии. Были представлены доказательства высокой распространенности этого личностного типа в популяции, сведения о его психиатрическом, социальном и общественном значении, особенно в сфере межличностных и профессиональных отношений, а также суицидального поведения (Ronningstam). Было рекомендовано включить в критерии нарциссического расстройства некоторые психологические черты патологического нарциссизма, которые не вписываются в привычные рамки представлений о грандиозности. Некоторые особенности этого личностного типа быстрее заметны

окружающим и не осознаются самими пациентами, однако возможна и другая ситуация: пациенты хорошо идентифицируют свои патологические черты, но окружающим их людям они практически не заметны.

С другой стороны, так как нарциссическое расстройство редко сочетается с другими личностными типами, а его клинические симптомы крайне разнообразны, то его нозологическая принадлежность остается неопределенной (Alarcon). По-видимому, это состояние следует рассматривать не как отдельный тип, а как черту, характерную для области (домена) личностной патологии в целом. Подтверждением этому служит большое исследование более 2 тыс. лиц с расстройствами личности, которое четко продемонстрировало, что нарциссическое расстройство личности не является самостоятельной диагностической категорией и подлежит удалению из DSM-V (Kartekuda).

Реакция на удаление зависимого расстройства личности

В литературе приводятся следующие аргументы в пользу сохранения зависимого расстройства личности в классификации: оно имеет достаточную клиническую полезность, часто используется в ежедневной клинической практике, может предсказать риск развития парасуицида, жестокого обращения с детьми, приверженности терапии, а также уровень вовлеченности разных слоев населения (дети, подростки, пожилые люди) в различные виды помощи (Bornstein). Кроме того, информированность о критериях зависимого расстройства в стационарах и амбулаторной сети существенно не отличается от сохранившихся в DSM-V типах личностной патологии. Тем не менее эти аргументы не убедили экспертов рабочей группы в необходимости вернуть это расстройство в классификацию.

Реакция на удаление гистрионного расстройства личности

Работы последних лет, посвященные разным аспектам гистрионного расстройства личности, показали, что его распространенность в популяции оказалась низкой, а коморбидность с другими личностными типами – высокой, особенно с пограничным и нарциссическим расстройствами. Поступило предложение удалить его как отдельный тип, но включить как подтип нарциссического расстройства личности (так называемый «эксгибиционистский ищущий внимание подтип»). Это предложение позволило бы дополнить классический «преимущественно мужской грандиозный» подтип нарциссического расстройства женским, ищущим внимание подтипом.

Приводятся следующие критерии последнего: 1) откровенный поиск признания; 2) экстравертированность, направленность собственного внимания на других; 3) внешняя драматизация; 4) зависимость своего поведения от чьего-либо внимания, одобрения и потребности в симпатии; 5) внешняя сексуальная презентация себя; 6) легкая эмоциональная возбудимость (Vakkevig).

Реакций на удаление из классификации параноидного, шизоидного и пассивно-агрессивного (негативистического) расстройств личности в литературе последних лет не обнаружено.

Реакция на отказ включить в классификацию депрессивное расстройство личности

Некоторые исследователи считают целесообразным включить депрессивное расстройство личности в будущую классификацию, так как этот диагноз достаточно популярен среди клиницистов, к нему сохраняется устойчивый интерес среди ученых, включая такие частные его особенности, как этиология, фенотипические признаки (в том числе характерологи-

ческий профиль) и возможность квалификации в качестве отдельного эндотипа (Huprich).

Реакция на сохранение специфических расстройств личности в целом

Принципы классификации личностной патологии экспертами рабочей группы Международной классификации болезней 11-го пересмотра (МКБ-11) значительно отличаются от подхода их коллег из Американской психиатрической ассоциации. В частности, предлагается исключить все специфические расстройства личности, включая те шесть типов, которые оставлены в DSM-V. По мнению председателя рабочей группы по личностной патологии МКБ-11 профессора Peter Tyrer (Великобритания), в настоящее время отсутствуют убедительные эмпирические данные в пользу сохранения отдельных личностных типов. Если рабочая группа DSM-V, как отмечалось ранее, остановилась на комплексном категориально-дименсиональном подходе к диагностике и оставила шесть отдельных типов, то их коллеги из Всемирной организации

здравоохранения развивают чистый дименсиональный подход.

Данный подход базируется на двух компонентах: измерение глубины тяжести расстройств и идентификация отдельных личностных областей (доменов). Было предложено пять степеней тяжести расстройств: 1) нет личностных нарушений; 2) личностные проблемы трудно квалифицировать как расстройство; 3) личностное расстройство; 4) умеренно-тяжелая степень выраженности расстройства; 5) тяжелое личностное расстройство.

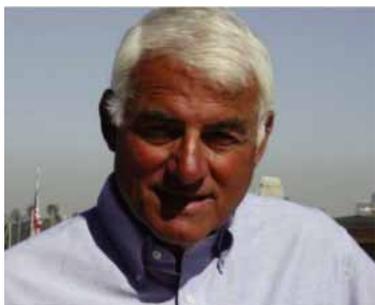
Личностные домены определяют природу этих нарушений. В настоящее время тестируются четыре или пять доменов: социальный/шизоидный, диссоциальный/экстернализация, тревожно-зависимый/интернализация, обсессивный/ананкастный, эмоциональный дистресс/нестабильность. Предложения экспертов МКБ-11 имеют большую клиническую пользу, отражают дименсиональную (многомерную) природу личностной патологии, устраняют во многом искусственную проблему коморбидности и делают личностные расстройства менее стигматизированными состояниями.

Дискуссия и вывод

Предложение сохранить в DSM-V только шесть из десяти расстройств личности, выделенных в предыдущей номенклатуре, встретило неоднозначную оценку в психиатрической среде, что привело к пересмотру некоторых первоначальных решений. В частности, было решено оставить нарциссическое расстройство личности. Однако ревизия главы по личностным расстройствам – это не только удаление или сохранение отдельных рубрик, но и принципиально новый категориально-дименсиональный подход к диагностике, значительно отличающийся от того, что было ранее. По-видимому, споры о том, какие личностные расстройства следует сохранить в классификации, а какие должны быть удалены, а также какой из диагностических подходов более точно отражает сущность личностной патологии в целом, не ослабеют и в ближайшем будущем. ■

Реферат подготовил
А.В.Павличенко

Последний гвоздь в гроб DSM-V



Allen Frances – американский психиатр-исследователь

Явное неприятие DSM-V Национальным институтом психического здоровья (National Mental Health Institute, NIMH) является печальным событием для психического здоровья и небезопасным для наших пациентов. Американская психиатрическая ассоциация (American Psychiatric Association, APA) и NIMH разочаровывают нас, так как не справляются с ролью блюстителей нужд психического здоровья в нашей стране.

Безусловно, DSM-V заслуживает неприятия. Классификация предлагает опрометчивую мешанину новых диагнозов, используя которые, можно ошибочно принимать нормальных за больных и подвергать их ненужному лечению и стигматизации.

Директор NIMH, яростно критикуя классификацию за недостаточную валидность, вбил последний гвоздь в гроб DSM-V.

Но в своем заявлении NIMH пошел еще дальше, пообещав, что скоро представит лучший подход к классификации, диагностике и лечению психических расстройств. Интернет и медиасфера активно обсуждают этот «выстрел на поражение». Некоторые злобно заявляют, что DSM-V мертва еще до появления и что она утащит за собой всю психиатрию. Эта опасная, приводящая к неверному толкованию ситуация отрицательно скажется на тех пациентах, которым призваны служить обе организации (NIMH и APA).

NIMH выбрал сейчас неверное направление точно так же, как в прошлом сделали разработчики DSM-V: это направление заключается в невозможности выполнить обещания. Новый исследовательский план NIMH является необходимым и крайне желательным – в нем указывается, что более рационально сконцентрироваться на простых симптомах, а не на сложных синдромах DSM-V, особенно учитывая тот факт, что к настоящему времени мы подошли пустыми. Новому плану будет способствовать и новое большое инвестирование администрации Б.Обамы в исследования мозга. Но наиболее вероятная расплата – значительная перепродажа. Нет простого решения, что же может стать исследовательской проблемой «почти невозможной сложности».

Лучше всего об этом сказал Исаак Ньютон почти 250 лет назад: «Я могу рассчитать движение небес, но не человеческое безумие». Выяснение вопроса о том, как устроена Вселенная, оказывается достаточно простым действием по сравнению с выяснением причин шизофрении. Крайняя сложность процессов, происходящих в мозге, разрушила надежды последней версии DSM и делает тщетными все усилия NIMH.

Очевидно, что прогресс в понимании психических расстройств будет медленным и кропотливым – без громких успехов, только периодические единичные находки; без очевидных путей и с большим количеством ошибок. Без подробных объяснений – не будет Ньютонов, Дарвинов или Эйнштейнов.

Опыт показывает, что попытка перевести блестящие данные фундаментальных исследований в значимые клинические преимущества требует много усилий. Это справедливо для всех разделов медицины, а не только для психиатрии. На протяжении 40 лет мы ведем борьбу с раком и до сих пор проигрываем большинство сражений.

И если было так сложно понять, каким образом ткань молочной железы превращается в злокачественное новообразование, можно себе представить, насколько

сложнее будет понять сотни и тысячи возможных ошибок во взаимодействии нейронов, приводящих к развитию состояния, которое мы сейчас называем шизофренией.

Мы знаем много интересного о том, как функционирует наше тело. Однако значительно легче изучить нормальное функционирование, чем выявить все возможные варианты патологии. Исследования, предпринимаемые NIMH, могут оказаться (а могут и не оказаться) новыми научными путями в будущем, но совершенно очевидно, что к настоящему эти исследования никакого отношения не имеют.

Тем временем и APA, и NIMH игнорируют кризис нерационального расходования ресурсов в сфере психического здоровья в стране. В то время как слишком много ресурсов тратится на излишнее лечение «озабоченных здоровых», мы несправедливо обделяем тяжело больных, отчаянно надеющихся и могущих получить очень много пользы от нашей помощи. **Только 1/3 пациентов с тяжелой депрессией получают какое-либо лечение, и у нас есть около 1 млн психически больных, томящихся в тюрьмах, потому что они не имеют достаточного доступа к медицинской помощи и не обеспечены жильем.** Благодаря президенту Б.Обаме психически больным теперь легче купить ружье, чем получить работу, – трагично в обоих отношениях.

И APA, и NIMH устранились от этой ситуации, ничем не помогая

Продолжение на стр. 14

Начало на стр. 13

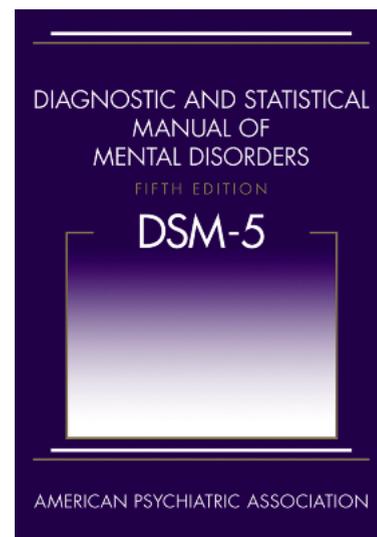
восстановить эффективное оказание помощи тем, кто в ней особенно нуждается. В DSM-V представлены новые необоснованные диагнозы, которые отвлекут внимание и ресурсы от реальных психиатрических проблем, на которые в настоящее время не обращается должного внимания. NIMH превратило себя в высокопотенциальный институт исследования мозга, который снимает с себя ответственность за то, как пациентов лечат или не лечат в настоящее время. Мы тратим целые состояния на ненужные препараты для «озабоченных здоровых», при этом резко сокращаем бюджет для лечения действительно больных. Метаанализ, сравнивающий эффективность терапии в разных медицинских специальностях, выявил, что эффективность терапии в психиатрии выше среднего. Но мы должны обеспечить лечением тех, кто действительно в этом нуж-

дается. Учитывая все эти ограничения, правильно установленный психиатрический диагноз до сих пор остается необходимым для оказания эффективной помощи пациентам. Диагноз является достоверным, когда он фокусируется на реальном психическом заболевании, его устанавливает опытный клиницист и диагностика не базируется заранее на необходимости определения кода для страховых выплат.

Одна из основных причин гипердиагностики и назначения ненужного лечения – тот факт, что 80% назначений психотропных препаратов осуществляется специалистами первичного звена медицинской помощи, которые недостаточно обучены и не имеют достаточно времени в течение 7-минутной беседы с пациентом, чтобы точно диагностировать наличие или отсутствие психического расстройства, особенно когда и пациент, и

врач находятся под чрезмерным влиянием маркетинга лекарственных средств.

Итак, что же пациент, потенциальный пациент либо его родители могут извлечь для себя из этой невразумительной борьбы между NIMH и DSM-V? Мой совет – игнорировать эту борьбу. Не терять веру в психиатрию, но и не принимать на веру психиатрический диагноз и лечение, особенно если они получены после короткого визита и беседы с тем, кто плохо вас знает. Будьте информированы. Задавайте больше вопросов. Ожидайте обоснованных ответов. Если вы их не получаете, ищите второе, третье и даже четвертое мнение до тех пор, пока не получите устраивающий вас ответ. Психиатрический диагноз – это целая вежа в жизни пациента. Точный диагноз – это начало понимания себя, путь к эффективному лечению и лучшему будущему. Неправильный диагноз может



обернуться затяжной катастрофой. Помните, что психиатрия не является полностью хорошей или полностью плохой. Как и многое в медицине, это полностью зависит от того, насколько хорошо это сделано. ■

«Их нравы»

Психиатры вновь возглавляют список врачей, получивших наибольшие выплаты от фармацевтических компаний

И снова в Соединенных Штатах Америки психиатры возглавляют пересмотренный список наиболее крупных выплат от фармацевтических компаний практикующим врачам.

12 марта 2013 г. группа «ProPublica», проводившая журналистское расследование, опубликовала список из 22 врачей, которые начиная с 2009 г. получили более 500 тыс. дол. США в качестве вознаграждения за доклады и консультации. Как и в первом докладе, опубликованном в 2010 г., в списке врачей преобладают психиатры.

В этом году список возглавил Jon Draud, медицинский директор Программы по психиатрии и аддиктивной медицине Госпиталя баптистов в г. Нешвилл (штат Теннесси), также работающий в Медицинском центре штата Теннесси в г. Мурфрисборо. Согласно имеющейся информации доктор J.Draud получил от компаний «AstraZeneca», «Cephalon», «Eli Lilly», «Forest», «Merck», «Novartis» и «Pfizer» сумму в 1 млн 9 тыс. 213 дол. США, что на 278 тыс. дол. США больше, чем получил врач, занимающий вторую позицию в списке. «ProPublica» подчеркивает, что эти выплаты не включают

расходы на транспорт, питание и исследования.

