



ОБОЗРЕНИЕ ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

имени В.М. Бехтерева



№1

2012 год

ОСНОВАН В 1896 г. В.М. БЕХТЕРЕВЫМ

ТРИТТИКО

тразодон

**СОВРЕМЕННЫЙ
АНТИДЕПРЕССАНТ
ИЗ ГРУППЫ
SARI / АИОЗС**



таблетки 150 мг
(с возможностью титрования
дозы 50 мг, 100 мг и 150 мг)

- **Быстрое уменьшение ключевых симптомов депрессии**
- **Высокий противотревожный эффект с первого дня лечения**
- **Восстановление качества и длительности сна**
- **Улучшение сексуальной функции у мужчин и женщин**
- **Отсутствие антихолинергических побочных эффектов**
- **Удобный режим дозирования**

50-100 мг



СОН

150-225 мг



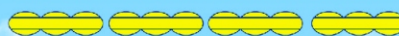
ТРЕВОГА

250-450 мг



АЖИТАЦИЯ

300-600 мг



ДЕПРЕССИЯ

Российское общество психиатров
Санкт-Петербургский научно-исследовательский
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева (учредитель)
ОБОЗРЕНИЕ ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ
имени В.М. Бехтерева
№ 1, 2012

V.M. BEKHTEREV REVIEW OF PSYCHIATRY AND MEDICAL PSYCHOLOGY

Председатель редакционного совета

Н.Г. Незнанов

Главный редактор

Ю.В. Попов

Члены редакционной коллегии

Л.И. Вассерман (раздел «Медицинская психология»)

А.П. Коцюбинский (раздел «Психиатрия»)

Б.Д. Карвасарский (раздел
«Психотерапия и психопрофилактика»)

И.В. Макаров (ответственный секретарь)

Члены редакционного совета

Ю.А. Александровский (Москва)

М. Аммон (Мюнхен)

М.А. Беребин (Челябинск)

В.С. Битенский (Одесса)

Н.А. Бохан (Томск)

В.Д. Вид (Санкт-Петербург)

А.А. Гоштаутас (Каунас)

С.Н. Ениколопов (Москва)

Г.В. Залевский (Томск)

Г.Л. Исурина (Санкт-Петербург)

В.Н. Краснов (Москва)

Е.М. Крупицкий (Санкт-Петербург)

О.В. Лиманкин (Санкт-Петербург)

В.В. Макаров (Москва)

И.В. Макаров (Санкт-Петербург)

П.В. Морозов (Москва)

Н.Н. Петрова (Санкт-Петербург)

Л.П. Рубина (Санкт-Петербург)

В.Я. Семке (Томск)

П.И. Сидоров (Архангельск)

С. Тиано (Тель-Авив)

А.С. Тиганов (Москва)

Б.Д. Цыганков (Москва)

В.К. Шамрей (Санкт-Петербург)

В.М. Шкловский (Москва)

Э.Г. Эйдемиллер (Санкт-Петербург)

К.К. Яхин (Казань)

The chairman of editorial board

N.G. Neznanov

Editor-in-chief

Yu.V. Popov

Editorial board

L.I. Wasserman (section "Medical psychology")

A.P. Kotsubinsky (section "Psychiatry")

B.D. Karvasarsky
(section "Psychotherapy and prevention")

I.V. Makarov (executive secretary)

Editorial council

Yu.U. Alexandrovsky (Moscow)

M. Ammon (Munich)

M.A. Berebin (Chelyabinsk)

V.S. Bitensky (Odessa, Ukraine)

N.A. Bohan (Tomsk)

V.D. Vid (St. Petersburg)

A.A. Goshtautas (Kaunas)

S.N. Enikolopov (Moscow)

G.V. Zalevsky (Tomsk)

G.L. Issurina (Saint-Petersburg)

V.N. Krasnov (Moscow)

E.M. Krupitsky (Saint-Petersburg)

O.V. Limankin (Saint-Petersburg)

V.V. Makarov (Moscow)

I.V. Makarov (Saint-Petersburg)

P.V. Morozov (Moscow)

N.N. Petrova (St. Petersburg)

L.P. Rubina (Saint-Petersburg)

V.Ya. Semke (Tomsk)

P.I. Sidorov (Arkhangelsk)

S. Tiano (Tel-Aviv)

A.S. Tiganov (Moscow)

B.D. Tsygankov (Moscow)

V.K. Shamrej (Saint-Petersburg)

V.M. Shklovsky (Moscow)

E.G. Eidemiller (Saint-Petersburg)

K.K. Yakhin (Kazan)

Журнал входит в рекомендованный ВАК РФ список изданий для публикации материалов докторских диссертаций.
Журнал зарегистрирован в Государственном комитете РФ по печати. Свидетельство о регистрации ПИ № ФС 77-48985
Бесплатная рассылка специалистам. Тираж 3000 экз. ISSN 0762-7475

© СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2012. Все права защищены. Полное или частичное воспроизведение материалов, опубликованных в журнале, допускается только с письменного разрешения редакции.

Издательский дом «Арс меденти». Генеральный директор С.Н. Александров, главный редактор О.В. Островская
Почтовый адрес издательства г. Санкт-Петербург, 191119, а/я 179, тел/факс +7 812 3653550. E-mail: amedendi@mail.ru
Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.
По вопросам рекламы обращаться к директору издательства.

