



Французский психиатр
Жорж Жиль де ля Туретт (1857–1904)



М.В.Коркина – зав. кафедрой
психиатрии РУДН с 1965 по 1996 г.



Шокирующие тайны
Сикстинской капеллы



Мари-Виктуар Шопен, сибирячка
из Петербурга, французский
психолог-психотерапевт

Наша география

Никогда не обращал на это большое внимание, но последние номера «Дневника психиатра» как бы сами заставили меня посмотреть другими глазами на географию наших материалов. Судите сами: древний Суздаль и каталонская Барселона, средневековый Рим и солнечная Алматы, университетский Оксфорд и карнавальная Венеция, Северная Пальмира – Санкт-Петербург и столица США – Вашингтон, гостеприимный Тбилиси и прекрасный Будапешт, родная Москва и вечно юный Париж, «всероссийская здравница» – Анталья и столичный «идальго» – Мадрид... И все это на 30 с небольшим страницах, и все это о нашем любимом предмете – психиатрии.

Безусловно, такая обширная география отражает, в частности, желание редакции как можно более полно рассказать о том, что происходит в нашей области в мире, о желании не упустить ничего важного, желании помочь нашим читателям быть в курсе всех интересных «психиатрических» событий.

Подобная востребованность свидетельствует и о несомненно широком кругозоре наших читателей. Наша география позволяет соответствовать этим запросам.

Профессор П.В.Морозов, главный редактор

Интервью

Интервью Асена Жабленского П.В.Морозову во время Всероссийской суздальской школы Часть 2

Петр Морозов: Вот как раз об этом я хотел спросить. Вот у нас устный выпуск «Дневника психиатра», здесь у нас есть перепечатка одного свежего американского издания, которая так и называется: «Атака на DSM». Дэвид Купфер, который возглавляет комиссию по аффективным расстройствам вынужден оправдываться. А статья прямо обвиняет людей, которые участвуют в этом деле, что они находятся на откупе у фармацевтических компаний. Приводятся конкретные фамилии, конкретные компании... Это, кстати, статья из проправительственной газеты «Washington Post», практически без изменений здесь приведена.

Но, тем не менее, я хотел в этой связи спросить. Ты начал действительно говорить, что индустрия, лобби, – значит ли это то, что нам, европейцам и практическим врачам, что мы будем теперь зависимы от американских олигархов, которые будут проплачивать это все дело или потом это нам навяжут вместе с очередной МКБ-11, твой прогноз?

Асен Жабленский: Я думаю, что большей частью европейская психиатрия придерживается международных классификаций.

П.М.: Вот тогда непосредственно следующий вопрос: все-таки DSM-4 и 5-ю главу МКБ

можно было как-то сравнивать, хотя ты, как специалист, найдешь тысячу различий, но все-таки влияние там было достаточно сильное. Что ты думаешь о МКБ-11? Нам не надо беспокоиться? Европейцы могут отстаивать позиции, чтобы с водой не выплеснуть ребенка? Чтобы четыре темперамента никуда не исчезли? Какое твое мнение? Будет ли больше резистенции к проникновению американского влияния в плане того, о чем мы говорили?

А.Ж.: Резистенция будет, конечно, у ВОЗ нет тех ресурсов, которые есть в Америке, так что будет трудно организовать проникновение МКБ-11 во все страны мира, но, наверное, ситуация, которая сейчас существует, не очень изменится, – мирное, совместное сосуществование МКБ и DSM.

П.М.: Ну будем надеяться. Но я в этой связи могу задать один такой вопрос, тоже связанный с этим созданием. Насколько я помню, это небольшой секрет, но когда создавалась 5-я глава МКБ-10, этот проект, который продвигали вы с Норманом Сарториусом, финансировался в основном из американских источников, насколько я помню?

А.Ж.: Там был правительственный грант, но грант был нужен для большой конференции в Копенгагене.



А.Жабленский

П.М.: Да, я помню, там было порядка 200 человек.

А.Ж.: И впоследствии осталось немного денег, чтобы создавать рабочие группы по отдельным проблемам классификации, но я думаю, что МКБ-10 была независимой в политическом плане от американского гранта.

П.М.: Ну, у меня немножко другое мнение, но это неважно, мы сейчас не находимся в противостоянии и можем смотреть на это дело без идеологической подоплеки, но тем не менее...

Хорошо, я тебя помучил немножко, давай сменим тему. Вот мы находимся на школе молодых психиатров, у нас в последний день будет подведение итогов постерной сессии, в предпоследний день будет выставлено 11 постеров, мы задали им достаточно сложную тему, звучит

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

она примерно так: «Будет ли существовать психиатрия в XXI в. как отдельная наука?» Ну, не надо объяснять, что, с одной стороны, нас подпирают неврологи, с другой стороны – психосоциальные работники... и, кстати, вот в этой же газете есть очень хорошая статья, взятая из Бехтеревского журнала, которая называется: «Психиатрия сегодня – последствия глобализации». Я прочитаю последние строчки: «...если подобные рыночные тенденции сохранятся, то в недалеком будущем возможно представить себе картину в духе Джорджа Оруэлла, остались две градации психопатологии, первая связана непосредственно с мозговым поражением и ей занимаются неврологи, а вторая – реакция на воздействие среды (психогенные состояния), ей занимаются все по-прежнему: психологи, неврологи, кардиологи. Что же остается прерогативой психиатрии?» Ну, постеры написаны, поэтому подкаски не будет, что ты думаешь?

А.Ж.: Ну, это нелегко ответить на этот вопрос, потому что я думаю, психиатрия в настоящее время подвергается риску, риск этот – это отставание психиатрии от общей медицинской науки и это отставание довольно серьезное. За последние 2–3 десятилетия очень мало нового в психиатрии, тогда как за эти 2–3 десятилетия кардинально изменилась картина наших знаний и умений в области сердечно-сосудистых заболеваний, опухолей и т.д. Там никто не говорит о нозологии, тогда как психиатры все еще спорят о нозологиях, потому что там механизмы болезней изучаются уже на молекулярном уровне, там фенотип очень ясно очерчен, тогда как в психиатрии все это довольно стерто, трудно определяемое, так что эта разница объясняет отставание в психиатрии. Но, конечно, проблема в том, что психические заболевания, заболевания мозга – это явления огромной сложности. Сейчас уже есть первые попытки создать целую картину взаимосвязей нейронных путей, и это показывает невероятную сложность, это продукт эволюции, который невозможно сравнить ни с чем другим. Сто млн нейронов, каждый соединен с 10 тыс. нейронов, и это только часть этой картины. Это объективная причина.

Вторая причина – это отсутствие клиницистов-ученых, такие клиницисты-ученые есть в соматической медицине, в психиатрии их мало. Или они ориентированы на психосоциальный фактор, который очень важен, или на узко биологические проблемы. Но, конечно, психиатры как клиницисты очень плохо разбираются в современных биологических проблемах. И другое последствие глобализации – это некоторое возвращение к так называемой «антипсихиатрии», это подключение многих неправитель-

ственных организаций, непрофессиональных организаций, многие из которых оказывают значительную поддержку больным, но постепенно они становятся более влиятельными на госаппарат, чем психиатры. Это наблюдается везде, и в Европе, и в Австралии, картина почти одна и та же – как в Австралии, так и в Западной Европе.

П.М.: Ну, у нас вот такое общество пациентов и их родственников есть, в 52 городах имеет свои ветви, но пока они больше помогают, чем приносят вред. Но в целом у тебя такой осторожный оптимизм, я правильно понимаю?

А.Ж.: Осторожный, осторожный.

П.М.: Ну вот мы все так очень осторожны. Как бы не упустить этот ключевой момент, когда назад будет трудно возвращаться.

Хорошо, я не буду спрашивать тебя по тем проблемам, о которых ты будешь рассказывать в своей лекции, мне очень интересно, как ты расцениваешь перспективы эпигенетики, конечно, мне бы хотелось тебя спросить про прионы и про все то, что связано с этой концепцией – как ты помнишь, у меня была своя сверхценная идея, еще давно она меня не оставляет. Но это уже такой частный интерес, который я не могу навязывать всем.

Хорошо, тогда мы сделаем так я сейчас под барабанную дробь провозглашу одну сенсационную новость, касающуюся тебя, если ты позволишь, и потом мы перейдем к вопросам из зала.

Я могу открыть последнюю новость? Тайну твоего разговора со Смуглевичем можно открыть?

Вы знаете, друзья, я очень счастлив быть таким вестником богов, что называется. Буквально несколько часов назад достигнута предварительная договоренность о том, что профессор Жабленский будет работать визитинг-профессором на кафедре академика А.Б.Смуглевича, это значит, что мы будем видеть его гораздо чаще, а не только в Европе, где мы иногда видим его, когда он приезжает из Австралии, но он будет в Москве неделю в году. А это значит, что он будет читать лекции, а это значит, что у нас будет возможность его послушать не так редко, как это бывает, а это значит, что у нас будет повод одновременно пообщаться с двумя видными психиатрами, а это бывает редко.

Ну вот, после такой удовлетворяющей мое самолюбие новости мы переходим к вопросам.

Вопросы из зала

А.Б.Смуглевич: Если вернуться к IPSS, там был Карпендер, как ты помнишь.

А.Ж.: Да.

А.Б.Смуглевич: Он сейчас ликвидировал шизофрению, это мой первый вопрос: как ты к этому относишься? А второй вопрос: у нас среди «школы Снежневского», среди его учеников ходит легенда о

том, что ты привез Снежневскому МКБ и что он тебе сказал на это?

П.М.: Я очень хорошо помню, как Асен... я могу свою версию выдать, чтобы ему было легче. Свою версию я потом расскажу, сначала пусть Асен ответит на первый вопрос.

А.Ж.: Ну, я пригласил Снежневского, которого я очень уважал, на одно из совещаний рабочих групп по подготовке МКБ-10. Он приехал, он познакомился с проектом МКБ-10, ему он не очень понравился, но я думаю, что в общем он остался под хорошим впечатлением, потому что в этой рабочей группе были выдающиеся клиницисты, эпидемиологи. Вот что я помню об этом. Другое, что интересно, профессор Снежневский во время заседаний кричал «микрофон, микрофон».

П.М.: Я думаю, что профессор Смуглевич имел в виду твой рассказ, который я ему пересказал, звучало это так, я дословно помню, я не помню, кто привез ему DSM-3...



А.Жабленский

А.Б.Смуглевич: Он же и привез.

П.М.: Асен рассказывал мне это со смехом: «Андрей Владимирович взял, полистал минут 20, потом бросил и сказал – «ерунда»».

А.Ж.: Да, такое было.

П.М.: Ну это такой исторический анекдот.

А.Б.Смуглевич: Насчет Карпендера.

А.Ж.: Я не знаю, я не думаю, что он ликвидировал шизофрению. В каком смысле?

А.Б.Смуглевич: В таком смысле, что он говорит, что мы сто лет находимся в заблуждении под влиянием чар Крепелина и что все это было ошибкой, вот его суждение.

П.М.: Асен, пока ты думаешь, я вставляю очередную рекламную паузу, потому что вопрос серьезный. А.Б.Смуглевич был на выступлении Карпендера на конгрессе в Аргентине, он воспроизвел практически дословно все, что он сказал, и мы это все опубликовали. Я знаю, что эта интерпретация вызвала большую реакцию среди российских психиатров, и было много вопросов, действительно ли это так, был резонанс.

А.Ж.: Я не был на этом конгрессе, но все-таки Карпендер является главным редактором журнала

«Schizophrenia bulletin», и я думаю, если он отрицает существование шизофрении, то это конфликт интересов.

П.М.: Но я знаю, насколько осторожен был А.Б.Смуглевич в интерпретации его позиции, что А.С.Тиганов требовал обозначить нашу позицию, что же мы думаем по этому поводу. Но мы обеспокоены этой позицией, я так понимаю.

П.М.: Хорошо, еще вопросы, пожалуйста, мы переходим на более свободное общение, можно спрашивать на любые темы.

Вопрос: Скажите, пожалуйста, Вы упомянули, что исходы шизофрении в развивающихся странах якобы лучше, чем в развитых. Возможно ли, что эта статистика напоминает кривые для раков тех органов, которые окружены большим количеством жировой ткани и распространены в развитых странах больше, чем в развивающихся, – это рак простаты, молочной железы, яичников, толстого кишечника. И в связи с этим хочу спросить: гипотеза, в соответствии с которой такая распространенность злокачественных заболеваний для этих тканей связана с высоким гликемическим индексом, с одной стороны, и плохим соотношением жиров омега-3 и омега-6, т.е. факторы, которые запускают воспаление, онкогенез, возможно ли, учитывая, что есть данные, что в остром периоде назначают рыбий жир. Возможно ли, что эта статистика связана с другим стилем питания?

П.М.: Я прошу прощения, я просто хочу напомнить, что профессор Жабленский не является директором Национального института здоровья, он является директором центра по нейропсихиатрии. Это очень интересный вопрос Вы ставите, но на настолько широкий и общепсихиатрический, но, тем не менее, я знаю, что это один из немногих психиатров мира, который может ответить на этот вопрос, если захочет.

А.Ж.: Ну, если я правильно понял Ваш вопрос, после этого вступления, которое Вы сделали, могут ли факторы питания и разница между развитыми и развивающимися странами объяснить разницу в течении шизофрений? Очень трудно сказать, по-моему, нет. Были некоторые исследования на небольших выборках в развивающихся странах, но они не привели ни к каким однозначным результатам.

П.М.: Я от себя дополню. Насколько мне память не изменяет, потому что это не мое исследование было, я помню, что в IPSS была одна из гипотез, что чаще болеют злокачественными новообразованиями страдающие шизофренией. Была такая гипотеза?

А.Ж.: Да, это уже не гипотеза, это уже четко определенный результат. Это было не IPSS. Оказалось, что больные шизофренией имеют пониженную заболеваемость опухолями легких, тогда как частота онкологических заболеваний дру-

гих органов не изменяется. Это был парадоксальный результат; он очень твердо доказан, впоследствии были другие исследования, которые это подтвердили. Большинство больных шизофренией курят, рискованные факторы есть, но нет повышенной частоты заболеваний опухолями легких. Первое возможное объяснение, которое нужно подтвердить, это то, что нейрорепродукция первого поколения, а именно хлорпромазин, был впервые исследован как антиопухолевый препарат и, возможно, антиопухолевое действие хлорпромазина объясняет пониженную частоту рака легких, это еще не доказано, но это возможно. Другая возможность – искать возможное объяснение на молекулярном уровне, но пока это не дало результатов, но эпидемиологический факт есть. Мы в Австралии тоже повторили это исследование на большой выборке, и там тоже заболеваемость раком легких ниже, как и в первых исследованиях, которые провели во время моей работы в ВОЗ.

П.М.: Спасибо, Асен.

Вопрос: Здравствуйте, у меня вопрос к теме нейронаук. Как, по Вашему мнению, способны ли они что-то привнести в психиатрию? Такие проекты, как моделирование головного мозга и проект по построению карты связей между нейронами. Или же они глубоко научные и неврологические проекты?

А.Ж.: Я думаю, что границы неврологии и психиатрии перекрываются и будут все больше перекрываться, так что эти новые исследования, которые приведут к картировке взаимосвязей всех нейронов через 5–10 лет, будут иметь фундаментальное значение и для психиатрии, и для неврологии.

Вопрос: В тех работах, которые предшествовали DSM-5, много пишется, как важна в организации этой классификации роль полевых исследований. Что предыдущие классификации строились в основном на концепциях экспертов, т.е. был один человек, который возглавлял рабочую группу, и он в каком-то смысле пробивал тот или иной диагноз, оставление или неоставление рубрики. Полевые исследования – важная часть DSM-5, было ли это в МКБ-11? Как Вы сказали, что ВОЗ не такая богатая организация. Или есть такая точка зрения, что МКБ останется «бедной родственницей». У меня создалось впечатление, что эта точка зрения некоторых личностей, в то же время DSM апеллирует к проведению исследований.

А.Ж.: Но это не совсем точно. МКБ-10 была не только создание ведущих экспертов, но классификация подтвердилась довольно строгим полевым исследованием. Что касается МКБ-11, то существует план провести такие исследования в различных странах, конечно, финансирование – это сложный вопрос, но есть центры,

которые готовы внести свои средства в проведение этих исследований.

Вопрос: Второй вопрос о психопатологии. Какова роль психопатологии в современной психиатрии?

А.Ж.: Я думаю, что психопатология остается базисной наукой психиатрии, и, конечно, она не застывшая, она развивается, и вот интеграция в психопатологию



Интервью в каминном зале Турцентра в Суздале, апрель 2013 г. Школа молодых психиатров.

нейронаук является новым этапом – с одной стороны; с другой стороны – это эпидемиологические и культуральные измерения, так что психопатология сейчас развивается и в сравнительном плане (межкультуральные исследования), и в плане интеграции новых концепций развития мозга, о функциях нейросетей, так что психопатология останется очень важной составной психиатрической науки.

Вопрос: Третий вопрос – частный вопрос об организации психиатрической помощи в Австралии. Известно, что в Америке примерно 50 млн человек страдают теми или иными психическими расстройствами, в то же время психиатрической помощью охвачены не более 20 млн населения, и существует огромный провал между населением, охваченным психиатрической помощью, и теми, кто остается без нее. Как эта проблема решается в Австралии?

А.Ж.: Ну, в Австралии – там другая система, в Америке нет всеобщей системы страхования в медицине, и, конечно, есть большое количество случаев, которые остаются вне поля зрения психиатров. В Австралии это не так, в Австралии есть обязательное государственное страхование, которое включает и психические заболевания, и проблемы доступа к психиатрической помощи нет. Есть, конечно, проблемы с неравномерностью населения и врачей, но там врачи общей практики очень хорошо подготовлены по психиатрии, и они участвуют в лечении больных, так что в Австралии система здравоохранения хорошо организована.

Вопрос: Есть ли дефицит психиатров в Австралии?

А.Ж.: Известный дефицит есть, остались только две психиатрические больницы, и количество коек уменьшилось радикально за последние 10 лет. Ну, скажем, в городе Перт есть большая старая больница, которая в 1993 г. имела почти 700 коек, сейчас 120 коек, и ее, скорее всего, закроют. Но в общесоматических больницах есть небольшие психиатрические отделения.

Вопрос: По поводу патоморфоза. Вы считаете, что никакого патоморфоза нет, а вот в ответах на вопросы о том, что происходит сокращение больных, значит, все-таки мы не видим тех острых форм, которые были до психофармакологической эры.

П.М.: Ну, я дополню. Мы как раз сегодня вспоминали, что в США резкое сокращение госпитализаций и сокращение коек, т.е. интерпретация может быть разной, либо это активное лечение с помощью нейрорепродукции, либо указание президента США. Вопрос тот же самый – за счет чего? В Италии, например, сокращать начали, а амбулаторную службу не обеспечили.

Реплика из зала: Правда, нужно учесть, в Америке параллельно, ровно такими же темпами возрастает количество тюрем, больные, которые были хрониками, они плавнико кочуют в силу правонарушений в тюрьмы.

П.М.: Ну да, там с 1950-х годов по 2010-е годы 600 тыс. коек сократилось. А количество верифицированных психически больных за 50 лет увеличилось на 400 тыс. А там хорошее снабжение лекарствами.

А.Ж.: Ну, снабжение лекарствами очень строго регулируется, там есть список лекарственных средств, который субсидируется из бюджета для больных на госстраховании. Есть, конечно, частный сектор, но частное страхование охватывает только 20–30% населения, но преимущество их – это более быстрый доступ к помощи.

Вопрос: Так все-таки изменилось течение болезней?

А.Ж.: Если Вы спрашиваете о патоморфозе психических заболеваний, ну, это очень трудно проверить. Я работаю в большой

университетской больнице, где огромное отделение экстренной медицинской помощи, и там я непрерывно наблюдаю острые психотические состояния, острые проблемы токсикоманий, острые проблемы расстройств личности, которые очень часто попадают в отделение экстренной помощи, так что острые состояния есть.

Реплика из зала: Можно, я добавлю по этому поводу. Дело вот в чем. Патоморфоз никак не снял острые состояния, и нельзя говорить о патоморфозе просто купированием острых состояний, это просто лечебный эффект, но вот что сделал, по-видимому, патоморфоз, – это существенное уменьшение неблагоприятно текущих форм, т.е. течение улучшилось, улучшился прогноз заболеваний, исход. Прежде всего, исчезли такие вещи, как шизофазия, кататония, гебефрения стала реже встречаться. Думаю, везде примерно так же, 80–90% – это параноидные формы шизофрении с тем или иным типом течения, как правило, не приводящим к тяжелым формам слабоумия.

А.Ж.: Ну я не вполне с этим согласен. Мой центр был координатором двух эпидемиологических исследований по всей Австралии с репрезентативными выборками. Первое эпидемиологическое исследование было 12 лет назад, потом мы повторили ту же самую методику 2 года тому назад. В каждом случае был проведен скрининг около 5 млн людей, которые были в контакте с различными внебольничными службами, из них мы выбрали около 2 тыс. для очень стандартизированного диагностического интервьюирования. И разница между двумя исследованиями очень маленькая. Во-первых, течение заболевания не изменилось в смысле, что около 40% больных с диагнозом «шизофрения» можно оценить как «существенно инвалидизированы заболеванием», так что это неблагоприятное течение независимо от того, что все лечатся психотропными препаратами. Другая часть, тоже около 40%, это так называемый синдром «крутящейся двери» – приступы, ремиссия, снова приступы, у них инвалидизация немного меньше, чем в первой группе. И, скажем, около 10% – это действительно благоприятное течение, там один или два приступа и потом ремиссия, но социальная интеграция этих больных очень трудна, они живут при довольно приличных условиях, но, как я сегодня сказал, у них нет смысла, цели, у них нет нормальной социальной среды, и, по-моему, это в значительной степени объясняет их инвалидизацию.

Вопрос: А какой срок между этими двумя исследованиями?

А.Ж.: Около 2 лет.

Вопрос: То есть это другие препараты были, другое лечение?

А.Ж.: Да, есть, конечно, изменения: 10–12 лет тому назад, скажем, Клозапин выписывался менее 15% больным, сейчас более 60% больных на Клозапине, так что психотропные препараты второго поколения сейчас преимущественно используются для лечения шизофрении, но это не привело к изменению перечника болезни или течения.

А что касается кататонии, конечно, кататония в классическом смысле сейчас редко встречается, но кататония не исчерпывается только психомоторикой, есть кататонические симптомы в речи больного и т.д., которые можно наблюдать, если внимательно посмотрим больного. Что касается гебефрении, она, по-моему, не изменилась.

П.М.: Еще вопросы?

Вопрос из зала: Скажите, пожалуйста, в связи с тем, что такая тенденция в Европе, Австралии – сокращение мест в больницах, в связи с тем, что сократилось количество мест в стационарах, не увеличилось ли количество правонарушений, совершаемых такими пациентами в Австралии, и какие симметричные ответы, сократились ли места именно для принудительного лечения у вас в Австралии?

А.Ж.: Я могу Вам ответить точно, при нашем эпидемиологическом обследовании оказалось, что около 12% больных совершали правонарушения, большинство этих нарушений довольно тривиального характера, но 20% больных шизофренией подвергались агрессии со стороны других. Принудительное лечение в Австралии возможно, там есть довольно четкие законы, и около 5–10% больных шизофренией находились какое-то время на принудительном лечении, но это бывает на срок не более 3 мес.

Вопрос из зала: У нас обычно при оценке прогноза для больного, который совершает правона-

рушение, оценить его общественную опасность. Я знаю, что на Западе и в Австралии распространены такой термин – «риск насилия», т.е. чаще на принудительное лечение помещаются пациенты, которые совершают агрессивные действия против личности, а все остальные пациенты, которые совершают корыстные и менее тяжкие правонарушения, они каким образом проходят?

П.М.: Я просто хочу уточнить, что профессор Жабленский не судебный психиатр, там есть своя специфика.

А.Ж.: Мы занимаемся эпидемиологией противообщественной деятельности на огромном материале.

Вопрос из зала: У меня вопрос больше в сторону нейронаук и практический взгляд вперед. Я знаю, что сейчас во многих научных центрах, занимающихся нейровизуализацией, разрабатываются концепции по определению паттернов построения нейронального картирования с целью профилактики и раннего обнаружения ряда заболеваний, таких как болезнь Альцгеймера, и некоторых аффективных расстройств. Как Вы относитесь к тому, стоит ли верить, что когда-нибудь можно будет сделать скрининговое обследование и определить риск развития болезни Альцгеймера или какого-либо другого заболевания?

П.М.: Завтрашний день начнется с лекции по нейровизуализации.

А.Ж.: Я думаю, то, что называется «персонализированный диагноз», является очень важной целью психиатрии, когда это будет достигнуто, чтобы можно было на уровне индивидуального случая определить риск заболевания еще до начала симптомов, это трудно сказать, но это является программой действия многих научных центров, в том числе и моего центра по нейропсихиатрии.

Вопрос: Я не работаю в специализированной больнице, но у меня тоже есть пациенты, кото-

рые совершают правонарушения. У меня есть пациентка, которая в психозе убила свою дочь, психоз прошел, но пациентку я не могу выписать, в таком случае в Австралии ее нужно будет выписать через 3 мес?

А.Ж.: Нет, редкие случаи тяжелых преступлений, которые наблюдаются у небольшого числа больных шизофренией, подлежат принудительному лечению. Когда срок заканчивается, собирается независимая комиссия, куда входят врачи и юристы, и решают, стоит ли продолжать принудительное лечение.

Вопрос: Как Вы считаете, формируются ли какие-то негативные изменения при аффективных расстройствах?

А.Ж.: Ну, в общем, ответ – да, так называемые негативные расстройства наблюдаются при биполярных расстройствах, в этом смысле границ между шизофренией и биполярным расстройством нет, там различия можно определять качественные и количественные. Но то, что мы наблюдаем в исследованиях семей, в которых есть случаи шизофрении, там есть случаи биполярного расстройства, которое проявляется с более высокой частотой, чем в популяции, так что есть «аффинитет» между шизофренией и биполярным расстройством.

П.М.: Последние три вопроса.