Третье и четвертое места в списке также занимают психиатры, а из 22 лиц, указанных в списке, 12 являются врачами этой специальности.

Реакция Американской психиатрической ассоциации

«Моя первая искренняя реакция – это не укладывается в голове», – сказал в интервью «Medscape Medical News» доктор James Scully, президент Американской психиатрической ассоциации (APA). «Это очень удивляет меня, так как мы внесли много изменений в деятельность в нашей ассоциации. Большинство лидеров в каждой специальности, а также ведущие исследователи из академической среды анализировали роль фармацевтической индустрии и то, как представители индустрии работают с врачами, с целью понять, как это должно правильно осуществляться и как завоевать доверие общественности», – добавил J.Scully. «Безусловно, по-прежнему существуют лица, которые абсолютно легально работают в тесном контакте с фармацевтической индустрией.



Gustavo Alva

При этом очень важно, чтобы общение было открытым. Если кто-то хочет заниматься маркетингом для фармацевтических компаний, он должен четко представлять себе, что занимается именно этим».

Оставшиеся 10 позиций в списке занимают двое специалистов, работающих с болью, а также педиатр, аллерголог, кардиолог, пульмонолог, специалист по гемобластозам, urgentный хирург, эндокринолог и инфекционист.

Из 12 психиатров, числящихся в списке, трое из Нью-Йорка, двое из Теннесси, двое из Техаса и по одному из Нью-Гэмпшира, Калифорнии, Огайо, Пенсильвании и Южной Каролины.

Третье место в списке занимают доктор John J.Miller, медицинский директор клиники «Здоровья мозга» в Эксетере (Нью-Гэмпшир), и

психиатр Приморского психиатрического центра. Сообщается, что начиная с 2009 г. в сумме он получил от «AstraZeneca», «Forest» и «Pfizer» 669 тыс. 935 дол. США. Четвертое место принадлежит доктору Gustavo Alva, основателю и медицинскому директору «ATP Clinical Research» в Коста Меса (Калифорния), бывшему ассистенту кафедры психиатрии в университете Калифорнии (г. Ирвин). Он получил 663 тыс. 751 дол. США от тех же компаний, что и доктор Miller, а также от «Johnson & Johnson», «Eli Lilly», «Merck and Novartis».

Ниже представлены остальные психиатры, указанные в списке (в порядке очередности):

- доктор Henry A.Nasrallah, декан и профессор психиатрии и нейронаук университета Цинциннати (Огайо);
- доктор Rakesh Jain, директор по исследованиям психиатрических препаратов в R/D Clinical Research (Лэйк Джексон, Техас);
- доктор Matthew N.Brams, доцент кафедры психиатрии в медицинском колледже Бейлор в



Sanjay Gupta



Vladimir Maletic

Хьюстоне (Техас) и старший эксперт Американского совета по психиатрии и неврологии;

- доктор Prakash Masand, практикующий психиатр и президент «Global Medical Education» в Нью-Йорке;
- доктор Leslie Citrome, врач-психиатр Госпиталя доброго самаритянина в Сафферне (Нью-Йорк). Он также является членом редакционно-издательского совета «Medscape Psychiatry» на общественных началах и ежемесячно выпускает рубрику «Точка зрения»;
- доктор Vladimir Maletic, профессор клинической нейропсихиатрии и поведенческих наук Университета Южной Каролины, медицинской школы Колумбии (Южная Каролина) и Программный директор предстоящего Конгресса по психиатрии

и психическому здоровью США (2013 г.);

- доктор Sanjay Gupta, профессор клинической психиатрии в Медицинском университете SUNY в Буффало (Нью-Йорк);
- James R.Woods, психиатр Психиатрической группы в Мемфисе (Теннесси);
- доктор Matthew Berger, частнопрактикующий специалист по судебной психиатрии в Музик (Пенсильвания), член гериатрического психиатрического отделения в Госпитале Мозеса Тейлора в Скрэнтоне.

«Мне ничего не известно о личных обстоятельствах каждого из этих врачей, и могу только предположить, что каждый из них считал, что занимается хорошим делом. Я бы хотел только сказать: будьте осторожны!», – сказал J.Scully.



Henry A. Nasrallah

Как сообщалось в «Medscape Medical News» в 2010 г., APA опубликовала свод правил с целью формализации взаимоотношений своих членов с фармацевтической индустрией, а также с целью создания Комитета по конфликту интересов. J.Scully также участвовал в создании этого свода правил. «Мы вплотную занимались этим вопросом несколько лет, поскольку общественное доверие очень важно для нас», – сказал он.

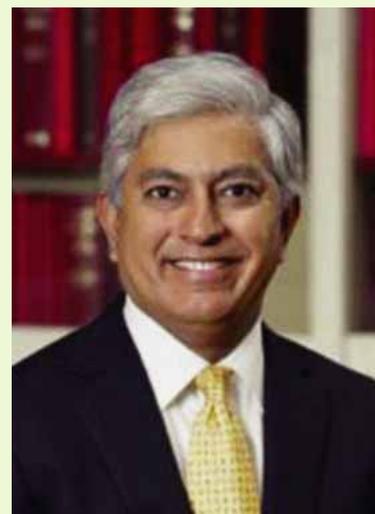
Необходимость прозрачности (ясности)

J.Scully также отметил, что клиницисты должны быть осторожны и полностью открыты, выступая со спонсорскими докладами. Такие доклады обычно содержат слайды, предоставляемые фармацевтической компанией. В недавнем сообщении «ProPublica» доктор V.Maletic, который находится на 17-м месте в списке, заметил, что это требует «соответствия федеральным законам».

Однако, по мнению J.Scully, эта информация должна быть открытой для аудитории. «В моем понимании это не образование. Если мне что-либо рекламируют, я хочу знать, могу ли я полностью доверять тому, что они говорят. Это информативная реклама, и для меня это не то же самое, что образовательная программа», – сказал он.

«Всегда можно чему-то научиться, когда тебе рекламируют препарат. Но если есть третья сторо-

на, от которой вы получаете что-то ценное, это осложняет ваши отношения со второй стороной, особенно если этой стороной является пациент. Такая ситуация



Prakash Masand

поднимает этическую проблему: необходимо четко понимать, на кого вы работаете», – добавил J.Scully. – «Нет ничего плохого в том, чтобы работать на фармацевтическую компанию. Но необходимо, чтобы это было всем ясно».

Интерактивная база данных по последней версии списка врачей, получивших наиболее крупные выплаты от фармацевтических компаний, опубликована в Интернете 11 марта 2013 г. ■

У наших друзей

Пол Янссен: жизненный путь ученого и основателя всемирно известной корпорации



Ж.В.Шкурина

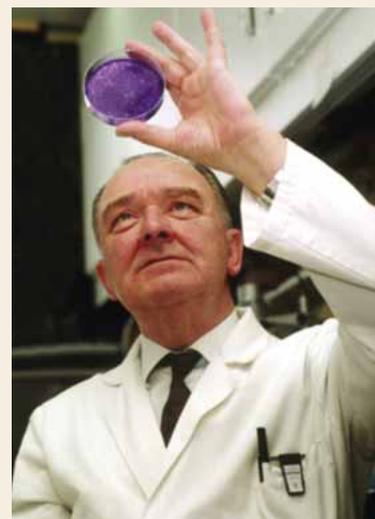
Пол Адриан Ян Янссен родился 12 сентября 1926 г. в городке Тюрнхаут на севере Бельгии и был старшим из четверых детей Константа Янссена и Маргрет Флееракерс. Константин Янссен был

весьма уважаемым в городе практикующим врачом и занимался оказанием самой разнообразной медицинской помощи – от простого консультирования до хирургических операций на дому у пациентов. Тем не менее он никогда не рассматривал деятельность в качестве семейного доктора как свое единственное призвание и стремился не останавливаться на достигнутом.

Будучи от природы одаренным не только талантом к медицине, но и «духом предпринимательства», Константин Янссен в начале 30-х годов основал в сотрудничестве с компанией Гедсона Рихтера собственную фармацевтическую фабрику в родном городе. Компания занималась импортом и производством разных витаминных добавок, тонизирующих средств, стимуляторов и органических

экстрактов, которые затем успешно продавались в Бельгии, Нидерландах и на территории Бельгийского Конго. К 1938 г. семейный бизнес настолько разросся, что доктор Константин и его жена оставили частную медицинскую практику и полностью посвятили себя ему. В 40-х годах помогать родителям стал и Пол Янссен.

Пол окончил колледж Св. Джозефа в Тюрнхауте в возрасте 16 лет, в последние годы войны. Во время многих молодых бельгийцев с оккупированных фашистской Германией территорий отправляли трудиться на немецкие заводы и фабрики, однако Пол при содействии своего дяди сразу после колледжа получил возможность посещать занятия по физике, биологии, философии и химии при факультете Нотр-Дам-де-ла-Пэ в Намюре (Бельгия),



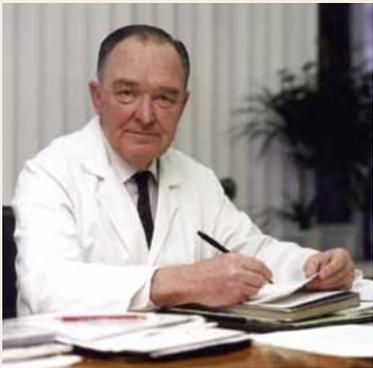
Пол Янссен

в небольшом числе других счастливых и втайне от оккупантов. Именно во время двухлетней учебы в Намюре его всерьез заинтересовала взаимосвязь химии и медицины, что и определило раз и навсегда весь его профессиональный и жизненный путь.

Получив диплом бакалавра естественных наук с отличием в

Продолжение на стр. 16

Нотр-Дам и продолжив с 1945 г. изучение медицины в Католическом университете г. Левен, Пол Янссен пришел к выводу: будущее фармацевтики было за открытием принципиально новых лекарственных средств и синтезом



новых компонентов, а не за комбинированием уже существующих. При этом он убедился в существовании взаимосвязи между химической структурой фармацевтического компонента и его фармакологической активностью и воздействием на организм пациента. Кроме того, стало очевидно, что производство и сбыт витаминов и тонизирующих добавок без возможности их патентования не могли обеспечить долгосрочный успех фирмы его отца. Эти идеи легли в основу всех последующих открытий и успеха компании доктора Янсена.

Чтобы лучше понимать, как именно и в каком направлении продвигаются в мире исследова-



Памятник Полу Янссену.

ния в области химии и фармакологии, в 1948 г. Пол Янссен с одобрения своих родителей принял решение отправиться на полгода в США, где он мог бы посещать университетские курсы и познакомиться изнутри с работой фармацевтических компаний. Родители дали ему с собой небольшую сумму денег, а остальные средства себе на жизнь во время пребывания за океаном Пол зарабатывал, участвуя в соревнованиях по шахматам.

В США Пол Янссен прослушал ряд лекций известных фармакологов: профессора Гарри Голда в Медицинской школе Корнелла в

Нью-Йорке, Карла Пфейффера в Университете г. Чикаго, лекции в Гарварде, а также целое лето изучал курс биохимии в Калифорнийском технологическом институте г. Пасадена, штат Калифорния. В промежутках между лекциями он, как и было запланировано, побывал в разных фармацевтических компаниях, где приобрел полезные знания о специфике исследований в области фармакологии.

Пол Янссен вернулся в Бельгию осенью 1948 г. к ежегодной сессии в университете. Отлично сдав все экзамены, он поступил в Университет г. Гент, где провел последние два года своего обучения. В 1951 г. Пол вновь с отличием окончил университет и получил диплом врача, после чего был направлен на обязательную военную службу в район немецкого Кельна. Служба в армии не отнимала много времени, поэтому Пол использовал его для того, чтобы продолжить изучение фармакологии и химии у профессора И.Шуллера в Университете Кельна. 1951–1954-е годы Пол Янссен посвятил прохождению медицинской практики в Париже, Вене, Хайдельберге, совершил поездки в Оксфорд, Лондон и Стокгольм, во второй раз побывал в Соединенных Штатах.

В начале 50-х Пол Янссен познакомился с профессором Корнем Хеймансом, руководителем Института фармакологии и терапии Университета г. Гент в Бельгии, лауреатом Нобелевской премии по физиологии и медицине 1938 г. за открытие роли синусного и аортального механизмов в регуляции дыхания. Доктор Хейманс был одним из людей, знакомством и сотрудничеством с которыми Пол Янссен всегда искренне дорожил. В 1950–1956-е годы Пол Янссен участвовал в исследованиях института в качестве ассистента на условиях неполного рабочего времени и в 1956 г. получил ученую степень Университета г. Гент в химической фармакологии после защиты кандидатской диссертации, посвященной пропиламинам.

Впрочем, судьбой доктору Янссену была уготована не карьера в академической науке, к которой он никогда не испытывал особой тяги. Его мечтой уже с ранних лет было основание собственной независимой научно-исследовательской компании, способной к получению стабильного дохода, развитию и новым открытиям в области фармакологии. При этом он руководствовался вовсе не банальным желанием зарабатывать деньги, скорее это были неисчерпаемый интерес и тяга к исследованиям и желание сделать свое призвание делом всей своей жизни.

Компании нужно было как можно скорее выйти на рынок сразу с несколькими компонентами-новинками, запатентовать их, предоставить лицензии на их использование более крупным корпорациям и, обеспечив себе та-

ким образом постоянную прибыль в форме отчислений с продаж, вкладывать средства в новые научные разработки и повторять весь цикл заново. Для 27-летнего ученого, имевшего весьма скромный капитал в своем распоряжении, затея была, безусловно, рискованной. Ключевую роль на начальном этапе сыграла родительская поддержка. Отец Пола Янсена в 1953 г. предоставил в его рас-



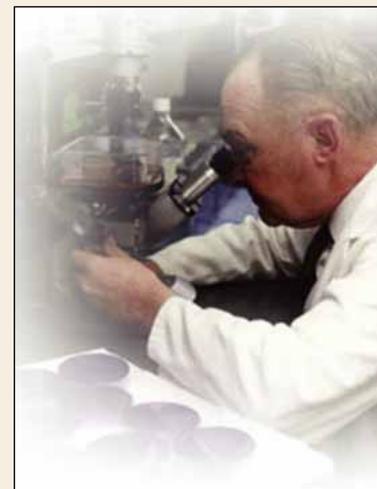
поряжение целый этаж в здании своей фабрики, где тот разместил свою первую лабораторию, и некоторую сумму денег. Первыми сотрудниками компании стали секретарь Андре Янссен (однофамилец Пола Янсена, в прошлом бухгалтер из фирмы Константа Янсена, а в последующем – человек, который более 40 лет посвятит работе в фирме Пола) и несколько молодых ученых. Многие из сотрудников, которых доктор Янссен приглашал в самом начале, не имели даже университетского образования. Главным в них было другое: общие взгляды и взаимодоверие, желание работать с полной отдачей, пылкий ум и непрестанное стремление к новым открытиям.