ПРОБЛЕМНЫЕ СТАТЬИ		PROBLEM-SOLVING ARTICLES	
Холистический подход В.М. Бехтерева в современной неврологии и психиатрии <i>Н.Г. Незнанов, М.А. Акименко</i>	3	V.M. Bekhterev's holistic approach in modern neurology and psychiatry <i>N.G. Neznanov, M.A. Akimenko</i>	
Формы женской аддиктивной зависимости в постмодернистской культуре <i>Ц.П. Короленко, Т.А. Шпикс</i>	7	Forms of the women's addictive dependence in the postmodern culture <i>C.P. Korolenko, T.A. Shpiks</i>	
НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ		RESEARCH REVIEWS	
Состояния психической атонии у детей (обзор литературы) <i>А.С. Автенюк, И.В. Макаров</i>	13	The conditions of child's mental atony (the review of literature) <i>A.S. Avtenuk, I.V. Makarov</i>	
Особенности сексуальных дисфункций при депрессивных расстройствах у мужчин <i>М.А. Михалев, М.И. Ягубов</i>	22	Sexual dysfunctions and its peculiarities in case of depressive disorders among men <i>M.A. Mikhalev, M.I. Yagubov</i>	
ИССЛЕДОВАНИЯ		INVESTIGATIONS	
Простое слепое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование эффективности применения trazодона для коррекции аффективных расстройств у больных с алкогольной зависимостью в ремиссии <i>Е.М. Крупицкий, С.М. Ериш, К.В. Рыбакова, А.С. Киселев, В.А. Бернцев, М.Н. Торбан, С.П. Ерошин, О.Ф. Ерышев</i>	29	Single blind placebo controlled randomized clinical trial of trazodon for alcoholism comorbid with affective disorders <i>E.M. Krupitsky, S.M. Yerish, K.V. Rybakova, A.S. Kiselev, V.A. Berntsev, M.N. Torban, S.P. Eroshin, O.F. Eryshev</i>	
Опыт психообразования больных шизофренией в амбулаторной практике <i>Л.Г. Серазетдинова, Н.Н. Петрова, О.В. Малеваная</i>	37	The experience of psychoeducation in out-patients with schizophrenia <i>L.G. Serasetdinova, N.N. Petrova, O.V. Malevanaya</i>	
Оценка показателей качества жизни и социального функционирования у женщин с алкогольной зависимостью, состоящих на диспансерном наблюдении <i>А.Г. Софронов, Ю.А. Николкина</i>	43	Estimation of indicators of quality of life and social functioning at women with alcoholic dependence consisting on active dynamic supervision <i>A.G. Sofronov, YU.A. Nikolkina</i>	
В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ		GUIDELINES FOR THE PRACTITIONER	
Эффективность и безопасность терапии шизофрении палиперидоном ER при использовании гибко подбираемой дозы препарата. Результаты российского многоцентрового проспективного исследования <i>Н.Г. Незнанов, М.В. Иванов, Д.Н. Костерин</i>	49	Safety and efficacy of schizophrenia therapy by paliperidon ER in Treatment flexible doses. Results of Russian multisites prospective study. <i>N.G. Neznanov, M.V. Ivanov, D.N. Kosterin</i>	
Влияние адъювантного применения нифедипина на динамику негативных симптомов в ходе базовой терапии параноидной шизофрении галоперидолом <i>М.Ю. Попов</i>	56	The influence of adjunctive use of nifedipine on negative symptoms in patients with paranoid schizophrenia treated with haloperidol <i>M.Y. Popov</i>	
Факторы, определяющие повышение доз антидепрессанта при терапии депрессивных расстройств <i>А.С. Аведисова, Л.С. Канаева, Т.И. Вазагаева, Н.В. Миронова</i>	64	Factors determinative of the antidepressant dose build-up in the therapy of depressive disorders <i>A.S. Avedisova, L.S. Kanayeva, T.I. Vazgayeva, N.V. Mironova</i>	
ДИСКУССИОННЫЙ КЛУБ		TALKING SHOP	
О возрастной периодизации онтогенеза (Семь Жизней человека) <i>Ю.А. Антропов</i>	75	Age Periods of Ontogenesis (seven man's lifes) <i>Ju. A. Antropov</i>	
Эмоциональная лабильность и ее место в феноменологии синдрома дефицита внимания у детей <i>Р.Ф. Гасанов</i>	85	On the question of the specificity of emotional instability in children with the syndrome of Attention Deficit Hyperactivity disorder <i>R.F. Gasanov</i>	
ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ГАЗЕТА		PSYCHIATRIC NEWSPAPER	
Автобиография Владимира Михайловича Бехтерева (часть 1) <i>Дюков Петр Андреевич (1834–1889): У истоков отечественной психиатрической школы</i> <i>В.А. Некрасов</i>	89	Vladimir Mikhailovich Bekhterev's autobiography (Part I) <i>Dyukov Peter A. (1834–1889): Is the begginer of national psychiatric school</i> <i>V.A. Nekrasov</i>	
Психиатры России и Франции: курс на сближение <i>П.А. Скрипченко</i>	97	Russian and French psychiatrists: A course of rapprochement <i>P.A. Skripchenko</i>	
О Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Мир аддикций: химические и нехимические зависимости, ассоциированные психические расстройства»	99	About the International Conference «World of Addictions: Chemical dependencies, non-chemical dependencies, and related psychiatric disorders»	
РАЗДЕЛ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ПСИХИАТРОВ		SECTION OF THE RUSSIAN SOCIETY OF PSYCHIATRISTS	
«QUO VADIS? КУДА ИДЁМ?» Круглый стол «Принудительное лечение наркозависимых: спасение или тупик?»	101	«QUO VADIS? WHERE TO GO?» Round table «Compulsory treatment of drug addicts: Rescue or deadlock?»	
Место психотерапии в современной России	104	The place of psychotherapy in modern Russia	
Обновленные требования к содержанию и оформлению статей	106	Updated requirements for the content and drawing-up of contributions	

Холистический подход В.М. Бехтерева в современной неврологии и психиатрии

Н.Г. Незнанов, М.А. Акименко

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

Резюме. Решающим моментом для развития научных идей В.М. Бехтерева является создание им собственной школы на базе основанного им в Санкт-Петербурге научно-исследовательского и учебного психоневрологического института.

Постулируя необходимость мультидисциплинарного подхода, В.М. Бехтерев исходил из того, что задача изучения нервно-психической сферы человека может быть адекватно решена лишь при использовании обширного комплекса наук, имеющих отношение к изучению человека, таких, как психиатрия, неврология, нейрохирургия, нейрофизиология, психогигиена, психопрофилактика, медицинская психология, медицинская педагогика. При этом он имел в виду не механическое объединение разрозненных дисциплин, изучающих поведение человека, а их интегративный синтез, позволяющий всесторонне изучать здоровую и больную личность на всех этапах ее развития.

Его концепция психоневрологии, с которой он намного опередил свое время, позволяет считать его предтечей биопсихосоциальной модели (хотя сам термин «биопсихосоциальный» был введен G. Engel лишь в 1980 году), ставшей одной из центральных парадигм психиатрии нашего столетия. В этом можно убедиться, проследив каждую из ее составляющих в научных достижениях Института.