Вопрос: Вопрос про биомаркеры. Способны ли молекулярно-генетические исследования помочь нам в диагностике психических заболеваний?

А.Ж.: Ну, пока невозможно на этот вопрос ответить, но есть основания полагать, что в будущем в какой-то степени это будет возможным, но когда мы дойдем до понимания генетики шизофрении, невозможно сказать.

Вопрос: Вопрос по этнокультуральной психиатрии. Скажите, пожалуйста, существуют ли, по Вашему мнению, какие-то особенности этнокультуральной психопатологии течения шизо-

френии и что делать с такими редко встречающимися синдромами, как «амок»?

А.Ж.: Ну, этот вопрос был поставлен Крепелином, когда он путешествовал по Азии и потом написал первую статью о транскультуральной психиатрии, и он ставил именно такие вопросы. Что касается амока, это специфический синдром, который не имеет ничего общего с шизофренией.

Вопрос: Хочется узнать Ваше мнение о полифармации, потому что сейчас это очень обсуждаемый вопрос. И вот мы недавно слышали мнение израильского профессора, который говорил, что она в ряде случаев полезна, другое дело, что нет достоверных исследований по полифармации.

А.Ж.: Ну, я думаю, что от полифармации больше вреда, чем пользы, потому что побочные явления различных медикаментов усиливают друг друга и терапевтический эффект незначителен, так что есть достаточно сильные аргументы против неконтролируемой полифармации, в отдельных случаях можно сочетать медикаменты различных классов, но делать нужно это очень осторожно.

П.М.: Асен, я думаю, мы сейчас закончим на этом, все вопросы были заданы, я имею право на последний вопрос. Скажи, пожалуйста, какой из вопросов тебе запомнился больше всего, понравился ли он тебе и какой это был вопрос?

А.Ж.: Мне понравилось большое число вопросов. Мне понравились последние вопросы о противообщественной деятельности при шизофрении и эпидемиологии.

П.М.: Ну поконкретнее.

А.Ж.: Вопрос о транскультуральных исследованиях шизофрении.

П.М.: Кто спрашивал о транскультуральных исследованиях? Отлично, тогда мы с тобой поговорим.

Как говорит Познер в таких случаях, это был Асен Жабленский, спасибо. ■

Лекция

Детская психофармакология: слишком много или слишком мало?



Джудит Рапопорт
(Judith L. Rapoport)

Отделение детской психиатрии
Национального института
психического здоровья, США
(Child Psychiatry Branch, National
Institute of Mental Health, Bethesda,
MD, USA)

Наблюдение за развитием детской психофармакологии на протяжении последних четырех десятилетий и преодоление череды вызовов, которые бросает данная

область изучения, – это чрезвычайно личный и профессиональный опыт.

Первоначально общественное мнение было настроено против использования лекарств у детей с психическими расстройствами. Заинтересованные в фармакологических исследованиях психиатры и психологи в США сформировали небольшую группу, которая, несомненно, была вне «мейнстрима». Как правило, предпочтительным лечением для детей и подростков была психоаналити-

чески ориентированная психотерапия.

Недоверие к препаратам было преодолено благодаря фокусированию общественного внимания на двойных слепых исследованиях с подтвержденными клиническими измерениями. Большая, сравнительно гомогенная выборка популяций для упомянутых исследований оказала выраженный общий эффект на изучаемую область, обуславливая возможность разнообразных клинических исследований. Окончатель-

ное одобрение использования препаратов в детской психиатрии было основано на накопленных доказательствах эффективности терапии лекарственными средствами с большим эффектом в отношении расстройств, которые оставались резистентными к психосоциальному лечению.

За успешным этапом последовал ряд сложностей.

Признание фармакотерапии прошло без должной критики, последовал колоссальный рост полипрагмазии. Нарастала осведомленность об отстроченных побочных эффектах медикаментов. Стало ясно, что период наблюдения за действием препаратов недостаточен. В США с переходом медицинской помощи под управление организаций здравоохранения медикаментозное лечение также стало частью бизнес-модели. Ввиду того, что оплата специалистов немедицинского профиля обходится дешевле, психиатры в большинстве программ страхования были приписаны исключительно к медицинским поликлиникам. Это могло повысить вероятность того, что они будут прописывать детям лекарства.

ству все еще далек. Кроме того, сложность поиска новых мишеней заставила множество фармакологических компаний покинуть данную отрасль.

В этой статье представлен избирательный обзор прошлого, настоящего и будущего детской психофармакологии.

Волнения открытий

Как и во взрослой психофармакологии, некоторые открытия психотропных препаратов для использования у детей были сделаны по счастливой случайности.

Это были случаи с применением стимуляторов при «минимальной мозговой дисфункции» и антидепрессантов при энурезе. Финансирование систематического поиска кандидатов для клинических исследований препаратов стало причиной серьезных изменений в области детской психиатрии ввиду увеличения масштаба наблюдений.

Стимуляторы ознаменовали непосредственное «начало» детской психофармакологии, так как пациентами, вызывающими наибольший интерес, были дети с

самом деле двигались больше, потому что их внимание было сосредоточено на текущем задании, которое заключалось в том, чтобы играть в активную игру. Когда это было спокойное задание, такое как обучение в классе, стимуляторы уменьшали моторную активность.

Ввиду того, что эффекты стимуляторов проявляются в течение 15–20 мин и отмечается поразительный эффект у гиперактивных детей, ряд исследований позволил сравнить поведение родителей и учителей в периоды, когда дети принимали плацебо или стимуляторы. В период приема детьми плацебо родители оказывались существенно более критичными и контролирующими по сравнению с тем периодом, когда дети принимали стимуляторы. Учителя отмечали более высокие «уровни обучения» по сравнению с плацебо, когда их гиперактивные ученики получали стимуляторы.

В последнее время развитие пролонгированных форм препаратов обеспечило более удобный режим приема лекарств в течение дня, избегая участия в этом школы. Длительные проспективные исследования с законченным периодом наблюдения за детьми с зарегистрированным СДВГ показали, что у существенной группы пациентов продолжались симптомы, а у 40% была достигнута полная ремиссия. Это привело к исследованиям СДВГ во взрослом возрасте и дискуссиям о лечении этого расстройства стимуляторами у взрослых, а также о сложных клинических случаях манифеста СДВГ у взрослых. Об этом по сей день ведутся активные споры.

Сначала лечение антидепрессантами изучалось на детях с энурезом, но позже распространилось и на детей с депрессией и тревожными расстройствами. Развились значительные споры относительно того, как диагностировать депрессию в детском возрасте. Многие клиницисты считали, что в основе некоторых симптомов, таких как поведенческие нарушения, тревога и энурез, лежит депрессия. Для клинических исследований препаратов было необходимо большее количество операциональных определений. В экспериментах сравнивали разные дефиниции в отношении к семейному анамнезу, ответу на терапию, длительности наблюдения и т.д. Результат оказался неоднозначным, так как неконтролируемое поведение с хронической раздражительностью на самом деле было предвестником депрессии в последующем.

Основная группа составляла около 1% детей предпубертатного возраста с симптомами депрессии, похожими на те, которые определяются во взрослом возрасте, и такие дети не отвечали на лечение, хотя уровень эффективности широко варьировал в разных исследованиях.

Более поздние исследования антидепрессантов распространились на тревожные расстройства в детском возрасте. Сегодня это признанное медикаментозное лечение с зарегистрированной эффективностью детского генерализованного тревожного расстройства, социофобии и панического расстройства.

Исследования манифестации обсессивно-компульсивного расстройства в детском возрасте в некоторых странах привели к развитию специализированных клиник для таких детей и к обнаружению тесной связи этого расстройства с синдромом Туретта. Вновь потребовалась большая когорта детей для двойных слепых плацебо-контролируемых исследований препаратов. Было отмечено, что обсессивно-компульсивное расстройство лучше всего может быть диагностировано и оценено, когда сам ребенок является информатором.

Ввиду того, что у подгруппы пациентов дебютировал ряд тяжелых расстройств крайне внезапно (например, моторные тики, СДВГ) и прослеживалась связь со стрептококковой инфекцией, начали применять инновационные виды лечения – такие как плазмаферез или внутривенный γ -глобулин. Основанный на этих исследованиях высокий интерес к инфекционной природе острых психических расстройств сохраняется по сей день. Это может быть важным направлением будущего изучения.

Базовой терапией лечения дебюта психоза у детей, подростков и взрослых были антипсихотики.

В детской психиатрии очень часто используются малые дозы антипсихотических препаратов для лечения синдрома Туретта и стереотипно повторяющегося моторного поведения. Клинические показания для антипсихотиков были расширены и стали включать в себя расстройства поведения, хотя и с умеренным уровнем эффективности.

Публикации клинических исследований в области детской психофармакологии совпали с общим воодушевлением по поводу расширения возможностей лечения в общей клинической практике. Молодых врачей начала привлекать психиатрия в связи с достигнутыми успехами в лечении. Использование балльных шкал и внедрение двойных слепых исследований привнесли подход доказательной медицины, который изменил эту область навсегда. Затем первоначальное исследование, сравнивающее поведенческую терапию и медикаментозное лечение, выявило, что самой эффективной терапией депрессии, тревоги и обсессивно-компульсивного расстройства в детском возрасте является сочетание препаратов и немедикаментозного лечения. Это привело



Гиперактивные дети, принимающие стимуляторы, более активны при игре в американский футбол.

Также в нарастающем неприятии средствами массовой информации психических расстройств отмечалась соответствующая отрицательная реакция в отношении использования препаратов у детей. Не только лекарства характеризовались как ненужные, но и сами диагнозы, такие как синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), иногда воспринимались как ненаучные и даже вредные.

Наконец, известно, что большинство наших сегодняшних препаратов по-прежнему влияют на моноаминовые и глутаматергические мишени, известные на протяжении вот уже нескольких десятилетий. Так как современные медикаменты достигают лишь частичного успеха и 40–50% пациентов не полностью отвечают на терапию и/или у них выявляется непереносимость препарата, то путь к совершен-

СДВГ – одного из наиболее часто встречающихся расстройств в детстве, и насчитывали практически 50% детей предпубертатного возраста. Результаты исследований препаратов были потрясающие. Отмечался немедленный и очевидный положительный эффект для ребенка и семьи, который был особенно желанным при СДВГ, так как это расстройство недостаточно отвечало на традиционную психотерапию.

Многочисленные двойные слепые плацебо-контролируемые исследования продемонстрировали, что стимуляторы улучшают целенаправленное поведение как у здоровых, так и у гиперактивных детей. Стимуляторы не просто заставляли гиперактивных детей двигаться меньше. Например, во время спортивных мероприятий, таких как игра в баскетбол или футбол, гиперактивные дети, принимающие стимуляторы, на

Продолжение на стр. 6

к росту использования и признания комбинированного подхода.

Детская психофармакология: слишком много?

На сегодняшний день очень большой проблемой является чрезмерное использование медикаментов среди детей, особенно в США. Быстрый переход медицинской помощи под контроль организаций управления здравоохранением привел к расколу психиатрической помощи. Из-за высокой стоимости психиатрическая помощь оказывается в основном на базе поликлиник. Немедикаментозное лечение главным образом осуществляется психологами, социальными работниками и консультантами. Возможно, и мне кажется, что очень вероятно, вне зависимости от желания клиницистов рост использования лекарственных средств был полезен, учитывая недостаточную гибкость в отношении оказания альтернативной помощи.

Уровень роста назначения детских психотропных препаратов в США вызывает тревогу. Лечение комбинациями психотропных препаратов также стало встречаться все чаще. Очень широко применяются атипичные антипсихотики среди детей без психоза.

Сообщается о росте назначения антидепрессантов, особенно селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), в частности при СДВГ. Продолжительность лечения стимуляторами также значительно выросла. Особенно вызывает беспокойство тенденция назначения препаратов (в частности, стимуляторов) детям дошкольного возраста. Другая проблема – это дети в интернатах или в приемных семьях, которые получают куда более высокие дозы и большее количество наименований препаратов одновременно.

Очевидно, что применение стимуляторов выходит за рамки точно диагностированного СДВГ. Так как стимуляторы улучшают когнитивные функции независимо от диагноза, вероятно, что дети, испытывающие симптомы, но не удовлетворяющие критериям СДВГ, получают лечение стимуляторами. Этот вопрос вызывает очень много дискуссий.

Лечение стимуляторами СДВГ в детском возрасте не повышает уровень злоупотребления поверхностно-активными веществами во взрослом возрасте. Но также является фактом то, что более длительное лечение этого расстройства встречается сегодня чаще. В связи с этим возник ряд комплексных клинических и этических вопросов.

Если назначение стимуляторов на короткий срок и с перерывами приема не имело отсроченного влияния на рост, то более длительное и непрерывное использование этих препаратов заставило еще раз обратиться к данной

проблеме. Диагностика и лечение СДВГ у взрослых, особенно тех, у кого отсутствовал объективный анамнез детства, вызвали новые противоречия. В США это остается клинической дилеммой, которую необходимо разрешить. Но есть одна хорошая новость: вероятно, длительно действующие стимуляторы, широко применяемые сегодня, вызывают меньшую зависимость.

Антипсихотики I поколения имеют высокий риск возникновения поздней дискинезии при длительном применении. Это было важной проблемой среди пациентов интернатов. В нескольких штатах Америки законодательно установлена необходимость ежегодных перерывов в приеме препаратов («лекарственные каникулы») и наблюдения за моторными расстройствами.

Сегодня высокий уровень использования атипичных антипсихотиков среди детей и подростков также является большой проблемой. Изначально предполагалось, что они более безопасны вследствие меньшего риска возникновения поздней дискинезии, но теперь известно – при их приеме повышается риск возникновения кардиометаболического синдрома, особенно у подростков. Как бы то ни было, именно эти препараты, в частности клозапин, имеют наибольшее значение в лечении психозов детского возраста и являются самыми эффективными (и токсичными). Однако клиницисту нужно взвешивать

препарата снижение массы тела происходит медленно и длительное время не достигает нормальных цифр.

Лечение детей антидепрессантами также претерпело критику. Первые исследования трициклических антидепрессантов не повторялись. Результаты двойных слепых исследований СИОЗС оказались более многообещающими среди подростков, но эффективность варьировала в широких пределах с лучшим ответом на терапию, вероятно, при лечении флуоксетином.



Французский психиатр Жорж Жиль де ля Туретт (1857–1904).

В 2004 г. после публикации Управлением по контролю за пищевыми продуктами и лекарственными средствами США (Food and Drug Administration – FDA) предупреждения остро встал вопрос суицидальности детей, принимающих антидепрессанты. В связи с этими разногласиями возник вопрос о том, что, может

Синдром Ретта отличается от синдромов Каннера и Аспергера наличием его практически только у девочек, возникновением после периода нормального развития, выраженной нейроморфологической патологией и сочетанием психических расстройств с тяжелыми неврологическими нарушениями.

вать меньший риск акатизии и поздней дискинезии и больший риск ожирения и кардиометаболического синдрома. Исследования шизофрении в детском возрасте показали, что увеличение массы тела при применении клозапина находится на высоком уровне и, вероятно, наиболее высоким, чем у пациентов с дебютом во взрослом возрасте.

Низкие дозы антипсихотических препаратов широко применяются в детской психиатрии для лечения расстройств поведения, а также в качестве дополнительной к СИОЗС усиливающей терапии при лечении синдрома Туретта, моторных тиков, обсессивно-компульсивных расстройств детского возраста. Эти случаи в совокупности встречаются чаще, чем психоз в детском возрасте, и проблемы ожирения и кардиометаболического синдрома вызывают все большее беспокойство. Один из наиболее волнующих вопросов ожирения у детей, связанных с лекарствами, заключается в том, что после прекращения приема

быть, эти эффективные вещества не стоит назначать детям с тяжелой депрессией. Действия FDA отразились на обществе, подпитали его недоверие и усугубили отрицательный настрой в отношении детской психофармакологии. Отчасти беда заключалась в неправильном разграничении суицидальности и реальных аутоагрессивных действий, но все, кто был вовлечен в эту проблему, согласились, что текущее постмаркетинговое наблюдение за препаратами неадекватно.

Детская психофармакология: каково будущее?

В истории нашей области открытия, происходившие по счастливой случайности, повлекли за собой исследования препаратов, сопровождавшиеся большим эффектом. Дальнейшим шагом в психофармакологии может стать переосмысление огромного объема медицинской информации, накопленной как в области фармакологии, так и психиатрии.

Это может привести к пересмотру показаний к применению лекарств. Не исключены также новые открытия, так как лекарства, предназначенные для лечения других заболеваний, могут влиять на течение психических расстройств. Эта форма «психофармакологической эпидемиологии» не была систематически исследована в отношении эффективности лечения психических расстройств у детей или взрослых, хотя в изучении побочных эффектов препаратов эпидемиология была важнейшим направлением.

Имела место клиническая заинтересованность в расширении показаний рилузола для использования в психиатрии. Это антагонист глутамата, одобренный для лечения бокового амиотрофического склероза, у которого была теоретическая база для альтернативного лечения обсессивно-компульсивного расстройства у детей и подростков. Хотя результаты пилотных исследований были многообещающими, двойные слепые исследования не показали значительной эффективности.

Было обнаружено, что рапамицин, доступный на рынке иммуносупрессант, высокоэффективен в отношении лечения туберозного склероза – редкого генетического заболевания, ассоциированного с обширными мозговыми и соматическими аномалиями и с расстройствами аутистического спектра. Эта модель редкого заболевания ведет к потенциально новым мишеням лечения, связанным с ролью mTOR (мишень для рапамицина у млекопитающих) в механизмах влияния на синтез белка, деление и рост клетки.

Мутация в гене FMR1 (синдром Мартина–Белл, или ломкой X-хромосомы) может быть причиной когнитивного дефицита, СДВГ, аутизма и других социо-эмоциональных проблем. Исследования антагонистов метаболитного глутаматного рецептора mGluR5 во многих животных моделях синдрома ломкой X-хромосомы продемонстрировали положительный эффект при разных нарушениях поведения. Было проведено несколько исследований антагонистов mGlu5. Результаты исследования этого и других редких моногенных заболеваний, вызывающих аутизм, порождают определенный оптимизм, так как выявляемые патогенез и мишени могут дать больше информации, которая поможет в разработке лечения для более широкой популяции пациентов.

Генетические модели аутизма, СДВГ, обсессивно-компульсивного расстройства и шизофрении на животных выявили предполагаемых кандидатов, но это не привело к успешным клиническим исследованиям. Неудача может быть объяснена сложностью заболеваний человека и невозможностью вследствие этого достоверно смоделировать их на животных. Вероятно, что те сер-

зные изменения, которые являются основой эволюции человеческого мозга, делают нас уязвимыми к психическим расстройствам, специфичным для человека.

Посмертные исследования мозга могут в конечном итоге привести к обнаружению новых мишеней, как было с посмертными исследованиями экспрессии генов мозга при аутизме, которые внесли вклад в понимание двух процессов – развития мозга и иммунного ответа.

Обстоятельство, ограничивающее появление новых препаратов, – это наше недостаточное понимание развития мозга человека. Расширяется набор методов, которыми мы можем исследовать функционирование мозга и его связи. Лишь недавно стали доступны измеряемые мультимодальные нормативные данные о развитии мозга, полученные в результате больших проспективных исследований, продолжающихся в Роттердаме, Сан-Диего и Филадельфии. Роттердамское исследование будет охватывать период от пренатального этапа до подросткового возраста. Очевидно, что новые лекарства появятся не скоро.

Нарастает недовольство клиницистов существующими диагно-

стическими критериями, которые воспринимаются как слишком гетерогенные и, таким образом, бесполезные в вопросе развития препаратов. В Руководстве по диагностике и статистике психических расстройств 5-го издания (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders – DSM-5) делается акцент на психологические аспекты, и это может быть хорошим шагом вперед. Другие подходы в развитии лекарственной терапии основываются на промежуточных фенотипах или специфических биомаркерах, включая генетическую изменчивость, как это было в упомянутых выше исследованиях с глутаматом. Проект под названием Research Domain Criteria Project включает в себя измерение общих психологических, нейропсихологических или нейровизуализационных маркеров, на основании которых может происходить разделение пациентов на подгруппы, либо же эти маркеры могут сами выявить мишени для лечения. Примеры этого подхода могут включать в себя фильтрацию сенсорной информации, такую как преимпульсное ингибирование, или специфические когнитивные тесты, такие как «Тест на устойчивость внимания»

или «Калифорнийский тест на слухоречевую память». Для детей с признаками тревожного расстройства было предложено более новое лечение в зависимости от паттернов активации мозга в ответ на эмоциональный стимул и в соответствии с когнитивными изменениями, ассоциированными с этими расстройствами.

Индукцированные плюрипотентные стволовые клетки человека были бы идеальны для изучения нарушений развития нервной системы. При использовании синдрома Ретта в качестве модели в нейронах, полученных из индуцированных плюрипотентных стволовых клеток людей с этим заболеванием, было обнаружено меньшее количество синапсов и некоторые электрофизиологические дефекты. В нескольких центрах исследуется определение клеточных механизмов шизофрении и аутизма с возможностью исследования лечения *in vitro* для нормализации паттернов развития.

Развитие настоящей трансляционной нейронауки могло бы дать исчерпывающие ответы на многие вопросы, но оно не решит проблему критически снизившегося количества новых лекарств, находящихся в разработке.

Выводы

Исторически детская психофармакология развивалась динамично. Воодушевление новыми возможностями лечения, такими как стимуляторы и поздние СИОЗС, не только принесло пользу пациентам, которые были резистентны к другому лечению, но также вдохновило два поколения ученых. Эти ученые перевели экспериментальное лечение на новый уровень фармакологических и клинических исследований.

Оглядываясь назад, очевидно, что имело место чрезмерное использование медикаментозного лечения, которое привело к редуционизму в биологии. Рыночные отношения в системе здравоохранения также способствовали избыточному назначению лекарств. Сейчас существуют впечатляющие новые подходы к психиатрическому диагнозу (такие, как Research Domain Criteria Project) и удивительные преклинические трансляционные исследования (такие, как исследование с использованием индуцированных плюрипотентных стволовых клеток человека), но, к сожалению, до создания новых способов лечения еще остается долгий путь. ■

Из первых рук

Спортивная аддикция (обзор литературы)

А.Ю.Егоров, О.В.Фельсдорф
Кафедра психиатрии
и наркологии Северо-Западного
ГМУ им. И.И.Мечникова,
Санкт-Петербург
Кафедра психиатрии
и наркологии мед. факультета
СПбГУ



В современной науке об аддиктивных расстройствах принято выделять три вида зависимости: химические, нехимические (поведенческие) и промежуточные (пищевые). Нехимическими называются аддикции, где объектом зависимости становится поведенческий паттерн, а не психоактивное вещество. В западной литературе для обозначения этих видов аддиктивного поведения чаще используется термин «поведенческие или нефармакологические аддикции».

Концепция, что люди могут быть зависимы от разных форм поведения, находит подтверждение в нашей повседневной жизни. Многие из нас знают кого-то, кто проводит слишком много времени в Интернете или чрезмерно увлекается спортивными тренировками, или буквально не отходит от телевизора, смотря все подряд. На Западе такие люди получили название «аддикты», которое имеет и некоторый юмористический оттенок, так как всем «понятно», что «настоящие» аддикты – это наркоманы и алкоголики.

На сегодняшний день имеется несколько попыток классификации нехимических зависимостей. Мы предложили следующую рабочую классификацию нехими-

ческих форм зависимого поведения (А.Ю.Егоров, 2006):

1. Патологическое влечение к азартным играм (гемблинг).
2. Эротические аддикции:
 - 2.1. Любовные аддикции.
 - 2.2. Сексуальные аддикции.
3. «Социально приемлемые» аддикции:
 - 3.1. Работоголизм.
 - 3.2. Спортивные аддикции (аддикция упражнений).
 - 3.3. Аддикция отношений.
 - 3.4. Аддикция к трате денег (покупкам).
4. Религиозная аддикция.
5. Технологические аддикции:
 - 5.1. Интернет-аддикции.
 - 5.2. Аддикция к мобильным телефонам.
 - 5.3. Другие технологические аддикции (телевизионная аддикция, тамагочи-аддикция и другие гаджет-аддикции).
6. Пищевые аддикции.
 - 6.1. Аддикция к перееданию.
 - 6.2. Аддикция к голоданию.

Из классификации видно, что чрезмерное увлечение спортом, когда теряется контроль за объемом тренировок, или спортивная аддикция отнесена нами к группе социально приемлемых форм нехимических зависимостей.

Спорт высших достижений и экстремальный спорт несут в себе

наибольший аддиктивный потенциал. Это находит подтверждение и в пока единичных экспериментальных исследованиях. Венгерские исследователи I.Franken и соавт. (2006 г.) опубликовали работу, где показали, что у дельта-планеристов (экстремальных спортсменов) анкетония как проявление симптомов отмены вне занятий спортом выражена существенно, нежели у спортсменов, занимающихся менее рискованными видами спорта.

Аддикция упражнений чаще встречается среди лиц молодого и среднего возраста – среди спортсменов, людей, ведущих активный образ жизни. Согласно современным данным распространность спортивной аддикции в населении составляет 3%. Как показали исследования по выявлению аддикции упражнений среди студентов американских колледжей, где принято заниматься спортом, она была обнаружена у 21,8% среди студентов, тренировавшихся 360 мин и более в неделю.

Вместе с тем M.Griffiths и соавт. (2005 г.) сообщают, что в их исследовании среди 200 лиц, занимающихся спортом непрофессионально, выявлено лишь 3%

Продолжение на стр. 8

спортивных аддиктов. Исследование 234 элитных австралийских спортсменов показало, что 34% из них являются спортивными аддиктами. Именно у спортсменов-аддиктов отмечалась большая масса тела, а также экстремальные и неадекватные представления о тренировках по сравнению со спортсменами-неаддиктами. Аддикты также сообщили о большем давлении со стороны тренеров и коллег по команде, меньшей социальной поддержке.

В последние десятилетия в западной литературе появляются публикации, посвященные аддикции упражнений. Термин «аддикция упражнений» впервые упомянут П.Бэжеландом, когда он исследовал эффект депривации физической нагрузки на паттерны сна.