Первоочередной задачей молодых исследователей было определить сам механизм воздействия химических веществ на организм. Как только им удавалось установить, по какому принципу то или иное вещество работает, они пытались аккуратно изменить химическую структуру для усиления или ослабления его эффекта. После проведения скрининговых тестов доктор Янссен направлял образцы для исследований в Амстердам доктору Давиду К. де Йонгу, своему коллеге, с которым работал под руководством доктора Хейманса еще в Генте. У доктора де Йонга имелось необходимое оборудование для расширенных исследований и более точного определения медикаментозной активности и потенциала вещества. Де Йонг маркировал новые компоненты, полученные от Янсена, буквой «Р» (от «Рихтер») и присваивал им порядковый номер. Таким образом, в 1956 г., через 3 года после начала работы над синтезом компонентов, их число превысило 1100. В 1993 г. был открыт 100-тысячный компонент, а к 2001 г. их количество достигло 147 тыс.

Одним из первых синтезированных и запатентованных со-

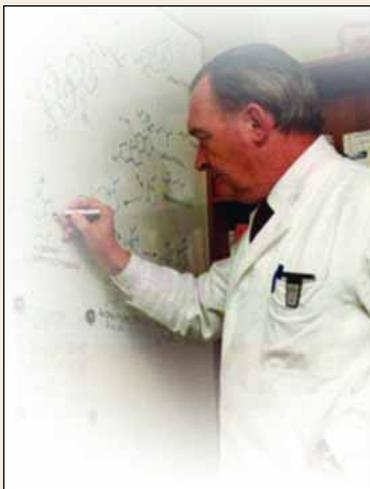
единений стал амбуцетамид («Неомеритин»), спазмолитический препарат для облегчения менструальных болей, который был представлен в 1955 г. и до сих пор продается в некоторых странах. Вторым значимым для истории компании компонентом стал в том же году Р-79, йодид изопронамида, субстанция, близкая по свойствам к атропину. Права на его использование получил ряд американских фармацевтических корпораций. За ними тут же последовали еще два – декстроморамид (Р-875) и дифеноксилат (Р-1132). Первый был примечателен не своей прибыльностью – это был препарат, по силе своего воздействия превышающий морфин и некоторое время удерживавший статус самого мощного опиоида из всех доступных для клинического использования. Изобретение этого препарата позволило лаборатории Пола Янсена добиться определенного признания и уважения в медицинском сообществе. Дифеноксилат (противодиарейное средство) получил широкое распространение в Соединенных Штатах под торговым наименованием «Ломотил».

В конце 50-х годов Пол Янссен объединил свою компанию с фабрикой своего отца Константа Янсена. Так началась история корпорации «Янссен Фармацевтика», в которой Пол Янссен занял должность президента и директора по исследованиям. К началу 60-х годов у компании уже имелись три подразделения в Бельгии и «дочки» в Нидерландах и Германии. Мать Пола в конечном итоге отошла от дел, однако отец активно участвовал в деятельности компании, вплоть до



своей смерти в апреле 1970 г. На момент смерти отца Пол Янссен был уже председателем совета директоров «Янссен Фармацевтика».

Открытие в 1959 г. галоперидола, первого антипсихотического препарата, который дал тысячам пациентов возможность лечиться дома, а не в стационаре, а в 1960 г. – фентанила (также самого сильного опиата своего времени) привлекло к компании Янсена пристальное внимание со стороны гигантов фармацевтической индустрии. Знаменитый



международный конгломерат «Джонсон & Джонсон» в конце 50-х годов искал для сотрудничества перспективную компанию-исследователя в области фармакологии. В 1957 г. представители конгломерата начали переговоры с доктором Полом Янссеном, и наконец, спустя несколько лет, 17 июля 1961 г., сделка состоялась. Согласно договоренности группа компаний Янсена входила в состав конгломерата в обмен на пакет акций «Джонсон & Джонсон» и при условии сохранения формальной независимости и автономии в проводимых исследованиях.

Несомненно, слияние с «Джонсон & Джонсон» имело решаю-



щее значение для судьбы компании Пола Янсена. Отныне «Янссен Фармацевтика» получила финансовые гарантии своего будущего и безграничные возможности для расширения круга своих связей и исследований. Кроме того, слияние с американской корпорацией давало «зеленый свет» для свободного выхода на американский рынок – важнейший в мире.

К моменту слияния коллектив «Янссен Фармацевтика» насчитывал 377 человек, у компании имелись подразделения в Германии, Нидерландах, Бельгийском Конго, Иордании, Египте. К концу 1992 г. число заграничных представительств составило 34, число сотрудников – более 11 тыс. В общей сложности было выпущено и запатентовано свыше 80 препаратов для применения в сферах анестезиологии (препараты ряда опиатов), психиатрии (галоперидол, дроперидол, рисперидон, иные нейролептики и антипсихотики), гастроэнтерологии

(домперидон – мотилиум, лоперамид), кардиологии, дерматологии (низорал), паразитологии и множестве других, прочно удерживающих лидирующие позиции на фармацевтическом рынке и по сей день. Также велись разработки для ветеринарной медицины и агрохимии.

В 1991 г. в возрасте 65 лет доктор Пол Янссен принял решение покинуть пост директора по исследованиям «Янссен Фармацевтика». Вскоре после этого он основал Центр молекулярных разработок – обособленное подразделение компании, задачи которого сосредоточились на разного рода молекулярных исследованиях, а в последние годы жизни доктора Янсена – на углубленном изучении наиболее устойчивых к лекарственному воздействию форм туберкулеза, а также ВИЧ и СПИДа.

Стратегия, которая позволила Полу Янссену и его компании добиться величайшего успеха и признания, практически не менялась на протяжении всего времени, пока он был у руля «Янссен Фармацевтика». Приоритетом всегда оставались научные исследования и ориентированность на пациентов, а не бизнес-вопросы. В 2002 г. доктор Янссен выразил сожаление в связи с тем, что проведение исследований становится все более затратным, так как это бьет по людям, страдающим редкими заболеваниями, лекарства от которых не разрабатываются просто-напросто из-за того, что колоссальные вложения себя не окупают.

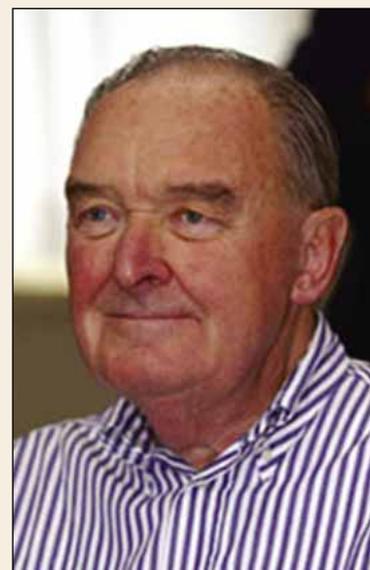
Подобное ответственное, преданное, лишенное меркантильности отношение к делу нашло отражение и в том, как доктор Янссен выстраивал рабочий процесс в своем коллективе. Он обладал превосходными лидерскими качествами, имел дар находить общий язык с самыми разными людьми, поддерживать и вдохновлять их. После того как в конце 50-х годов была объявлена независимость Бельгийского Конго и множество ученых-фармакологов, неврологов, паразитологов, ветеринаров остались без работы и были вынуждены вернуться из Африки в Бельгию под давлением властей вновь созданного государства Заир, Пол Янссен предложил некоторым из них сотрудничество. Он пообещал им не «золотые горы», но интересную и напряженную работу, требовавшую вовлеченности и полной отдачи. В результате многие из этих исследователей впоследствии выросли до экспертов мирового уровня и внесли огромный вклад в развитие «Янссен Фармацевтика». Компания также дала дорогу в жизнь многим молодым ученым, способности которых доктор Янссен разглядел.

Пол Янссен был убежден, что движущей силой любого научного процесса являются люди, а не формальности и процедуры. Его отличал изначальный позитив-

ный настрой по отношению к людям, вера в их талант и природный потенциал, – своим сотрудникам он всегда «по умолчанию» доверял, а не перестраховывался. Поэтому он предоставлял им максимальный простор для деятельности с минимумом вмешательства, оставляя за собой право осуществлять общее руководство и определять общие направления для работы. В компании Янсена не было никакой «забюрократченности» и бумажной волокиты, не существовало утомительной многоступенчатой системы согласований и отчетов, которые тормозили работу и отвлекали внимание ученых от самого главного. Не было необходимости и в проведении регулярных формальных совещаний. Работа в коллективе строилась на энтузиазме и сплоченности, где каждый в полной мере осознавал, какой вклад вносит в общее дело, и ощущал поддержку, уважение и полное доверие к своему труду со стороны руководителя. «Доктор Пол», как обращались к нему сотрудники, несмотря на занятость, ежедневно находил время для непосредственного общения с учеными, интересовался о ходе их исследований. Это позволяло ему быть в курсе всего, что происходило в лабораториях. Между ним и сотрудниками существовала прекрасная «обратная связь» – он всегда приветствовал их обращения с новыми идеями и предложениями и был открыт для диалога.

Помимо блестящего таланта к руководству и общению с людьми, умения убеждать и мотивировать, а также находить компромисс между интересами науки и бизнеса, доктора Янсена как ученого характеризовала и превосходная профессиональная интуиция. Он мог увидеть и просчитать экспериментальную активность молекулы того или иного вещества, определял, как именно нужно изменить химическую структуру молекулы, чтобы добиться нужного результата. Яркий пример тому – открытие в 50-х годах фентанила. Сначала Полу Янссену и его команде удалось установить, что основой веществ ряда морфина, обладавших анальгезирующим эффектом, было так называемое «пиперидиновое кольцо», а затем в ходе целого ряда пространственных манипуляций со структурной молекулы – прийти к открытию феноперидина, а затем и фентанила.

Исследования и открытия доктора Пола Янсена нашли отражение более чем в 870 его статьях и научных трудах, опубликованных во всем мире. Множество статей, содержащих его выводы и результаты его исследований, были опубликованы не под его именем, а друзьями, коллегами, подчиненными. Доктор Янссен пользовался огромным авторитетом не только среди коллег-ученых, но и в кругу политиков и крупных бизнесменов, которые приезжали



посетить головной офис его компании в Бельгии со всех уголков планеты. Он привлекался в качестве советника по некоторым медицинским вопросам на государственном уровне в Бельгии и Нидерландах, консультировал высшее руководство компаний «Джонсон & Джонсон» и других компаний, входивших в конгломерат, регулярно выступал на бельгийском радио и телевидении, совершал поездки по Европе, в США (иногда чуть ли не ежемесячно), Австралию, Китай, Северную и Южную Америку.

Пол Янссен был удостоен более 35 научных премий и наград и 22 почетных докторских степеней, причем последних – в сфере как медицины, так и естественных наук, ветеринарии, фармацевтики и философии. В 1993 г. он стал первым иностранцем, удостоенным почетного звания доктора фармацевтики в Китае (г. Нанкин). Вместе с тем доктор Пол никогда не приписывал все заслуги лишь себе одному и посвятил многие из собственных наград своему коллективу коллег и единомышленников из «Янссен Фармацевтика», чья интенсивная и сплоченная работа стала ключом к успеху компании на мировом уровне.

К большому сожалению, несмотря на свой поистине бесценный вклад в фармакологию, доктор Янссен так и не был удостоен Нобелевской премии, хотя несколько раз номинировался. Скончался Пол Янссен 11 ноября 2003 г. в возрасте 77 лет, в Риме, куда он прилетел для участия в научной конференции. У него остались супруга, Дора Арте Янссен, пятеро детей и внуки.

Список использованной литературы

1. Paul Janssen. *Obituary*. Ivan Oransky. *Lancet* 2004; 363: 251.
2. *A tribute to Dr. Paul A.Janssen: entrepreneur extraordinaire, innovative scientist, and significant contributor to anesthesiology*. Theodore H.Stanley, MD, Talmage D.Egan, MD, Hugo Van Aken, MD. *International Anesthesia Research Society* 2008; 106 (2): 451–61.
3. *Successful pharmaceutical discovery: Paul Janssen's concept of drug research*. Paul J Lewi, Adam Smith. *R & D Management* 2007; 37. ■

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 функционирования²
- снизить частоту госпитализаций²



Ксеплион - новый пролонгированный, инъекционный препарат для введения **1 раз в месяц**³ – 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: 287e-296.
3. Инструкция по препарату Ксеплион. 4. Hough D et al. *Schiz Res* 2010; 116:107-117. 5. Pandina GJ et al. *J Clin Psychopharmacol* 2010; 30: 235-244. 6. Bossie C et al. Poster NR 6-5 presented at the American Psychiatric Association Annual Meeting, 22-26 May 2010, New Orleans, Louisiana, USA.
Ксеплион РУ: ЛСР - 009014/10

Media mentica Juvenem: Суздаль-2013



*К.Ю.Зальмуни
ГБОУ ВПО Казанский ГМУ
Минздрава РФ;
Республиканская клиническая
психиатрическая больница
им. акад. В.М.Бехтерева
Минздрава РТ, Казань*

В апреле далекого 1979 г. в г. Суздале Владимирской области состоялась 1-я Всесоюзная школа по психиатрии (читатель может познакомиться с ее программой в «ДП» №1, 2013 г. – *Прим. ред.*). Именно в то время и были заложены славные традиции, послужившие основой для ставших впоследствии регулярными, раз в два года, слетов молодых специалистов и их наставников со всех

людей, что само по себе является беспрецедентным доказательством все возрастающего в профессиональной среде интереса к этому мероприятию.