После смерти Бехтерева в 1927 году его имя на протяжении десятилетий искусственно замалчивалось, а работы не публиковались, что привело к тому, что его идеи в свое время не получили широкого распространения. Статья позволяет увидеть значение научного наследия В.М. Бехтерева в его истинном масштабе.

Ключевые слова: В.М. Бехтерев, мультидисциплинарный подход, психоневрология, биопсихосоциальная модель, терапия, доказательная медицина.

V.M. Bekhterev's holistic approach in modern neurology and psychiatry

N.G. Neznanov, M.A. Akimenko

St. Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute

Summary. The creation by V.M. Bekhterev of his own school of thought on the basis of the psycho-neurological research and educational institute founded by him in St. Petersburg has been a decisive factor for the development of his scientific ideas.

Postulating the necessity of using a multidisciplinary approach, V.M. Bekhterev proceeded from his persuasion that the task of studying the human nervous and mental sphere can be solved adequately only in case of using a vast complex of such sciences related to the study of humans as psychiatry, neurology, neurosurgery, neurophysiology, psychohygiene, psychoprevention, medical psychology, and medical pedagogy. At the same time, what he meant was not a mechanical unification of separate sciences studying human behavior, but an integrative synthesis of them, which allows carrying out comprehensive studies of healthy and ill people at all stages of their personality development.

His psychoneurological concept, which appeared to be far ahead of his time, allows us to consider him the progenitor of the biopsychosocial model (although the term «biopsychosocial» was introduced by G. Engel only in 1980). The model has become one of the central paradigms of psychiatry of our time. This becomes apparent when you trace the influence of each component of the model on the progress made by the institute.

For several decades after Bekhterev's death in 1927, his name was deliberately hushed up, his works were not published. That resulted in the fact that his ideas did not receive wide dissemination in due time. This article allows apprehending the real significance of V.M. Bekhterev's scientific heritage.

Key words: V.M. Bekhterev, multidisciplinary approach, psychoneurology, biopsychosocial model, therapy, evidence-based medicine.

Решающим моментом для развития научных идей В.М. Бехтерева является создание им собственной школы на базе основанного им в Санкт-Петербурге научно-исследовательского и учебного психоневрологического института. Название психоневрологического института не случайно, оно отражает стержневую идею Бехтерева о необхо-

димости мультидисциплинарного изучения нервно-психической системы здорового и больного человека. Этот тезис, высказанный В.М. Бехтеревым еще в начале XX века, лишь относительно недавно стал общепризнанным в мировом научном сообществе.

Постулируя необходимость мультидисциплинарного подхода, В.М. Бехтерев исходил из того,

что задача изучения нервно-психической сферы человека вообще столь громадна, что может быть адекватно решена лишь при использовании обширного комплекса наук, имеющих отношение к изучению человека, таких, как психиатрия, неврология, нейрохирургия, нейрофизиология, психогигиена, психопрофилактика, медицинская психология, медицинская педагогика. При этом он имел в виду не механическое объединение разрозненных дисциплин, изучающих те или иные стороны поведения человека, а их интегративный синтез, позволяющий целостное, всестороннее изучение здоровой и больной личности на всех этапах ее развития.

Но главным ключом к решению этой задачи В.М. Бехтерев считал психоневрологию. Термин «психоневрология» впервые использовал в 1892 году немецкий ученый П. Мебиус, объединяя под этим понятием психиатрию и невропатологию. В.М. Бехтерев же превратил его в триаду, включив сюда и психологию. Первые комплексные исследования нервной системы человека, в которых рассматривались также вопросы психологии, были начаты Бехтеревым еще в 1885 году в психофизиологической лаборатории Казанского университета.

Интегрирование Бехтеревым психологии в понятие психоневрологии, по сути, означает формирование биопсихосоциального подхода, хотя сам термин «биопсихосоциальный» был введен G. Engel лишь в 1980 году.

Обращение Бехтерева к психологии было само по себе революционным. Психология в России начала прошлого века оставалась в русле философии. Основным методом ее исследования — субъективное самонаблюдение и изучение психики других по аналогии с самим собой — не удовлетворял требованиям, предъявляемым В.М. Бехтеревым к психологии. Физиологическая же наука не претендовала на раскрытие психических закономерностей. В этой ситуации В.М. Бехтерев, будучи уже автором фундаментальных трудов по морфологии и физиологии мозга, принесших ему всемирное признание, постулировал необходимость синтеза психологического и физиологического подходов в учении о человеке как едином целом и переход от субъективной интроспекции к эмпирической обоснованности и доказательности. С его именем связано окончательное утверждение в России новой парадигмы в исследовании психической деятельности, основанной на объективном подходе к объяснению природы психических феноменов и методов их изучения.

Подводя физиологическую основу под исследование психологии личности, В.М. Бехтерев обозначал этот новый подход термином «рефлексология». Работы в этом направлении были начаты Бехтеревым и его сотрудниками в 1907 году. В результате физиологические находки, обнаруженные И.П. Павловым в опытах на животных, были не только в принципе подтверждены в экспериментальном исследовании человека, но и значительно расширены за счет проникновения в сферу его психологии. В.М. Бехтерев первым в мире начал систематическое изучение условнорефлекторной деятельности человека.

После смерти Бехтерева его биопсихосоциальная парадигма продолжала определять собой работу основанного им института. В этом можно убедиться, проследив каждую из ее составляющих в научных достижениях Психоневрологического института на последующих этапах.

Понятно, что начиная с 1930-х годов в проводимых в Психоневрологическом институте исследованиях доминировал акцент на биологической составляющей биопсихосоциальной триады. Особенностью клинического подхода в этом периоде было привлечение для решения диагностических вопросов результатов психопатологических, анатомогистологических, электрофизиологических, неврологических, биохимических и рентгенологических исследований. В центре внимания были органические поражения головного мозга. Уникальными явились проведенные в блокадные годы исследования психических расстройств при авитаминозах и алиментарной дистрофии.

Институт был пионером в стране по внедрению при нервно-психических заболеваниях контрастных методов исследования, в том числе ангиографии. В 1945–1950 годах проводилась работа по хирургическому лечению шизофрении.