Он столкнулся с большими трудностями при наборе спортсменов-аддиктов (тех, кто тренировался 5–6 дней в неделю), которые были бы готовы отказаться от своих тренировок на 1 мес. Фактически они отказывались от участия в эксперименте даже тогда, когда им предлагали денежное вознаграждение. Ему удалось набрать спортсменов, которые тренировались лишь 3–4 раза в неделю. В течение месяца депривации они сообщали о снижении психологического благополучия, которое выражалось в повышенной тревоге, ночных пробуждениях и сексуальном напряжении. Обобщая полученные результаты, П.Бэжеланд обнаружил, что (а) спортсмены, тренировавшиеся 5–6 раз в неделю, отказались прервать свою программу тренировок на месяц, и (б) спортсмены, которые тренировались 3–4 раза в неделю во время депривации, также проявили явные симптомы отмены (M.Griffiths, 1997).

В дальнейшем концепция аддикции упражнений была популяризирована и разрабатывалась M.Sachs & D.Pargman (1984 г.), которые предложили термин «аддикция бега» (running addiction). Авторы описали своеобразный синдром отмены, который развивается при депривации бега: тревога, напряжение, раздражительность, мышечные подергивания и т.д. Еще раньше W.Morgan (1979 г.) также приводил много примеров, когда бегуны продолжали тренировки, несмотря на различные обстоятельства (например, разные травмы), которые предполагали сокращение или перерыв в занятиях.

Кроме того, E.Aidmann и S.Wollard (2003 г.) пытались проверить, может ли один день депри-

вации тренировок вызвать у спортсменов-аддиктов ярко выраженные и воспроизводимые симптомы отмены, такие как проходящие изменения настроения и сердечного ритма в состоянии покоя. Их эксперименты показали, что все спортсмены, которым пришлось пропустить всего одну запланированную тренировку, проявляли более высокий уровень напряжения, депрессии, злости, утомления и смятения, повышение сердечного ритма, а также значительный упадок сил.

Как заключают A.Szabo и соавт. (1997 г.), при спортивной аддикции наиболее часто встречаются следующие симптомы отмены: чувство вины, депрессия, возбудимость, беспокойство, напряжение, стресс, тревога и идеаторная малоподвижность.



Стандартного и общепризнанного определения аддикции упражнений не существует. Ее описание включает поведенческие (например, частота тренировок), психологические (патологическая приверженность) и физиологические факторы (толерантность). Наибольшее признание получили определение, предложенное D.Veale (1987, 1995 г.), который выдвинул набор критериев для диагностики данного вида зависимости, основанный на критериях DSM-IV для химической зависимости, включавшей и биомедицинские (толерантность, симптомы отмены), и психосоциальные (нарушение социального и профессионального функционирования) ракурсы.

Основываясь на определении D.Veale, аддикция упражнений рассматривается в качестве многомерного малоадаптивного паттерна тренировок, приводящего к клинически значимому ухудшению или недомоганию, проявляющемуся в виде трех и более из перечисленных признаков:

1. Тolerантность – потребность во все увеличивающемся количестве тренировок для достижения желаемого эффекта или ослабление эффекта прежнего объема тренировок.
2. Симптомы отмены (тревога, утомление), для устранения которых требуется привычный (или даже больший) объем физической нагрузки.
3. Эффекты намерения – человек выполняет более интенсивную или длительную физическую нагрузку, чем намеревался.
4. Потеря контроля – настойчивое желание или неудачные попытки снизить объем тренировок или взять их под контроль.
5. Время – огромное количество времени тратится на деятель-

ность, необходимую для получения физической нагрузки.

6. Конфликт – сокращение важной деятельности, направленной на общение, работу или отдых, потому что она препятствует запланированному объему тренировок.

7. Продолжительность – тренировки продолжают, несмотря на знание о существовании физических или психологических проблем, которые были вызваны этими тренировками или усугублены ими.

Позже H.Hausenblas и D.Downs (2002 г.) определили аддикцию упражнений как тягу к физической активности в свободное время, которая выражается в неконтролируемых, чрезмерных занятиях спортом и проявляется физиологическими (толерант-



ность/отмена) и/или психологическими (тревога, депрессия) симптомами.

D.Veale (1987 г.) выделял первичную и вторичную спортивные аддикции. Первичная спортивная аддикция развивается при отсутствии расстройств пищевого поведения. Если потеря массы тела и наблюдается, то она связана со спортивными занятиями. Между тем у некоторых людей первичной мотивацией для занятий спортом является избыточная масса тела. Этот вид первичной спортивной аддикции был назван анорексия атлетика. При вторичной спортивной аддикции всегда присутствуют расстройства пищевого поведения (анорексия, булимия).

В обзоре, посвященном аддикции упражнений, M.Murphy (1994 г.) указывает на три психофизиологических объяснения возникновения аддикции упражнений: термогенетическая гипотеза, катехоламиновая гипотеза и эндорфиновая гипотеза. Термогенетическая гипотеза предполагает, что упражнения увеличивают температуру тела, что снижает тонус мышц и снижает соматическую тревогу. Катехоламиновая гипотеза предполагает, что физическая нагрузка приводит к выработке катехоламинов, которые в значительной мере включены в контроль за вниманием, настроением, движениями, а также за реакциями эндокринной и сердечно-сосудистой систем. Они же контролируют реакции на стресс (дофамин, адреналин, норадреналин). Кроме того, считается, что высокий уровень катехоламинов связан с состояниями эйфории и повышенным настроением.

J.Adams и R.Kirkby (2002 г.) предположили, что аддикция упражнений обусловлена высвобожде-

нием в ходе занятий катехоламинов, приводящих к гиперактивации симпатической нервной системы. Более того, возросшая стимуляция при упражнениях дофаминергических мозговых структур, а также их вовлеченность в формирование всех поведенческих и химических зависимостей способствует закреплению спортивной аддикции. В пользу этого говорит и состояние ангедонии, которое развивается у спортсменов, особенно занимающихся экстремальными видами спорта, вне занятий. Известно, что проявления ангедонии напрямую связаны с уменьшением уровня дофаминовых рецепторов.

Третья гипотеза – эндорфиновая – является наиболее известной, признанной и эмпирически исследованной. Эта теория предполагает, что физические упражнения способствуют выработке эндогенных морфинов (эндорфинов), что приводит к усилению повышенного настроения. Но, несмотря на всеобщую приверженность эндорфиновой теории, существует крайне мало убедительных данных, которые указывали бы на точный механизм данного эффекта. В пользу эндорфиновой гипотезы возникновения аддикции упражнений косвенно свидетельствуют данные E.Pierce и соавт. (1993 г.), которые обнаружили значимое повышение плазменного β-эндорфина у женщин после 45-минутного занятия аэробикой.

Помимо бега в современной литературе имеются описания клинических случаев возникновения спортивной аддикции при занятиях разными видами спорта: восточные единоборства, тяжелая и легкая атлетика, бодибилдинг и др. Аддикция выявлена и у лиц, занимающихся спортом для здоровья. В работе E.Kjelsas, L.Augestad, K.Flanders (2003 г.) в результате использования опросника на аддикцию упражнений (EDQ) было показано, что у женщин существует прямая зависимость между количеством часов в неделю, уделяемых спорту, и риском развития зависимости. Тем не менее чаще всего исследованию на предмет возникновения спортивной аддикции подвергались бег (50%), общая физическая нагрузка (27,7%) и тяжелая атлетика (7,8%). Остальные виды спорта в большинстве случаев игнорировались.

В работе J.Draeger и соавт. (2005 г.) были суммированы поведенческие и личностные особенности спортивного аддикта.

L.Kern (2010 г.) попытался выяснить, какие из пяти личностных проявлений (экстраверсия, эмоциональная стабильность, уступчивость, чувствительность, готовность к новому) чаще встречаются при спортивной аддикции. Оказалось, что чаще всего встречается либо готовность к новому и эмоциональная стабильность, либо готовность к новому и уступчивость, что объясняет большую вариабельность проявлений спортивной аддик-

ции. Экстраверсия оказалась не характерной для аддиктов.

Исследователи давно отметили, что у спортивных аддиктов существует повышенный риск развития химической зависимости. Кроме того, 15–20% спортивных аддиктов имеют также зависимость от никотина, алкоголя или наркотиков.

Между тем некоторые исследователи ставят под сомнение существование аддикции упражнений в качестве первичного и самостоятельного вида зависимости.

Авторы указывают на частое совместное проявление тяги к чрезмерным тренировкам и различных аддикций к еде. На основании этого они делают предположение о том, что так называемая аддикция упражнений во многом может являться лишь выражением лежащей в ее основе пищевой аддикции.

Как и для нехимических зависимостей, для спортивной аддикции характерна высокая коморбидность с другими психическими расстройствами, особенно аддиктивными. Выявлена связь между непомерными тренировками и нервной анорексией. Так, в одном исследовании у 48% женщин, страдающих нервной анорексией, были выявлены признаки аддикции упражнений. При этом отмечалась положительная корреляция между степенью выраженности анорексии и зависимостью. В другом исследовании было показано, что 25% женщин, пробегающих более 30 миль в неделю, согласно данным Теста отношения к еде (Eating Attitude Test), имеют высокий риск анорексии. С другой стороны, 39–48% людей, страдающих расстройствами пищевого поведения, также страдают и от спортивной аддикции.

Кроме того, A.Yates и соавт. (2003 г.), обследовав 99 бегунов, 36 велосипедистов и 55 гребцов на предмет выявления у них расстройств пищевого поведения и других психиатрических симптомов, обнаружили, что у гребцов, особенно женского пола, чаще, чем у других, бывают приступы тревоги/паники. Кроме того, 12% бегунов, 14% велосипедистов и 18% гребцов имели расстройство пищевого поведения.

M.Lejoux и соавт. (2008 г.) у 300 посетителей фитнес-центров Парижа признаки спортивной аддикции выявили у 125 (42%) человек. Кроме того, в группе спортивных аддиктов по сравнению с неаддиктами достоверно чаще встречались компульсивный шопинг (63% против 38%) и признаки булимии (70% против 47%). Кроме того, у них был существенно выше индекс ипохондрии. При этом потребление сигарет было ниже, а алкоголя – не отличалось от популяции.

С другой стороны, имеется ряд американских исследований, обнаруживших, с одной стороны, снижение потребления никотина и нелегальных наркотиков, а с другой – увеличение потре-

ния алкоголя у лиц, регулярно занимающихся спортом.

Для скрининговых исследований рекомендуется использовать определитель аддикции упражнений (EAI – Exercise Addiction Inventory), созданный на основе шести компонентов аддикции Брауна–Ерифитса. Также используется опросник подшкалы самоотвращения (Self Loathing Sub Scale – SLSS, Questionnaire), разработанный A.Yates и соавт. (1999 г.). Для более углубленной диагностики спортивной аддикции используются опросник аддикции упражнений (EDQ – exercise dependence questionnaire), шкала пристрастия к тренировкам (CES – Commitment to Exercise Scale).

Вместе с тем нельзя не подчеркнуть роль спорта, в том числе и экстремального, в профилактике и реабилитации химической зависимости. В качестве видов спорта как альтернативы аддиктивному поведению одними авторами предлагаются восточные единоборства, обладающие комплексным рядом качеств, необходимых ребенку для самореализации, самоутверждения, приобретения собственных взглядов. Другие исследователи предлагают комплекс упражнений, разработанный на основе хатха йоги, включающий как физические, так и дыхательные упражнения.

В реабилитационном центре при Межрайонном наркологическом диспансере г. Санкт-Петербурга в качестве средства, повышающего реабилитационный потенциал, успешно используются методики адаптивной физической культуры. Использование спортивных технологий легло в основу программы профилактики аддиктивного поведения, разработанной в Санкт-Петербургской Академии физической культуры им. П.Ф.Лесгафта под руководством профессора С.П.Евсеева.

Что касается занятий популярными сегодня экстремальными видами спорта, то, безусловно, следует признать, что это возможный путь создания социально приемлемой формы зависимости при проведении профилактической и реабилитационной работы у детей и подростков с аддиктивным поведением. Кроме чисто нейрохимических механизмов (активация эндогенной опиоидной системы, выброс катехоламинов, воздействующих на систему награды), с психологической точки зрения занятия «экстримом» у молодых людей приводят к формированию ощущения собственной элитарности, связанной как с технической трудностью формирования двигательного навыка, так и с реальным или иллюзорным риском для здоровья и жизни спортсмена.

Вместе с тем увлечение экстремальными видами спорта подростками может быть проявлением их стремления к рискованному поведению, которое, по мнению французских авторов, включает в себя рискованный (экстре-

Поведенческие особенности	Личностные особенности
Становится злым или тревожным, или испытывает чувство вины, если пропустил тренировку	Ориентирован на успех
Продолжает тренировки, несмотря на травмы или болезнь	Аддиктивен
Не сокращает тренировки после совета врача	Компульсивен
Сфокусирован на снижении массы тела и формы тела	Независим
Увеличивает объем упражнений после пропущенной тренировки	Нарциссичен
Ведет подробные записи	Невротичен
Придерживается жесткой диеты	Обсессивен
Придерживается строгого порядка в тренировках с минимумом вариаций	Перфекционист
Структурирует социальную активность в соответствии с порядком тренировок	Настойчив

мальный) спорт, рискованную езду на мотоцикле, рискованное сексуальное поведение и употребление психоактивных веществ (ПАВ). Поэтому экстремальный спорт в определенной степени может быть признан альтернативой химической зависимости, но альтернативой, тающей в себе определенную опасность.

Существует и еще один аспект данной проблемы. Современный профессиональный спорт тесно связан с приемом различных допинговых средств, часть из которых относится к ПАВ. Кроме того, в литературе описано пристрастие к анаболическим стероидам, наиболее часто используемым в качестве допинга, которое кодируется в Международной классификации болезней 10-го пересмотра как «Злоупотребление веществами, не вызывающими зависимости (стероидами и гормонами), – F55.5». Как показывают французские исследования, 3–12% подростков мужского пола принимают анаболические стероиды в течение определенного периода жизни. У девушек этот процент ниже и составляет 1–2%. По данным американских авторов, в США более 1 млн человек принимают стероиды, причем 1/2 из них – лица моложе 26 лет. Известно, что стероиды часто используются совместно с запрещенными ПАВ, сигаретами и алкоголем. Для увеличения силы и мышечной массы анаболические стероиды применяют не только спортсмены, но и студенты, учащиеся средних школ. Эти факты привели к включению данного класса веществ, использование которых подлежит контролю.

Кроме того, сами по себе анаболические стероиды способны вызывать зависимость. Исследования на животных показали, что анаболические стероиды обладают подкрепляющим действием. Анаболики действуют на те же нейромедиаторные системы мозга, что и ПАВ. В частности, имеются данные, связывающие действие анаболиков с опиоидами. У людей также злоупотребление анаболическими стероидами связано с усиленным потреблением опиоидов. На животных передозировка стероидами вызывает симптомы, похожие на передозировку опиоидами.

Таким образом, последние исследования показывают, что злоупотребление анаболическими

стероидами, возможно, происходит не только от желания достичь спортивных успехов, но и указывает на схожесть их механизма действия с алкоголем, опиоидами, табаком и другими психотропными средствами. Показано, что анаболики взаимодействуют с эндогенными опиоидами, активизирующимися аминокислотами и дофаминергическими путями, вовлеченными в мозговую систему награды. Более того, эксперименты показали, что анаболические стероиды могут вызвать разбалансировку работы этой системы в сторону ее гиперчувствительности к опиоидным наркотикам и стимуляторам центральной нервной системы. Тем более что клиницистам хорошо известны многочисленные случаи, когда лица, злоупотребляющие анаболиками, чрезвычайно быстро становятся зависимыми от опиоидов или стимуляторов.

Кроме того, следует помнить, что спортивная аддикция, как и любая иная зависимость, легко может менять форму и переходить в другую, в том числе в химическую. Именно с этим связан высокий процент алкоголизма и наркомании среди бывших спортсменов. Как пишут американские исследователи D.McDuff и D.Baron (2005 г.), мотивами употребления ПАВ у спортсменов может быть не только стремление к получению эйфории, но и для снижения болевых ощущений и стрессорных нагрузок, улучшения социализации, на этапе восстановления после травм, а также в качестве допинга. На этапе спортивной карьеры уровень приема ПАВ спортсменами может быть существенно выше, чем в популяции, однако это реже приводит к формированию аддикции. По-видимому, это связано с замещением потенциальной химической зависимости уже имеющейся спортивной. Риск возникновения химической аддикции существенно возрастет по завершении спортивной карьеры.

Итак, спортивная аддикция – это реальность, с которой необходимо считаться как при планировании профессиональных тренировок, так и в любительском спорте и фитнесе. Кроме того, спортивная аддикция может стать спасительной заместительной зависимостью в процессе реабилитации химических аддиктов. ■

История компании «Гедеон Рихтер» со времени основания до современности



Лайош Пиллич
и Иштван Чладек

1901–1922

Основатель компании, Гедеон Рихтер, был человеком гениальным, бесстрашным, здравомыслящим и полным новаторских идей. В то же время он отличался блестящей коммерческой жилкой, что позволило ему использовать все свои личностные качества для продвижения предпринимательства. Одним из важнейших видов деятельности компании было налаживание и упрочение контактов и связей в мире медицины с целью апробирования, описания, рекламирования и получения заказов на будущую продукцию. Как только компания была учреждена и запущена, Рихтер нанял на работу опытных квалифицированных сотрудников. Расширился ассортимент продукции на основе натуральных компонентов и синтетических продуктов. Усовершенствованные технологии позволили улучшить качество процесса производства, а новое оборудование – увеличить возможности завода. Линия продукции, особенно органотерапевтические препараты, невероятно расширилась, и компания успешно функционировала в период послевоенного регресса и всегда была рентабельной.

1923–1939

Постигая возможности сбыта старых и новых препаратов за рубежом, вновь учрежденная компания пришла к решению интенсивно развивать экспортную деятельность, а до этого построить сеть представительских офисов на пяти континентах. К концу 1930 г. было открыто десять представительских дочерних предприятий. Изобретение препаратов на основе сульфамида стало революционным шагом в фармацевтике и увеличило количество исследований по синтетическим продуктам во всем мире. На этой волне в конце 1930-х годов было начато исследование стероидов, разработан процесс производства некоторых новых иностранных препаратов, и Рихтер изобрел свой первый патентованный синтетический продукт.

Введение новаторских технологий требовало постройки новых заводов, инвестиции увеличились – и компания разрослась. Приобретение современного отечественного и зарубежного оборудования позволило поднять технический уровень производства. Это был самый безмятежный период в истории развития компании. Власти не вмешивались в дела производства; работа была налажена и проводилась в спокойной обстановке, компания развивалась динамически под неусыпным руководством владельца. Прибыль росла из года в год, но использовалась она несоразмерно. Львиная доля процентов с акций уходила на развитие международной сети, и только маленькая сумма шла на бедную, неразвивающуюся компанию-учредителя.

1940–1945

Внезапно война положила конец спокойному и стабильному распорядку. Антиеврейское законодательство уничтожило совет директоров и высшее руководство, а вмешательство официальных лиц, которое усиливалось в результате правления в военное время, затруднило работу и изменило способ управления компанией. Экспортный рынок стремительно сокращался вследствие изоляции страны во время войны. Попытки удержать активы компании в безопасности (не допуская разорения и опустошения во время воздушных налетов) и позже, после фашистской оккупации, борьба за удержание компании от перемещения на запад создавали серьезные проблемы. Несмотря на все эти трудности, исследования продолжались и производство не прекращалось.

1946–1948

Жизнь компании продолжалась под управлением временного рабочего комитета. После расчистки завалов и разрушений производство постепенно стало налаживаться на основе некоторых исходных материалов и скудных периодических поставок. Одной из самых трудных задач было достать уголь, который являлся источником энергии.

Сложно было приступить к исследованиям после значительной потери людских ресурсов и оборудования. Помимо трагического убийства основателя компании, потеря иностранных активов явилась огромной утратой для того времени. Нужно было восстановить контакты с дочерними предприятиями на Западе, было сделано несколько попыток наладить с ними сотрудничество, но усилия оказались безуспешными

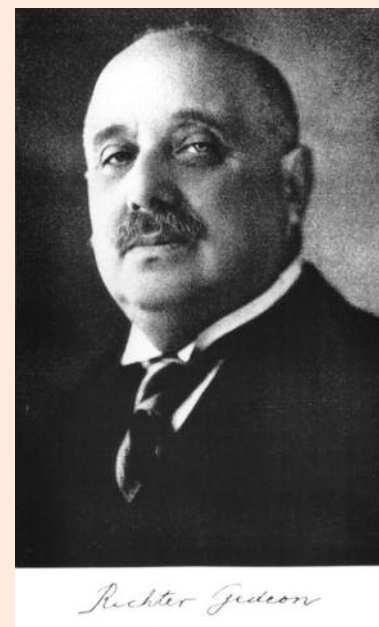
из-за политической изоляции страны. Другие дочерние предприятия в социалистических странах были либо разрушены, либо приватизированы.

В этих условиях компания осталась наедине с собой, со своими проблемами и ресурсами в борьбе со многими ограничениями, часто противоречивыми положениями и многими трудно-выполнимыми обязательствами. К счастью, в руководство попали те сотрудники, которые готовы были решать эти проблемы без сна и отдыха. Они не мешали рабочим на производстве, чтобы обеспечить им спокойную работу, и компания смогла восстановиться после перипетий военного времени.

1949–1967

Едва компания оправилась после катаклизмов Второй мировой войны, она оказалась под ударами официальных бюрократических положений, которые были бесполезны для производства, но создавали массу сложностей. Завершив исследовательскую деятельность, сократив линию производства, профиль и под натиском чиновников изменив название на «Фармацевтическую компанию Кёбанья», компания вошла в период застоя. Более всего ситуация осложнилась, когда отдел планирования решил уничтожить компанию «Рихтер Лтд». Так как не было возможности расширить компанию, то вынашивались планы о слиянии с другой компанией. Единственная возможность предотвратить это слияние лежала в увеличении производства, что доказало бы надежность и конкурентоспособность предприятия. Были наняты молодые профессионалы, которые готовы были работать безвозмездно. Возобновились исследования под девизом: «Каждой идее надо дать

Компания разработала несколько вариантов долгосрочного развития, но ввиду слабого управления некоторые проекты осуществлялись крайне медленно. Когда финансирование проекта прекратилось, компания стала строить павильон, где на общественных началах выращивалось



Richter Gedeon

собственное сырье. Через пять лет борьбы компания смогла доказать свою жизнеспособность, и вопрос о ее ликвидации был снят с повестки дня в 1954 г.

Тем временем плановая экономика и ограниченные возможности страны препятствовали независимой деятельности в любой сфере. На компанию «Medimpex» возложили ответственность за все международные связи, а компании «Рихтер» запретили поддерживать международные контакты. Таким образом, объем экспорта был ограничен до границ ближайших социалистических стран. Без обмена опытом и без связей не было возможности вести импортные транзакции.

После 1956 г. молодая, талантливая и образованная доктор Эдит Варга взяла в руки и политическое, и профессиональное управление компанией, что сыграло большую роль в ее развитии. Тесно сотрудничая с исследовательским институтом фармацевтической промышленности, компания превысила запланированный объем разработки стероидов, исследования пептидов продвинулись на международный уровень. Для проведения уникальных исследований и разработок винкамина (Кавинтон) было налажено активное сотрудничество. Используя возможности, предлагаемые процессом патентования, производство стало менее затратным, а конкурентоспособность компании повысилась. Были по-



Памятная доска в честь основателя компании «Гедеон Рихтер».

шанс на осуществление». Ограничения экспорта способствовали более интенсивному использованию отечественного сырья. Для этого компания организовала сотрудничество для усовершенствования выращивания и переработки лекарственных растений, таких как спорынья и наперстянка.



ГЕДЕОН РИХТЕР ПСИХИАТРИЯ
для комплайенса

АМДОАЛ

арипипразол



Возвращает жизни радость

Эффективная терапия шизофрении



ГЕДЕОН РИХТЕР



Современное здание завода «Гедеон Рихтер».

Начало на стр. 10

строены новые павильоны для выращивания растительного сырья, и компания расширилась, заняв обе стороны улицы Дьёмрё (Будапешт). Тесное сотрудничество с компанией «Medimrex» позволило увеличить объемы экспорта. Поставки в Советский Союз стали регулярными, также были налажены контакты с несколькими клиницистами высокого уровня. Организация первого опыта сотрудничества с Западом стала важным прорывом.

Тот факт, что компания приобрела предприятие по первичной обработке угля в г. Дорог в 1967 г., стала одним из важнейших результатов деятельности того периода. Это заложило основы долгосрочного развития современного производства фармацевтических ингредиентов. Эксперимент имел выдающиеся результаты: показатели компании значительно превысили средние по индустрии, что продемонстрировало превращение «Гедеон Рихтер» в передовую компанию страны.

1968–1991

Новая экономическая система в стране позволила ослабить ограничения, наложенные плановой экономикой. Компания «Рихтер» смогла воспользоваться всеми преимуществами. В это время ускорилось осуществление стратегических целей, установленных в предыдущие периоды. Другим эффективным стимулом стало право использовать большую часть заработанной иностранной валюты по своему усмотрению, что позволило импортировать производственное оборудование и современные инструменты. Ускоренная разработка некоторых перспективных лекарственных препаратов привела к созданию условий для проведения оригинальных исследований. С этой целью был построен новый усовершенствованный фармакологический центр, где проводились исследования широкого спектра под руководством ведущих специалистов. Это позволило выйти на рынок препарату Кавинтон, который стал одним из самых успешных продуктов компании в 1974 г.

Многосторонние разработки улучшили номенклатуру продукции препаратами высокого качества, которые благотворно сказались на отечественной и зарубежной рыночной конъюнктуре. В 1980 г. компания получила право независимо принимать участие в технологическом и научно-исследовательском сотрудничестве на международном уровне. В итоге упрочились отношения с СССР, было учреждено много совместных предприятий, а доходы от экспортных операций достигли своего пика. Экспорт в западные страны серьезно возрос, были заключены лицензионные соглашения и контракты по совместным исследованиям с компаниями из Западной Европы, Японии и США. Компа-



Процесс создания новых лекарственных средств сложен и трудоемок.