Впервые школа смогла похвастаться не только поддержкой Российского общества психиатров (РОП), но также она прошла под

программы, ее научная и образовательная ценность, организованность и методический подход (чего только стоят бейджи участников, на поверку оказавшиеся еще и флеш-картами с презентациями лекций!), непередаваемая атмосфера дискуссионных площадок и святой Владимир-Суздальской земли не давали участникам ни на секунду усомниться в оптимальности сроков проведения. Актуальные лекции, круглые столы и клинические разборы ведущих специалистов – Н.Г.Незнамова, А.Б.Смулевича, В.Н.Красно-

во всем талантлив!), а также фуршету знакомств и, естественно, прощальному гала-ужину. Участникам была предоставлена возможность почувствовать себя и в роли лекторов: победители конкурса научных работ, которым было предоставлено бесплатное проживание и участие во всех мероприятиях школы, презентовали свои научные исследования. Еще одной площадкой для творчества «школьников» стала постерная сессия на тему «Сохранится ли профессия психиатра в будущем?»



Участники XI Всероссийской школы молодых психиатров в Суздале.

эпидой Всемирной психиатрической ассоциации, что дало ей право на включение в бюллетень этой организации и с информированием об этом событии специалистов из 139 государств. Упомянув о новизне, присущей 11-й школе, не-

ва, С.Н.Мосолова, С.В.Ениколопова, А.Жабленски (Австралия), В.И.Крылова, А.Е.Боброва, А.С.Аведисовой, Е.В.Корень и многих других, – приправленные твердым ведением и профессиональными комментариями П.В.Морозова, составили основное «блюдо» школы, а камерные встречи в Каминном зале и устные выпуски «Дневника психиатра» с кинорежиссером А.Коттом (Россия) и известным психиатром И.Давидом (Чехия) позволили участникам вкусить «десерт», впечатливший любого молодого специалиста, будь то ученый или практик.

Нельзя не остановиться на фигуре профессора Асена Жабленски отдельно. Как говорят местные экскурсоводы, «Суздаль – это драгоценный камень в оправе Золотого кольца России», так и возможность слушать и общаться с человеком, под руководством которого создавалась 5-я глава МКБ-10, этнического болгарина, на протяжении многих лет работающего в Австралии, владеющего шестью языками, в том числе отличным русским, стала поистине одним из центральных и уникальных элементов школы.

Читатель может ошибочно подумать, что «школьники» все время были заняты исключительно лекциями и круглыми столами с клиническими разборами. Отнюдь, в программе школы нашлось место и игре КВН на тему «Психиатр – герой нашего времени» с участием 3 команд из Самары, Санкт-Петербурга и Москвы (вот уж где подтвердился тезис о том, что талантливый психиатр

Уже упоминавшийся в статье СМУ РОП в полном составе осуществлял свою деятельность в течение всех 7 дней мероприятия. Кроме решения организационных задач, было проведено учредительное собрание московского отделения, председателем которого делегаты избрали М.Орлову, а последний день школы был ознаменован отчетно-выборным собранием СМУ, где присутствовавшие заслушали информацию о работе совета и приняли решение о продлении срока полномочий его председателя Д.Смирновой до осеннего пленума РОП.

Ровно в 13:00 24 апреля, пунктуально, как и все, что происходило на школе (спасибо оргкомитету и фирме-организатору «Да Сигна», руководитель А.П.Морозова), поданные к «Турцентру» автобусы символизировали собой окончание 11-й Всероссийской школы молодых психиатров. Если этот восторженный опус станет (не побоюсь этого слова) белым пиаром для будущих школ, то прошу считать это искренним стремлением человека, который, как и сотни других, теперь всегда будет с гордостью считать себя «школьником».

Теперь все мы будем ожидать с нетерпением очередного апреля 2015 г., очередной суздальской весны, когда молодые психиатры со всей страны вновь соберутся в уютных залах «Турцентра» на 12-ую Всероссийскую школу, организуемую СМУ РОП.

Вновь будут разгораться споры, и вновь молодежь узнает много нового. Такое не забывается. ■



Победители конкурса на лучший доклад после вручения дипломов и специальных значков.

уголков нашей Родины на Владимир-Суздальскую землю. В истории школы был и период забвения, после которого группа энтузиастов под предводительством профессора П.В.Морозова вдохнула в нее новую жизнь.

И вот, отсчитав 34 года от первой исторической вехи, ГТК «Турцентр» распахнул свои двери для 11-й Всероссийской школы молодых психиатров, чтобы, как и раньше, обогреть встаетым над 1000-летним Суздалем апрельским солнцем, съехались сюда ее участники. В этот раз учиться и учить прибыли без малого 400 че-

лзя не отметить и тот факт, что впервые мероприятие базировалось на принятом в недалеком прошлом уставе совета молодых ученых (СМУ) РОП. Наличие устава СМУ подчеркивает, что отныне ребята не просто составляют костяк оргкомитета школы и целого ряда других мероприятий, но и их деятельность подтверждена необходимыми правоустанавливающими документами.

Семь дней (18–24 апреля 2013 г.), в течение которых проходила школа, могут показаться на первый взгляд излишне длительным сроком, но сбалансированность

Первый семинар ЕСНП в России



Участники семинара.

Семинар Европейской коллегии нейропсихиофармакологов (ЕСНП) по нейропсихиофармакологии успешно состоялся в небольшом старинном г. Суздале (Россия) 16–18 апреля 2013 г. Почти 50 молодых психиатров из разных регионов, из западной и восточной частей страны, приняли участие в этом важном мероприятии. Участники были отобраны профессором С.Аранго, председателем образовательного комитета коллегии, по итогам предварительного конкурса исследовательских проектов или представленных редких клинических случаев. Семинар был ор-

ганизован послом коллегии в РФ профессором П.В.Морозовым и проведен специалистами ЕСНП – профессорами Celso Arango (Испания), Алессандро Serretti (Италия), Майклом Дэвидсоном (Израиль); нашу страну представляли эксперты – профессор Сергей Мосолов, профессор Маргарита Морозова, доктор Елена Костюкова.

Последние данные о терапии острых психозов, выбор адекватного лечения антидепрессантами, обновленная информация о лечении болезни Альцгеймера были представлены на лекциях западных экспертов. Вопросы о

том, как выступить с докладом, подготовить презентацию научной работы, были также вынесены на обсуждение. Во время групповых занятий на 3 параллельных семинарах 6 лучших проектов были выбраны экспертами. После второго тура презентаций были определены трое победителей, которыми стали Ольга Карпенко (Москва), Любовь Шмелева (Санкт-Петербург) и Дарья Смирнова (Самара). Все они награждены поездкой на 26-й Конгресс ЕСНП в Барселоне, 5–9 октября 2013 г., с предоставлением участия со стендовым докладом и зачетом регистрационного взноса, а также 500 евро на транспортные расходы. ■



Победительницы семинара: (слева направо) О.Карпенко, Д.Смирнова и Л.Шмелева с руководителем семинара профессором С.Аранго.

Интервью с одним из участников семинара Алексеем Павличенко

– **Что включала программа семинара ЕСНП?**

– Программа была достаточно насыщенная. Помимо лекций ведущих европейских психиатров (С.Arango, A.Serretti, M.Davidson), которые представили слушателям новые данные о терапии психотических расстройств, разных аспектах деменции и правильном выборе антидепрессантов, она также включала интерактивные семинары, посвященные тому, как правильно подготовить устное выступление, сформулировать дизайн исследования и написать научную статью. Кроме того, все молодые российские ученые представили на английском языке результаты своих исследований.

– **Были ли у Вас какие-то опасения перед началом семинара?**

– Да, были. Мне казалось, что наибольшие трудности у молодых ученых будут связаны с необходимостью представлять доклады на английском языке. К счастью, мои опасения во многом не оправдались. Большинство

участников справились с вполне понятным волнением и неплохо представили свои презентации, а также отвечали на многочисленные вопросы слушателей. Следует отметить, что этому немало способствовала и доброжелательная атмосфера, которая царила в аудиториях.

– **Как происходили выборы победителей?**

– Все участники семинара были разделены на 3 группы в алфавитном порядке. Вначале было отобрано 6 молодых ученых, по 2 из каждой группы, которые во втором туре представили свои доклады всем слушателям. По итогам совещания экспертами ЕСНП были отобраны 3 победителя. Как мне кажется, победили самые достойные участники (О.Карпенко, Д.Смирнова, Л.Шмелева). Их работы отличались ясным дизайном, хорошей статистической обработкой данных, практической направленностью и соответствием их тематики главным направлениям деятельности ЕСНП. При этом внешние данные презентации и

владение английским языком оценивались в меньшей степени.

– **Что было самое ценное в семинаре?**

– Наиболее интересное в нем заключалось в активном вовлечении слушателей в интерактивные дискуссии, возможности задавать вопросы лекторам по ходу их выступления, прояснять неясные и сложные вопросы. Конечно, лек-

ции можно услышать на разных конгрессах и симпозиумах, а вот пообщаться с лидерами европейской и российской психиатрии, получить ценные советы относительно своего исследования удастся нечасто.

– **В последние годы многие известные психиатры организуют различные школы по развитию лидерских навыков у молодых ученых. Есть ли отличия семинара ЕСНП от аналогичных тренингов?**

– Да, я и раньше участвовал в работе некоторых из них, в частности, в школе профессора Н.Сарториуса. Конечно, есть



Докладывает Алексей Павличенко.

много общего в подобного рода мероприятиях, но существуют и некоторые различия. Так, семинар Н.Сарториуса больше направлен на внешние атрибуты научной деятельности: какой шрифт нужно использовать в презентации, как сохранить внимание аудитории, в какой журнал лучше направить статью и т.д. Бесспорно, это очень важно для молодого ученого, и эти вопросы также обсуждались на семинаре ECNP, хотя, возможно, и не так подробно. В то же время большой акцент в их работе был сделан на методологии, на внутренних аспектах научной работы. Например, многие россий-

ские ученые жалуются на недостаточное финансирование и этим объясняют многие трудности российской психиатрии. Однако в своем докладе профессор A.Serretti на конкретных примерах показал, как можно сделать качественную научную работу, которая может быть опубликована в крупнейших психиатрических журналах, при отсутствии какого-либо финансирования, лишь при высокой мотивации и доступе к Интернету.

Но, как мне кажется, наибольшие отличия между тренингами обнаружались при обсуждениях научных работ молодых ученых. Иностранные специалисты дава-

ли участникам как бы двойную оценку: вначале они говорили о внешних аспектах презентации (например, слишком мелкий стиль, неправильные ссылки), а затем оценивали содержание научной работы. Мне показалось, что чем более качественной была работа, тем больше комментарии она вызывала. При этом все это делалось в очень корректной манере. Было понятно, что эксперты своими замечаниями хотели помочь молодым специалистам избежать ошибок и траты времени, улучшить дизайн исследования и т.д. Думаю, многие мои коллеги разделяют эту точку зрения. Я, например, был очень благода-

рен профессору S.Arango за критическую оценку моей работы, указывая на ошибки в дизайне исследования.

– В чем, по Вашему мнению, польза таких семинаров для молодых ученых?

– Основная их польза мне видится в возможности получить советы и рекомендации со стороны ведущих европейских психиатров, причем как в ходе обсуждений докладов, так и во время неформальных бесед. Мне кажется, что подобного рода семинары полезны не только молодым, но и более старшим коллегам. ■

Новости наших друзей

IV Франко-российская конференция по психиатрии

С начала 90-х годов прошлого столетия начали периодически проходить франко-русские встречи в области психиатрии, несколько лет выходил самобытный совместный журнал «Синапс». Взаимный интерес был обусловлен схожестью клинических школ, в основе которых лежали глубокое знание психопатологии, тонкий клинический анализ и давнее сотрудничество в области психофармакотерапии. На рубеже столетий в связи с отсутствием организующего механизма эти встречи прекратились, хотя потребность в них продолжала сохраняться.

Именно поэтому психиатрами двух стран с особым энтузиазмом была встречена новая инициатива компании «Лаборатории Сервьё» поддержать подобные научные встречи на регулярной основе. В последние годы такие конференции проходят ежегодно, обычно в рамках крупнейших международных конгрессов. В них традиционно принимают участие ведущие психиатры обеих стран, обсуждаются наиболее актуальные и животрепещущие проблемы современной психиатрии, представляющие взаимный интерес.

В этом году очередная, IV Франко-российская конференция прошла в Ницце (Франция) в рамках Конгресса европейской психиатрической ассо-

Вальдоксан®

Агомелатин

Первый мелатонинергический антидепрессант

Нормализация циркадианных ритмов в основе уникального

БЫСТРОГО, МОЩНОГО, СТОЙКОГО эффекта на всех этапах терапии

Инновационный подход
к лечению депрессии

У 3 из 4
пациентов
ремиссия³

12-я неделя

У 8 из 10
пациентов
стойкая ремиссия
без рецидива⁴

24-я неделя

1-я неделя

3 из 4 пациентов
респондеры²

Улучшение качества сна,
самочувствия и работо-
способности в дневное
время¹

6-я неделя



Вальдоксан 25 мг
28 таблеток

Состав: Каждая таблетка, покрытая пленочной оболочкой, содержит 25 мг агомелатина. **Показания к применению:** Лечение большого депрессивного расстройства у взрослых. **Описание:** Антидепрессант. Агонист мелатониновых рецепторов (MT₁ и MT₂) и антагонист серотониновых 5HT_{2A} рецепторов. Не влияет на внеклеточные уровни серотонина. Улучшает процесс засыпания и качество сна с первой недели лечения, не вызывая при этом дневной заторможенности. Не вызывает синдрома отмены, половых дисфункций, а также не влияет на массу тела, сердечно-сосудистую систему. **Противопоказания:** Повышенная чувствительность к агомелатину и/или любому из вспомогательных веществ препарата; тяжелая печеночная недостаточность; сопутствующая терапия сильными ингибиторами CYP1A2 (флувоксамин, ципрофлоксацин). **Дозировка:** Внутрь. Рекомендуемая суточная доза 25 мг (1 таблетка), однократно вечером. При необходимости через 2 недели терапии доза может быть увеличена до 50 мг (2 таблетки), однократно вечером. **Взаимодействие с другими веществами:** Как и при лечении другими антидепрессантами не рекомендуется сочетать прием препарата Вальдоксан с алкоголем. **Побочные эффекты:** Головная боль, головокружение, сонливость, тошнота, диарея, запор, боль в верхней части живота, усталость, слабость, тревога, увеличение уровня трансаминаз в сыворотке. **Меры предосторожности:** Не рекомендуется применение у детей и подростков до 18 лет, беременных женщин и во время грудного вскармливания. Следует с осторожностью применять у больных с маниакальными или гипоманиакальными эпизодами в анамнезе; при появлении симптомов мании рекомендуется отмена агомелатина. Препарат может оказывать влияние на способность управлять автомобилем или другими механизмами. Рекомендуется контролировать функцию печени в начале терапии, через 3, 6, 12 и 24 недели после начала терапии, а также в другое время в соответствии с клинической ситуацией. Не рекомендуется применение препарата у больных с непереносимостью лактозы и нарушением всасывания глюкозы-галактозы.