Неврологами и морфологами Института разрабатывались вопросы сосудистой патологии головного мозга. Впервые в мировой литературе были описаны некоторые атипичные симптомы поражения ствола мозга. Большое внимание уделялось эндокринно-вегетативным исследованиям; впервые в СССР в 1933 году была показана терапевтическая эффективность облучения вегетативных центров межоточного и спинного мозга при различных расстройствах алгического и вазомоторно-трофического характера. В первый год Великой Отечественной войны впервые в стране было предложено применение прозерина для восстановления двигательной функции при травматических повреждениях нервной системы. В последующем изучались нервные механизмы гипертонической болезни, в том числе и так называемой «блокадной» артериальной гипертонии.

Изучение инсультов в острой фазе началось в 1956 году. Приоритетными и оригинальными были работы по применению математических методов дифференциальной диагностики инсультов. В 1960-х годах Институт был пионером в организации профильных «инсультных» отделений в стране. Впервые по инициативе Института была создана «скорая неврологическая помощь» и заложены организационные основы хирургического лечения больных с острым нарушением мозгового кровообращения.

Несмотря на идеологическое давление, обусловившее неправомерное доминирование биологической составляющей разработок Института, исследования в рамках *психологической* составляющей не прекращались и в этот период. Здесь оригинальными являются работы ученика В.М. Бехтерева, В.Н. Мяснищева, выдвинувшего комплексную концепцию невротических расстройств. В основу трактовки невроза им было положено понятие развития личности с анализом всех условий конституционально-биологического и социального характера. Были сформулированы теории

неврозов, основанная на синтезе естественно-научного и психосоциального аспектов личности, и теория психологии отношений, в которой в идеологически приемлемых для тогдашнего времени формах трактовались вопросы бессознательных компонентов невротических механизмов. Это заложило основы для последовавшего после снятия идеологической цензуры развития психодинамически ориентированной психотерапии неврозов, в чем Институт имени В.М. Бехтерева также оказался первым в стране.

Для разработок в области *социальной* составляющей концепции В.М. Бехтерева после его кончины существенным явилось создание в 1932 году при Институте сектора социальной психоневрологии, где изучались организационно-методические и социально-психиатрические вопросы. Были разработаны специальные формы статистического учета для стационаров и психоневрологических диспансеров, а также положение о внебольничной психоневрологической сети и ступенчатой системе антиалкогольных учреждений.

В 1932 году в Институте были организованы одни из первых в стране лечебно-производственные мастерские для амбулаторных больных. В послевоенные годы встал вопрос о переобучении и трудоустройстве инвалидов войны. В этот период мастерские были превращены в лечебно-производственный комбинат не только для амбулаторных, но и для стационарных больных Института.

В послевоенные годы в рамках *биологической* составляющей концепции Института центральными стали проблемы клиники и психофармакотерапии психических расстройств. Большое внимание уделялось предманифестным признакам и ранней диагностике эндогенных психозов, были сформулированы закономерности регресса бредовых состояний и оригинальная типология дефицитарных состояний при шизофрении. В первой в России клинике подростковой психиатрии, образованной в 1971 году, началось изучение особенностей клинической картины психопатий, акцентуаций характера и саморазрушающего поведения у подростков, а также шизофрении в подростковом возрасте.

В области психофармакологии разрабатывались пути преодоления резистентности к лекарственной терапии. Были заложены основы для плацебо-контролируемого двойного слепого метода изучения эффективности психотропных средств, исследованы роль серотонинергических процессов в механизме антидепрессивного эффекта и роль кинуренинов в патогенезе психических и нервных заболеваний. Фармакологические исследования производных триптофана открыли новый путь для поиска более эффективных средств лечения депрессий. Исследована роль блокаторов кальциевых каналов: в психиатрии — в качестве психостабилизаторов, а в неврологии — как нейропротективных агентов. Впервые в стране апробировано нормотимическое действие антиконвульсантов. Первыми стали исследования в новом направлении — психологии психофармакотерапии.

Одними из первых сотрудники Института начали разработку проблемы коморбидности в нар-

кологии. Разработаны концепция реабилитации больных эпилепсией и диагностика доклинических стадий этого заболевания. В неврологической клинике впервые в мире описаны клинические синдромы окклюзии внутренней сонной и основной артерий при атипичных формах ветвления сосудов. Впервые в России создан «банк данных» постинсультных больных и разработана концепция медицинской реабилитации постинсультных больных.

Относительно *психологической* составляющей биопсихосоциальной концепции можно сказать, что психологи Института с начала 70-х годов прошлого века были ведущими в стране в вопросах разработки теории и методологии психологической диагностики и координации научно-исследовательских работ. Разрабатывались оригинальные и адаптировались зарубежные тесты. Продукция психологов Института активно использовалась в программе освоения космоса. Психодиагностика вступила в компьютерную фазу своего развития.

Впервые в нашей стране в Институте стали разрабатываться вопросы психотерапии психозов и наркозависимости. Представления о комбинированном подходе, то есть использовании психофармакотерапии и психотерапии в лечении психически больных, в настоящее время широко распространены, но именно в Институте им. В.М. Бехтерева впервые выявлены оптимальные конфигурации взаимодействия обоих подходов в ходе лечения и алгоритмы их использования. Работы по комбинированной фармако- и психотерапии больных в сочетании с семейной терапией явились, пожалуй, наиболее наглядным примером практического применения биопсихосоциальной модели.

В 1970-е годы в Институте под руководством проф. Б.Д. Карвасарского сформировалась оригинальная модель личностно-ориентированной (реконструктивной) индивидуальной и групповой психотерапии. Эта система интегрировала в себе биопсихосоциальный подход Бехтерева, концепцию личности и психологии отношений по В.Н. Мясищеву и прогрессивные элементы психодинамических направлений в психотерапии.

В рамках *социальной* составляющей биопсихосоциальной концепции в Институте интенсивно разрабатывается научная проблематика внебольничных форм обслуживания больных с психическими нарушениями. Создана оригинальная концепция комплекса «дневной/ночной стационар». Предлагаемые подходы успешно внедряются в практику многих внебольничных учреждений страны.

Специальному изучению и разработке в исследованиях, проведенных сотрудниками Института, были подвергнуты психосоциальные (прежде всего семейные) факторы, а также феномен стигматизации, оказывающие существенное влияние на уровень социального приспособления больных.

Участие психологических, психодинамических и социальных факторов в патогенезе психических заболеваний в настоящее время считается общепризнанным. Это объясняет то, что биопсихосоциальный подход в последние годы находит все более широкое применение, в особенности в экономически развитых странах. Однако сама эта, по

существо заново открытая, концепция нова, она находится в стадии развития и концептуально формулируется разными авторами неоднозначно, что отражается на практике ее реализации.