ния смогла импортировать необходимое сырье, хотя технологические проблемы и решались только на местном уровне.

Производство косметических средств, запущенное в 1960 г. в г. Дорог, стало качественным прорывом в отечественных условиях. Линия продукции была позже расширена на основе лицензионного соглашения с компанией «L'Oreal». В промежутке с 1968 по 1991 г., несмотря на ограничительные практики централизованного государства (перекачивание дохода, ценообразование, непропорциональный производ-

ственный налог), «Рихтер» становится одной из крупнейших компаний в фармацевтической промышленности Венгрии.

1992–2012

После полувекковой практики плановой экономики присоединение к рыночной экономике оказалось для компании «Рихтер» вызовом, требующим фундаментального изменения мировоззрения. Компания снова превратилась в общество с ограниченной ответственностью и стала рентабельной. Она смогла выплатить ссуду за короткое время и стабилизировать финансовую ситуацию. Обычные именные акции компании вошли в список ценных бумаг фондовой биржи Будапешта и быстро превратились в один из четырех наиболее обращающихся и высококапитализированных ценных бумаг на бирже. Помимо Будапешта компания «Рихтер» также зарегистрирована на Лондонской фондовой бирже.

Основанная в 1901 г., компания «Рихтер» является единственной фармацевтической компанией в Венгрии, которая смогла остаться независимой и превратиться в многонациональную корпорацию. Компания функционирует под венгерским руководством без каких-либо иностранных стратегических инвесторов. В результате высшее руководство компании принимает в расчет национальную экономику Венгрии при принятии решений. В Венгрии в компании работают приблизительно 1 тыс. сотрудников, которые вовлечены в процесс проведения исследований и разработок. Сама компания делает огромные инвестиционные вклады и выплачивает налоги. В Венгрии, Будапеште и Дороге компания имеет производственные заводы.

Основными направлениями деятельности компании являются исследовательская работа, разработки, производство и реализация фармацевтической продукции, поддерживаемые несколькими дочерними предприятиями, совместными предприятиями и партнерскими компаниями. Компания-учредитель и все остальные компании составляют «Группу Рихтер». Компания «Рихтер» использовала инвестирование в строительство новых сооружений для учреждения новых производственных компаний в России и Индии. Компания также использует такие методы, как поглощение и присоединение, для упрочения своей позиции в качестве региональной многонациональной компании в Румынии, Польше и Германии. Компания «Рихтер» уникальна среди компаний Центральной и Восточной Европы тем, что она использует рыночное сообщество, которое простирается по всем пяти континентам, и ее продукция реализуется почти в 100 странах мира. Компания действует более чем в 35 странах на базе 8 производ-

ственных объектов, 31 представительского офиса и 14 коммерческих дочерних предприятий и оптовых фирм.

Рынок продукции компании включает в себя страны Европейского союза, США, страны СНГ, Японию и Восток. Компания использует всесторонние маркетинговые и дистрибьюторские каналы в Венгрии, Восточной Европе и странах СНГ. Более 80% дохода компании поступает от экспорта продукции, что составило в 2009 г. 612 млн евро.

Исследования оригинальных молекул лекарственных средств и постоянные инновации являются важным аспектом стратегии компании «Рихтер» с момента ее основания в 1901 г. С тех пор компания стала самым значительным фармацевтическим исследовательским центром в Центральной и Восточной Европе, создав 1 тыс. рабочих мест.

В дополнение к фирменным исследованиям компания разрабатывает непатентованные (генерические) препараты. Исследования патентованных препаратов компании концентрируются исключительно на выявлении и разработке эффективных препаратов против заболеваний центральной нервной системы. Первоначально внимание фокусируется на молекулах, которые можно использовать в ослаблении хронической боли, лечении шизофрении и беспокойства. При проведении исследований фирменных препаратов компания «Рихтер» выделяет инновационный подход, качество и скорость технологических процессов. За последние несколько лет компания выделила значительные ресурсы на восстановление биологических лабораторий и усовершенствование инфраструктуры. В 2006 г. была открыта экспериментальная технологическая лаборатория, которая производила активные высококачественные ингредиенты в больших количествах для клинических тестов. Строительство исследовательского центра химического анализа, соответствующего высоким техническим требованиям и качеству, вместе с примыкающим комплексом административных зданий было завершено в 2007 г.

Компания «Рихтер» затрачивает больше средств на исследования и разработки, чем любой другой производитель в Венгрии. Компания выделяет в среднем 10% своего дохода на научно-исследовательские работы и разработки. В 2009 г. компания потратила на эти цели 23 млрд венгерских форинтов, что попало в число самых объемных инвестиций в исследования и разработки в Центральной и Восточной Европе.

В 2007 г. компания ОАО «Гедеон Рихтер» приняла стратегическое решение создать объекты для проведения научно-исследовательских работ и производства, шагнув в эпоху биотехнологии. В 2008 г. компания приступила

к проекту стоимостью более 15 млрд венгерских форинтов по застройке завода в г. Дебрецен по развитию и производству биотехнологической продукции. Новый производственный объект не только является важной вехой в истории компании, но также и важным шагом в индустрии Венгрии, так как такая деятельность повышает конкурентоспособность во всех сферах жизни Венгрии.

Биотехнологический завод, который в 2012 г. компания построила в г. Дебрецен, стал символом стратегических стремлений компании. Целью компании является создание комплексной и конкурентоспособной биотехнологической линии, которая будет способствовать расширению

охвата отечественной и зарубежной продукции. Являясь также новатором использования биотехнологий в Венгрии, проект представит индустрию с высокой добавленной стоимостью, что снова увеличит конкурентоспособность в стране.

Уважение к прошлому опыту и приверженность традициям крайне важны для компании «Гедеон Рихтер». В 2001 г. к столетию учреждения компании был открыт музей истории компании, отражающий все 100 лет деятельности. Это потрясающее путешествие по вехам в развитии фармацевтической индустрии популярно среди отечественных и зарубежных партнеров компании, фармацевтов, врачей, студентов и людей,

интересующихся историей развития экономики Венгрии и завода.

В будущем компания «Рихтер» приложит все усилия для улучшения своей многонациональной роли в регионе и продолжит поставлять населению эффективные и современные лекарственные средства по умеренной стоимости. Ассортимент продукции компании постоянно совершенствуется и расширяется. Помимо имеющихся в психиатрическом портфеле «Гедеона Рихтера» атипичных антипсихотиков, таких как рисперидон (Ридонекс), кветиапин (Нантарид), оланзапин (Парнасан), арипипразол (Амдол), у компании есть также оригинальная разработка – Карипразин, находящийся на стадии ре-

гистрации атипичный антипсихотический препарат нового поколения для лечения шизофрении, биполярной мании и эпизодов смешанного характера.

Компания делает большие инвестиционные вклады для достижения своих целей и устанавливает дополнительное стратегическое сотрудничество в сфере разработок и исследований, сбыте и маркетинговых исследованиях для обеспечения продолжительного динамического роста «Группы Рихтер» и структуры собственности в целях независимости. ■

(По материалам «Наследие основателя: история компании ОАО «Гедеон Рихтер» в «Гедеон Рихтер: предприниматель, изменивший историю фармацевтики»)

Мемуары



Воспоминания сотрудника ЦНИИ судебной психиатрии им. В.П.Сербского о А.В.Снежневском

Профессор

Кира Львовна Иммерман

А.В.Снежневский стал директором Института судебной психиатрии им. проф. В.П.Сербского в 1951 г., в трудную для психиатрии пору.

Не так давно прошла печально известная сессия ВАСХНИЛ, разгромившая «буржуазную лженауку – генетику». За этим последовали решения о перестройке советской психиатрии. Критиковались слабость и эклектичность теоретических концепций, не опиравшихся на учение И.П.Павлова.

Тем острее прозвучали идеи А.В.Снежневского о значимости клинико-психопатологического подхода к оценке психического состояния больных. В воспоминаниях того периода сохранились его выступления на общепсихиатрических конференциях и клинических разборах.

Нас, тогда еще молодых научных сотрудников и аспирантов, сразу же поразила его строгая взыскательность к самому процессу диагностики психического состояния больных.

Иногда, сидя вполголоса к докладчику, с присущей ему несколько скептической улыбкой, профессор прерывал доклад вопросами, всегда уточнявшими какие-то детали, которые, как потом становилось понятным из его заключительного анализа, оказывались ключевыми для определения сущности психического расстройства.

Эти рассуждения и сегодня поражают своей мудростью и какой-то сверхъестественной прозорливостью и значимостью, предвосхищая будущие исследования А.В.Снежневского и сформировавшейся в дальнейшем его школы.

В те далекие годы строгие, подчас резкие замечания Андрея Владимировича воспринимались довольно болезненно, но сейчас я вспоминаю о них с благодарностью.

В диагностике психического расстройства они навсегда определили первостепенную значимость психопатологического анализа в ряду других современных методов исследования.

Строгость и взыскательность Андрея Владимировича по отношению к докладчику разительно отличались от его манеры общения с пациентами, которых он всегда терпеливо и внимательно выслушивал. При этом он задавал такие неожиданные вопросы, которые позволяли раскрыть психопатологические переживания больного, подчас впервые выявленные в процессе этой беседы.

Он обладал удивительным умением располагать к себе подэкспертных, которые всегда настроенно относятся к собеседнику в условиях психогенно травмирующей ситуации.

В начале 1950-х годов в судебно-психиатрической практике встречались особо сложные шизофреноподобные формы психогенных психозов. Это было связано с более строгими условиями содержания подследственных и значительными сроками наказания осужденных.

А.В.Снежневского особенно интересовали эндоформные расстройства, среди которых наряду с психогенными психозами оказывались впоследствии психогенно измененные дебюты, манифестации или обострения шизофренического процесса.

Несмотря на свою занятость, он нередко прибегал к повторному собеседованию с подэкспертным,

пока не убеждался в правильности вынесенного заключения. Случалось, что такая повторная беседа могла поколебать его первоначальные выводы. И тогда он начинал рассуждать вслух. Высказывал свои сомнения в правильности первоначальной диагностики, анализировал и сопоставлял состояние пациента с предыдущим статусом, приглашая молодого докладчика принять участие в обсуждении. Такие консультации были очень поучительны, демонстрировали диагностическую значимость анализа внутрисиндромальных и межсиндромальных трансформаций.

Проводившиеся клинические разборы впечатляли и навсегда остались методологической школой построения диагноза.

Особенно внимательно и строго А.В.Снежневский относился к научным работам сотрудников, в том числе диссертациям аспирантов.

Просмотрев мою почти законченную работу, он вынес убийственный вердикт: «В структуре психогенного галлюциаторно-параноидного синдрома у Ваших больных Вы пропустили самое интересное – психогенный вариант синдрома Кандинского–Клерамбо».

Его заключение поначалу повергло в шок. Однако это шоковое замечание, надолго отодвинувшее защиту, вспоминается сейчас с глубокой признательностью.

Оно определило перспективность изучения синдромаобразования и стереотипов течения психических расстройств, вызванных или видоизмененных воздействием психогенных стрессовых факторов, а также возрастными и гендерными особенностями.

Андрей Владимирович проработал в институте чуть более года



А.В.Снежневский (1983 г.)

(09.1950–10.1951), но он успел передать свою убежденность в приоритетности клинического анализа при оценке психического состояния больного.

При таком подходе клинические данные приобретают значимость объективных фактов, столь важных при решении экспертных вопросов.

Тем более нелепыми казались обвинения, выдвигавшиеся на рубеже 1980–90-х годов в его адрес, упреки в превратной трактовке вялотекущей шизофрении.

Эти не имеющие никакого отношения к психиатрии политические выпады не могли исказить образа ученого с мировым именем, создавшего современное теоретическое направление клинической психиатрии, врача-гуманиста, чья научная и практическая деятельность была всегда направлена не только на поиск эффективного лечения душевнобольных, но и на защиту их прав и интересов. ■

Кафедра психиатрии и медицинской психологии с курсом наркологии медицинского факультета ФГБОУ ВПО Российский университет дружбы народов Минздрава России, Москва (создана в 1965 г.)



Корпус психиатрической клиники

Учрежденный в 1960 г. в Москве Университет дружбы народов им. П.Лумумбы (с 1995 г. – РУДН) стал уникальным международным образовательным центром. За 50 лет Университет подготовил более 40 тыс. специалистов для 164 стран мира.

Известный отечественный психиатр, доктор медицинских наук, профессор Мария Васильевна Коркина в 1965 г. создала и возглавляла кафедру до 1996 г. М.В.Коркина – ученица В.А.Гиляровского и О.В.Кербикова. Широко известны ее монографии: «Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте» (1984 г.), отмеченная дипломом Академии медицинских наук СССР и государственной премией им. С.С.Корсакова; «Нервная анорексия» (1986 г.), удостоенная премии Государственного комитета СССР по народному образованию; «Психические нарушения при рассеянном склерозе» (1986 г.), – учебники и практикум по психиатрии для студентов медицинских вузов (на русском, английском, французском и вьетнамском языках);

глава М.В.Коркиной «The Syndrome of Derealisation in Adolescents» в многотомном международном руководстве по подростковой психиатрии «Modern Perspectives in Adolescent Psychiatry» (Edinburg, 1971); разделы в Большой медицинской энциклопедии. М.В.Коркина впервые в нашей стране создала при кафедре психиатрии курс медицинской психологии. М.В.Коркина – заслуженный деятель науки РСФСР.

С 1996 по 2003 г. кафедру воз-



Профессор М.В.Коркина – зав. кафедрой с 1965 по 1996 г.

главляла доктор медицинских наук, профессор Цивилько Марина Александровна. Кандидатская диссертация М.А.Цивилько – «Неврозоподобное начало шизофрении» (1967 г.), докторская – «Динамика психических нарушений у больных хронической почечной недостаточностью (терминальная стадия) при оператив-

ном лечении с помощью гемодиализа и пересадки почки» (1978 г.). М.А.Цивилько – автор учебника, монографии, лауреат премии Минвуза.

С 2003 г. по настоящее время кафедре возглавляет доктор медицинских наук, профессор Валентин Васильевич Марилов. Кандидатская диссертация – «Клиника и лечение нервной анорексии» (1974 г.), докторская – «Клинические варианты психосоматической патологии желудочно-кишечного тракта» (1993 г.). В 1977–1978 гг. стажировался в Великобритании в клинике нарушений пищевого поведения профессора Криппа, занимался психоанализом, психосоматикой, гипнозом. В.В.Марилов – автор 4 учебников, практикумов по психиатрии и психологии, англо-русского словаря психиатрических терминов, 2 монографий. В.В.Марилов в 1974–1994 гг. являлся редактором научного раздела «Психиатрия» «Журнала невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова»; лауреат премии Минвуза, заслуженный работник высшего образования РФ.

На кафедре ежегодно обучаются более 800 студентов по специальностям «Лечебное дело», «Стоматология», «Фармация», «Сестринское дело», читаются лекции по судебной психиатрии для магистров юридического факультета и психологов по юридической психологии, проходят дипломную практику психологи, имеются клиническая интернатура, ординатура, аспирантура по психиатрии, наркологии, психотерапии. За годы существования кафедры свыше 290 выпускников прошли специализацию, из них 60 иностранцев. В 2000–2010 гг. на кафедре защищены 19 кандидатских и 1 докторская диссертация. Основные научные направления кафедры следующие.

1. Современные методы диагностики, фундаментальные подходы к патогенетическим механизмам нервной анорексии и булимии, разработка эффективной лечебно-реабилитационной тактики.

Кафедра является единственным научным коллективом в стране, комплексно изучающим проблему нервной анорексии и булимии. Создан Центр «Нервная анорексия и булимия». На кафедре за 45 лет пролечены более 2 тыс. больных с патологией пищевого поведения.

2. Психические нарушения при хронических соматических заболеваниях (патологии почек, печени, легких, сердца, суставов, эндокринной системы, кожной патологии, крипторхизме, онкологии и др.) с уче-



Профессор М.А.Цивилько – зав. кафедрой с 1996 по 2003 г.



Доктор медицинских наук, проф. В.В.Марилов – зав. кафедрой с 2003 г.

том использования новых методов лечения – трансплантация органов, установка кардиостимулятора, радиочастотная абляция, наложение сосудистых анастомозов, органозамещающая терапия, гемодиализ, гемосорбция.

Кафедра является основным в стране научным коллективом, разрабатывающим психиатрический аспект трансплантологии и органозамещающей терапии. Изучение психических расстройств при лечении вирусных гепатитов. Изучение психических расстройств и качества жизни при заболеваниях органа зрения, с учетом новых методов лечения. Изучение психических расстройств у стоматологических больных.

3. Пограничные психические расстройства. Нарушения сексуального поведения при нервной анорексии и булимии. Патология влечений.

4. Соматоформные расстройства.

5. Транскультуральные исследования.

6. Подростковая психиатрия. Здоровье студентов.

7. Варианты органической патологии при алкоголизме; нарко-



Сотрудники кафедры психиатрии и медицинской психологии с курсом наркологии медицинского факультета ФГБОУ ВПО РУДН.



Сотрудники кафедры.

- мании у лиц с расстройствами личности.
- 8. Послеродовые психозы.
- 9. Дисморфомания, дисморфобия. Дерезализация, деперсонализация.
- 10. Психосоматические заболевания.
- 11. Апробация новых лекарственных средств. Апробировано более 40 отечественных и зарубежных психотропных препаратов.

Заведующие кафедрой:

- Коркина Мария Васильевна (1965–1996 гг.);
- Цивилько Марина Александровна (1996–2003 гг.);
- Марилев Валентин Васильевич (2003 г.).

ГБУЗ Научно-практический психоневрологический центр Департамента здравоохранения г. Москвы – Клиника неврозов:
г. Москва, ул. Донская, д. 43, тел. +7 (495) 952-46-04;
ГКУЗ Психиатрическая больница №14 Департамента здравоохранения г. Москвы:
г. Москва, ул. Бехтерева, д. 15, тел. +7 (495) 325-43-86;
деканат медицинского факультета ФГБОУ ВПО РУДН Минздрава России:
г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 8, тел. +7 (495) 433-27-94; e-mail: psychiatry@mail.ru, msartemieva@mail.ru ■

Новости ВПА

Очередная встреча президентов психиатрических обществ Восточно-Европейского региона ВПА

П.В.Морозов, зональный представитель по зоне 10 ВПА (Восточная Европа)

Третья встреча президентов психиатрических обществ Восточно-Европейского региона Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) состоялась в г. Алматы (Казахстан) 6 июня 2013 г. В работе совещания приняли участие президенты большинства психиатрических обществ, входящих в 10-ю зону ВПА: Азербайджана, Армении, Грузии, Казахстана, Кыргызстана, России, Узбекистана и Украины. Представители Беларуси и Молдовы были приглашены, но не смогли присутствовать на заседании. Впервые представитель таджикского общества психиатров принял участие в подобной встрече в качестве наблюдателя.

Поприветствовав участников, региональный представитель ВПА профессор П.В.Морозов проинформировал участников встречи о развитии принятого ранее плана действий. Затем президенты обсудили серию научных об-

зоров, подготовленных группой молодых психиатров из стран нашего региона в рамках Восточно-Европейской образовательной академии ВПА-«Сервье». Эти 11 обзоров были представлены по итогам последнего Конгресса Европейской психиатрической ассоциации в Ницце, специально для «банка» психиатрических журналов региона. Президенты договорились о правилах публикаций данных интересных докладов по актуальным проблемам современной психиатрии. Они обсудили также вопрос о переводе журнала «World Psychiatry» на русский язык, дальнейшей организации серии симпозиумов «Два-



Дворец независимости в Астане – место проведения Регионального конгресса ВПА 2015 г.

дцать лет спустя: психиатрия на постсоветском пространстве» с участием научных лидеров наших стран.

Следующее, четвертое, совещание президентов психиатрических обществ Восточной Европы состоится весной 2014 г. в Харькове, там же в рамках Национальной конференции будут проведены два международных симпозиума.

После встречи в Алматы представитель ВПА П.В.Морозов совместно с профессором С.А.Алтынбековым, президентом Общества психиатров и наркологов Ка-



На снимке: участники встречи в Алматы.

захстана, посетили Астану, где были приняты ответственным секретарем Минздрава Республики Казахстан С.Мусиновым. Был обсужден ряд вопросов, представляющих взаимный интерес. По итогам встречи была отправлена заявка в ВПА на проведение в апреле 2015 г. Регионального конгресса ВПА в Астане, которая и была принята на последнем исполкоме ВПА в сентябре сего года. Предстоящий конгресс будет первым в истории Средней Азии международным психиатрическим форумом подобного уровня. ■

Издание «Всемирной психиатрии» на русском языке

После перерыва, связанного с рядом объективных обстоятельств, с начала 2013 г. возобновилось печатное издание журнала «Всемирная психиатрия» на русском языке. Более 20 российских молодых психиатров с хорошим знанием английского языка и прошедшие тестовый отбор осуществляют полный перевод и редактирование текстов издания. Процесс организован комиссией Российского общества психиатров (РОП) по работе с молодыми

учеными и специалистами (председатель – профессор П.В.Морозов) и советом молодых ученых РОП. Ответственные редакторы – О.Карпенко и П.Алфимов, главный редактор русской версии – представитель ВПА в зоне 10.

Следует подчеркнуть, что выпуск электронной версии журнала практически не прерывался и был размещен не только на сайте ВПА, но и на сайте РОП (www.psychiatr.ru), а также на сайте самого читаемого профессионального изда-

ния России – Журнала им. П.Б.Ганнушкина (www.con-med.ru).

С помощью образовательного гранта, полученного от компании «Сервье», осуществляется не только перевод и издание журнала, но и его бесплатное распространение по всем странам зоны 10 ВПА в соответствии с заявками, полученными от президентов психиатрических обществ стран Восточной Европы. ■

П.В.Морозов, представитель ВПА, зона 10



Грузинско-российская встреча психиатров



Научная конференция в Тбилиском государственном медицинском университете.

По приглашению Грузинского общества психиатров и иных общественных организаций психиатров Грузии группа российских

психиатров посетила Тбилиси. 28 августа 2013 г. в аудитории Тбилисского государственного медицинского университета со-

стоялась научная конференция, посвященная актуальным проблемам современной психиатрии. Встречу открыл один из старейших психиатров мира, 92-летний академик Шота Гамкредидзе, который подчеркнул, что конференция была организована благодаря настойчивости президента общества психиатров Г.Гелешвили и представителя Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) и несмотря на отсутствие дипломатических отношений между странами.

На конференции было представлено восемь докладов, которые были заслушаны с большим интересом и вызвали оживленную дискуссию, которая продолжилась и вечером в неформальной обстановке. Было высказано обоюдное пожелание развивать и впредь подобные встречи, искать



Э.Б.Дубницкая и Шота Гамкредидзе

и другие формы научного сотрудничества. Важно отметить, что это была первая совместная встреча психиатров двух стран за последние 25 лет. Приятно осознавать позитивную роль ВПА в этом процессе. ■

П.В.Морозов, представитель ВПА, 10-я зона

СМУ РОП

О школе Европейской коллегии нейропсихофармакологии «Нейропсихофармакология в позднем возрасте» (Венеция, Италия)

П.О.Бомов

ГБУ Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №1

С 28 апреля по 3 мая 2013 г. в г. Венеция (Италия) впервые прошла школа по нейропсихофармакологии в позднем возрасте, организованная одной из авторитетных европейских организаций – Европейской коллегией нейропсихофармакологии (European College of Neuropsychopharmacology – ECNP), которой в этом году исполняется 25 лет. Рабочим языком данного форума был английский. Пройдя конкурсный отбор и получив грантовую поддержку, участие в мероприятии принял заместитель председателя Совета молодых ученых Российского общества психиатров по работе с регионами, доцент кафедры психиатрии, медицинской психологии ГБОУ ВПО Оренбургская государственная медицинская академия Минздрава России П.О.Бомов. Направлением школы впервые была выбрана проблематика позднего возраста, что согласуется с научной тематикой указанной кафедры на протяжении более полувека, ведь старение населения в мире – актуальнейшая мультидисциплинарная проблема, которая требует интегративного подхода специалистов из разных областей знаний.

Участниками школы стали молодые ученые из Великобритании, Венгрии, Израиля, Турции, Швейцарии, России, Литвы, Белоруссии, Австрии, Нидерландов, Испании, Ирландии, Германии,

Сербии, Португалии, Эстонии, Украины, Бельгии, Франции, Румынии, Хорватии, Польши, Армении. Для чтения лекций и проведения воркшопов были приглашены авторитетные ученые из европейских стран, занимающиеся вопросами позднего возраста. Лекционная часть была посвящена современным вопросам диагностики, лечения психических расстройств у пожилых пациентов, были рассмотрены проблемы болезни Альцгеймера, лобной и комбинированной деменции, деменции с тельцами Леви.

Особый интерес представляли доклады, связанные с фармакотерапией психических расстройств в позднем возрасте, а также электросудорожной терапии и психотерапии. Профессор Robin Jacoby Оксфордского университета прочитал лекцию, где были изложены концептуальные проблемы пожилых людей в разных аспектах – медицинском, социальном, экономическом. Избранный президент ECNP, профессор психиатрии одноименного университета Guy Goodwin рассказал об особенностях биполярного аффективного расстройства у позднего возраста пациентов. Ученые из Голландии Raymond Koortmans и Philip Scheltens очень подробно осветили вопросы нейровизуализации в психиатрии и проблемы нейропсихиатрии. Очень интересное сообщение сделал ученый из Ирландии Declan McLoughlin по вопросам электросудорожной терапии пациентов в позднем возрасте с интересными разборами клинических случаев. Вопросы коморбидности, довольно ча-



сто встречающейся у пожилых пациентов, были проанализированы лектором из Израиля Michael Davidson. Суицидолог из Швеции Margda Waern привела неутешительную статистику по самоубийствам пожилых людей, акцентировав внимание на факторах и причинах этой психопатологии.

В отдельную группу лекций можно выделить сообщения, раскрывающие клинические особенности деменций разного генеза. По этой проблематике работают ученые из Франции (Florence Pasquier), Германии (Matthias Riepe), Великобритании (Rupert McShane), Ирландии (Peter Passmore).