1. Lemoine et al. Efficacy of Valdoxan on symptoms relief at week 1 in a comparative study versus venlafaxine (n=332). J Clin Psychiatry, 2007. 2. Lemoine et al. Efficacy of Valdoxan on remission at week 6 in a comparative study versus venlafaxine (n=328). J Clin Psychiatry, 2007. 3. Kennedy et al. Efficacy of Valdoxan on remission at week 12 in a comparative study versus venlafaxine (n=276). J Clin Psychopharmacol, 2008. 4. Goodwin et al. Efficacy of Valdoxan on relapse prevention at week 24 in a placebo-controlled study versus venlafaxine (n=339). Eur Neuropsychopharmacol, 2007.

Регистрационный номер: ЛСР -000540/08 от 11.02.2008 г.

Представительство АО «Лаборатории Сервьё» (Франция), 115054, Москва, Павелецкая пл., д. 2, стр. 3, тел. (495) 937-07-00, факс (495) 937-07-01.



www.valdoxan.com

1 таблетка всегда вечером

Продолжение на стр. 22



Участники встречи.



В зале заседаний.

Начало на стр. 21

циации. Председательствовали на заседании академик РАМН А.Б.Смулевич (Москва) и профессор Ф.Курте (Монпелье). Встречу открыл доклад профессора П.В.Морозова «Российская психиатрия – пути развития», который осветил основные вехи становления отечественной психиатрии со стародавних времен, отмечая при этом (где было возможно)

связи наших двух стран в данной отрасли медицины. Дискутантом по докладу выступил профессор А.Байле (Париж), который отметил ряд неизвестных французской стороне интересных фактов, приведенных в докладе. Живая дискуссия разгорелась после выступления профессора Ф.Бельвье (Париж) по проблеме биполярных расстройств. Профессор С.Н.Мосолов (Москва) не только задал ряд уточняющих позицию

докладчика вопросов, но и сам выступил не столько с комментариями, сколько с самостоятельным содокладом по обсуждаемой проблеме. Вопросам генерализированного тревожного расстройства было посвящено сообщение профессора А.С.Аведисовой (Москва), а дискутантом выступила профессор Э.Корюбль (Париж). И в конце утреннего заседания с докладом «Техника стимуляции при терапии депрессии: фокус на ЭСТ» выступил профессор Э.Аффен (Безансон), а комментарии к сообщению французского коллеги сделал профессор С.В.Иванов (Москва).

На следующем заседании обсуждались программы клинических наблюдений по Вальдоксану (агомелатин) как с российской, так и с французской стороны; были представлены новые данные, обсуждались и перспективы использования препарата. С результатами обсервационной программы клинического наблюдения ВАЛЬС вновь выступил профессор С.В.Иванов. Он представил аудитории итоги первого опыта применения Вальдоксана (оценка эффективности и переносимости) у пациентов с депрессивными расстройствами в общемедицинской практике.

Всего в исследовании участвовали 464 врача (терапевты и кардиологи) из 47 регионов России, были включены 1864 пациента, терапию Вальдоксаном в итоге завершили 1774 больных. Как и в предыдущих исследованиях, в изученной выборке установлена высокая антидепрессивная эффективность терапии Вальдоксаном. Об этом свидетельствует выраженная редукция суммарного балла шкалы Гамильтона. Более того, дополнительно подтвержден быстрый эффект препарата: статистически достоверная редукция тяжести депрессии отмечается уже по истечении первых 7 дней лечения. Далее улучшение прогрессивно нарастает вплоть

до завершения 6 нед терапии. Эти данные – подтверждение в условиях клинической практики быстрого и стабильного эффекта Вальдоксана в купирующей терапии умеренных депрессивных эпизодов, как единичных, так и рекуррентных. Кроме того, отметим, что подавляющее большинство пациентов (а именно 80%) получали минимальную терапевтическую дозу Вальдоксана, т.е. 1 таблетку 25 мг на ночь.

А к 6-й неделе терапии ремиссия достигалась в 72% случаев. Врачи разных специальностей достаточно уверенно диагностировали депрессию, разбирались в тонкостях пограничных и психосоматических нарушений.

В свою очередь профессор П.М.Ллорка (Клермон-Ферран) представил результаты новых французских наблюдений по Вальдоксану. Прежде всего было отмечено, что Вальдоксан уже зарегистрирован в 90 странах и его получали более 4 млн пациентов. Акцент в сообщении зарубежного коллеги делался на предикторах эффективности Вальдоксана при использовании его как в условиях амбулаторной практики, так и в условиях стационара. Кроме того, быстрый антидепрессивный эффект подтверждается методом нейровизуализации. Так, в новом двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании уже к 7-му дню терапии Вальдоксаном у пациентов с депрессией нормализуется активность префронтального участка коры, ответственного за эмоциональные реакции.

В целом обмен мнениями был довольно продуктивным, участники встречи уже хорошо знали друг друга, дискуссии носили живой и открытый характер, чему способствовала обстановка, созданная организаторами – компанией «Лаборатории Сервье». ■

Соб. корр.

«Я гляжу на фотокарточку...»

Из далеких 30-х годов вновь переносимся в 50-е, на сей раз – в их конец. Кафедра ЦИУ врачей, 1959 г. На снимке отсутствует заведующий кафедрой – Андрей Владимирович Снежневский, однако вновь узнаваемы Р.Е.Люстерник и В.М.Морозов. Рядом с ними Виолетта Николаевна Фаворина. Сзади курсанты. Может, на этом снимке вы встретите знакомые вам лица? Напишите нам об этих людях, как сложилась их профессиональная судьба. ■



Кафедра ЦИУ, Москва 1959 г.

Повышение эффективности внебольничного лечения пациентов с шизофренией



И.А.Мартынихин
Кафедра психиатрии и наркологии
Санкт-Петербургского ГМУ
им. акад. И.П.Павлова

1–2 апреля 2013 г. в Санкт-Петербурге прошла научно-практическая конференция «Организационно-правовые, клинико-диагностические вопросы общей психиатрии, судебно-психиатрической экспертизы», организованная Российским обществом психиатров, Санкт-Петербургским научно-исследовательским психоневрологическим институтом им. В.М.Бехтерева и СПб ГКУЗ Психиатрическая больница №6 при поддержке Комитета по здравоохранению правительства Санкт-Петербурга.

В рамках конференции при поддержке компании «АстраЗенека» состоялся сателлитный симпозиум «Повышение эффективности внебольничного лечения пациентов с шизофренией», который привлек особое внимание участников конференции. На симпозиуме с докладами выступили Н.Д.Букреева (д-р мед. наук, руководитель научно-организационного отдела ФГБУ ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского), А.С.Аведисова (д-р мед. наук, проф., руководитель отдела терапии психических и поведенческих расстройств ФГБУ ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского) и А.Г.Софронов (д-р мед. наук, проф., зав. каф. психиатрии и наркологии терапевтического факультета СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова, главный психиатр Комитета по здравоохранению правительства Санкт-Петербурга).

Н.Д.Букреева свой доклад «Обеспечение преемственности в оказании психиатрической помощи» начала с данных о социально-экономическом бремени психических расстройств и расходах здравоохранения на них. Так, по

оценкам Всемирной организации здравоохранения, психические расстройства являются второй по значимости причиной утраты трудоспособности, уступая лишь сердечно-сосудистым заболеваниям. Что же касается нашей страны, то докладчик отметила, что и без того скромный бюджет отечественной психиатрии тратится не всегда эффективно. Изменения законодательства в области охраны здоровья граждан привели к сокращению числа психоневрологических диспансеров (на 16% за последние 5 лет) и психиатрических кабинетов (на 5%), в результате чего оказывается нарушен принцип приближения психиатрической помощи к населению и преемственности при ее оказании, что в свою очередь неизбежно приведет к росту числа повторных госпитализаций, увеличению продолжительности стационарного лечения и инвалидизации пациентов, а как следствие – и к увеличению затрат на оказание психиатрической помощи. Инициатива с «монетизацией льгот» привела к тому, что в некоторых регионах России до 80% больных с инвалидностью отказались от льготного лекарственного обеспечения в пользу денежной компенсации, что, к сожалению, отнюдь не способствует обеспечению приверженности пациентов лечению, и это так же приводит к увеличению числа обострений и росту финансовых затрат на оказание психиатрической помощи.

Особое положение в отношении затрат здравоохранения занимает шизофрения. Порядка 0,2% ВВП нашей страны тратится на терапию шизофрении, что составляет около 40% бюджета психиатрической службы, тогда как больные шизофренией составляют лишь 15% контингента, охваченного психиатрической помощью. Причем в указанные траты входят лишь прямые затраты здравоохранения (т.е. стоимость диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий как в амбулаторных, так и стационарных условиях, лекарственное обеспечение), тогда как не прямые затраты (в том числе оплата дней временной нетрудоспособности, выплаты пенсий по инвалидности, потери ВВП, потери рабочего времени родственников и пр.) не учитываются, хотя, вероятно, именно они составляют основную долю всего социально-экономического бремени шизофрении. При этом пациенты с шизофренией занимают более половины психиатрического коечного фонда, и по

рядка 90% прямых затрат на лечение шизофрении – это затраты на стационарную медицинскую помощь.

При анализе этих данных возникает вопрос: оправданны ли столь высокие траты на лечение шизофрении? По мнению докладчика, около 1/3 госпитализаций клинически недостаточно обоснованны и могут быть устранены в случае назначения эффективного амбулаторного лечения и проведения психосоциальных реабилитационных мероприятий, а каждая десятая госпитализация связана с социальными причинами вследствие неразвитости социальных служб. Таким образом, развитие амбулаторной службы и создание программ психосоциальной реабилитации способствовало бы более эффективному расходованию средств.

В настоящее же время особенности финансирования психиатрической службы не способствуют развитию амбулаторной службы, реабилитационного направления, делают малоэффективными меры вторичной профилактики. Так, например, недостаточное финансирование льготного лекарственного обеспечения работающих больных шизофренией и, как следствие, несоблюдение ими режима терапии может приводить к более неблагоприятному течению болезни, частым госпитализациям и в конце концов инвалидизации больных. Таким образом, по мнению докладчика, основным направлением сокращения затрат на терапию шизофрении является уменьшение затрат на ресурсоемкую стационарную помощь путем снижения частоты госпитализаций, уменьшения длительности пребывания в стационаре, социальной реабилитации пациентов.

Далее в своем докладе Н.Д.Букреева остановилась на проблеме комплаенса, отметив, что неполное соблюдение режима терапии пациентами приводит к увеличению затрат на их лечение. Существуют данные, что пациенты, частично соблюдающие режим терапии, на 64% чаще требуют замены препаратов или дополнительной терапии, на 49% чаще госпитализируются, затраты на их стационарное лечение на 55% выше, чем у комплаентных пациентов. Докладчик подчеркнула важность индивидуализации психофармакотерапии как для повышения ее эффективности, так и для поддержания комплаенса. Рациональный план лечения больного, по мнению Н.Д.Букреевой, должен формироваться только при диф-

ференцированной клинико-психопатологической оценке состояния больного, учета потенциальных возможностей имеющихся терапевтических средств и методов, дифференцированного назначения лекарственных препаратов, отвечающих динамике проявлений заболевания. В докладе был сделан акцент на то, что в связи с недостаточностью финансирования отечественной психиатрии в нашей стране при лечении больных шизофренией недостаточно часто используются атипичные антипсихотики (по данным докладчика, частота использования препаратов II поколения в нашей стране лишь 9%, тогда как в странах Западной Европы – 89%), что ведет к большей частоте недостаточного комплаенса, госпитализаций и инвалидизации пациентов. При этом пролонгированные формы атипичных антипсихотиков, по данным современных исследований, имеют значимые преимущества перед традиционными формами, особенно при длительной поддерживающей терапии.

В докладе А.С.Аведисовой «Проблемы длительного применения антипсихотиков» были затронуты сложности, связанные с назначением поддерживающей терапии при шизофрении. Автор отметила, что, хотя в большинстве руководств и диагностических указаний традиционно подчеркивается, что благоприятные исходы не характерны для шизофрении, в целом ряде катамнестических исследований было показано, что большинство больных шизофренией при оценке на отдаленных этапах болезни имеют относительно благоприятные исходы заболевания. Так, в исследовании Manfred Bleuler при анализе 20-летнего катамнеза больных шизофренией более 60% больных имели относительно удовлетворительное восстановление (т.е. выздоровление или минимальную симптоматику). Хотя в дальнейших исследованиях этой выборки было отмечено, что изначально состояние многих из тех, кто имел хороший исход болезни, не соответствует современным международным критериям диагностики шизофрении, докладчик сделал вполне обоснованный вывод о том, что гетерогенность долгосрочного течения шизофрении, особенно в наше время активного внедрения достаточно эффективных антипсихотических средств, бросает вызов традиционным представлениям о неизбежном хроническом течении и неблагоприятном исходе шизофрении.

В широкой перспективе эффективность длительной антипсихотической терапии больных шизофренией влияет на многие важные показатели, такие как частота инвалидизации, профессиональная занятость больных, рождаемость, уровень

Продолжение на стр. 24

образования, жилищные условия, затраты системы здравоохранения, но традиционно ее оценивают по частоте обострений и качеству ремиссий. В этом отношении, по мнению А.С.Аведисовой, атипичные антипсихотики при проведении длительной терапии имеют целый ряд значимых преимуществ по сравнению с традиционными нейролептиками: они также эффективны в отношении позитивных симптомов, более эффективны в отношении негативных, аффективных симптомов и когнитивного функционирования, имеют лучшую переносимость из-за существенно меньшего риска развития ЭПС, гиперпролактинемии и гипотонии, для них характерны такие «мягкие» признаки клинического улучшения, как улучшение субъективного отношения к терапии (а следовательно, и комплаенса) и качества жизни.

Однако существенной сложностью при проведении длительной поддерживающей терапии больных шизофренией становится то, что начальные стадии обострений болезни часто пропускаются как самими пациентами, так и их родными и врачами, упускается время, что нередко приводит к столь значимым ухудшениям состояния, при которых лечение обострения в амбулаторных условиях становится уже невозможным. А.С.Аведисова подробно рассказала о результатах своей недавней работы, в которой анализировалось отношение разных участников лечебного процесса к ранним проявлениям обострения шизофрении. Исследование было построено как опрос, в котором

близкие по смыслу вопросы задавались пациентам, их родным и врачам. Были получены результаты, которые в целом свидетельствуют о том, что больные шизофренией часто не чувствуют никаких предвестников ухудшения своего состояния или испытывают затруднения в их квалификации, не дифференцируя их от обыденных психологических проблем, реакций на социальные, средовые, ситуационные факторы. При этом многие больные не рассчитывают на помощь родственников или врачей в предотвращении обострения, а предпочитают действовать автономно, в том числе из-за того, что не всегда доверяют врачам и своим близким, боятся госпитализации.