Принятое в настоящее время в Психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева понимание этой модели исходит из того, что биологический, психологический и социальный подходы не являются равноключенными и независимыми друг от друга компонентами терапии. Вмешательства в одном из них всегда предполагают учет того, что происходит в других. Терапия — это динамичный процесс, в ходе которого в зависимости от психопатологических и психологических параметров больного, его социальной ситуации заболевания акценты интенсивности и характера вмешательств постоянно перемещаются, задавая приоритетность биологической, психологической или социальной составляющей на каждый данный момент. При этом не должна упускаться из виду информация о составляющих, которые на данный момент рассматриваются как менее приоритетные.

Все вышесказанное позволяет увидеть значение научного наследия В.М. Бехтерева в его истин-

ном масштабе. То, что его имя на протяжении десятилетий искусственно замалчивалось, а работы не публиковались, привело к тому, что его идеи в свое время не получили широкого распространения, и многим он сейчас, к сожалению, известен лишь как ученый, впервые описавший болезнь, названную его именем, и как основатель известного научно-исследовательского института. На самом деле его вклад в науку более значителен.

Принцип объективизма рефлексологии позволяет рассматривать В.М. Бехтерева как одного из основателей концепции доказательной медицины, переживающей бурное развитие в XXI веке. Его концепция психоневрологии, с которой он намного опередил свое время, позволяет считать его предтечей биопсихосоциальной модели, также ставшей одной из центральных парадигм психиатрии нашего столетия.

Коллектив Санкт-Петербургского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева по праву гордится тем, что в нем свято хранят традиции, в основе которых лежит провозглашенный им принцип: «Общими силами к общему благу».

Сведения об авторах

Незнов Николай Григорьевич — д. м. н., профессор, директор НИПНИ им. В.М. Бехтерева, главный психиатр-эксперт Росздравнадзора

Акименко Марина Алексеевна — д. м. н., ученый секретарь НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: akimenko-m@yandex.ru

Формы женской аддиктивной зависимости в постмодернистской культуре

Ц.П. Короленко, Т.А. Шпикс

ГОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Резюме. Дается характеристика переходного периода от традиционного к модернистскому и постмодернистскому обществу. Описывается феномен «постмодернистской личности». Анализируется роль социокультурных изменений в обществе в контексте формирования гендерной идентичности. Подчеркивается, что разрушение четких ролевых функций мужчин и женщин и изменение роли женщины в постсовременном обществе влияют на возникновение аттачмента к аддиктивным агентам у женщин. Анализируются 90 пациенток с химическими аддикциями и аддикцией отношений. Описываются общие механизмы формирования и развития, характерные для всех видов аддиктивных расстройств. Выделяется значение вытесненных в бессознательное деструктивных self-объектных отношений, которые провоцируют бессознательную тревогу, депрессию. Рассматривается значение проблем семьи постмодернистского общества: сверхзанятость, отсутствие времени, что приводит к недостаточной вовлеченности родителей в систему отношений с ребенком — будущим аддиктом.

Ключевые слова: постмодернистское общество, гендерная идентичность, химические аддикции, аддикция отношений, self-объектные отношения, аддиктивные механизмы.

Forms of the women's addictive dependence in the postmodern culture

C.P. Korolenko, T.A. Shpiks

Novosibirsk State Medical University of the Ministry of Health and Social Development

Summary. Transitional period from the traditional culture to the modern and postmodern culture in Russia is described simultaneously with the revealing of the phenomenon of the postmodern personality. The loss of the previous clear gender attributes in the males and the females and its influence on the change of the role of the woman in the postmodern society is analyzed in the context of the attachment formation to the addictive agents. 90 women with chemical and relational (process) addictions were observed. The common psychological mechanisms of the formation and the development of the all studied forms of the addictive disorders were established and described. Authors emphasize the role of the repressed in the unconsciousness destructive self-object relationships which provoke in the patients the development of the symptoms of emotional disturbances, mainly in the form of the anxiety and depression. The specific problems typical for the postmodern family as “no time” phenomenon, over-stimulation, general fluidity and their impact on the early infant-parent relationships are analyzed.

Key words: postmodern society, gender identity, chemical and process addictions, self-object relationships, addictive mechanisms.

В последние три десятилетия в ряде стран с развитой капиталистической системой наблюдалось бурное ускорение общественных, экономических и технологических процессов, которое способствовало возникновению переходного периода к постмодернистскому обществу. Этот процесс имеет место и в России. Постмодернистская культура в современной России получает наибольшее развитие в крупных городах, метрополиях, зонах интенсивного промышленного роста [2, 10].

Переходные периоды общественного развития всегда являются источниками стресса. Если в спокойном периоде мы пользуемся категориями стабильности, возможности планирования, расчета и предвидения, то переходный период, который Н. Кеурр [8] называет «горячей» фазой этапа развития, характеризуется тем, что «традиционные основы повседневной жизни разрушаются, определенные ожидания не согласуются друг с другом, правила и условности оказываются не востребо-

ванными». Неуверенность и нервозность охватывает как общество в целом, так и отдельных его членов.

Важными чертами, характерными для переходного периода в обществе, являются индивидуализация и плюрализация форм жизни.

Индивидуализация (от лат. *individuum* — «неделимое») — процесс порождения и рефлексии человеком собственного опыта, в котором он признает себя в качестве субъекта, свободно определяющего и реализующего собственные цели, добровольно возлагающего на себя ответственность за результаты своей целенаправленной деятельности.

У. Бекк [3] выдвинул тезис «толчка индивидуализации», который произошел в связи с вышеупомянутым переходным периодом в обществе. У. Бекк назвал новое общество «обществом риска». «На фоне сравнительно высоких материальных жизненных стандартов, далеко продвинутых социальных гарантий люди в историческом разломе континуума оказываются выброшенными из

традиционных классовых условий и гарантированных доходов семьи, усиливается опора только на самих себя, с индивидуальной судьбой на рынке труда с его шансами, рисками и противоречиями».

Индивидуализация, как одна из важных характерных черт постмодернистского общества, касается не только отдельного человека, но и семьи; как раз самые важные изменения происходят в приватной жизни: в сфере сексуальности, брака и семьи.