Во время практической части (воркшопы) участникам передавался опыт работы с диагностическими шкалами, рассматривались наиболее сложные в диагностическом плане пациенты, разрабатывалась тактика лечения и реабилитации. Следует отметить, что такая форма работы, как воркшоп, позволяет участникам рабо-

тать в малой группе, обмениваться непосредственным опытом лечения больных позднего возраста. Несмотря на довольно плотный график работы, участникам мероприятия удалось организовать и разнообразную экскурсионную программу. Следует также отметить, что школа проходила в очень доброжелательной и непринужденной атмосфере, что способствовало и неформальному обмену опытом и мнениями между участниками. Полученная во время стажировки информация позволит более четко и дифференцированно подходить к вопросам менеджмента пациентов с разными психопатологическими расстройствами в позднем возрасте, а также использовать эти данные в своей научной и педагогической деятельности. Подобные мероприятия позволяют молодым ученым не выпадать из единого информационного пространства, понимать, что ими уже достигнуто, а к чему еще нужно стремиться. ■

О школе Европейской коллегии нейропсихофармакологии в Оксфорде

Т.Жилиева, А.Павличенко,
Т.Сюняков

7–12 июля 2013 г. в стенах Колледжа Святой Екатерины в Оксфорде (Великобритания) состоялась летняя школа Европейской коллегии нейропсихофармакологов (European College of Neuropsychopharmacology, ECNP), которая ежегодно собирает 50 молодых психиатров со всей Европы. В этом году школу посетили участники из 25 стран, отобранные организаторами на конкурсной основе. Количество российских слушателей, посетивших мероприятие в этом году, было рекордным – 4 человека. Из них трое – представители Совета молодых ученых Российской общности психиатров (А.Павличенко, Т.Сюняков, Т.Жилиева), получившие рекомендацию для участия в школе представителем ECNP в России профессором П.В.Морозовым. Все затраты на участие в школе и проезд были полностью компенсированы грантами ECNP.

В течение 6 дней известные ученые из нескольких стран Европы (Испания, Италия, Великобритания, Германия, Швеция, Франция, Израиль, Чехия, Нидерланды) читали лекции по актуальным проблемам психиатрии, проводили семинары с разбором клинических случаев и отвечали на многочисленные вопросы молодых ученых.

Во вступительном слове президент ECNP Joseph Zohar (Израиль) рассказал о роли ECNP как международной междисциплинарной научной организации, объединяющей достижения фундаментальных исследований, клинических нейронаук и медицинской практики. Одной из наиболее важных задач ECNP является распространение знаний о новейших достижениях нейропсихофармакологии в профессиональной среде и обществе в целом.

Доказательности тех или иных положений психофармакотерапии уделялось особое внимание. В самом начале школы Guy Goodwin (Великобритания) выразил озабоченность ECNP тем, что клинические исследования в настоящее время не всегда предоставляют достоверные данные, поскольку фармацевтические компании заинтересованы в получении положительных результатов, а отрицательные результаты просто не публикуются. В связи с этим в рамках школы было представлено исчерпывающее количество информации о том, как выбирать и систематизировать литературу, анализировать материалы клинических исследований, сопоставлять разные источники. Немало времени было посвящено методологии написания метаанализов и систематических

обзоров (A.Serretti, Италия). Была отмечена особая важность именно данных публикаций в плане оценки доказательности эффективности того или иного вида лечения, а также были приведены конкретные примеры качественных метаанализов и систематических обзоров с разбором возможностей их использования в клинической практике (S.Leucht, Германия; A.Cipriani, Италия). В частности, было показано, что антипсихотики I и II поколений не отличаются друг от друга в плане профилактики обострения шизофрении при поддерживающем приеме в течение 7–12 мес. Кроме того, нет ни одного критерия, по которому можно было бы четко разделить эти две группы препаратов: любой из изучаемых параметров распределяется относительно равномерно между препаратами разных поколений (S.Leucht, Германия). Отдельная лекция была посвящена методологии рандомизированных исследований и критической оценке клинических испытаний (G.Goodwin, Великобритания). Gerry Dawson (Великобритания) в великолепной иллюстрированной лекции «Как фармацевтические компании разрабатывают новые лекарства» на отдельных примерах осветил особенности доклинической разработки лекарственных средств, подробно остановился на кризисе в психофармакологической отрасли, а также его возможных причинах и путях преодоления.

Также он продемонстрировал чрезвычайно интересные сведения, полученные в одном из метаанализов, согласно которым превосходство эффективности того или иного антипсихотика перед другим зависит исключительно от спонсора проведенного исследования и не зависит от других факторов.

нейрофармакологических мишеней, участвующих в патогенезе тревоги (нейропептиды, отдельные подтипы серотониновых рецепторов, аденозиновые рецепторы, отдельные субъединицы и изоформы рецепторов γ -аминомасляной кислоты).

Christer Allgulander (Швеция) остановился на некоторых осо-



Два президента – Guy Goodwin (ECNP) и А.Павличенко (СМУ РОП).

Wiepke Cahn (Нидерланды) в лекции, посвященной стадиям и лечению шизофрении, остановилась подробно на особенностях скрининга шизофрении в популяции, понятиях ультравысокого риска психоза (Ultra High Risk) и первого психотического эпизо-

бенностях Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5) и привел рекомендации по лечению расстройств тревожного спектра (генерализованное тревожное расстройство, социофобия, паническое расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство и др.). Было отмечено, что Управление по контролю за качеством пищевых продуктов и лекарственных препаратов (Food and Drug Administration, FDA) и национальные рекомендации при включении того или иного препарата в алгоритмы терапии не всегда отражают оптимальную информацию об эффективности препаратов и этот выбор нередко может быть обусловлен коммерческими интересами той или иной фармацевтической компании, а сами рекомендации составлены с учетом экономии государственных средств на лечение, особенно в условиях экономического кризиса.

Joseph Zohar (Израиль) в лекции, посвященной DSM-5 и лечению тревожных и обсессивно-компульсивных расстройств (последние в DSM-5 выделены в отдельную группу), рассказал слушателям о том, какие цели преследуют классификации в психиатрии, в том числе современные, уделил особое внимание понятиям эндофенотипа и биомаркерам как наиболее важным ориентирам для разработки классифи-



Мы учились в Оксфорде: Т.Сюняков, Т.Жилиева, А.Павличенко.

Celso Arango (Испания) в лекции «Антипсихотики: клиническая фармакология», основываясь на данных доказательной медицины, большое внимание уделил побочным эффектам препаратов, рациональному выбору доз и адекватному «времени ожидания эффекта», привел алгоритмы выбора антипсихотиков.

да, а также представила рекомендации для лечения резистентной шизофрении.

В лекции Michel Bourin (Франция), посвященной механизмам действия анксиолитиков, обсуждались не только современные препараты, но и перспективы развития анксиолитиков с учетом известных к настоящему времени

Продолжение на стр. 18

каций в будущем и рассказал о проекте RDoC (Research Domain Criteria Project).

Е. Ruhe (Нидерланды) в лекции, посвященной механизмам действия антидепрессантов, дал исчерпывающий обзор современных препаратов для лечения депрессии, предикторов их эффективности, способов аугментации и новых подходов, которые исследуются в настоящее время. Помимо важных практических рекомендаций, он затронул концептуальные аспекты биологии монополярной и биполярной депрессии и понятие эндотипа как наиболее важного ориентира для выбора оптимальной терапии в будущем.

G. Goodwin (Великобритания), предоставив результаты множества доказательных исследований, всесторонне осветил вопросы диагностики, классификации и лечения биполярного расстройства.

Не менее интересные, неординарные и прекрасно иллюстрированные лекции были посвящены взаимоотношениям употребления марихуаны и шизофрении (P. Morrison, Великобритания), креативности и расстройств настроения (Ph. Nuss, Франция).

Кроме того, в рамках школы почти каждый день проводились воркшопы, на которых участники в небольших группах разбирали конкретные клинические случаи, подготовленные лекторами, могли обмениваться опытом и обсуждать тактику лечения наиболее сложных пациентов.

Помимо основной научной программы участники школы всегда имели возможность пообщаться с лекторами и друг с другом на самые разные темы. Культурная программа включала ужин в известном ресторане Оксфорда «Cherwell Boathouse», расположенном на берегу реки. За ужином можно было не только полюбоваться видами с террасы, но и узнать о том, как зарубежные

ученые осваивают технологии интернет-финансирования для привлечения пациентов и здоровых добровольцев в клинические исследования, поучаствовать в дискуссиях на тему медицины будущего, пообщаться с коллегами из других стран на разные темы. Также было выделено время для самостоятельного знакомства с Оксфордом и его многочисленными музеями, старинными колледжами и библиотеками, воздух которых пропитан многовековыми университетскими традициями.

Молодые ученые могли высказывать свои предложения и пожелания по работе школы и образовательных проектов ECNP в целом. Участникам школы была представлена программа поддержки молодых специалистов (ECNP-Certificate), в рамках которой можно выполнить научный проект под руководством одного из исследователей ECNP (подробности на сайте www.ecnp.eu/certificate).

Отдельная лекция была посвящена тому, как можно организо-

вать конференцию (Guy Goodwin), улучшить свои коммуникативные навыки и структурировать информацию в презентациях. В течение всей школы можно было постоянно учиться у лекторов мастерству владения аудиторией.

Все участники получили доступ к материалам школы в виде презентаций слайдов, а также получили годовой доступ к материалам сайта Британской ассоциации психофармакологов (British Association of Psychopharmacology, BAP), который содержит много полезных справочных материалов, публикаций, лекций известных профессоров.

Авторы выражают благодарность руководству ECNP, лекторам школы и менеджерам ECNP за превосходную организацию мероприятия, а также своим научным руководителям и персонально профессору П.В. Морозову за предоставленную возможность участия в этом незабываемом мероприятии. ■

Молодых специалистов Республики Татарстан объединил Совет молодых ученых Российского общества психиатров



*К.Ю. Зальмулин
ГБОУ ВПО Казанский медицинский университет Минздрава России; ГАУЗ Республиканская клиническая психиатрическая больница им. акад. В.М. Бехтерева Минздрава Республики Татарстан*

Вопрос увеличения числа региональных отделений Совета молодых ученых Российского общества психиатров (СМУ РОП) стоит в ряду стратегических задач для Общества в рамках работы с молодыми специалистами. В ряде регионов Российской Федерации представительств существует уже десятилетиями, ежегодно присоединяются новые отделения СМУ. Насущная необходи-

мость учреждения представительств в Казани - городе, с которым самым прямым образом связаны имена П.Л. Снежневского, В.М. Бехтерева, С.В. Курашова и многих других выдающихся психиатров, в том числе и наших современников, ставился уже давно. И вот, 12 сентября 2013 г., в рамках I Региональной конференции «Наука как инновационный путь развития молодого специалиста в области психиатрии» состоялось учредительное собрание Казанского отделения СМУ РОП.

На конференцию собрались молодые специалисты ГАУЗ Республиканская клиническая психиатрическая больница им. акад. В.М. Бехтерева Минздрава РТ со всей Республики Татарстан, обучающиеся и руководители профильных кафедр, администрация лечебного учреждения. Открыла конференцию заместитель главного врача по медицинской части Т.В. Гурьянова, адресовав делегатам конференции приветствие руководителя лечебно-профилактического учреждения Ф.Г. Зиганшина и подтвердив готовность администрации всячески содействовать развитию СМУ. Затем слово было предоставлено руководителям и представителям профильных кафедр ГБОУ ВПО Казанский медицинский университет Минздрава России и ГБОУ ДПО Казанская медицинская академия Минздрава России К.К. Яхи-



В зале заседаний проф. В.Д. Менделевич и проф. К.К. Яхин.

ну, А.М. Валеевой, Р.Р. Набиуллиной, В.Д. Менделевичу, Д.Г. Семенихину для представления основных научных направлений в работе кафедр и приглашению к участию в ней молодых специалистов. Отлично, что конференция проходила в обстановке живого, академического диалога.

На конференции также присутствовал заместитель председателя движения молодых ученых и специалистов Республики Татарстан М.А. Мухамедьяров, который представил доклад «Молодежная наука Республики Татарстан: источник государственной и общественной поддержки», наглядно отразив в нем возможности, которые открываются перед научной мо-

лодежью республики. После сообщения «О Совете молодых ученых Российского общества психиатров» состоялась выборная процедура Казанского отделения, где делегаты избрали его председателем автора сообщения и одного из инициаторов проведения конференции К.Ю. Зальмулина, а также сформировали команду руководителей отделения.

Расширение числа региональных отделений СМУ РОП и включение в их число такого значимого региона, как Республика Татарстан, стало большой вехой в развитии Совета, который теперь ждет от «новичков» продуктивной и инициативной работы. ■

Шокирующая тайна Сикстинской капеллы

Микеланджело по праву считается одним из величайших художников и скульпторов итальянского Возрождения, чье имя знакомо практически каждому человеку. В то же время немногим известно, что, как и Леонардо да Винчи, Микеланджело интересовала анатомия. Имеются исторические свидетельства того, что он подкупил флорентийского настоятеля, дабы тот позволил ему изучать человеческие тела в больнице при церкви. Тем не менее позже художник уничтожил практически все анатомические наброски и записи.

Микеланджело занимался росписью Сикстинской капеллы с 1508 по 1512 г. Секция росписи, на которой было замечено «скрытое послание», отмечена на представленном изображении.

Недавно двум американским специалистам по нейроанатомии Йену Саку (Ian Suk) и Рафаэлю Тамарго (Rafael Tamargo) удалось найти доказательства того, что мастер все же мог оставить некоторые материалы, спрятав их в одной из наиболее известных своих работ – росписи Сикстинской капеллы.

Йен Сак и Рафаэль Тамарго являются учеными из Школы медицины при Университете Джонса Хопкинса в Балтиморе. Они утверждают, что спрятанное изображение представляет собой анатомический рисунок позвоночника со спинным мозгом, а также стволовой частью мозга. Спрятанное изображение было найдено в очертаниях Бога, разделяющего свет и тьму и изображенного на самой дальней западной секции.

Рассматривая творение Микеланджело, специалисты заметили на шее и груди Бога очень явные анатомические несоответствия. Странным им показался тот факт, что на других фигурах, изображенных на фреске, ничего подобного не было. Кроме того, в то время как на всех фигурах освещение исходило слева по диагонали, шея Бога была подсвечена под прямым углом. Понимая, что художник не мог допустить подобной оплошности, работая над ключевой фигурой росписи, Сак и Тамарго пришли к выводу, что искажение пропорций было намеренным.

Позже, поняв, что подобные очертания они уже видели на одной из фотографий в университете, они сравнили фрагмент росписи со снимком человеческого мозга.

Впоследствии оказалось, что изображение шеи Бога совпало с фотографией человеческого мозга.

Сак и Тамарго также отметили, что странный изгиб ткани, идущий по центру торса, может скрывать в себе намек на челове-

ческий позвоночник. Новости о находке были представлены в научном журнале «Neurosurgery». В своей статье эксперты предположили, что при помощи скрытого изображения художник хотел

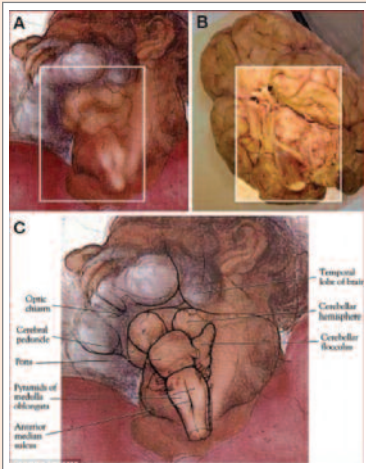
тания мозга увидели именно эксперты по нейроанатомии. Однако стоит также принять во внимание тот факт, что ученые были не первыми, кто заметил скрытые анатомические элементы в рос-

писи. Но проходил век за веком, и только через полтысячелетия замысел Микеланджело нам открылся. Мастер зашифровал в этой фреске мысль о том, что одухотворение было совершено



Микеланджело занимался росписью Сикстинской капеллы с 1508 по 1512 г. Секция росписи, на которой было замечено «скрытое послание», отмечена на представленном изображении.

что-то выразить. Тем не менее они решили не заходить далеко в своих предположениях. Впрочем, их нежелание углубляться в интерпретацию поступка Микеланджело не помешало другим заняться этой темой. В частности, согласно доктору Дугласу Филдсу (Douglas Fields) из Университета Мэриленда сам акт разделения света и тьмы на картине говорит о расколе между художником и церковными кругами. Собственно, о том, что отношения Микеланджело и католической церкви были несколько напряженными, знают многие.



Изображение шеи Бога совпало с фотографией человеческого мозга.

Например, известно, что представители духовенства обвинили Микеланджело в клевете после того, как тот закончил работу над секцией с изображением Страшного суда. Возможно ли, что скрытое изображение стало попыткой художника заявить о своем недоверии к церкви?

Стоит отметить, существует большая вероятность того, что увиденные Саком и Тамарго очертания человеческого мозга могут быть чем-то наподобие пятен в тесте Роршаха. По крайней мере это объяснило бы, почему очер-

писи. В частности, в 1990 г. врач Фрэнк Мешбергер (Frank Meshberger) заявлял о том, что на центральной секции со сценой создания Адама можно видеть изображение человеческого мозга в разрезе.

Итак, что же скрывал Микеланджело, когда расписывал потолок Сикстинской капеллы?

Одной из лучших фресок плафона капеллы является «Сотворение Адама».

Облокотившись на правую руку, на земле полулежит молодое и красивое, но еще не одухотворенное тело первого человека. Летящий в окружении сонма бескрылых ангелов Творец Саваоф протягивает свою десницу к левой руке Адама. Еще мгновение – их пальцы соприкоснутся, тело Адама оживет, обретя душу. Описывая эту фреску, искусствоведы обычно отмечают, что Саваоф и ангелы, объединенные в единое целое, очень удачно вписываются в картину, уравновешивая левую часть фрески. И все.

Однако взглядевшись внимательнее в то, что создал художник, вдруг понимаешь, что Адама оживляет Господь, изображенный не только в виде бородатого старца, окруженного ангелами, но и в образе огромного мозга, повторяющего в деталях строение головного мозга человека.

Это должен понять любой биолог или врач, знающий азы анато-

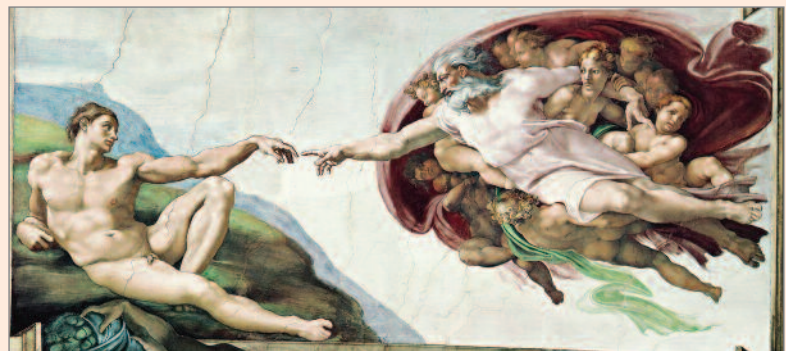
мии. Вышим разумом. Почему же Микеланджело при жизни даже не намекнул своим современникам, что он на самом деле изобразил? Объяснение напрашивается само собой.



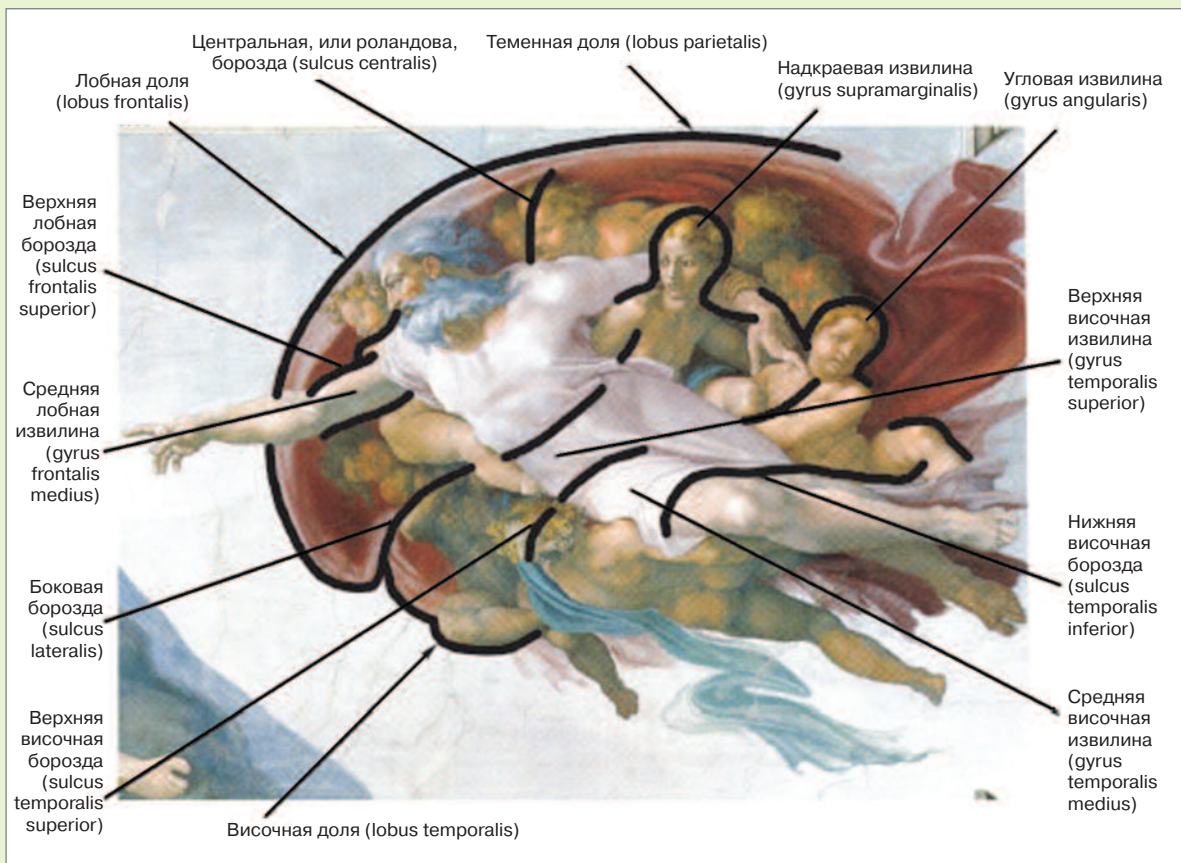
Секция с изображением Страшного суда.

Строение мозга художник мог изучить, только вскрывая трупы. А за надругательство над мертвым телом во времена Микеланджело полагалась смертная казнь. И если бы 17-летнего Буонарроти поймали, когда он изучал анатомию, тайно вскрывая трупы в покойницкой монастыря Санто-

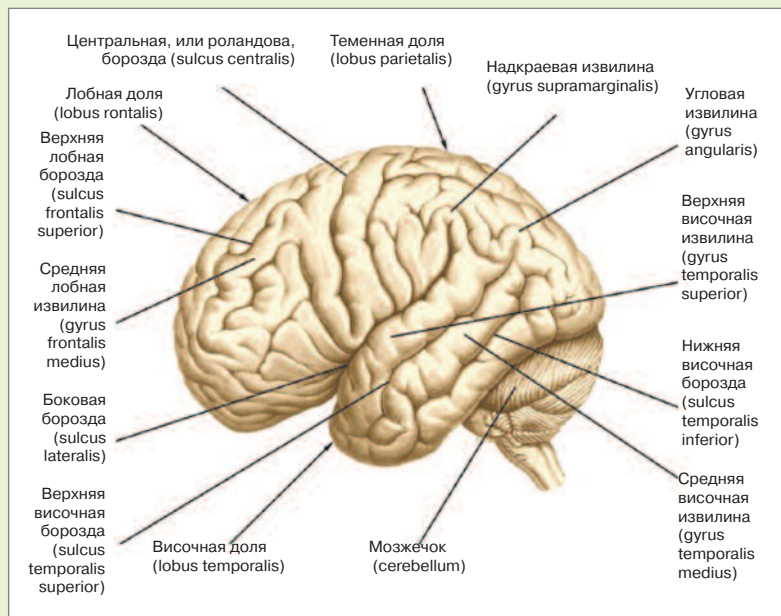
Продолжение на стр. 20



Микеланджело. «Сотворение Адама». Фреска плафона Сикстинской капеллы. 1511 г.



Сравнение фрагмента фрески «Сотворение Адама» с изображением головного мозга человека.



Наружная поверхность человеческого мозга.

Начало на стр. 19

Спирито во Флоренции, то уже на следующий день его собственный труп висел бы в проеме окна на третьем этаже дворца Синьории и мир никогда не увидел бы будущих шедевров Микеланджело. С тех памятных дней 1492 г., когда, препарируя мертвецов и делая анатомические рисунки, художник изучал строение человеческого тела, до создания фрески «Сотворение Адама» на плафоне Сикстинской капеллы (1511 г.) прошло почти 20 лет. Но несмотря на такой большой срок, поражает правильность, с которой Микеланджело изобразил извилины и борозды головного мозга человека.

Впервые сходство фрески «Сотворение Адама» с головным моз-

гом человека заметил американский врач Фрэнк Мешбергер в 1990 г. Но он пришел к выводу, что великий мастер изобразил внутреннее строение мозга. Позднее ученым удалось обнаружить, что Микеланджело показал на фреске наружную поверхность мозга и с большой точностью отобразил извилины и борозды.

Легко угадывается боковая борозда, отделяющая лобную долю мозга от височной. Верхняя и нижняя височные борозды ограничивают среднюю височную извилину. Правое плечо Савоафа – это средняя лобная извилина. Профиль одного из ангелов повторяет центральную, или роландову, борозду, являющуюся границей между лобной и теменной долями мозга. И наконец, го-

ловы двух ангелов за спиной Создателя – это не что иное, как надкраевая и угловая извилины. Кроме того, понятно, почему Микеланджело не изобразил мозжечок. Дело в том, что художник не знал о существовании выроста твердой мозговой оболочки (так называемого намента мозжечка),



Микеланджело. «Кумская Сивилла». Фреска на плафоне Сикстинской капеллы. 1510 г.