Так же как и больные, их родственники многие симптомы болезни склонны объяснять ситуационными факторами, недооценивая их значимость. Врачи в ходе опроса перечисляли множество конкретных симптомов, которые могут быть признаками ухудшения состояния, при этом они были чрезмерно уверены, что пациенты и их родные отслеживают эти признаки и, выявив их, сразу обращаются в клинику. Таким образом, значительные различия в понимании ранних симптомов обострения пациентами, их близкими и врачами затрудняют раннюю диагностику этих состояний, что говорит в том числе и о важности образовательных программ для пациентов и их близких, затрагивающих эти вопросы.

В завершение своего выступления А.С.Аведисова отметила, что существует достаточное количество данных, свидетельствующих о том, что повышение риска обострений и вызванных ими ре-

госпитализаций связано с перерывами в приеме поддерживающей терапии («лекарственными каникулами»). В то же время в отечественных руководствах по психиатрии вопрос поддерживающей терапии освещается недостаточно, более того, ряд положений из нескольких руководств, которые были процитированы во время доклада, противоречат данным современных доказательных исследований. Докладчик призвала использовать наиболее обоснованные рекомендации для назначения поддерживающей терапии: поддерживающая терапия при шизофрении может длиться неопределенно долго, длительность терапии должна определяться активностью процесса, но быть не менее 1 года, причем для больных с частыми госпитализациями не менее 6–12 мес терапия должна осуществляться без снижения доз препаратов. Лишь при значительной редукции или исчезновении продуктивной симптоматики рекомендуется постепенное снижение дозы антипсихотика, а при неустойчивой ремиссии показано продолжение назначения эффективного нейролептика без значительного снижения дозы. В целом для поддерживающей терапии предпочтение должно отдаваться препаратам с минимально выраженным седативным, затормаживающим действием и преобладанием дезингибирующей и антиаутистической активности (т.е. активизирующим и атипичным антипсихотикам).

А.Г.Софронов в своем докладе «Проблема рационального выбора психофармакотерапии и результаты мониторинга лекарственных назначений в амбулатор-

ной психиатрической практике» обратился к организационным проблемам амбулаторного лечения психических больных. Он привел данные, согласно которым соотношение поддушевого объема государственного участия в расходах на лекарства в нашей стране значительно ниже, чем в большинстве европейских стран, и это при том, что различия в величине ВВП на душу населения между нашими странами не носят столь выраженного характера. Тем не менее в амбулаторной сети Санкт-Петербурга для льготных категорий доступен большой перечень современных психотропных препаратов. За последние 5 лет значительно увеличилась частота назначений атипичных антипсихотиков (с 27% в 2006 г. до 48% в 2011 г.), с выходом на рынок новых препаратов они тоже попадают в льготные списки, хотя из соображений экономической целесообразности, для того чтобы обеспечить в условиях дефицита средств большее количество пациентов современными препаратами, все чаще используются генерики. Докладчик отметил, что атипичные антипсихотики чаще назначаются в виде монотерапии, тогда как типичные нейролептики чаще назначаются в сочетании друг с другом, что не совсем соответствует современным рекомендациям.

Таким образом, все участники симпозиума были едины во мнении, что для внебольничного лечения пациентов с шизофренией чрезвычайно важное значение в настоящее время имеет адекватное лекарственное обеспечение пациентов, в том числе увеличение количества назначаемых атипичных антипсихотиков. ■

История нашей психиатрии

Кафедра психиатрии и наркологии ФПК и ППС Ростовского государственного медицинского университета

Основана в 2003 г.

Ростовский медицинский университет является прямым наследником Королевского Варшавского университета, в 1915 г. эвакуированного в Ростов-на-Дону. В составе варшавян приехали в Ростов и сотрудники клиники нервных и душевных болезней, клинику разместили там, где она располагается и поныне, – по переулку Нахичеванскому, дом 31, в здании приюта для душевнобольных имени известного ростовского мецената кушца Е.Т.Парамонова.

Первым директором клиники и кафедры стал профессор Карапет Сергеевич Агаджанянц, прибывший в Ростов из Варшавы. Его усилиями были заложены идеи гуманизма и биологическое направление в научной деятельности кафедры, последовательно развивающееся до сегодняшнего дня.

Его сменил профессор Александр Иванович Ющенко. Он заложил фундамент ростовской научной школы психиатрии, создал первые лаборатории по изуче-

нию природы психических заболеваний, создал в мае 1920 г. Ростовское общество невропатологов и психиатров.

Со следующим заведующим – профессором Марком Яковлевичем Серейским – в Ростов пришла трудовая терапия и лечебная физкультура, исследования паранойи. Именно тогда кафедра заслуженно приобрела неформальный статус психиатрического научного и организационно-методического лидера Северного Кавказа.

После М.Я.Серейского кафедру занял профессор Николай Николаевич Корганов. При нем кафедра стала кузницей кадров – научных, педагогических, врачебных. Среди 82 психиатров, подготовленных на кафедре к 1957 г., мы видим имена будущих известных ученых: профессор А.Б.Александровского (Москва), Л.П.Лобовой (Москва), В.А.Концегового (Москва), Л.Я.Доршта (Ставрополь), А.Б.Когана (Ростов).

В 1961 г. кафедру занял д.м.н. Юрий Сергеевич Николаев – член Американской академии ортодоксальной психиатрии, консультант Института йоги (Тибет). Он заведовал кафедрой два года, но оставил после себя долгую и хорошую память – разгрузочно-диетическую терапию (РДТ), которой владеют все, включая молодежь, сотрудники кафедры и клиники.

Концепция биологических исследований в психиатрии была развита преемниками А.И.Ющенко, особенно в период заведования кафедрой профессоров М.П.Невского и В.М.Коваленко. При Михаиле Павловиче Невском на кафедре вернулся тонкий клинический анализ, стремление познавать психиатрию из первоисточников. В 60-х годах, когда генетику продолжали клеймить как реакционную буржуазную науку, на кафедре начали проводиться генетические исследования шизо-

**600 мг в сутки со второго дня лечения –
уверенное купирование обострений шизофрении¹⁻⁴**



Реклама

SER-171-09-12

Перед назначением препарата ознакомьтесь с полным текстом инструкции.
Для получения дополнительной информации о препарате
обращайтесь в ООО «АстраЗенка Фармасьютикалз»:
125 824, Москва, ул. Беговая, д.3, стр. 1,
тел. : +7(495) 799-56-99, факс: +7(495) 799-56-98.

AstraZeneca 

френи. А.О.Бухановский, Г.В.Вьюгова и Е.П.Гуськов впервые на Юге России организовали Общество медицинских генетиков, кафедра вышла на международную арену (XIV Международный конгресс по генетике).

В 1978 г. при кафедре был создан курс психиатрии ФУВ, быстро завоевавший авторитет и признание среди психиатров и наркологов далеко за пределами Ростовской области. Первыми сотрудниками курса стали кандидаты медицинских наук Ю.А.Кутявин и А.О.Бухановский.

В 1986 г. кафедру возглавил Виктор Маркович Коваленко. Его заслугой стало объединение клинических и биологических исследований кафедры единым теоретическим фундаментом. Им стало учение о генераторных и системных механизмах. Автор этого учения – выдающийся отечественный теоретик медицины, академик АМН СССР Георгий Николаевич Крыжановский. Он как никто другой оказал выдающееся влияние на формирование современного научного мировоззрения коллектива.

В 1996 г. кафедру возглавил Александр Олимпиаевич Бухановский. При нем кафедра приобрела черты департамента психиатрии, пси-

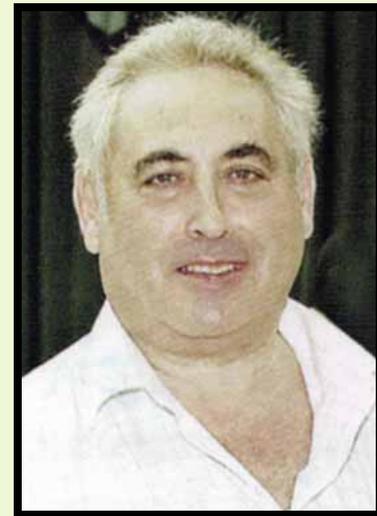
хотерапии и психологии. Им подготовлены два доктора наук – О.Ю.Михайлова и В.А.Солдаткин (оба стали заведующими кафедрой), 8 кандидатов наук, кафедра уверенно вошла в число ведущих психиатрических центров страны.

В 2003 г. из состава единой кафедры была выделена в самостоятельную кафедра психиатрии и наркологии с курсом психотерапии и медицинской психологии. Первым ее заведующим стал А.О.Бухановский. С ним на новую кафедру пришли его ученики – психиатры к.м.н. А.Я.Перехов, В.В.Мрыхин, А.И.Ковалев, В.А.Солдаткин, О.А.Бухановская, психотерапевт Н.М.Турченко, психологи – доцент О.К.Труфанова, Ю.А.Попова, И.Н.Хмарук (к сожалению, курс психотерапии и медицинской психологии в 2005 г. был искусственно изъят из состава кафедры). Были переработаны и введены циклы ПП, ТУ, СУ по 12 темам. Опубликовано более 500 научных работ, семь учебных пособий, десятки методических рекомендаций, четыре руководства для врачей, в том числе «Общая психопатология», завоевавшая признание в России и за рубежом и выдержавшая с 1992 г. три издания общим тиражом более 50 тыс. экземпляров. Кафедрой были организованы и проведены 9 международных и всероссийских научных конференций, в которых

участвовали ученые из России и более чем 27 стран.

10 января 2012 г. на должность заведующего кафедрой психиатрии и наркологии ФПК назначен ученик А.О.Бухановского д.м.н. Солдаткин Виктор Александрович. Ему и коллективу кафедры: доценту А.Я.Перехову, ассистентам к.м.н. В.В.Мрыхину, А.И.Ковалеву, О.А.Бухановской – предстоит писать следующие страницы истории кафедры. ■

344022, Ростов-на-Дону,
пер. Нахичеванский, 29
Тел. (863) 264-35-37, 267-48-15
Факс (863) 267-38-67
E-mail: sva-rostov@mail.ru
http://ps-narc-dept.16mb.com



А.О.Бухановский. 1944–2013 гг.



Сотрудники кафедры.

Новости наших друзей

Терапия депрессий у пациентов с церебрально-сосудистой патологией



Н.Л.Зуйкова, С.В.Некрасова,
В.А.Медведев
ГОУ ВПО РУДН

Повышение эффективности терапии депрессивных расстройств остается актуальной проблемой современной медицины. Распространенность только большого депрессивного расстройства среди населения

развитых стран стабильно составляет 2–7%, а дистимии – около 3%, при этом риск развития депрессии на протяжении жизни среди общей популяции достигает 16%. Особенно важно отметить высокую частоту встречаемости сочетания цереброваскулярной патологии и депрессивных расстройств. По данным отечественных исследований, частота развития постинсультной депрессии достигает 40%, с максимальной (до 70% и более) распространенностью в восстановительном периоде инсульта.

Наличие у больного первичных депрессивных расстройств, а также развитие депрессии на фоне неврологического и/или сосудистого поражения головного мозга приводит к углублению когнитивных расстройств. Отмечаются замедление скорости психомоторных реакций, трудности концентрации внимания, нарушения памяти. У больных с постинсультной депресси-

ей в наибольшей степени страдают спонтанная активность, программирование и контроль за выполнением заданий, нейродинамические характеристики. При этом тяжесть когнитивных нарушений во многом зависит от тяжести депрессивного расстройства, возраста больного и сопутствующей церебральной патологии.

Генез развития депрессивных расстройств у пожилых и соматически ослабленных больных, как и других форм аффективных нарушений, остается во многом неясным. В ряде исследований с привлечением методов нейровизуализации получены доказательства, что повторяющиеся нарушения настроения у данного контингента могут быть связаны со значительным нарушением нейропластичности, реализующейся снижением объема специфических регионов мозга, числа нейронов и глии, а также рядом патологических нейрофизиологических процессов.

Структурные изменения головного мозга при депрессии

Некоторыми исследователями отмечается снижение объема лобной коры, которое в большей степени затрагивает орбитофронтальную и префронтальную области и сопровождается уменьшением плотности и размера нейронов и глиальных клеток. Также при депрессиях отмечается снижение объема гиппокампа, уменьшение размеров и плотности расположения клеток зубчатой извилины и пирамидных нейронов поля СА3 гиппокампа.

По данным J.Bremner и соавт. (2000 г.) и S.Campbell и соавт. (2004 г.), достоверное уменьшение объема гиппокампа у пациентов старшего и пожилого возраста с депрессией (по сравнению с группой здоровых исследуемых) уже после первого депрессивного эпизода достигает 11% для серого вещества и до 25% для белого вещества. Предполагается, что снижение объема гиппокампа коррелирует с продолжительностью депрессивного эпизода.

При депрессии с поздним началом также отмечается снижение объема базальных ганглиев, увеличение желудочков. При этом во время первых депрессивных эпизодов обычно регистрируется ги-

пертрофия миндалевидного тела, которая является транзиторной и в дальнейшем сменяется гипотрофией на стадии более активного течения заболевания.

Наконец, получены данные о том, что в развитии депрессии у соматически ослабленных пациентов особо значимую роль играют поражения белого вещества (лейкоареоз). Установлено, что у пожилых больных с депрессией верифицируются более выраженные и распространенные зоны гиперинтенсивности белого вещества. Больные с депрессией имеют несколько зон более выраженного поражения белого вещества, в частности, верхний продольный пучок, лобно-затылочный пучок, наружная капсула и нижний продольный пучок. Эти зоны располагаются под областями мозга, связанными с когнитивными и эмоциональными функциями. Предполагается, что стратегическая локализация очагов гиперинтенсивности белого вещества может играть определяющую роль в развитии депрессий позднего возраста.

Таким образом, в исследованиях демонстрируется, что нарушение нейрогенеза в определенных регионах головного мозга у пожилых и страдающих церебрососудистыми заболеваниями пациентов относится к облигатным факторам депрессивного состояния. Эти данные соответствуют гипотезе нейропластичности¹.