В последние десятилетия в обществе имеет место ярко выраженная тенденция перехода от многопоколенной семьи к семье с двухпоколенной основой, от семьи с большим количеством детей к семье с одним ребенком или вовсе без детей, от относительно прочной семьи на всю жизнь к временным отношениям, от полной семьи к Patchwork-семье.

Социокультурные изменения в обществе А. Honneth [5] связывает с понятием «постмодернистская личность». Эти изменения приводят к интрапсихической плюрализации субъектов, потере единства, к фрагментарному и децентрированному формированию идентичности, для которой Н. Кеурр [7] предложил термин Patchwork-идентичность (от англ. *patchwork* — «ковёр, ткать»). Patchwork-идентичность не должна представляться патологической, «субъект акцентирован на самом себе... при наличии своей фрагментарности, противоречивости» на фоне нарастающей плюрализации форм общественной жизни.

Е. Gellner [4] описал человека постмодернистской культуры как «модульного». Автор прибегает к метафоре из мебельной индустрии, где развитие новых образцов все больше приходит к модульной системе сборки, когда любая часть может легко встраиваться и заменяться. Модульный человек со своей «ИКЕА-идентичностью» теряет стабильный характер и становится личностью с мобильными, легко заменяемыми качествами, личностью, которая хорошо функционирует в современном флюидном обществе.

В современной научной литературе чаще, чем полоролевая идентичность, используется термин гендерная идентичность, подчеркивающий социальный аспект в различии между мужчинами и женщинами. «Когда говорят о различии между особями женского и мужского пола, то имеется в виду их биологическое различие. Когда говорят о гендере, то исходят из определенных социокультурных дефиниций понятий женщины и мужчины и предполагают изначально установленное различие их социального положения» [6].

В процессе формирования гендерной идентичности в традиционном обществе имела место четкая ориентация мальчиков на маскулинную модель, содержанием которой являлись сила, власть, доминирование, выполнение функции главы семьи, ее кормильца и защитника. Содержанием фемининной модели для девочек являлись мягкость, подчиняемость, эмоциональность, выполнение в семье роли матери и домохозяйки.

В переходном периоде к модернистскому и постмодернистскому обществу происходит разрушение многочисленных традиционных образцов регулирования отношений мужчин и женщин; на

смену традиционной семье, предусматривающей наличие обоих родителей и детей, приходят новые разнообразные формы семейной жизни, с отсутствием одного из родителей, появлением нового партнера противоположного или того же пола и другие варианты. Подобная ситуация приводит к затруднению процесса формирования четкой гендерной идентичности.

Корни этих затруднений уходят в ранний период развития, когда дети обоих полов не видят четких моделей мужественности и женственности на примере своих родителей. Это связано со многими факторами. Остается значимым фактор преимущественного воспитания детей матерью. Мальчики неизбежно идентифицируют себя, так же как и девочки, с матерью, усваивая ее стиль поведения, эмоциональное реагирование, жизненную ритмику в целом, что приводит к ослаблению биологической маскулинной идентичности. Часто отсутствующий отец сравнительно меньше влияет на гендерную идентичность, несмотря на идентификацию с ним, характерную для эдипального периода. Кроме того, как указывает J. Ross [11], общая маскулинная идентификация в настоящее время также ослаблена. Мужественный, так называемый «Marlboro-тип» потерял свою привлекательность, и мужчины предпочитают демонстрировать для окружающих ряд черт, традиционно считающихся женственными: мягкость, склонность к взаимопониманию, социальную активность, эмоциональность.

Гендерная идентификация девочек как исключительно женская также затруднена в связи с тем, что профессионально задействованная мать проявляет ряд до сих пор считающихся в обществе мужскими черт: принятие решений, самостоятельность, стремление к доминированию в социальных отношениях.

Став взрослыми, женщины вновь сталкиваются с проблемой изменений гендерной идентичности. Изменения в обществе, выражающиеся в плюрализации форм жизни, формировании новой социальной структуры общества, переоценке ценностей, в изменении приоритетов в пользу работы и карьеры, приводят к новому восприятию женщинами собственной гендерной идентичности.

В профессиональной сфере женщины все больше осваивают профессии, которые считались традиционно мужскими. Уже никого не удивляет женщина-водитель такси или женщина-сотрудник полиции. Современные женщины все чаще занимают руководящие позиции и ставят карьеру в центр своей деятельности. Четкие ролевые картины мужчины и женщины давно разрушились, и мы лучше представляем реальность, когда исходим из того, что во всех людях присутствуют как женские, так и мужские элементы. Имеются атрибуты, которые мы скорее характеризуем как «женские», которые именно в современной инновационной экономике играют важнейшую роль. К этим атрибутам можно отнести: выраженную у женщин готовность к кооперированию, коммуникативные умения, наличие эмпатии. Важным качеством женщины является способность выполнять множество ролей: партнерши, возлюбленной, подруги, матери, работницы, руководителя; причем все больше женщин ставят на первое место в своей жизни работу. Идеальный

образ современной женщины, который можно увидеть в героинях популярных сериалов и ведущих телевизионных программ, — независимая, уверенная в себе, успешная бизнес-леди.

Тем не менее, несмотря на то что муж, дети и домашнее хозяйство не являются, как прежде, единственной сферой занятости женщины в обществе, ситуация с женщиной, сделавшей карьеру при отсутствии семьи, также не приветствуется в обществе. Существует мнение, что «не иметь мужа не престижно». Таким образом, чтобы соответствовать идеальному имиджу современной женщины, желательно сделать успешную карьеру и оставаться одновременно заботливой матерью, хорошей женой и хозяйкой дома. В реальной жизни это вряд ли многим удастся. Тем более, что высокая конкуренция на рынке труда, необходимость постоянного совершенствования себя в профессии требуют большой и постоянной включенности в работу.

Таким образом, для идентичности женщины в современном обществе характерна сглаженность жесткой дифференциации между мужским и женским поведением, что проявляется в овладении мужскими профессиями, асертивности поведения, поглощенности профессиональной деятельностью, в изменении стереотипов функционирования в домашней обстановке.