который вклинивается между большим мозгом и мозжечком. Поэтому, когда при вскрытии Микеланджело вынимал мозг из черепной коробки, он разрушал мозжечок. Эту же ошибку часто совершают студенты-медики при первых своих вскрытиях трупов.

Слишком много совпадений в деталях фрески с извилинами и бороздами мозга не могут быть объяснены простыми случайностями.

Но и это еще не все. Микеланджело очень любил изображать обнаженную человеческую натуру. При этом он отдавал явное предпочтение красоте мужского тела. Американский писатель Ирвинг Стоун, написавший замечательный биографический роман о Микеланджело, вкладывает в его уста такие слова: «Я считаю, что вся красота, вся телесная мощь заключена в мужчине. Погляди на него, когда он в движении, когда он прыгает, борется, кидает копьё, пашет, вздымает ношу: вся мускулатура, все сочленения, принимающие на себя натуру и тяжесть, распределены у него с необыкновенной соразмерностью. А что касается женщины, то, на мой взгляд, она может быть прекрасной и волнующей только в состоянии абсолютного покоя». Когда художник изображает женщин, он и у них часто рисует мужскую мускулатуру. Достаточно взглянуть хотя бы на Кумскую сивиллу в Сикстинской капелле. ■

Клиническое применение знаний о нейробиологических нарушениях при депрессии



О.Карпенко, МНИИП

В рамках 26-го Конгресса Европейской коллегии нейропсихофармакологии (ECNP), проходившем в октябре 2013 г. в Барселоне, компания «Сервье» организовала обучающий модуль «Головной мозг и депрессия: клиническое применение знаний о нейробиологических нарушениях при депрессии». В модуле было представлено три доклада ведущих специалистов в области нейробиологии депрессии.



Кэттерин Хармер

Первый доклад Кэттерин Хармер (S.Harmer) назывался «Клинические проявления нарушения формирования эмоций при депрессии». К.Хармер является главой Лаборатории психофармакологии и исследования эмоций в отделении психиатрии в Оксфорде. Исследовательские интересы К.Хармер посвящены поиску психологических механизмов действия антидепрессантов. Среди задач лаборатории – изучение нейробиологических механизмов переработки эмоций, создание модели действия антидепрессантов, а также разработка новых нелекарственных методов оценки эффективности антидепрессантов. Доклад К.Хармер был посвящен находкам лаборатории.

Основой психологической модели депрессии является представление об ошибках восприятия, что влияет на формирование и переработку негативных эмоций. В исследованиях доктора Хармер было показано, что уже на ранних стадиях лечения благодаря повышению уровня серотонина антидепрессанты могут влиять на «эмоциональные ошибки», а следовательно, и улучшать настроение [1]. Для оценки восприя-

тия негативных или позитивных эмоциональных стимулов в лаборатории доктора Хармер применяются следующие тесты: тест на распознавание выражений лица (facial expression recognition), воспоминание аффективно заряженных слов (memory for affect-laden words) и тест на эмоциональное потенцирование стартовой реакции¹ (emotion-potentiated startle response).

Известно, что при депрессии возникают ошибки восприятия: пациенты склонны лучше распознавать негативные эмоции на лицах, нежели позитивные, они лучше вспоминают стимулы, связанные с отрицательными эмоциями. Но могут ли антидепрессанты повлиять на эмоциональное восприятие?

Группа ученых из Оксфорда под руководством профессора Guy Goodwin провела исследование на 42 здоровых добровольцах. Волонтеры были рандомизированы на 3 группы, участники в течение 7 дней принимали циталопрам в дозе 20 мг, ребоксетин – 8 мг/сут либо плацебо. В эксперименте было показано, что в течение 7 дней после начала приема антидепрессантов у здоровых волонтеров изменилось восприятие негативных эмоций. В тесте на восприятие эмоций на лицах в группе циталопрама и ребоксети-

санта повлиять на эмоциональное восприятие?

Группа ученых из Оксфорда под руководством профессора Guy Goodwin провела исследование на 42 здоровых добровольцах. Волонтеры были рандомизированы на 3 группы, участники в течение 7 дней принимали циталопрам в дозе 20 мг, ребоксетин – 8 мг/сут либо плацебо. В эксперименте было показано, что в течение 7 дней после начала приема антидепрессантов у здоровых волонтеров изменилось восприятие негативных эмоций. В тесте на восприятие эмоций на лицах в группе циталопрама и ребоксети-

Продолжение на стр. 22

Вальдоксан®

Агомелатин

Первый MT₁/MT₂ агонист и 5HT_{2C} антагонист

Улучшение сегодня,^{1,2}
выздоровление завтра³

12-я неделя

24-я неделя

6-я неделя

1-я неделя



Лечение большого депрессивного расстройства

Состав: Вальдоксан® 25 мг: одна таблетка содержит агомелатин 25 мг. В качестве наполнителя содержит лактозу. **Показания к применению:** Лечение большого депрессивного расстройства у взрослых. **Свойства:** Агомелатин – агонист митохондрических рецепторов MT₁ и MT₂ и антагонист серотониновых 5-HT_{2C} рецепторов. Агомелатин представляет собой антидепрессант, активный на моделях с десинхронизацией циркадных ритмов, а также в экспериментальных ситуациях тревоги и стресса. Агомелатин усиливает высвобождение дофамина и норадреналина, в особенности в области префронтальной коры головного мозга и не влияет на концентрацию внеклеточного серотонина. **Способ применения и дозы:** Внутрь. Рекомендуемая суточная доза – 25 мг однократно вечером. При отсутствии клинической динамики после двухнедельного лечения доза может быть увеличена до 50 мг однократно вечером. **Рекомендуется контролировать функцию печени в начале терапии и затем периодически, через 3 недели, через 6 недель, 12 недель и 24 недели после начала терапии, и в дальнейшем в соответствии с клинической ситуацией. При увеличении дозы следует контролировать функцию печени с той же частотой, что и в начале применения препарата. Лекарственная терапия депрессии должна проводиться по крайней мере, в течение 6 месяцев для полного прекращения симптомов. Противопоказания:** Повышенная чувствительность к агомелатину или любому из вспомогательных веществ препарата. Печеночная недостаточность. Одновременное применение мощных ингибиторов изофермента CYP1A2 (таких как флувоксамин, ципрофлоксацин), детский возраст до 18 лет. **Особые указания:** Сообщалось о случаях поражения печени (включая печеночную недостаточность, повышение уровня печеночных ферментов более чем в 10 раз относительно верхней границы нормы, гепатит и желтуху) у пациентов, принимавших Вальдоксан®. При повышении активности трансаминаз в сыворотке крови следует провести повторное лечение Вальдоксан® пациентам с повышенной активностью трансаминаз до начала терапии (выше верхней границы нормы, но не более чем в 3 раза относительно верхней границы нормы). Следует соблюдать осторожность при назначении препарата Вальдоксан® пациентам с факторами риска развития нарушений функции печени, такими как ожирение/избыточная масса тела/неалкогольный жировой гепатоз, сахарный диабет, употребление алкоголя в значительных количествах или прием препаратов, способных вызывать нарушение функции печени. Пациенты пожилого возраста: при назначении препарата пациентам пожилого возраста следует соблюдать осторожность. Пациенты с почечной недостаточностью: следует соблюдать осторожность. **Биполярное расстройство/манья/гипомания:** Следует соблюдать осторожность. При появлении симптомов манья следует прекратить прием препарата. **Синдром/синдромальное поведение:** В период лечения пациентами, особенно относящимися к группе риска, должны находиться под пристальным медицинским наблюдением, особенно в начале терапии и при изменении дозы препарата. **Совместное применение с ингибиторами изофермента CYP1A2:** Следует соблюдать осторожность при одновременном применении агомелатина с умеренными ингибиторами изофермента CYP1A2. **Взаимодействие с другими лекарственными средствами и другие виды взаимодействия:** Противопоказано: одновременное применение агомелатина и сильных ингибиторов изофермента CYP1A2. **Не рекомендовано:** алкоголь. **Беременность:** следует соблюдать осторожность. **Период кормления грудью:** если лечение агомелатином необходимо, грудное вскармливание следует прекратить. **Влияние на способность управлять автомобилем и выполнять работу, требующую высокой скорости психомоторных реакций:** Исследования по изучению влияния препарата Вальдоксан® на способность управлять автомобилем и другими механизмами не проводилось. Следует помнить о том, что головноекружение и сонливость – частые побочные эффекты агомелатина. **Побочное действие:** Частот: головная боль, головноекружение, сонливость, бессонница, мигрень тошнота, диарея, запор, боль в животе, рвота, повышение активности АЛТ и/или АСТ, потливость, боль в спине, утомляемость, тревога. **Нечасто:** парестезия экзема, кожный зуд, нечеткое зрение, ажитация и связанные с ним симптомы, такие как раздражительность и беспокойство, агрессивность, ночные кошмары, необычные сновидения. **Редко:** гепатит, повышение активности γ-глутамилтрансферазы, повышение активности щелочной фосфатазы, печеночная недостаточность, желтуха, зрительная сыпь, маниака/гипомания, галлюцинации, увеличение массы тела, снижение массы тела.

Регистрационный номер: ЛСР-000540/08

Полный текст инструкции по медицинскому применению см. в упаковке.

1. Stahl SM, Fava M, Trivedi MH, Caputo A, Shah A, Post A. Agomelatine in the treatment of major depressive disorder: An 8-week, multicenter, randomized, placebo-controlled trial. J Clin Psychiatry. 2010;71(5):616-626. 2. Martinotti G, Sepede G, Di Nicola M, et al. Agomelatine Versus Venlafaxine XR in the Treatment of Anhedonia in Major Depressive Disorder: A Pilot Study. J Clin Psychopharmacol. 2012;32(4):487-491. 3. Demyttenaere K, Corbue E, Hale A, Quera-Salva MA, Picarel-Blanchot F, Kasper S. A pooled analysis of six month comparative efficacy and tolerability in four randomized clinical trials: agomelatine versus escitalopram, luxetiline, and sertraline. CNS Spectr. 2013 [Epub ahead of print].

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



1 таблетка всегда вечером

на снизился уровень распознавания эмоций страха и гнева. А в тесте на эмоциональную память оба антидепрессанта способствовали лучшему воспроизведению эмоционально-позитивных слов. Циталопрам уменьшал выраженность стартовой реакции на картинку с неприятным содержанием. Данная работа была опубликована в «American Journal of Psychiatry» в 2004 г. [2].

Существует гипотеза, что раннее воздействие на переработку эмоций может являться механизмом действия антидепрессантов. Каковы же нейробиологические корреляты ранних эффектов антидепрессантов? В лаборатории доктора Хармер также изучалась реакция миндалины мозга на негативные выражения лиц. При этом антидепрессанты с разными механизмами действия (циталопрам, ребоксетин, мirtазапин) на нейробиологическом уровне действовали одинаково, а именно снижали уровень ответа амигдалы на отрицательные стимулы. При этом в группе циталопрама данный эффект отмечался сразу после начала приема препарата.

Но распространяется ли это все на пациентов с депрессией? Было проведено двойное слепое рандомизированное исследование, в котором пациенты, страдающие острой депрессией, в течение 7 дней получали 10 мг эсциталопрама или плацебо, в группу сравнения привлекались здоровые добровольцы. До приема препаратов проводилось фМРТ, в ходе которого регистрировался ответ миндалины на эмоции страха и радости на лицах. У пациентов с депрессией, как и ожидалось, наблюдался более выраженный ответ миндалины на негативные эмоции, но через 7 дней после приема эсциталопрама реакция миндалины мозга нормализовалась.

Таким образом, процесс обработки эмоций меняется под воздействием антидепрессантов.

Но остается один из основных практических вопросов: может ли данный эффект являться предиктором ответа на лечение? В ряде исследований, в которых пациенты с депрессией принимали ребоксетин и циталопрам в течение 6 нед, у респондеров уже на ранних стадиях лечения отмечались изменения в обработке эмоций на нейробиологическом уровне. Выяснилось, что только у респондеров на ранних стадиях лечения снижалась реакция миндалины на негативные эмоции на лицах. Таким образом, изменения восприятия эмоций наблюдаются на ранних стадиях лечения и могут являться предиктором ответа на лечение.

Одной из задач лаборатории доктора Хармер является изуче-

ние действия новых антидепрессантов с помощью описанных методов оценки восприятия и переработки эмоций. Такому исследованию подвергся и агомелатин. Здоровые добровольцы были рандомизированы для получения агомелатина либо плацебо на протяжении 7 дней. На 8-й день проводилась оценка переработки эмоций. В ходе исследования выяснилось, что 25 мг агомелатина специфическим образом уменьшали восприятие выражения печали на лицах. В тесте на воспроизведение слов в группе агомелатина выявлялось улучшение запоминания слов с позитивным смыслом, а также снижался стартовый рефлекс.

Таким образом, эффект агомелатина на эмоциональное восприятие был сопоставим с действием других антидепрессантов. Специфическое влияние агомелатина на восприятие эмоции печали/тоски может говорить о более специфичном действии препарата по сравнению с селективными ингибиторами обратного захвата серотонина. Оценка ранних изменений эмоционального восприятия может пролить свет на механизм действия как традиционных, так и новых антидепрессантов. Описанные методы оценки формирования эмоций можно использовать для ранней диагностики ответа на антидепрессанты, а также для оценки эффективности новых антидепрессантов.



Филипп Фоссати

Второй доклад – «Влияние антидепрессантов на головной мозг» – представил французский исследователь Филипп Фоссати (Philippe Fossati), он работает в больнице Сальпетриер в Париже. В его научные интересы входит исследование самовосприятия через изучение автобиографической памяти и нарушения самовосприятия при эмоциональных расстройствах. Влиянию антидепрессантов на структуру мозга, ответственные за восприятие себя и других, и был посвящен его доклад.

Известно, что при депрессии восприятие человеком самого себя меняется. На это могут указывать такие классические симптомы, как идеи вины и малоценности, кроме того, для депрессии характерна повышенная фокусировка на себе и социальная отгороженность. В своем докладе доктор Фоссати отметил, что люди в депрессии склонны воспринимать на свой счет любые внешние стимулы. Патологическое же восприятие себя можно разделить на количественное (фокусировка на оценке себя, что может проявляться руминациями, идеями самообвинения) и качественное, которое проявляется в изменении абстрактного мышления (активизация схемы, связанной с потерями и отвержением). Иллюстрацией этого могут служить результаты исследований восприятия изображений людей у пациентов с депрессией по сравнению со здоровыми добровольцами.

У пациентов с депрессией отмечается сосредоточенность на изображениях одиноких людей, тогда как здоровые больше реагируют на изображение группы людей. Также доктором Фоссати были представлены результаты двойного слепого рандомизированного исследования влияния агомелатина на процессы восприятия себя и окружающих у пациентов с депрессией при использовании данных магнитно-резонансной томографии (фМРТ). Участники были разделены на 3 группы: пациенты с депрессией, получающие плацебо (n=12) или 25 мг агомелатина (n=13), и здоровые добровольцы, получающие плацебо (n=14). Оценка изменений проводилась на 7-й день исследования и через 6–7 нед.

На 7-й день исследования в группе агомелатина отмечалось снижение реактивности миндалины мозга на негативные стимулы. Кроме того, отмечалось изменение активности вентролатеральной префронтальной коры справа. Вентролатеральная префронтальная кора отвечает за фокусировку визуального внимания на значимых объектах, запоминание лиц и сложных визуальных сцен, запоминание и формирование связи между объектами, а также конфигурации ассоциативных связей между визуальными образами и реакцией на них. На 7-й (56%) неделе приема препарата у респондеров отмечались уменьшение активности в дорсолатеральной префронтальной коре справа² и увеличение активности в вентральной части поясной извилины³. При этом ранние изменения в области вентролатеральной префронтальной коры коррелировали с более поздними (7-я неделя) изменениями в вентральной части поясной извилины.

Таким образом, агомелатин на ранних стадиях лечения оказывает влияние на миндалину и вентролатеральную часть префронтальной извилины мозга, а поздние изменения отмечаются в дорсолатеральной части префронтальной извилины и вентральной части передней поясной извилины. Мишени влияния агомелатина могут указывать на положительное влияние препарата на социализацию пациентов с депрессией.



Горан Хайак

Третий доклад – «Восстановление нормальной эмоциональности и улучшение функционирования: клинические аспекты» – представил немецкий профессор Goran Hajak. Доктор Hajak занимается изучением нейропсихиатрической основы аффективных, соматоформных расстройств, нарушений сна, механизмов нейропластичности и связей внутри мозга. В своем докладе доктор Hajak осветил проблему нарушения социального функционирования при депрессии и его восстановления во время лечения.

В работе Sheline и соавт. [3] показано, что на фМРТ в состоянии покоя у пациентов с депрессией отмечается увеличение количества связей между разными структурами мозга по сравнению со здоровыми. Это приводит к сложностям в дифференциации процессов переработки эмоций и процессов переработки двигательных, визуальных, лингвистических стимулов, таким образом, сложности сегрегации приводят к взаимосвязи аффективных нарушений с опытом, когнитивной и поведением.

Каким же образом антидепрессанты могут повлиять на процесс дифференциации?

В этой связи изучалось влияние агомелатина на разные аспекты восприятия и переработки информации. Агомелатин оказывал влияние на процесс переработки эмоций, что было показано в эксперименте по распознаванию эмоций (лучшее узнавание эмо-

²Правая часть дорсолатеральной префронтальной коры отвечает за социальную адаптацию, подавление эгоистичного поведения и работу в команде, самооценку, контроль ошибок, выработку оптимальных решений или решений, основанных на морали, она связана с рабочей визуальной памятью с функцией сопоставления объектов, коррекции поведения исходя из меняющейся информации.

³Вентральная часть поясной извилины отвечает за выявление ошибок и формирование аффективной реакции фрустрации, формирование самооценки, контроль и регуляцию негативных эмоций.

ции печали). Агомелатин в этом эксперименте был более эффективен, чем эсциталопрам, кроме того, он оказывал более эффективное влияние на восстановление нормальной аффективности. В ходе исследования пациентам предлагалось согласиться или не согласиться со следующими утверждениями: «мои эмоции не такие яркие» и «вещи, которые имели для меня значение раньше, больше не кажутся мне такими важными». После прохождения лечения в группе агомелатина с первой фразой согласились 28% пациентов, а со второй – 16%; в группе эсциталопрама – 60 и 53% соответственно.

Агомелатин более эффективно, чем эсциталопрам, влиял и на улучшение когнитивных функций [4]. В исследовании на сравнение агомелатина и венлафаксина на 8-й неделе лечения агомелатин в большей степени уменьшал ангедонию, чем венлафаксин (ангедо-

ния оценивалась по шкале удовольствия Снайта–Гамильтона – Snaith–Hamilton Pleasure Scale, SHAPS), при этом воздействие агомелатина на ангедонию происходило уже на 1-й неделе лечения [5].

Но влияют ли эти изменения на ежедневную жизнь? По данным разных исследователей, агомелатин оказывал положительное воздействие на показатели работоспособности и активности по шкале депрессии Гамильтона, агомелатин улучшал показатели социального функционирования, оцениваемые по шкале дезадаптации Шихана (Sheehan Disability Scale), и, что особенно важно, улучшение социального функционирования отмечалось и у людей пожилого возраста (65 лет и старше).

Улучшения отмечались и с точки зрения пациентов и клиницистов. Каковы же возможные механизмы получения данных эффектов? Агомелатин является агонистом

MT₁/MT₂-рецепторов и антагонистом 5HT_{2C}-рецепторов, таким образом, он обладает антидепрессивными и противотревожными свойствами, не оказывая при этом влияния на сексуальную функцию. Благодаря антагонизму к 5HT_{2C}-рецепторам он способствует высвобождению норадреналина и дофамина во фронтальной коре головного мозга. Интересно, что агомелатин способствовал изменению хронотипа у пациентов-респондеров с депрессией. Известно, что генетически люди делятся на «сов» и «жаворонков», при этом у «сов» выше риск развития депрессии, в этой популяции чаще диагностируется острая и рекуррентная депрессия. В группе пациентов-респондеров на агомелатин за 8 нед лечения процент «жаворонков» возрос с 28 до 48%.

Итак, агомелатин влияет на ангедонию и способствует ее уменьшению, при приеме агомелатина не отмечается эмоцио-

нального уплощения, что можно наблюдать при приеме других антидепрессантов, а кроме того, он улучшает социальное функционирование. ■

1. Harmer CJ, Goodwin GM, Cowen PJ. Why do antidepressants take so long to work? A cognitive neuropsychological model of antidepressant drug action. *Br J Psychiatr* 2009; 195: 102–8.

2. Harmer et al. Increased positive vs negative affective perception and memory in healthy volunteers following selective serotonin and norepinephrine reuptake inhibition. *Am J Psychiatr* 2004; 161: 1256–63.

3. Sheline et al. Resting-state functional MRI in depression unmasks increased connectivity between networks via the dorsal nexus. *PNAS* 2010; 107 (24): 11020–5.

4. Quera-Salva MA, Hajak G, Philip P et al. Comparison of agomelatine and escitalopram on nighttime sleep and daytime condition and efficacy in major depressive disorder patients. *Int Clin Psychopharmacol* 2011; 26: 252–62.

5. Martinotti G et al. Agomelatine vs venlafaxine XR in the treatment of anhedonia in major depressive disorder: a pilot study. *J Clin Psychopharmacol* 2012; 32 (4): 487–91.

«Я гляжу на фотокарточку...»

Мы продолжаем публикацию старых фотографий из истории кафедры психиатрии ЦОЛИУ врачей. На снимке – один из выпусков курсантов 1961 г. Заведующий кафедрой Андрей Владимирович Снежневский (в центре) в окружении своих коллег и соратников. Рядом с ним (без халата) – В.М.Морозов. Впервые отсутствуют на фотографии Н.Н.Евплова и Г.А.Ротштейн, в последний раз на снимке в рядах кафедры Р.Е.Люстерник (третий слева в первом ряду). Рядом с ним – Виолетта Николаевна Фаворина, справа от нее – Рубен Александрович Наджаров. На правой части фотографии – Александр Сергеевич Тиганов, Татьяна Николаевна Морозова и Николай Георгиевич Шумский. Многих из них мы видим на снимке впервые.

Из числа курсантов узнаваем лишь доктор Приходченко, в ту пору – главный врач психиатрической больницы в городе Липяя (четвертый справа во втором ряду). А кого на снимке узнали Вы? ■



Выпуск курсантов 1961 г. Кафедра психиатрии Центрального ордена Ленина Института усовершенствования врачей.

Страхи знаменитостей

Самые необычные фобии звезд

Мы часто забываем о том, что гости ковровых дорожек – такие же люди, как и все остальные, с простыми человеческими радостями и страхами. Правда, страхи у некоторых знаменитостей бывают настолько необычными, что нам и не снилось!

Удивительно, как Наполеон Бонапарт умудрился покорить пол-Европы, ведь император боялся лошадей, и особенно белых. Подобной фобией страдают и некоторые современные знаменитости, например, Кристен Стюарт. По ее собственному признанию, в 9-летнем возрасте Кристен упала с лошади, сломала руку и с тех пор «ненавидит этих животных».

Ей пришлось собрать в кулак все свое мужество и морально подготовиться к смерти, чтобы сняться в фильме «Белоснежка и охотник», героиня которого много и воинственно скачет верхом.

Страх звезды «Сумерек» перед крупными копытными кажется оправданным, особенно по сравнению с фобией Николь Кидман. Рыжеволосая красотка боится бабочек! В детстве она пролезала под калиткой или перелезала через забор, лишь бы не приближаться к севшей на ворота бабочке. Будучи взрослой, Николь пыталась бороться с фобией, но безуспешно: «Однажды я специально зашла в клетку с бабочками в Аме-



Страхи Бонапарта: лошади и морозы русской зимы.

риканском музее естествознания и даже позволила им сесть на меня. Это не сработало. Я прыгала с парашютом, по мне ползали тараканы, я много чего делала, но все-таки бабочки – это слишком». А вот американской супермодели Тайре Бэнкс удалось победить свою боязнь дельфинов. Некогда Тайра волновалась даже говоря о них, но после того как она поплавала с дельфинами и даже поцеловала одного из них, модель призналась, что вряд ли испугается этих млекопитающих в будущем.

Также известно, что Дэвид Бекхэм не выносит кошек, Орландо

Продолжение на стр. 24



Адриано Челентано

Начало на стр. 23

Блум боится свиней, а Кристина Риччи – акул, из-за чего она даже отказывается плавать в бассейне. Страх перед животными и насекомыми испытывают и многие российские звезды: Филипп Киркоров боится тараканов, Сергей Зверев терпеть не может крыс и мышей, Виктория Бона – пауков, а пародиста Александра Пескова пугают змеи. Эти известные люди вместе со своими страхами даже стали героями выставки «Звездные фобии» фотографа Микеле Чеппи, которая прошла в 2011 г. в Москве.

Жертвы технологий

Некоторым звездам нелегко жить в современном мире, ведь их пугают разные изобретения.

Мужественный и в любом возрасте прекрасный Шон Коннери панически боится светофоров. Ему страшно представить, что произойдет, если зеленый свет внезапно погаснет, пока Шон переходит дорогу. А актер Роджер Мур, наследник Коннери в роли агента 007, испытывает страх перед огнестрельным оружием. Стивен Спилберг старается избегать лифтов и в крайнем случае берет с собой попутчика. Киану Ривз терпеть не может разговаривать по телефону – возможно, из-за боязни потерять голос. Джим Керри одержим страхом камер наблюдения, которые могут тайно следить за ним, поэтому во всех своих гостиничных номерах актер требует снимать абакжур с ночников.