Функциональные изменения головного мозга при депрессии

Развитие депрессивной симптоматики связывается исследователями и с изменением активности мозговых структур, ответственных за эмоциональное состояние. Так, у большинства лиц с депрессией на фоне церебро-сосудистого поражения наблюдаются нейровизуализационные признаки снижения активности дорсолатеральной префронтальной коры в ответ на потенциально депрессогенные стимулы (J.Nooley и соавт., 2005). Эта зона мозга отвечает за сложные когнитивные и исполнительные функции, что наводит на мысль о тесной связи дисфункции нейрональной обработки информации в указанном участке коры и наблюдаемыми при депрессии когнитивными нарушениями. Подтверждает это предположение и тот факт, что в пожилом возрасте депрессии могут служить ранним предиктором деменции.

У пациентов с депрессивным расстройством наблюдается снижение активности и концентрации глутамата в дорсальной передней поясной коре, причем уровень его снижения позитивно

коррелирует с тяжестью депрессии. В то же время гиперактивность в ростральной передней поясной коре ассоциирована с хорошим клиническим ответом на терапию и является прогностически благоприятным маркером в отношении выздоровления.

У пациентов с депрессией в некоторых структурах мозга снижен локально-мозговой кровоток и метаболизм глюкозы. Об этом свидетельствуют данные функциональной нейровизуализации (особенно в гиппокампе и префронтальной коре).

На сегодняшний день наиболее полно объясняет возникающие при депрессиях морфологические изменения в головном мозге нейротрофическая теория, согласно которой одну из ведущих ролей в

этиологии депрессии играют нейротрофические факторы – регуляторные белки нервной ткани, синтезирующиеся в ее клетках и оказывающие сильное влияние на все процессы в нейронах. Любое повреждение ткани мозга приводит к активации механизмов нейропластичности, представляющей собой ответ на патологическое воздействие сохранившихся нейронов и компенсаторно-восстановительные механизмы. Таким образом, процессы нейропротекции и нейропластичности во многом являются последовательными реакциями.

Многие авторы особо выделяют роль нейротрофического фактора мозга (brain-derived neurotrophic factor – BDNF) в формировании аффективных рас-

стройств: этот нейротрофин принимает участие в росте нервных клеток, образовании новых синапсов и их модификации путем стимулирования генов, вовлеченных в регуляцию уровня серотонина. По результатам исследования L.Wang и соавт. (2012 г.), у пациентов с депрессией чаще, чем в общей популяции, отмечается полиморфизм гена, кодирующего выработку BDNF. Кроме того, полиморфизм BDNF-гена ассоциирован с повышенным риском суицидального поведения.

Применение нейропротекторов в терапии депрессий

Нормализация трансмиссивных систем, а также активности и

Продолжение на стр. 28



Церебролизин®

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



Церебролизин показан для лечения пациентов с:*

- ✦ Хронической цереброваскулярной недостаточностью
- ✦ Ишемическим инсультом
- ✦ Деменциями различного генеза
- ✦ Депрессивными расстройствами, резистентными к антидепрессантам
- ✦ Травматическими повреждениями головного и спинного мозга



«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

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 свиней). 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 Унтерха, Австрия, Европа.

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

микроструктуры многих участков мозга, ассоциированных с развитием депрессии, является перво-степенной задачей терапии.

У пациентов с церебро-сосудистой патологией использование монотерапии антидепрессантами не способно в полной мере справиться с этим в силу низкого или отсутствующего положительного эффекта на процессы нейрогенеза и нейрональной пластичности. Перспективным в этом плане является сочетанное применение антидепрессантов и препаратов, способных непосредственно улучшать метаболизм в регионах мозга, ответственных за эмоциональное состояние и формирование депрессивных расстройств.

В последние годы появляется все больше ноотропных лекарственных средств, обладающих широким спектром психофармакопептического действия, включающим не только прямое активирующее влияние на когнитивные функции (обучение, память, умственная деятельность и т.д.), но и тимолептический, анксиолитический, стимулирующий и другие эффекты. Препараты с такими свойствами в ряде работ обозначаются как «транквилоноотропы» или «ноотранквилизаторы». Другие исследователи относят их к группе нейропротекторов.

В этой связи привлекает внимание один из наиболее хорошо изученных и широко применяемых в клинике неврологических и психических заболеваний препаратов – Церебролизин®.

Церебролизин® содержит низкомолекулярные биологически

активные нейропептиды и аминокислоты, которые проникают через гематоэнцефалический барьер и непосредственно поступают к нервным клеткам. Нейропептиды обладают органоспецифическим мультимодальным действием на головной мозг, обеспечивают метаболическую регуляцию, нейропротекцию и нейротрофическую активность.

Улучшение функционального состояния головного мозга под действием Церебролизина отражается в нормализации амплитудно-частотных характеристик электрической активности головного мозга.

По данным нашей клиники неврологии и психиатрии, Церебролизин® оказывает положительное влияние при нарушениях когнитивных функций, повышает концентрацию внимания, улучшает процессы запоминания и воспроизведения информации, связанные с кратковременной памятью, повышает способность к приобретению и сохранению навыков, активизирует умственную деятельность, улучшает настроение пациентов при разных формах неврологической и психической патологии, сопровождающихся депрессивными расстройствами.

Церебролизин® широко применяется в неврологической практике: в острой фазе и на стадии реабилитации после ишемического инсульта, при хронической цереброваскулярной патологии, при последствиях черепно-мозговой травмы, после нейрохирургических вмешательств. Этот препарат высокоэффективен и при ряде психических расстройств,

особенно детского и позднего возраста: при нарушениях и задержке умственного развития, при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью, при аутистических расстройствах у детей, при деменциях различного генеза у пожилых пациентов, а также для уменьшения побочных эффектов психотропной терапии (антидепрессантов).

Наряду с собственными эффектами Церебролизин® существенно усиливает позитивное терапевтическое действие многих ноотропов и антихолинэстеразных препаратов.

В то же время, по данным Т.И.Лариковой и соавт. (2007 г.), высокая эффективность и безопасность применения сочетания флувоксамина и Церебролизина обнаруживается у пациентов с депрессивными расстройствами после инсульта. В результате комплексной терапии с Церебролизином нормализуются общие астенические проявления, отмечается более значимое восстановление когнитивных нарушений и особенно улучшение концентрации внимания.

В единственном на сегодняшний день опубликованном российском сравнительном исследовании влияния Церебролизина на терапию эндогенных депрессий (Г.П.Пантелеева и соавт., 2012) установлено, что в случаях недостаточной эффективности антидепрессантов или резистентности в сочетании с Церебролизином усиливается эффект ряда антидепрессантов (амитриптилин, венлафаксин). Кроме того, терапевтический эффект сочетанного применения антидепрессантов

с Церебролизином (внутривенно по 5–10 мл не менее 10–15 дней) в основной группе больных намного превышает таковой в контрольной группе при лечении апато-адинамических депрессий и особенно выражен при сочетании приема амитриптилина с введением Церебролизина в дозе 20 мл/сут.

При назначении антидепрессантов в сочетании с Церебролизином также обнаруживаются более быстрое наступление и большая степень выраженности терапевтического эффекта в ходе курсового лечения, лучшая переносимость антидепрессантов, более чем в 2 раза меньшая частота побочных явлений у каждого больного, а также «нейтрализующее» влияние Церебролизина на психические и соматовегетативные побочные эффекты антидепрессантов (Н.Н.Заваденко, 1999; М.Г.Радзивил, 2006; А.Н.Богдан и соавт., 2011).

Таким образом, в заключение следует подчеркнуть, что в связи с появлением новых данных о патогенезе депрессивных расстройств, основанных на открытии и изучении феномена нейропластичности, необходимо использовать все возможные средства для повышения эффективности и переносимости антидепрессивной терапии, а также комплаенса и показателей качества жизни больного, что обуславливает целесообразность применения Церебролизина в комплексной терапии депрессий (у резистентных, пожилых и ослабленных больных, пациентов с коморбидной соматической патологией и др.). ■

Новости

Глобальная инициатива 2 апреля: мир против аутизма

В этот день в странах, присоединившихся к акции, инициированной крупнейшей в мире родительской организацией «Autism Speaks», большинство зданий и достопримечательностей «окрасились» в синий цвет. За 3 года проведения этой акции в ней приняли участие сотни городов в десятках стран по всему миру, от великих пирамид в Гизе до здания Empire State Building.

Суть акции в том, чтобы привлечь внимание к проблемам аутизма. Изначальная цель – привлечение внимания к проблемам ранней диагностики аутизма, но в

нашей стране проблемы у людей с особенностями ментальности есть на каждом возрастном этапе: не построена система дошкольного и школьного образования, маловероятно специальное образование, трудоустроены единицы, а система поддерживаемого проживания вовсе отсутствует.

Кроме того, к Всемирному дню распространения информации о проблеме аутизма ООН, который отмечается ежегодно 2 апреля начиная с 2008 г., РИА «Новости» подготовило 3-дневную программу мероприятий, в которой приняли участие политики, актеры,

специалисты и родители, а также дети с особенностями развития. Уже второй год подряд у нас проходят мероприятия, призванные привлечь внимание общества к заболеванию, которое может корректироваться при ранней диагностике и профессиональном ведении. Необходимо говорить и об изменении отношения общества к людям с особенностями ментальности, их социальной адаптации.

Каждый 88-й ребенок в мире имеет расстройство аутистического спектра (РАС) – гласит статистика, приведенная в 2012 г.



Здание информационного агентства РИА «Новости». 2 апреля 2013 г.

американской организацией «Autism Speaks». С проблемой аутизма сталкиваются не только обычные семьи, но и знаменитости – родители детей с подобным диагнозом. Они активно занимаются повышением осведомленности людей об аутизме, потому что на собственном опыте знают, что для успешной помощи крайне важна ранняя диагностика и интенсивная коррекция.



Сильвестр Сталлоне

Актер Сильвестр Сталлоне, известный миру как Рокки и Рэмбо, отец 33-летнего сына Серджио, которому врачи поставили диагноз «аутизм» в 3 года. Общественности стало об этом известно из интервью его жены Саши журналу «People» в 1985 г. Сам Сталлоне позже рассказывал СМИ, что Серджио любит рисовать, в основном абстрактные картины, и обладает феноменальной памятью, хотя и не может применить то, чему научился, в жизни. Актер сотрудничает с правозащитными американскими организациями, занимающимися проблемами аутизма.



Майкл Джексон

В СМИ также появлялась информация о том, что и у поп-идола Майкла Джексона, возможно, имелся недиагностированный синдром Аспергера. В качестве аутичных особенностей Джексона приводят в пример его патологическую боязнь микробов, талантливость и успешность в музыке при полной беспомощности в управлении деньгами. Но, по мнению специалистов, все это слишком косвенные признаки для того, чтобы можно было говорить о настоящем диагнозе.

Американскому музыканту Бобу Дилану, которого в журнале «Rolling Stone» назвали второй по значимости фигурой в истории рок-музыки, СМИ также часто приписывали синдром Аспергера, хотя никаких прямых доказательств этим слухам нет.



Билл Гейтс

Пятидесятишестилетнему миллиардеру, одному из основателей компании «Microsoft» Биллу Гейтсу врачи диагноз «аутизм» никогда не ставили. Однако после выхода книги британского невролога Оливера Сакса о Тэмпл Грандин «Антрополог на Марсе» журнал «Time» опубликовал статью под названием «Диагностируя Билла Гейтса». Автор статьи сравнил цитаты из писем Билла Гейтса, опубликованных в «New Yorker», с симптомами аутизма, описанными Саксом в книге. Обнаруженное сходство позволило предположить, что у гения «Microsoft» имеется недиагностированная форма высокофункцио-



Боб Дилан

Продолжение на стр. 30

Turkish Association for Psychopharmacology (TAP)
5th International Congress on Psychopharmacology & 1st International Symposium on Child and Adolescent Psychopharmacology

*Improved choices of psychotropic medications:
 better mental health outcomes*

October 30 - November 3, 2013
Cornelia Diamond Hotel, Antalya, Turkey

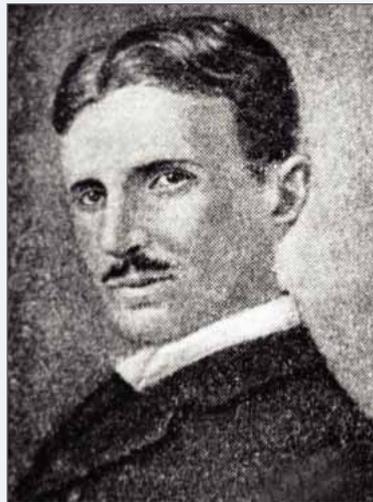
www.psychopharmacology2013.org

SCIENTIFIC SECRETARIAT
 Gokay Alpak, M.D.
 Bagdat Cad. Veli Güneysu Ap.
 453/3 Suadiye - Istanbul
Phone : +90 216 464 2888
Fax : +90 216 464 5724
e-mail : gokayalpak@gmail.com

ORGANIZATION SECRETARIAT
SERENAS
 Serenas Uluslararası Turizm Kongre Org. A.Ş.
 Turan Güneş Bulvarı
 5. Cadde No 13 Yıldız Çankaya
 06550 Ankara
Phone : +90 312 440 50 11
Fax : +90 312 441 45 63
e-mail: info@psikofarmakoloji2013.org

нального аутизма – синдром Аспергера.

У исторических личностей и гениев прошлого часто пытаются обнаружить какие-нибудь диагнозы на основании их биографий. Так, например, профессор Trinity College в Дублине Майкл Фицджеральд убежден в том, что недиагностированные РАС имели Сократ, Дарвин, Исаак Ньютон, Льюис Кэрролл, Уильям Йейтс и Никола Тесла. Будучи ребенком, великий математик и физик, автор теории относительности и лауреат Нобелевской премии Альберт Эйнштейн был очень замкнутым, предпочи-



Никола Тесла

тал одиночество, до 5 лет не использовал речь для общения, а до 7 лет постоянно повторял некоторые фразы. Эти особенности можно считать признаками аутизма.

Режиссер Вуди Аллен, создатель «Покемона» Сатоси Садзири, режиссер Альфред Хичкок – в биографиях каждого из этих талантливых личностей можно обнаружить признаки возможных РАС. От замкнутости и необщительности до практически патологической увлеченности одними интересами и игнорирования других.