Будучи раздираемой противоречивыми и несовместимыми установками, женщина постсовременного мира оказывается в крайне трудной психологической ситуации. С одной стороны, она должна соответствовать требованиям, выдвигаемым постсовременным обществом: быть конкурентоспособной, уметь приспосабливаться к быстро изменяющимся условиям в ее профессиональной жизни, усваивать новые навыки, справляться с нарастающим информационным потоком, быть коммуникабельной, активной в социальных ситуациях, мобильной, поддерживать на высоком уровне свой профессиональный и социальный престиж. С другой стороны, она должна сохранять свои традиционные женственные качества: обладать эмпатией, выступать в роли жены, матери, воспитывать детей, проявлять мягкость, иметь чувство сопереживания, способность к интимности, быть интуитивной и творчески продуктивной. Стремление соответствовать такому идеальному образу на бессознательном и частично осознаваемом уровнях присутствует в психике многих постсовременных женщин.

Однако в реальности достижение такого идеала находится вне границ возможного, что является источником неудовлетворенности собой, постоянного психического напряжения. В социальных контактах это проявляется раздражительностью, нарушением концентрации внимания, дисфорией, нарушением ролевого поведения и соответствия идеальному образу.

Формируются отрицательные эмоциональные нарушения с тенденцией к длительному течению. К ним относятся вырастающие из психологического дискомфорта депрессивные состояния, свободно плавающая тревога, ипохондрические разлития. Сформировавшееся психическое состояние в целом крайне дискомфортно, что обуславливает стремление любым путем от него избавиться. Эти

условия являются идеальными для возникновения аттачмента по отношению к воздействиям, элиминирующим или изменяющим это психическое состояние. Такие воздействия часто включают стимулы, обладающие способностью приводить к формированию аддиктивного процесса. Фиксация (аттачмент) прежде всего может возникнуть по отношению к потенциально аддиктивным агентам, таким как алкоголь, еда, шоппинг, интернет. Возможен также вариант, когда аддиктивным стимулом становится сама профессиональная деятельность, работа как таковая в широком смысле. В случаях отсутствия ожидаемого профессионального успеха и невозможности реализации себя в традиционных женских ролях ситуация может приобрести чрезвычайно драматический характер. Развиваются экзистенциальные депрессивные состояния и/или синдром эмоционального выгорания.

Нами обследованы 90 женщин в возрасте от 20 до 55 лет. У обследованных женщин выявлялись химические аддикции, связанные с использованием в качестве аддиктивных агентов различных веществ, изменяющих психическое состояние. У женщин обнаруживалась также аддикция отношения, которая в одних случаях выступала в сочетании с алкогольной зависимостью, в других проявлялась как самостоятельная аддикция.

Женщины, страдающие алкоголизмом, представляют собой весьма разнородную группу, в которой факторы, влияющие на возникновение и механизмы, поддерживающие болезненный процесс, зависят от социального положения, профессии, уровня образования, материальной обеспеченности, возраста, личностных особенностей. Мы выделили группу из 64 женщин с высшим образованием, средним и высоким уровнем дохода, 8 из обследованных — домохозяйки, остальные — работающие (врачи, преподаватели вузов и колледжей, работники финансовых учреждений, социальной сферы, представители богемных профессий, женщины, имеющие свой бизнес). Все женщины имели психологическую зависимость от алкоголя. 28 женщин обнаруживали признаки эта-формы и 36 — альфа-формы алкогольной аддикции по классификации С. Korolenko, А. Dikovskiy [9]. У 18 женщин наблюдалось сочетание употребления алкоголя с лекарственными препаратами, оказывающими психотропное действие (транквилизаторы, снотворные, антидепрессанты, стимуляторы).

Известную роль в увеличении потребления алкоголя женщинами играет изменение их положения в обществе. Эмансипация способствовала принятию женщинами форм поведения, которые считались традиционно мужскими, что относилось и к употреблению алкоголя. Традиционное общество осуждало женщин, употребляющих алкоголь, в то время как выпивки мужчин в компании по праздникам воспринимались скорее позитивно. Нередко «настоящим парнем» считался тот, кто легко переносил большие дозы алкоголя, а «слабость» идентифицировалась с тем, кто мало пьет или совсем не пьет. В современном обществе у эмансипированных, материально независимых, особенно имеющих собственный бизнес, женщин употребление алкоголя не осуждается и

зачастую растет вместе с их доходом. Обследованные нами работающие женщины говорили, что все женщины их круга не отказывались от рюмки высокоградусного алкоголя (коньяк, виски, водка) в конце рабочего дня и от возможности посидеть в компании коллег за бутылкой коньяка или дорогого вина в конце недели. Эти женщины имели эта-форму алкогольной зависимости, для которой характерно употребление алкоголя только в компании, в ситуации социального общения.

Ц.П. Короленко и Н.В. Дмитриева [1] предложили отнести эту форму аддикции к смешанной (процессуальной/химической), так как в ней присутствуют одновременно аддикция отношений и алкогольная аддикция. Аддикция отношений проявляется в стремлении проводить время в компаниях. Отношения реализуются в группе приятных друг для друга людей, которым нравится проводить время вместе. В рамках этих общих интересов формируется сообщество, собирающееся в фиксированных местах для совместного межличностного общения. Такой способ проведения времени постепенно становится очень важным в жизни и предпочитается всем другим видам активности, связанным с отдыхом, релаксацией или, наоборот, с выбросом физической энергии. Межличностные контакты предполагают разговоры, обмен информацией, представляющий взаимный интерес. Психологическая обстановка очень располагающая и стимулирует к повторным встречам.

Алкогольная часть хотя не акцентируется, но является обязательной, так как алкоголь, в силу своего эйфоризирующего, транквилизирующего и растормаживающего эффектов, способствует облегчению взаимодействия членов группы, снимает запреты, позволяет продемонстрировать свои способности, реализовать подавленные желания (в том числе сексуальные фантазии).

Четыре женщины из группы с эта-формой алкогольной аддикции, наряду с употреблением алкоголя, принимали психотропные препараты со стимулирующим действием. Препараты принимались как вместе с алкоголем, так и в больших дозах отдельно от приема алкоголя. В ситуациях, когда употребление алкоголя или стимуляторов оказывалось невозможным, женщины пили многократно в течение дня очень крепкий кофе «эспрессо».