Дженнифер Энистон

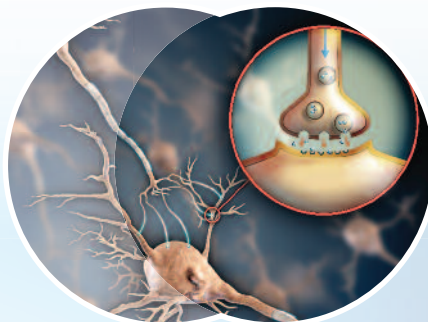
Боязнь самолетов – пожалуй, самая распространенная среди знаменитостей: от нее страдают Дженнифер Энистон, Бен Аффлек и Сильвестр Сталлоне. Однако из-за работы они вынуждены мириться с частыми перелетами. А вот Адриано Челентано не справился со своей аэрофобией. За всю свою жизнь он всего несколько раз путешествовал самолетом, причем одним из таких личных подвигов для итальянского актера стал полет в СССР в 1987 г.

АФОБАЗОЛ®

www.afobazol.ru

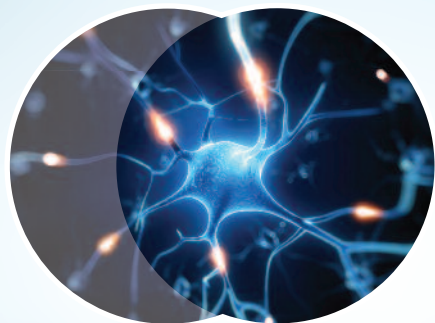
- **выраженное противотревожное,**
- **нейропротекторное и**
- **вегетостабилизирующее действия.**

Афобазол воздействует на σ_1 (сигма) и MT-1,3 (мелатониновые) рецепторы.*



ЭФФЕКТЫ АФОБАЗОЛА, ОПОСРЕДОВАННЫЕ σ_1 (СИГМА)-РЕЦЕПТОРАМИ:*

- ✓ Афобазол запускает сигма-белки - «ремонтный комплект» нейрона
- ✓ Афобазол восстанавливает связывание медиатора торможения - ГАМК с рецепторами
- ✓ Афобазол тормозит избыточное высвобождение Глутамата - медиатора возбуждения



ЭФФЕКТЫ ЛИГАНДОВ МТ (МЕЛАТОНИНОВЫХ) -1,3 РЕЦЕПТОРОВ:*

- ✓ Восстановление циркадных ритмов
- ✓ Формирование поведенческих реакций
- ✓ Регуляция настроения



Данные по Афобазолу получены на основе радиолигандного анализа компанией «Сереп» Франция



ОАО «Фармстандарт», www.pharmstd.ru
ОАО «Фармстандарт-Лексредства»
Пер.уд.: ЛС-000861 от 04.04.11 г.

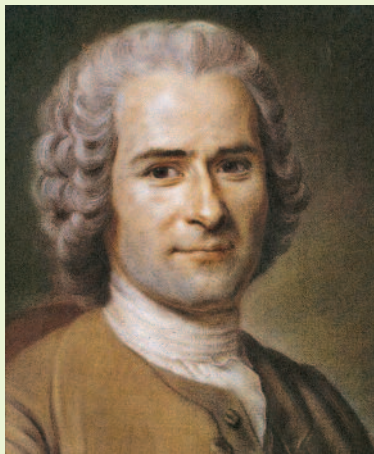
Грязные намерения

Верминофобия – боязнь микробов, бактерий и возможности подхватить какую-нибудь заразу – весьма распространенный страх, в том числе среди знаменитостей. Певица Бейонсе из-за верминофобии ненавидит туалеты и во всех райдерах прописывает многократную чистку уборных. Джулия Робертс в ресторанах требует, чтобы специально для нее продезинфицировали не только посуду, из которой актриса будет есть, но и стул, на котором она будет сидеть. Аналогично поступает и Стивен Сигал, однако со своими приборами в ресторан он ходит не из-за страха перед микробами, а из-за боязни быть отравленным.

Вспомним о тех, кого с нами уже нет, и вовсе не по вине микробов. Например, о Майкле Джексоне, который не расставался с фильтрующей маской. Или о Владимире Маяковском: поэт старался избегать рукопожатий, брался за все дверные ручки с помощью платка, дезинфицировал одежду, всегда возил с собой йод и мыльницу и даже брал в поездки складную ванную. Его современник и коллега по цеху Сергей Есенин боялся сифилиса и милиционеров. Последних, правда, вряд ли можно отнести к микробам.

Страху заболеть, называемому нозофобией, подвержены многие известные люди. Французский философ Жан-Жак Руссо из-за него избегал разговоров и книг о медицине, а также не связывался с докторами. Можно сказать, что этот страх был оправдан невысоким уровнем медицины в XVIII в., хотя врачей опасаются и многие наши современники – например, Роберт Де Ниро, который начинает паниковать при одной мысли о

Информация для медицинских специалистов. Подробную информацию смотрите в инструкции по применению
* Cuevas J. Afobazole modulates neuronal response to ischemia and acidosis via activation of sigma-1 receptors. J Pharmacol Exp Ther. 2011 Oct;339(1):152-60. Saredinin SB. Neuroreceptor mechanisms of the afobazole effect. Exp Klin Farmakol. 2009 Jan-Feb;72(1). Saredinin SB. Interaction of afobazole with sigma-1-receptors. Bull Exp Biol Med. 2009; 148:42-44. Monnet FP. Sigma-1 receptor as regulator of neuronal intracellular Ca2+: clinical and therapeutic relevance. Biol Cell 2005 Dec;97(12):873



Жан-Жак Руссо

«Мерзкие людишки!»

Некоторым знаменитостям понастоящему не повезло, ведь они страдают от общения с окружающими. Конечно, в этом нет ничего плохого, если, как в случае с Леди Гага, фобия удерживает от беспорядочных половых связей. Эпатажная певица воздерживается от секса, так как считает, что неподходящий партнер может испортить ее энергетику. Лучше бы эту фобию испытывал Михаил Врубель! Из-за своего страха перед понравившимися женщинами художник был вынужден пользоваться услугами проституток. Опасные связи довели гения до



Джонни Депп

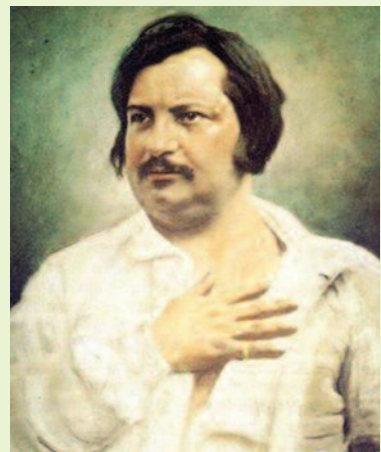
могилы: ослепнув и потеряв рассудок, Врубель умер от сифилиса.

Оноре де Бальзак тоже погиб от любви, а точнее, из-за страха ей поддаться. Французский писатель до ужаса боялся женитьбы и, когда все-таки сделал предложение страстно любимой графине Эвелине Ганской, от волнения заболел. На венчании Бальзак присутствовал, сидя парализованным в кресле, и совсем скоро после этого оставил новобрачную вдовой. На фоне таких трагедий страх перед клоунами, который испытывает Джонни Депп, кажется весьма безобидным. Но, наверное, хуже боязни других людей может быть только страх перед собственным образом. Именно из-за него секс-бомба Памела Андерсон терпеть не может зеркала и всегда переключает канал, если видит по телевизору фильм со своим участием.

Каждому свое

Многие звездные страхи совершенно не поддаются ни классификации, ни разумному объяснению. Но на то они и фобии! Сайентолог Том Круз страшится

конца света и вторжения инопланетян. Джон Траволта боится носить застиранную одежду, поэтому просто выкидывает слегка поношенные вещи и покупает новые. Дэвид Бекхэм ненавидит, когда продукты в холодильнике лежат неровно и всегда старается избавиться от нечетного предмета, будь то третья банка колы или пятое яблоко.



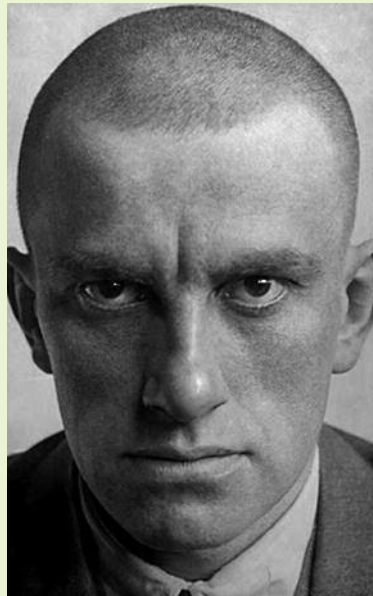
Оноре де Бальзак

Однако от самой необычной фобии страдает американская телеведущая Опра Уинфри. Она боится жевательной резинки и не только запрещает использовать ее участникам своего ток-шоу, но даже может выкинуть тарелку, на которой гость оставил жвачку по незнанию. Правда, столь необычная фобия все же имеет вполне разумное объяснение. Когда Опра была маленькой, бабушка запрещала лазить ей в шкаф за жевательной резинкой, так как боялась, что внучка упадет. Строгий запрет запечатлелся в мозгу Опры Уинфри, но вовсе не в виде страха покалечиться, а в форме чиклефобии – именно так называется страх жевательной резинки. ■



Дэвид Бекхэм

стоматологах. От разновидности нозофобии, а именно от боязни заболеть раком, страдают Анджелина Джولي, Вуди Аллен и Виктория Бекхэм. Жена футболиста и успешный дизайнер из-за канцерофобии даже отказалась от использования автозагара.



*И по камням острым, как глаза ораторов
Красавцы – отцы здоровых томов,
Потащим мордами умных психиатров
И бросим за решетки сумасшедших домов!*

Владимир Маяковский
«Гимн здоровью»

Цитаты

О.Баталина: «Американская психиатрия “докатилась”, признав педофилию сексуальной ориентацией»



Первый заместитель главы думского Комитета по вопросам семьи, женщин и детей Ольга Баталина выразила возмущение ин-

формацией о том, что психиатры в США назвали педофилию разновидностью сексуальной ориентации.

«Вот последняя новость, которая пришла из Америки как раз к Всемирному дню ребенка. Американская психиатрическая ассоциация (АПА) в диагностическом и статистическом описании умственных расстройств признала педофилию сексуальной ориентацией. Надо понимать, что это не просто организация. Это ведущая профессиональная организация психиатров и авторитетный справочник, на основании кото-

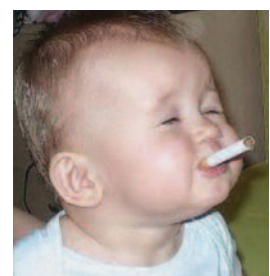
рого медики США ставят диагнозы», – сказала О.Баталина на заседании Госдумы в среду.

По ее словам, «американские психиатры считают, что педофилы могут осуществлять сексуальные действия с детьми с их согласия».

«То есть то, что в России выжигается каленым железом и считается серьезнейшим уголовным преступлением, в отношении которого мы неоднократно ужесточали меры ответственности, теперь в США будет защищаться всеми международными документами, потому что ими не допускается дискриминация по признаку сек-

суальной ориентации. Ну, что называется, докатились», – заявила О.Баталина.

P.S. АПА признала оценку педофилии «ошибкой». ■



И это – в день ребенка!

Общественное здравоохранение и стратегии улучшения приверженности лечению психотических расстройств (реферат)



Саид Фарук
Стаффордширский
университет, факультет
последипломного образования,
Вулверхэмптон,
Великобритания; Медицинский
институт, Пешавар, Пакистан

Повышение эффективности соблюдения приверженности терапии может иметь значительно большее влияние на здоровье населения, чем любое улучшение конкретного медицинского лечения. Тем не менее литература по вопросам приверженности лечению в области психического здоровья является слишком узкой темой пациента и факторов, связанных с терапией. Структурные барьеры для соблюдения приверженности, как правило, упускаются из виду. Я полагаю, что необходимо принять меры для решения двух важных вопросов системы здравоохранения, связанных со следующими факторами:

- а) обеспечение доступа к лечению около 40 млн людей, страдающих шизофренией и живущих в странах с низким и средним уровнем дохода – НСУД (по данным Всемирного Банка, Россия относится к странам со средним уровнем дохода. – Прим. ред.);
- б) улучшение качества терапии путем реализации научно обоснованных рекомендаций для лечения шизофрении. Случаев неэффективного лечения шизофрении, по оценкам экспертов, насчитывается до 70–90% в странах НСУД, где средняя продолжительность нелеченного психоза (СПНП) в первом эпизоде доходит до 125,0 нед. Хроническая нищета в этих странах, по-видимому, связана с плохим доступом к лечению и отсутствием приверженности, кроме, возможно, наиболее острых эпизодов. В исследовании, в котором изучалась средняя продолжительность нелеченного психоза, было показано, что в странах НСУД дополнительные расходы, измеряемые в тысячах долларов на душу населения, повлияли на снижение СПНП до 10 нед. Стратегии общественного здравоохранения, которые обеспечивают свободный доступ к лекарственным препаратам, были

успешно реализованы и в других областях медицины. При туберкулезе, например, частичное соблюдение приверженности более опасно, чем отсутствие лечения вообще, поскольку частичная приверженность может привести к возникновению лекарственной резистентности. Это означает, что после того, как началось лечение, оно должно быть обязательно завершено. Таким образом, программы борьбы с туберкулезом по всему миру приняли стратегию под названием DOTS (Directly Observed Treatment Short course – короткий курс лечения под непосредственным наблюдением). Двумя важнейшими элементами этой стратегии являются:

- 1) регулярные бесперебойные поставки всех необходимых противотуберкулезных препаратов при поддержке программы приверженности правительством;
- 2) стандартизированные схемы лечения проводят под наблюдением.

Программы DOTS значительно снизили несоблюдение приверженности лечению в большинстве развивающихся стран и считаются одним из наиболее экономически эффективных вмешательств для поддержания здоровья населения. Такие программы не только были реализованы для заболеваний с высоким уровнем смертности, таких как туберкулез и ВИЧ, но и для неинфекционных заболеваний, таких как сахарный диабет. Мы считаем, что должны быть мобилизованы все возможности для создания глобального фонда в целях поставки бесплатных лекарств, необходимых на начальном, двухлетнем этапе течения шизофрении (препараты пролонгированного действия). Это помогло бы преодолеть несоблюдение лечения во время этого «критического периода» в ходе болезни, который является точным предиктором долгосрочных результатов или наступления инвалидности.

Такой подход должен быть осуществлен при реализации DOTS – подобных программ в области психического здоровья. **Ключевыми элементами в контроле и наблюдении за приемом лекарств являются отношение близких родственников и членов семьи больного, которые уже знакомы с проблемами, возникающими при терапии шизофрении. Проверка данной концепции показала, что пациенты, получающие лечение по программе STOPS (Supervised Treatment for Schizophrenia in Outpatients – терапия шизофре-**

нии под наблюдением врача у амбулаторных больных), продемонстрировали значительно лучшую приверженность терапии по сравнению с обычным лечением ($p < 0,02$) и показали значительно лучшие результаты катamnестического наблюдения с точки зрения симптоматики и социального функционирования больных в период годичного наблюдения.

Ухудшение симптомов при психотических расстройствах часто рассматривается как следствие низкой приверженности лечению, но есть убедительные доказательства, что преждевременное прекращение лечения происходит часто лишь из-за плохого контроля состояния пациента. В одном исследовании сообщалось, что прекращение лечения из-за недостаточного контроля симптоматики происходит в 3 раза чаще, чем в связи с прекращением лечения вследствие непереносимости лекарств. Постоянные депрессии и плохой ответ на лечение были признаны независимым предиктором низкой приверженности терапии в первом эпизоде психоза у пациентов. Современные методы лечения имеют известные ограничения в управлении психотической симптоматикой.

Однако данные показывают, что несоблюдение принципов приверженности терапии лечащими врачами может являться одной из главных причин недостаточного контроля за симптоматикой даже в лучших лечебных центрах. Исследование в многопрофильной больнице 508 человек в Германии показало, что среди больных с постоянной психотической симптоматикой 73% пациентов не получали достаточно эффективного лечения современными антипсихотиками и около 58% из тех, у которых наблюдались депрессивные симптомы, не получали адекватной терапии в соответствии с руководящими принципами ведения больных. Пациентов с более тяжелым психотическим состоянием не лечат в соответствии со стандартами с еще более высокой вероятностью. Насколько эта бедная приверженность лечению и несоблюдение стандартов терапии способствуют плохому состоянию пациентов, неизвестно доподлинно никому в настоящее время. Тем не менее врачам необходимо развивать понимание их практики назначения современных антипсихотиков и препаратов пролонгированного действия, в частности, настолько же, насколько пациентам желательнее следовать их советам.

В фармакологическом лечении шизофрении наблюдается определенная стагнация уже в течение нескольких десятилетий. Оптимизация приверженности лечению может гарантировать, что существующие современные методы терапии используются наиболее эффективным способом. Ведь принимать лекарства непрерывно в течение многих лет, неся на себе возможное бремя побочных эффектов и самой болезни, которая в свою очередь сопровождается стигматизацией и инвалидностью, не так просто. Необходим государственный подход с позиций общественного здравоохранения, в котором приверженность терапии рассматривается как проблема системы здравоохранения и присутствуют более широкие экономические рычаги, а не только проблемы отдельных пациентов, которые отказываются принимать лекарства из-за отсутствия взаимопонимания с врачом и окружающими. ■

Литература

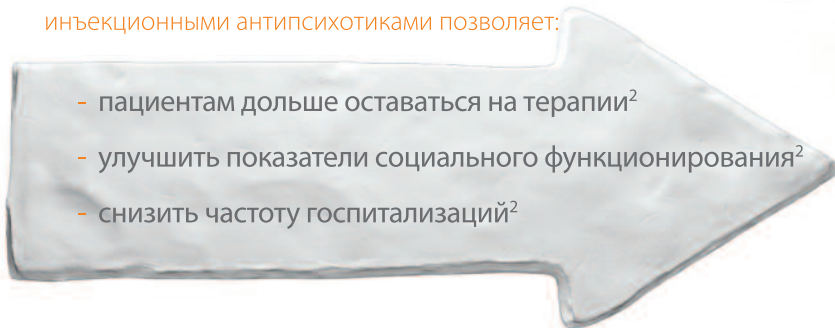
1. Kendell RE, Cooper JE, Gourlay AJ et al. Diagnostic criteria of American and British psychiatrists. *Arch Gen Psychiatry* 1971; 25: 123–30.
2. Rosenhan DL. On being sane in insane places. *Science* 1973; 179: 250–8.
3. Batsira L, Hadders-Algra M, Nieweg EH et al. Child emotional and behavioral problems: reducing overdiagnosis without risking undertreatment. *Dev Med Child Neurol* 2012; 54: 492–4.
4. Kessler RC, Berglund P, Demler O et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 6: 593–602.
5. de Graaf R, ten Have M, van Gool C et al. Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012; 47: 203–13.
6. Moffitt TE, Caspi A, Taylor A et al. How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment. *Psychol Med* 2010; 40: 899–909.
7. Copeland W, Shabanava L, Costello EJ et al. Cumulative prevalence of psychiatric disorders by young adulthood: a prospective cohort analysis from the Great Smokey Mountains Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011; 50: 252–61.
8. Medco Health Solutions Inc. America's state of mind. www.medco.com
9. IMS Institute for Healthcare Informatics. The use of medicines in the United States: review of 2011. www.imshealth.com
10. Mark TL, Levit KR, Buck JA. Datapoints: psychotropic drug prescriptions by medical specialty. *Psychiatr Serv* 2009; 60: 1167.
11. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO World Mental Health Surveys. *Lancet* 2007; 370: 841–50.
12. Fuller Torrey E. *Out of the shadows: confronting America's mental illness crisis*. New York: Wiley, 1997.
13. Leucht S, Hierl S, Kissling W et al. Putting the efficacy of psychiatric and general medicine medication into perspective: review of meta-analyses. *Br J Psychiatry* 2012; 200: 97–106.

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 месяц³** – помогает контролировать основные симптомы заболевания^{4,6}, снижает риск рецидива⁴ и дает Вашим пациентам шанс сохранить свое будущее

Реклама

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: ЛСП - 009014/10

Хуана I (1479–1555)

Какие только диагнозы не приписывают несчастной Хуане I, королеве средневекового государства Кастилия (ныне часть Испании): и шизофрения, и хроническая депрессия, и некрофилия, и агорафобия, и многие другие. У безумной Хуаны была трагическая судьба: в детстве она была замкнутым ребенком, предпочитала играть в одиночестве, подальше от двух сестер и брата, однако в 17 лет Хуану по политическим соображениям выдали замуж за герцога Бургундии Филиппа I Красивого.

К 21 году у Хуаны было уже двое детей, она страстно любила и страшно ревновала супруга: у Филиппа было множество любовниц, королева знала об этом и часто устраивала мужу сцены рев-

ности (однажды даже остригла волосы одной из его фавориток).

Чтобы «уберечь» себя от истерик, Филипп начал избегать жену, из-за чего у нее все чаще случались нервные припадки – Хуана ночами напролет кричала и билась о стены. Усугубила ситуацию череда загадочных смертей: сначала скончался брат королевы Хуан Астурийский, затем мать Изабелла Кастильская, а потом и муж, ставший на этот момент регентом Хуаны, признанной невменяемой.

Несчастливая королева действительно безумно любила супруга, кроме того, носила под сердцем третьего ребенка, поэтому смерть Филиппа окончательно свела ее с ума: Хуана несколько дней не отходила от покойного, не позволя-

ла хоронить его, запретила при погребении присутствовать женщинам, а затем несколько раз

приказывала вскрыть гробницу, чтобы еще раз взглянуть на истлевающего возлюбленного. ■



Хуана I



Герцог Бургундии Филипп I Красивый

Уголок психотерапевта

Корзина с проблемами, или О пользе простой корзины для бумаг



Мари-Виктуар Шопен,
психолог-психотерапевт

Коротко о себе: дипломированный психолог-психотерапевт, кандидат психологических наук и доктор филологических наук. Работаю в области общей психиатрии, специализируюсь на пограничных состояниях, депрессии, маниакально-депрессивной болезни, тревожных расстройствах, токсикологии. В поле моей деятельности входят семейная терапия, терапия матери и ребенка, а также терапия супружеских пар, в том числе русских эмигрантов. Консультирую профессиональных юристов и супружеские пары, находящиеся в бракоразводном процессе. Также занимаюсь коучингом, направленным на развитие личности, лидерство и развитие семейного бизнеса. Применяю индивидуальную и семейную гипнотерапию. Ряд статей и научных работ о психологических травмах, семейных конфликтах, лечении депрессии. Работаю в Париже.

порой длительный терапевтический процесс.

Для таких случаев можно порекомендовать особое упражнение, которое основано на понятии «скользящего объекта». Скользящий объект – это свободно выбранный объект-посредник, позволяющий построить диалог на уровне метафоры.

Упражнение «Корзина с проблемами» не требует особого материала или подготовки и может применяться при первой же консультации. Для этого вам понадобится корзина (можно и для бумаг), а также камешки-галочки разного размера и, при желании, цвета. Если нет корзины, подойдут холщовый мешок, шляпа или шапка. Камешки можно заменить любыми предметами, которые имеются у вас под рукой, например скромканными листами цветной бумаги.

Как предложить упражнение пациенту?

Вы можете сказать ему (им) следующее: «Иногда бывает непросто объяснить, что в действительности привело вас в мой кабинет. Чтобы помочь вам в этой задаче, я

предлагаю вам своего рода игру. Каждый из присутствующих здесь по очереди возьмет в руки эту корзину и положит в нее то, что он считает самой главной проблемой, самой главной трудностью, с которой столкнулась в настоящий момент ваша семья (ваша супружеская пара). Заметьте, что у этой корзины есть двойное дно и что вы не обязаны говорить все».

Замечание про «двойное дно» и про «право пациента умолчать про те или иные детали его жизни» представляет собой своеобразный джокер: таким образом пациент избегает дискомфорта и возможного давления на себя со стороны родственников или, увы, как это иногда бывает, – терапевта.

Какие цели преследует это упражнение?

Прежде всего это упражнение позволяет наладить настолько доверительный контакт с пациентом(ами), что терапевт начинает восприниматься как член семьи. Вместе с тем методика позволяет соблести индивидуальный ритм каждого пациента, его манеру изложить свои трудности, а также

учесть его защитные реакции. Сама метафора корзины с проблемами – это возможность посмотреть на свои проблемы со стороны, а также особое психическое пространство, где постепенно проявится организующая модель психического функционирования пациента.

Наконец, методика определяет взаимоотношения как партнерство («Чтобы помочь вам, мне нужна ваша помощь»), а также берет в расчет ожидания, опасения, личные побуждения, ресурсы. Динамика взаимоотношений также отражается в упражнении: кто берет корзину, кто и кому ее передает?

Как использовать терапевтический материал, собранный в ходе упражнения?

Для того чтобы полноценно использовать материал, предоставленный в ходе упражнения пациентом, вы можете задать ряд вопросов углубляющего характера. Например:

1. Можете ли вы назвать (указать) тот элемент, который вас тяготит больше всего на данный момент?

2. Какие трудности вы положили в эту корзину и какие из них привели вас на эту консультацию?
3. Есть ли другие трудности, заботы и опасения, которые не дают вам покоя?
4. В какой период вашей жизни эта корзина была для вас особенно тяжелой (или легкой)?
5. Для какого члена семьи эта корзина особенно тяжела?

6. Был ли в вашей жизни момент, когда эта корзина была пустой?
7. Кто может облегчить эту ношу?
8. Что произойдет с вашей семьей, если эта корзина вдруг исчезнет?
9. Есть ли у вашей корзины двойное дно?
10. Если бы вам предложили превратить содержимое этой корзины в предмет, животное или

какой-нибудь образ, что бы это могло быть?
11. Кому вы теперь передадите корзину? И т.д.

И в заключение...

Упражнение представляет собой один из методов ведения клинического собеседования и не должно ни в коем случае являться

самоцелью. Терапевт, ведущий прием, должен проявить клиническое чутье и смекалку, чтобы развить темы, затронутые во время упражнения, и подчеркнуть пользу для пациента. ■

Мари-Виктуар Шопен, психолог-психотерапевт

В последнюю минуту

Психиатрия на побережье



Участники симпозиума.