Форум «Каждый ребенок достоин семьи» в этом году будет посвящен теме аутизма и эффек-

тивным методам оказания помощи людям с РАС. Для Натальи Водяновой данная тема очень личная: ее сестре диагноз «аутизм» был поставлен лишь в возрасте 22 лет. Москва присоединилась к Всемирной акции распространения информации об аутизме «Light It Up Blue» и провела приуроченную к этому 3-дневную информационную программу. Здание РИА «Новости» на Зубовском бульваре «окрасилось» в специальный синий цвет 2 апреля, а на фасад здания была выведена проекция кусочков пазлов – одного из символов аутизма. В этом году Россия впервые поддержала эту акцию. ■

Цитаты

Особенности национальной психиатрии

«Секретарю ЦК ВКП (б) тов. Маленкову Г.М.



Г.М.Маленков

В соответствии с решением Секретариата ЦК ВКП (б) проведена проверка фактов, изложенных в письме (без подписи) на Ваше имя, о беспорядках в нервно-психиатрических учреждениях г. Москвы. <...> Приведенные в письме факты при проверке подтвердились. Действительно, в руководстве всех психиатрических учреждений г. Москвы, за исключением одного института, стоят врачи еврейской национальности. Состав научных работников и врачей по отдельным институтам и лечебным учреждениям следующий: в Центральном институте психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР (директор тов. Посвянский) 65 научных сотрудников, из них евреев – 43 <...>, в клинике нервных болезней 1-го Московского медицинского института из 10 человек научных работников – 8 евреев.

Прием врачей на работу в нервно-психиатрические учреждения столицы происходит главным образом из лиц еврейской национальности. Так, например, в Центральный научно-исследовательский институт психиатрии Мини-

стерства здравоохранения РСФСР в 1947–1949 г. принято на работу 14 научных сотрудников, из них 11 человек еврейской национальности; в больнице им. Кащенко за тот же период времени принято на работу 12 врачей, из них 9 человек евреи. <...> Имеют место факты, когда из нервно-психиатрических учреждений под всякими предлогами увольняются врачи нееврейской национальности. <...> Правильным является утверждение автора письма о том, что возглавляют психиатрическую помощь по Министерству здравоохранения СССР, Министерству здравоохранения РСФСР и Мособлздравотделу также лица еврейской национальности.

Правильно также утверждение о том, что рост и формирование в ученых степенях научных работников по нервно-психиатрическим болезням происходит в большинстве своем за счет лиц еврейской национальности. Так, во 2-м Московском медицинском институте за последние 10 лет по кафедрам психиатрии и нервных болезней на степень доктора медицинских наук защитили диссертацию 18 человек, из них 12 человек еврейской национальности <...>.

В целях оздоровления создавшейся обстановки <...> Министерство здравоохранения СССР в ходе нашей проверки провело ряд мер. Так, например, в Центральном институте психиатрии Министерства здравоохранения СССР освобождена от должности заместителя директора по научной части Симсон Т.П. и вместо нее назначен доцент Банщиков В.М. Освобожден также от должности главного психиатра Министерства здравоохранения Шмарьян А.С. Вместе с этим Министерством здравоохранения СССР решается вопрос о переводе группы специалистов-психиатров из Москвы на работу в периферийные вузы и на-

учно-исследовательские учреждения психиатрии: проф. Эдельштейн А.Р., проф. Рохлин Л.Л., проф. Чалисов М.А., д-р мед. наук Лукомский И.И. и др. Это мероприятие позволит укрепить кадры психиатров на периферии, а также разрядит создавшуюся нездоровую обстановку в нервно-психиатрических учреждениях г. Москвы». ■

Из записки отделов ЦК ВКП (б) Г.М.Маленкову, 1950 г.



А.С.Шмарьян

О страхах знаменитостей

Сергей Есенин страдал сифилофобией – боязнью заразиться сифилисом. Друг поэта Анатолий Мариенгоф рассказывает: «Выскочит, бывало, на носу у него прыщик величиной с хлебную крошку, и уж ходит он от зеркала к зеркалу суров и мрачен. Однажды отправился даже в библиотеку вычитывать признаки страшной



С.А.Есенин. 1895–1925 гг.

хворобы. После того стало еще хуже, чуть что: венчик Венеры!» Но не меньший страх в Есенине вызывали милиционеры. Однажды, проходя с Вольфом Эрлихом мимо Летнего сада, Сергей заметил стоящего у ворот стража порядка. «Он вдруг хватает меня за плечи так, что сам становится лицом к закату, и я вижу его пожелтевшим, полные непонятного страха глаза. Он тяжело дышит и хрипит: слушай, а! Только никому ни слова! Я тебе правду скажу! Я боюсь милиции. Понимаешь? Боюсь!..», – вспоминает В.Эрлих.



Н.В.Гоголь. 1809–1852 гг.

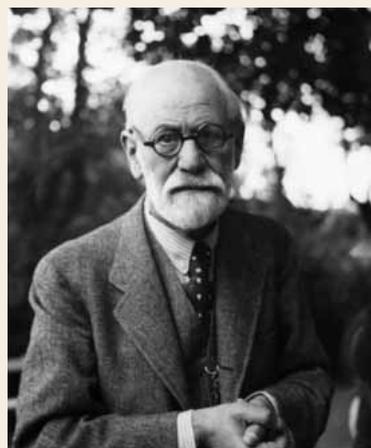
Писатель Николай Гоголь, композитор Джакомо Мейербер и отец американской нации Джордж Вашингтон боялись быть погребенными заживо (тафефобия). Фобия Гоголя, появившаяся в юности, с годами значительно усиливалась. Писатель адресовал своим друзьям письменные поручения о его захоронении, в которых говорилось, что сделать

это необходимо не раньше, чем появятся признаки разложения. Мейербер приказал, чтобы после его смерти к рукам и ногам при-



Альфред Хичкок. 1899–1980 гг.

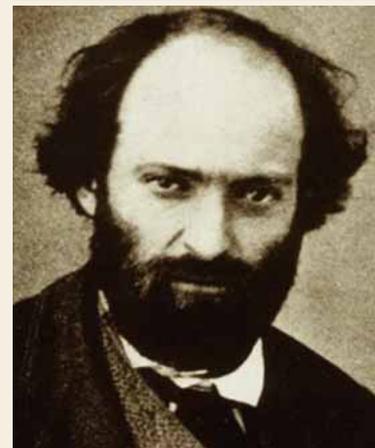
вязали колокольчики, охраняли его труп четверо суток, а по истечении этого времени вскрыли вены на одной руке и одной ноге.



Зигмунд Фрейд. 1856–1939 гг.

Вашингтон же просто попросил своего адъютанта подождать два дня и затем похоронить его.

Продолжение на стр. 32



Поль Сезанн. 1839–1906 гг.

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



* 1. Давыдов А.Т. «Здоровье». РМЖ 2008; том 16, № 5. С. 268-270

АФОБАЗОЛ®

ТЕРАПЕВТ ТРЕВОГИ



Регистрация



ОАО «Фармстандарт»,
ОАО «Фармстандарт-Лексредства»

ИННОВАЦИОННАЯ МОЛЕКУЛА

- новый класс – производное бензимидазола

УНИКАЛЬНЫЙ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ

- активизирует естественный механизм анксиолиза через систему сигма-рецепторов

БЛАГОПРИЯТНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ*

- без седации, без зависимости, без привыкания
- совместим с большинством препаратов для терапии основного заболевания

Информация предназначена для медицинских специалистов
www.pharmstd.ru, www.afobazol.ru

* Сидельцев А.В. с соавт. Терапия пограничных психических расстройств (исследование эффективности и переносимости Афобазол). Сибирский психиатр. Психические расстройства в общей медицине. 2006, том 01, №1

Гений триллера Альфред Хичкок был подвержен овофобии – боязни предметов овальной формы. Куриные яйца он переносил только в омлете, «ведь по форме они ужасны, и желток у них овальный». Не менее странной фобией обладал Зигмунд Фрейд. Отец

психоанализа боялся папоротников (птеридофобия)! В чем причина его боязни – неизвестно, но предполагается, что злосчастные растения связаны с неприятными детскими воспоминаниями.

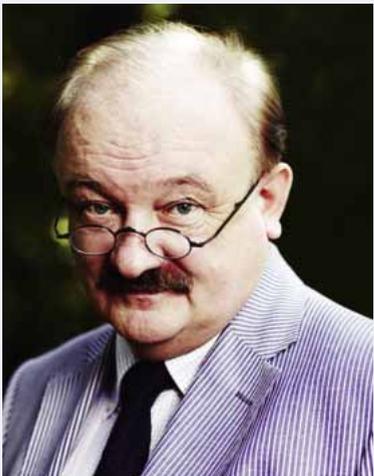
Французского постимпрессиониста Поля Сезанна всю жизнь преследовала боязнь прикосно-

ваний – гаптофобия, которая возникла после того, как художника ударил мальчик, катившийся по перилам лестницы, по которой спускался Сезанн. Гаптофобия принесла ему немало казусных моментов, так как окружающие не знали об этой особенности и принимали раздражение и гнев

художника за дурной нрав. К примеру, не ведающий о фобии Сезанна Эмиль Бернар бросился поддержать споткнувшегося друга, но вместо благодарности услышал целый поток брани. Лишь на следующий день удивленный Бернар выяснил причину столь необычного поведения. ■

В последнюю минуту

Время собирать камни



Профессор П.В.Морозов,
главный редактор

Две крупнейшие организации в области психиатрии, Американская психиатрическая ассоциация (АРА) и Национальный институт психического здоровья США (NIMH), столкнулись в непримиримом противоречии прямо перед тем, как вышло в свет «Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам, 5-е издание» (DSM-V), которое было представлено АРА 18 мая на своей ежегодной конференции в Сан-Франциско, штат Калифорния.

В блоге, опубликованном на сайте NIMH, директор организации профессор Томас Инзель говорит, что вышедшее руководство DSM надежно, но ему не хватает достоверности, и что «пациенты с психическими расстройствами заслуживают лучшего». «В отличие от наших определений ишемической болезни сердца, лимфомы или СПИДа, диагнозы DSM созданы на основе консенсуса о кластерах клинических симптомов, а не на основании какого-либо объективного лабораторного измерения», – сказал профессор Т.Инзель. «Симптоматический диагноз... был в значительной степени заменен в последние полвека, так как психиатры поняли, что на основании изучения одних симптомов редко демонстрируют наилучший вариант лечения больного», – добавил он. Кроме того, в NIMH отметили, что «будут переориентировать свои исследования подальше от DSM-категорий».

Критики DSM-V усилили царив-

шее и ранее беспокойство о том, что, возможно, вопрос о создании новой классификации психиатрических заболеваний слишком преждевременен. И главная проблема состоит в том, что едва ли были достигнуты достаточные успехи в области понимания сущности психического заболевания с точки зрения патофизиологии, феноменологии или терапии, чтобы оправдать пересмотренный DSM. Хотя конечной целью диагностики являются в идеале биологически измеримые критерии, психиатрия, к сожалению, все еще далека от этой цели.

Именно об этом говорил в своем первом комментарии к выходу DSM-V директор NIMH профессор Томас Инзель, который настаивает на необходимости разработки более биологически обусловленной классификации нозологии психических расстройств. В блоге, опубликованном на веб-сайте NIMH, профессор Т.Инзель указал на новые области исследований NIMH – Research Domain Criteria (RDoc), проекта, который рассматривается в качестве возможной замены многих диагностических инструментов в недалеком будущем и который будет включать в себя генетику, нейровизуализацию, молекулярную биологию и другие данные. Все это будет вкладом в новую классификационную систему как «первый шаг к медицине будущего – точной медицине».

В более позднем совместном заявлении профессора Т.Инзель и новоизбранного президента АРА профессора Джеффри Либермана отмечено, что DSM и Международная классификация болезней (МКБ) «остаются современными стандартами консенсуса, провозглашающего, как психические расстройства должны диагностироваться и лечиться» и «то, что может быть реально возможным для практиков сегодня, уже недостаточно для исследователей». Однако оба также признали, что «с нетерпением ожидают появления будущих диагностических систематик, которые более непосредственно будут отражать состояние современных представлений о мозге и потребуют открытости к переосмыслению традиционных категорий. Стано-

вится все более очевидным, что психическое заболевание будет лучше всего пониматься как нарушение структуры мозга и функций, подразумевающих определенные домены познания, эмоций и поведения», которые и находятся в ядре нового проекта NIMH RDoc.

Этим примирительным заявлением стороны пытались убедить всех в том, что «DSM-V и RDoc представляют взаимодополняющими, а не конкурирующими проектами и служащими одной цели». «Сразу стало ясно, что мы не можем создать систему, основанную лишь на биомаркерах или когнитивных функциях, потому что нам не хватает данных. В этом смысле RDoc является основой для сбора данных, необходимых для нового понимания нозологии», – отметил профессор Т.Инзель. – «Но очень важно понимать, что мы не можем добиться успеха, если мы будем использовать категории DSM в качестве “золотого стандарта”. Мы должны приступить к сбору генетических, физиологических и когнитивных данных, работать с нейровизуализацией, чтобы увидеть, что все эти данные – не только признаки – кластеры, но и эти кластеры связаны с ответом на терапию».

Именно преследуя данные цели, NIMH будет продолжать идти вперед, поддерживая подобные научно-исследовательские проекты, чтобы не прерываться только критериев ныне принятых категорий. Например, вместо оценки только пациентов, отвечающих строгим критериям большого депрессивного расстройства, в исследованиях, финансируемых NIMH, будут изучать всех пациентов, поступивших в клинику с расстройствами настроения.

Профессор Т.Инзель подчеркнул, что RDoc еще не являются клиническим инструментом, но вместо этого проходят лишь исследования структуры. «Это десятилетний проект, который только начинается», – сказал он. – «Некоторые видят RDoc лишь как академическое упражнение, существующее в далеком отрыве от клинической практики. Но пациенты и их семьи должны приветствовать эти изменения как первый шаг на пути к точной медицине, движению, которое преобразило диагностику и лечение рака».

Интересно напомнить, что 20–30 лет назад, когда многие за-



Ф.Е.Вартанян



Профессор Т.Инзель

падные коллеги утверждали, что мы отстали в своем развитии на десятки лет, именно ответственные специалисты (Ф.Е.Вартанян, П.В.Морозов), работавшие во Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), разработали уникальную методологию и осуществляли развитие более двух десятков многоцентровых проектов, объединенных в единую Программу ВОЗ по биологической психиатрии, конечной целью которой и являлся поиск клинико-биологических коррелятов как единственный правильный путь к созданию новой классификации психических заболеваний. Параллельно в соседних кабинетах создавалась выросшая из DSM 5-я глава МКБ-10, тогда ее адвокатами в ВОЗ были сотрудники NIMH.

Времена меняются, и жизнь составляет правильные акценты. Приятно осознавать, что я предсказывал подобное развитие событий еще в 1991 г. Настало время собирать разбросанные камни. ■