В начале ноября в отеле «Корнелия Даймонд» в местечке Белек, что неподалеку от турецкого города Анталья, состоялся 5-й Психофармакологический конгресс с международным участием. Организатором этого представительного научного форума явилась Турецкая ассоциация психофармакологии (президент – профессор Mesut Cetin). В работе конгресса приняли участие такие известные ученые, как Brian Leonhard (Ирландия), Norbert Muller (Германия), Сергей Середенин (Россия) и многие др. Представителю Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) по восточноевропейскому региону было предложено организовать симпозиум с участием руководителей национальных обществ, стран, входящих в нашу зону ВПА. Таким образом и был организован симпозиум под названием «Психиатрия и психофармакотерапия на постсоветском пространстве: мост между Европой и Азией».

Модераторами заседания выступили Петр Морозов (Россия) и Haluk Savas (Турция). После вступления, сделанного П.Морозовым, с докладом выступил профессор Сагат Алтынбеков (Казахстан) на тему «Психиатрическая служба Республики Казахстан: задачи и перспективы». О целесо-

вом использовании антипсихотических препаратов в качестве одной из проблем эмоционального выгорания сообщила профессор Татьяна Галако (Кыргызстан). С большим интересом аудитория заслушала доклад профессора Назиры Ходжаевой (Узбекистан) о коррекции астенодинамических состояний в структуре постабстинентных расстройств, который докладчик сделала на английском языке. Президент Азиатской федерации молодых психиатров Дарья Смирнова (Россия) рассказала собравшимся об опыте межрегионального сотрудничества в рамках образовательных и научных проектов для молодых психиатров. Могут ли фармацевтические фирмы поддерживать реформы в области психического здоровья? Такой вопрос поставил перед аудиторией представитель грузинской психиатрии, доктор Георгий Гелейшвили (Грузия). Симпозиум вызвал большой интерес, докладчикам было задано значительное количество вопросов, и дискуссия получилась достаточно оживленной.

Следует отметить прекрасную организацию конгресса, продуктивность научной и культурной программ, активность аудитории и значительное присутствие научной молодежи на заседаниях. ■

Грядущее

Информация о VI Международном конгрессе по психофармакологии

Девиз Конгресса: «От нейронаук – к клинической практике: персонализированная терапия»

Аудитория и цели Конгресса

Психиатры, фармакологи, неврологи и специалисты в области нейронаук.

Секретариат

Организационный комитет Конгресса выбрал агентство «Burkon» по туризму и организации конгрессов как официального провайдера Конгресса. Мы просим Вас обратиться в «Burkon Туризм» с любыми запросами, связанными с Конгрессом.

Научная программа

Как обычно, оргкомитет Конгресса подготовил оригинальную и интересную научную программу 6-го Национального конгресса по психофармакологии с международным участием и 2-го Международного симпозиума по детской и подростковой психофармакологии, организованную

Турецкой ассоциацией психофармакологии.

Сателлитные симпозиумы

Сателлитные симпозиумы будут проходить в течение Конгресса.

Место проведения Конгресса

«Susesi Hotel» – Анталья.

Сроки проведения заседаний

Конгресс состоится 16–20 апреля 2014 г. Рекомендуется резервировать 4 ночи между 16–20 апреля 2014 г. с учетом времени начала заседаний 16 апреля 2014 г.

Язык Конгресса

Официальными языками Конгресса являются английский и турецкий. Турецко-английский и англо-турецкий синхронный перевод будет обеспечен во время сессий Конгресса.
<http://psychopharmacology2014.org/index.php>


Turkish Association for Psychopharmacology

6th International Congress on PSYCHOPHARMACOLOGY

2nd International Symposium on Child and Adolescent Psychopharmacology

April 16th - 20th 2014

Susesi Hotel - ANTALYA / TURKEY



"From Neuroscience to Clinical Practice: Tailoring Treatments"

www.psychopharmacology2014.org

Scientific Secretariat
Recep TUTUNCU, MD
Bağdat St. Veli Güneşyol Apt.
453/3 Suadiye / Istanbul - TURKEY
Phone : +90 216 464 2888
Fax : +90 216 464 5724
E-mail : secretariat@psychopharmacology2014.org

Organizing Secretariat
Gekirge St. No : 51/C
Osmanpaşa / Bursa - TURKEY
Phone : +90 224 233 80 00
Fax : +90 224 233 80 00
E-mail : psychopharmacology2014@burkon.com

Развитие международных контактов молодых психиатров Санкт-Петербурга

*Н.Н.Петрова, Ю.Р.Палкин,
А.А.Спикина, Д.Н.Кучменко,
Ю.А.Яковлева, А.А.Икко
Санкт-Петербург*

Вопросы сотрудничества России и стран Скандинавии всегда представляли интерес для психиатрических сообществ наших стран. В 2012–2013 гг. в рамках непрерывного профессионального образования под эгидой Бехтеревского психиатрического общества членами Совета молодых ученых (СМУ) был организован ряд мероприятий с участием представителей психиатров Финляндии и Швеции.



Посещение ПНД №2.

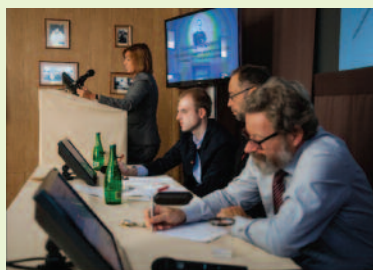
В марте 2012 г. представители Совета молодых ученых из Санкт-Петербурга, Москвы и Самары приняли участие в одном из ежегодных заседаний Секции молодых психиатров Финской психиатрической ассоциации. Программа встречи также включала участие в интерактивном тренинге «Повышение качества последипломного образования в психиатрии». Проводил тренинг заместитель декана Королевского колледжа психиатрии в Лондоне Эндрю Бриттлбэнк. Обсуждались идеи дальнейшего сотрудничества России и финской стороны в рамках совместных научных проектов по проблемам суицидального поведения и его профилактики, модификации системы реабилитационных мероприятий, комплексного лечения алкогольной зависимости и многое другое. Обсуждался вопрос возможности посещения курсов повышения квалификации в ведущих образовательных учреждениях России русскоговорящих психиатров, проживающих на территории Финляндии.

В рамках продолжения русско-финского сотрудничества в мае 2013 г. была проведена совместная российско-финская конференция в Финляндии. Представители СМУ Российского общества психиатров (РОП) приняли участие в программе образовательных мероприятий, включавших лекции и круглые столы на английском языке для молодых специалистов обеих стран, а также в юбилейной конференции, посвя-

щенной столетию Финской психиатрической ассоциации.

Большой интерес вызвали выступления профессоров высшей школы. От регионального отделения РОП – Бехтеревского психиатрического общества Санкт-Петербурга с докладом по вопросам нейровизуализации при биполярных расстройствах выступил профессор, д.м.н. М.В.Иванов. Профессор Jyrki Korkeila рассмотрел глобальные перспективы развития психиатрической службы.

В процессе встречи удалось обсудить вопросы содержания учебной программы и длительности обучения в медицинском вузе, постдипломного образования, трудоустройства, особенности организации практической деятельности психиатров в России и Финляндии. Алексей Павличенко рассказал об организации деятельности СМУ РОП, включая его структуру, основные принципы и цели работы, и подчеркнул актуальность российско-финского сотрудничества. Прозвучали доклады Анны Спикиной и Antti Alaräisänen о возможностях профессионального постдипломного обучения врачей-психиатров, Дарьи Смирновой и Henna Narvaoui о перспективах российско-финского сотрудничества, Алексея Павличенко и Mika Rautanen – о психологических проблемах, с которыми сталкиваются молодые специалисты. Большое внимание привлекла проблема организации работы с медицинской документацией, которая, несмотря на внедрение компьютерного программного обеспечения для ведения истории болезни, назначения лекарственных препаратов, быстрого поиска данных пациентов, использование диктофонных записей, остается актуальной для психиатров обеих стран.



Проф. Н.Н.Петрова делает доклад на тему «Кризисные расстройства».

Стоит отметить, что все выступления проходили в теплой, дружественной обстановке и сопровождались активной дискуссией. В частности, живо обсуждались вопросы организации совместных исследований. Было признано, что для развития профессионального взаимодействия необходимо создание совместного интернет-сообщества и проведение российско-финских симпо-

зиумов. Были определены темы дальнейших совместных проектов, причем наиболее интересными для специалистов обеих стран оказались вопросы реабилитации, суицидологии и терапии аффективных расстройств.

Развитием сотрудничества с психиатрами Швеции стала научно-практическая конференция

ГБУЗ «Психиатрическая больница №7 им. И.П.Павлова» (Клиника неврозов) при активном участии Н.Н.Петровой – Председателя Правления Бехтеревского психиатрического общества, А.Г.Софронова – главного внештатного психиатра Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, Ю.Р.Палкина – глав-



Проф. А.Г.Софронов выступает с докладом «Организация психиатрической помощи в Санкт-Петербурге»

с международным участием в Санкт-Петербурге в сентябре 2013 г. Делегация в составе 15 специалистов из Каролинского Института (Стокгольм) была возглавлена заведующей учебной частью Elin Saagaala и руководителем отделения острой психиатрии Grunilla Svartvil.

Каролинский институт – один из крупнейших в Европе медицинских университетов, основанный в 1810 г. Комитет института выбирает лауреатов Нобелевской премии в области медицины. Клиники института, расположенные в Сольне и Худдинге, служат реализации исследовательских и образовательных задач и образуют академический научный центр здоровья. Это один из крупнейших медицинских центров в Швеции для подготовки кадров и проведения исследований, на которые приходится 30% от стоимости медицинской подготовки и 40% медицинских академических исследований в стране.

Шведские коллеги познакомились с организацией работы психиатрической службы Санкт-Петербурга, в частности, посетили учреждения амбулаторной психиатрической помощи, ознакомились с принципами функционирования отделения реабилитации и дневного стационара, познакомились с условиями пребывания пациентов и работы врачей.

Научно-практическая конференция «Актуальные проблемы современной психиатрии» состоялась в конференц-зале СПб

ного врача СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №7 им. И.П.Павлова», руководителя Санкт-Петербургского отделения СМУ РОП А.А.Спикиной.

Программа конференции была насыщенной и включала доклады по актуальным вопросам как теоретической, так и практической психиатрии обеих стран. Ю.Р.Палкин рассказал о прошлом и настоящем Клиники неврозов. Обсуждались вопросы истории психиатрии и организация психиатрической помощи в разные временные промежутки в России и в Санкт-Петербурге (проф. А.Г.Софронов), теории кризиса и организации помощи лицам с кризисными расстройствами на примере кризисного отделения Клиники неврозов (проф. Н.Н.Петрова, Ю.Р.Палкин), нейровизуализационных исследований префронтальной коры головного мозга (Mikko Skivanioti), аффективных расстройств при рассеянном склерозе (MD, PhD Thomas Masterman), когнитивно-поведенческой психотерапии, перспектив телемедицины и проведения психотерапевтических сессий с помощью Интернета (Johan Skanberg), психотерапии в системе персонализированной реабилитационной программы психически больных (А.Н.Еричев, проф. А.П.Коцюбинский). Проф., руководитель отделения биологической терапии психически больных НИПНИ им. В.М.Бехтерева М.В.Иванов представил результаты исследования биполяр-



В президиуме конференции проф. М.В.Иванов и Thomas Masterman.

ных расстройств с использованием методов нейровизуализации как основы последующей рациональной фармакотерапии. Gunilla Svartvik, руководитель клинического отдела терапии психических расстройств, осветила работу психиатрической клиники Каролинского университета, сделав акцент на психосоциальном подходе к терапии шизофрении. Patrik Molander, MD, рассказал о системе подготовки психиатров в Швеции.

Примером научной актуальности и новизны докладов, прозвучавших на конференции, может служить сообщение проф. Jonas Forsman на тему «Биомаркеры и исследование данных суицидентов». В своем докладе J.Forsman осветил различные теории развития суицидального поведения с

точки зрения нейробиологии, показал роль нарушения метаболизма глюкозы в аутоагрессивном поведении. По данным автора, ИЛ-1 β , вовлеченный в процессы гликемических реакций, был повышен при проведении теста на толерантность к глюкозе у лиц, страдающих пограничным личностным расстройством, а частота больных сахарным диабетом типа 2 среди суицидентов высока. Исследование нарушения метаболизма глюкозы проводилось в патологоанатомическом отделении, определялись уровни глюкозы и лактата в жидкости стекловидного тела глаза. Отмечено, что снижение уровня самоубийств в Швеции не совпадает с периодом широкого применения антидепрессантов группы СИОЗС.

Подводя итоги конференции, было высказано общее мнение о необходимости дальнейшего сотрудничества и организации образовательных мероприятий на регулярной основе, в том числе в формате школ. Было отмечено, что подобные встречи дарят нам интересные знакомства, радость общения, обогащают новым опытом, подталкивают к саморазвитию и совершенствованию в профессиональной сфере. Чрезвычайно полезным нам представляется знакомство с подходами, взглядами и опытом зарубежных коллег. Надеемся, что на основа-

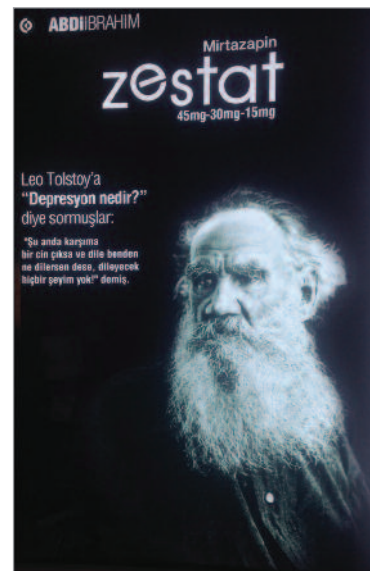
нии накопленной информации нам удастся внести свой вклад в модернизацию системы оказания медицинской помощи людям с психическими расстройствами. Дальнейшие шаги, планируемые в рамках развития международного сотрудничества молодых психиатров Санкт-Петербурга, включают поддержание старых и поиск новых профессиональных контактов по всему миру с целью обмена опытом, организацию со-

вместных научно-практических конференций, школ, научных исследований.

Подводя итог, можно сказать, что мы надеемся, что у нас хватит сил и стремлений, и мы будем достаточно открыты для мирового медицинского сообщества, чтобы познать все удивительное и новое, что есть в нем, и привнести в него все хорошее, что есть в нас. ■

Конкурс Лев Толстой как зеркало психофармакологической революции

Внимание российских участников 5-го Международного психофармакологического конгресса в Анталии привлекла реклама генерика антидепрессанта, производимого одной из местных фирм. В ней использован образ нашего «матерого человечка» – Льва Николаевича Толстого. Не зная текста самой рекламы, мы предлагаем нашим читателям конкурс на самое остроумное объяснение данного необычного факта. Итак, конкурс на лучший рекламный ход по теме «Толстой и терапия депрессии». Победителя ждет приз. ■



В последнюю минуту

Эпигенетика: фобии по наследству

Как показали проведенные на животных исследования, события, имевшие место в жизни предыдущих поколений, могут накладывать отпечаток на поведение потомков, передаваясь посредством своего рода генетической памяти.

Эксперименты показали, что травмирующие события в жизни, судя по всему, изменяют активность генов путем химической модификации ДНК в сперме, и это вносит изменения в работу мозга и поведение последующих поколений.

В опубликованном в «Nature Neurosciences» докладе Брайана Диаса и Керри Ресслер из Медицинского центра Университета Эмори в Атланте говорится, что мыши, приученные бояться определенного запаха, передают эту боязнь своим детям и внукам.

По словам экспертов, это открытие очень важно для исследований в области возникновения страхов и фобий.

В рамках проведенного эксперимента мышей научили бояться запаха определенного вещества – ацетофенона, пахнущего цветущей черемухой. Животных били

током, сопровождая это всякий раз данным запахом, пока не приучили обращаться в бегство от одного только запаха.

Затем исследователи изучили состав спермы этих мышей и обнаружили, что участок ДНК, где расположен ген рецептора Olf151, чувствительный к запаху черемухи, метилирован у детей и внуков «напуганных» самцов. Это означает, что ген усиленно работает и, соответственно, в усиленном режиме работает обонятельный рецептор, воспринимающий этот запах.

Метилирование гена, в зависимости от степени, ослабляет или вовсе прекращает его экспрессию – синтез белка, включающий две последующих стадии, транскрипцию и трансляцию.

От отца к сыну

Для чистоты эксперимента ученые исключили всякий контакт «напуганных» мышей с их потомством. Тем не менее их дети и «внуки», никогда не встречавшие своих родителей, обладали повышенной чувствительностью к запаху ацетофенона и пытались

спрятаться от него, хотя их самих никто никогда не пугал.

Исследователи также обнаружили изменения в структуре мозга «напуганных» самцов.

«Жизненный опыт родителя, даже до зачатия, значительно влияет на структуру и функцию нервной системы последующих поколений», – резюмируют в своем докладе ученые.

Результаты исследования подтверждают теорию «эпигенетического наследования», согласно которой окружающая среда может влиять на структуру генов, и эти изменения в свою очередь передаются последующим поколениям.

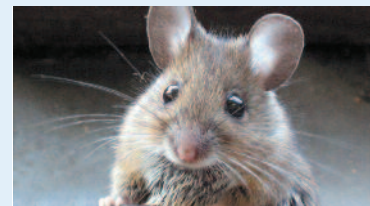
«Это может быть одним из механизмов, посредством которого потомки несут на себе отпечаток своих предшественников», – объяснил Би-би-си один из авторов исследования, доктор Брайан Диас.

Профессор Маркус Пембри из Университетского колледжа Лондона говорит, что результаты этого исследования очень важны для ученых, занимающихся посттравматическим стрессом и страхами, и что они представляют исчерпывающие свидетельства того, что

определенная форма памяти может передаваться из поколения в поколение.

«Подозреваю, что мы, вероятно, никогда не сможем понять причин повышения уровня невропсихиатрических расстройств, как, например, ожирение или диабет, если не будем принимать во внимание опыт предыдущих поколений», – сказал профессор Пембри.

Как полагают ученые, в их эксперименте с запахом черемухи



Мыши-дети боялись того же, что их отцы и деды, даже если никогда не «общались» с ними.

либо какая-то его часть попала в кровь животных, что отразилось на производстве спермы, либо в сперму из мозга поступил сигнал, изменивший ДНК.

Согласно этому исследованию наследственная память передается только по мужской линии, от самцов, поскольку изменения ДНК касаются сперматозоидов, но не затрагивают яйцеклетки. ■

Прошлое, настоящее и будущее диагноза в психиатрии



А.Фрэнсис (A.Francis)
Факультет психиатрии
Университета Дюка, США

Современная описательная психиатрия возникла 2 века назад в классификации Пинеля, затем была систематизирована в учебнике Крепелина, после чего Фрейд дополнил ее описанием амбулаторных больных, в то время наблюдавшихся у неврологов. Расцвет наук о мозге также пришелся на вторую половину XIX в., и в течение последних 30 лет наблюдается очередной прорыв в этой области знаний. Но, к сожалению, до настоящего времени стремление объяснить психиатриологию, используя достижения нейронаук, не оказало влияния на диагностический и лечебный процесс в психиатрии. По сравнению с другими медицинскими специальностями в клиническую психиатрию намного сложнее внедрять результаты фундаментальных исследований, поскольку мозг человека является самой сложной структурой в известной нам Вселенной и раскрывает свои секреты медленно и небольшими порциями.

Поэтому диагностика психических расстройств до сих пор опирается на субъективное умозаключение, а не на объективные биологические маркеры. В недалеком будущем нам удастся использовать лабораторную диагностику болезни Альцгеймера, но подобные разработки для остальных психических расстройств отсутствуют. Какими бы впечатляющими ни были биологические данные, они пока не могут использоваться в качестве маркеров, потому что внутригрупповая изменчивость всегда перекрывает межгрупповые различия. Очевидно, нам еще долго придется заниматься описательной психиатрией.

Можно отметить два кризиса доверия к описательной психиатрии: первый был в начале 1970-х годов, второй происходит сейчас, в связи с выходом 5-го издания Руководства по диагностике и статистике психических расстройств (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders – DSM-5). Первый кризис был вызван публикацией двух высокоцитируемых исследований, в которых рассматривалась неточность

психиатрического диагноза и подвергалось сомнению доверие к психиатрическому лечению. В одном знаменитом исследовании было показано, что британские и американские психиатры при просмотре видеозаписей одного и того же пациента пришли к противоположным диагностическим заключениям. Помимо этого эффект разорвавшейся бомбы произвело исследование D.Rosenhan, в котором студенты продолжали содержаться в психиатрических отделениях, заявив о том, что они слышат голоса, хотя их поведение было совершенно нормальным после поступления в больницу. Могла ли психиатрия находиться в одном ряду с остальными медицинскими специальностями, если ее диагнозы настолько случайны и методы лечения настолько неспецифичны, особенно когда другие специальности как раз становились все более научными?

Реакция психиатрии была впечатляющей и действенной. В DSM-3, опубликованной в 1980 г., были сформулированы подробные характеристики психических расстройств, которые при правильном использовании достигали надежности, сопоставимой с большинством других медицинских диагнозов. DSM-3 вскоре вызвало свою собственную революцию, быстро превратив психиатрию из «падчерицы» в «любимое дитя» исследовательской деятельности; сейчас в большинстве медицинских институтов финансирование исследований в психиатрии уступает лишь финансированию в терапии.

Но психиатрический диагноз в наши дни переживает другой значимый кризис доверия, на этот раз вызванный расширением диагностических границ психических расстройств («диагностической инфляцией»). Эластичные границы психиатрии постоянно расширяются, поскольку не существует четкой линии, разграничивающей здоровое беспокойство от легкого психического расстройства.

В классификациях DSM было введено большое количество новых диагнозов, которые являлись не более чем крайними вариантами нормального поведения. После этого фармацевтические компании подключали свои маркетинговые ресурсы для продажи психиатрических диагнозов, убеждая врачей и потенциальных пациентов, что обычные жизненные проблемы на самом деле являются психическими расстройствами, вызванными химическим дисбалансом, который легко поддается лечению дорогостоящей пиллолей.

В настоящее время мы можем наблюдать результаты нескольких маркетинговых диагностиче-

ских маневров: за последние 20 лет в 3 раза увеличилась частота синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ); удвоилась частота биполярного расстройства; в 40 раз увеличилась частота диагностирования биполярного расстройства у детей; более чем в 20 раз возросла частота расстройств аутистического спектра.

В США распространенность психических расстройств в год составляет 20–25%, на протяжении жизни – 50%, не сильно от этих цифр отстает Европа. Еще более высокая частота была получена в проспективном исследовании молодых людей (возраст – 19–21 год) в Новой Зеландии, а в американском исследовании, проведенном на подростках, были получены поразительные данные – совокупная частота психических расстройств составила 83% к 21 году.

Расширяющееся понятие психического расстройства сопровождается непредусмотренными неблагоприятными последствиями. Лишь около 5% всего населения имеют тяжелое психическое расстройство; у 15–20% отмечаются слабовыраженные и переходящие состояния, которые купируются плацебо и зачастую сложно отличимы от обычных переживаний в повседневной жизни. Тем не менее поражает, что в настоящее время 20% населения США принимают психотропные препараты и психотропные препараты приносят огромную прибыль – только в США 18 млрд дол. в год приходится на антипсихотики, 12 млрд дол. – на антидепрессанты и 8 млрд дол. – на препараты для лечения СДВГ. Причем 80% психотропных препаратов назначаются врачами первичной медицинской сети, которые не обладают ни достаточной квалификацией, ни временем, чтобы поставить точный диагноз. В настоящее время количество передозировок и смертельных исходов в результате употребления препаратов, назначенных врачом, превышает эти показатели для «уличных» наркотиков («уличные» наркотики – любые психоактивные препараты, добытые употребляющим лицом самостоятельно, без обращения к врачу. – Прим. пер.).

Инвестирование в психиатрию является крайне неравномерным – с преимущественной диагностикой и лечением легковых или в целом здоровых людей (для которых вред от лечения может превысить его пользу) и относительным невниманием к лицам с явными психическими заболеваниями, чей доступ к медицинской помощи в США был резко ограничен в связи с сокращением бюджета. Поэтому неслучайно, что только 1/3 пациентов с тяжелой

депрессией получают какую-либо психиатрическую помощь и что большой процент лиц, находящихся в тюремном заключении, составляют пациенты, которым некуда больше идти. В одном из метаанализов показано, что эффективность психиатрического лечения сопоставима или превосходит таковую для большинства медицинских специальностей, но лечение должно оказываться тем, кто действительно в нем нуждается, а не растрачиваться на тех, кто может справиться и без него.

Эта неравенство между потребностью в лечении и его обеспечением будет только возрастать. В DSM-5 появилось несколько новых расстройств, нечетко отграниченных от нормы, а также исчезли критерии для многих существующих расстройств. Самыми большими проблемами являются удаление критерия тяжелой утраты для большой депрессии, добавление очень расплывчатого «расстройства соматических симптомов», снижение порога для детского СДВГ и посттравматического стрессового расстройства, введение диагноза для приступов гневливости, понятия о поведенческих зависимостях, добавление «легкого нейрокогнитивного расстройства» и «расстройства компульсивного переедания».

Классификация DSM-5 была подготовлена без достаточного учета соотношения «клинический риск/польза» и не оценила большую экономическую стоимость расширения границ психиатрии. Она была невосприимчива к широко представленной профессиональной и общественной оппозиции, заявляющей, что нововведениям классификации не хватает должной научной обоснованности и они зачастую игнорируют клинический здравый смысл. А также была проигнорирована петиция о независимом научном анализе с использованием методов доказательной медицины, поддержанная 50 ассоциациями сферы психического здоровья.

Не стоит ждать внезапной смены парадигмы, заменяющей описательную психиатрию базовым пониманием патогенеза разных психических расстройств. Для этого потребуются постепенная и кропотливая работа в течение многих десятилетий. А пока мы должны полноценно использовать методы описательной психиатрии для постановки надежного и правильного диагноза, а также назначения эффективного, безопасного и необходимого лечения. Пора взглянуть на вещи по-новому. Подготовка Международной классификации болезней 11-го пересмотра предоставляет возможность переоценить психиатрический диагноз и предостеречь против расширения его границ. ■