Употребление алкоголя и стимуляторов женщины оправдывали необходимостью быть всегда энергичными, чтобы соответствовать темпу современной жизни. Портрет современной супер-женщины, которому большинство обследованных женщин хотели соответствовать, рисовался ими следующим образом: привлекательная, ухоженная, успешная, всегда в центре внимания, никогда не устает, всегда в хорошем настроении, мать, жена, бизнес-леди. Такой идеал является причиной постоянной перегрузки женщины, и тогда алкоголь и таблетки оказываются единственным средством, позволяющим ей оставаться работоспособной.

В группе женщин с альфа-формой алкогольной аддикции (36 человек) употребление алкоголя имело целью смягчить эмоциональное напряжение, избавиться от неприятных переживаний, повысить настроение, отвлечься от конфликтных ситуаций, не думать о решении трудной проблемы.

Кроме того что современная женщина должна быть успешной на работе, с нее никто не снимает обязанности жены, матери, домохозяйки. Ситуация, когда женщина должна постоянно «держаться шпагат» между домом и работой, приводит к состоянию ежедневного стресса. Желание получить отпуск и остаться одной реализовалось только в снах и в мечтах. Поэтому женщины жаловались на усталость, нарушение сна, беспокойные мысли, страх, что они не справятся с работой и будут уволены или окажутся плохими женами, и мужа оставят их.

Семь женщин из представленной группы, чьи профессии были связаны с необходимостью тесных социальных контактов с людьми (врачи, педагоги, социальные работники), проявляли признаки синдрома эмоционального выгорания. Они жаловались на чувство эмоциональной истощенности и усталости, снижение настроения, безосновательные страхи, их пугало появление безразличного или даже циничного отношения к окружающим и к своим профессиональным обязанностям, возникали подозрительность, агрессия к коллегам, что приводило к конфликтам.

В 8 случаях обследованные женщины после рождения детей оставили работу и решили посвятить себя семье, став домохозяйками. Однако и в этой ситуации женщины не чувствовали себя счастливыми. Домашняя работа занимала у них все время, но никто из окружающих не видел этой работы и не был благодарен, а женщины чувствовали, что они не могут реализовать себя, проявить свои таланты и способности в сложившейся ситуации, ощущали себя в состоянии изоляции, оторванности от мира. Одна из обследованных так описывала свои переживания: «Никто не замечает моей работы, а часто и меня саму. Мне иногда кажется, что все думают, будто в доме живет волшебник и все делается по волшебству. Само собой разумеется, что все идет по заведенному порядку и нет никаких сбоев, в шкафу все вещи чистые и лежат в строгом порядке, на столе вовремя появляются завтрак, обед и ужин. В будние дни я всегда готова проводить детей в школу и встретить их, а в выходные дни пойти с ними в кино или в зоопарк. У меня нет ничего моего. Мое время, я сама — все только служит потребностям членов моей семьи». То есть и в случаях, когда современная женщина не может или не желает реализовать себя в профессии и пытается возвратиться к своей традиционной женской роли, это возвращение не гарантирует ей покой и удовлетворенность.

Таким образом, ситуации, в которых находились все женщины с альфа-формой алкогольной зависимости, вызывали у них состояние депрессии, напряжения, усталость, нарушение сна, тревогу, страхи, которые они снимали употреблением алкоголя или (в 4 случаях) приемом лекарственных препаратов: антидепрессантов, транквилизаторов, снотворных. Женщины употребляли алкоголь и препараты в комбинации (коктейле) или попеременно. При этом делали они это в тайне от окружающих.

Человек живет и умирает в отношениях. Современный анализ объектных отношений, в отличие от классического психоанализа, считает мотивацию к установлению отношений одним из важных драйвов в психике. Очевидно, эта особенность имеет глубокие филогенетические пред-

посылки и заложена в генетике человека в качестве наследуемого признака. Предуготованность к установлению отношений обуславливает в психобиологически нормальных условиях эмоциональную фиксацию (аттачмент) на отношениях с человеком, осуществляющим заботу, которым обычно является мать в начальном периоде жизни.

Формирование идентичности центрируется вокруг интроецированных и интернализированных в психике self-объектных отношений. Объектом этих отношений являются обычно родители, другие члены ядерной семьи, а также родственники, друзья, знакомые, учителя, сверстники и др. В нормальных условиях положительные эмоционально окрашенные self-объектные отношения преобладают над отрицательно окрашенными, что способствует формированию когезивной идентичности. Тем не менее идеальных вариантов в реальной жизни не существует. Не все self-объектные отношения в детстве сопровождаются позитивными эмоциональными реакциями, вызывают чувство удовольствия и радости. Ребенок неизбежно встречается с ситуациями, когда его желания не удовлетворяются, когда его наказывают, унижают или просто отвергают. Отрицательные self-объектные отношения особенно характерны для дисфункциональных семей, семей, в которых происходит насилие над ребенком. И даже в формально благополучных семьях могут фигурировать эмоционально недоступный, страдающий алкоголизмом отец, дистантная, холодная мать, а в школе — предъявляющий непомерные требования учитель и др.

Отрицательные self-объектные отношения интроецируются в психику, усваиваются ею и в результате психологической защиты вытесняются в бессознательную сферу или же остаются в пресознании. Интернализированные в психике и репрессированные в бессознании отрицательные self-объектные отношения, хотя они и не осознаются, оказывают влияние на психическое состояние, приводя к возникновению «беспричинного» плохого настроения, психоземotionalного напряжения. Особое значение в этом процессе играет влияние факторов дистанцирования родителей от ребенка, эмоционального и/или физического покидания ими ребенка.

Дети по-разному оценивают подобные ситуации. В случаях, если они носят хронический повторяющийся характер, обычно они обвиняют себя в родительском невнимании, считая, что их собственные недостатки объясняют это невнимание. В результате формируется комплекс низкой самооценки, невозможности быть интересной для кого-либо, формируется страх одиночества с невозможностью надеяться на установление сколько-нибудь прочных отношений с другими людьми.

В качестве выхода из создавшейся ситуации выстраивается модель формирования отношений, основанных на осуществлении заботы о людях, остро нуждающихся в ней, то есть о лицах, лишенных самостоятельности, нуждающихся в постоянной помощи, опеке, решении за них многочисленных жизненных проблем. К категории таких лиц относятся лица с аддиктивными проблемами. Формирование отношений с ними строится на модели: он/она никогда не покинет меня, так как нуждается во мне и не способен/на жить самостоятельно и не-

зависимо. Вероятность формирования отношений с аддиктами значительно увеличивается, если воспитание проходило в аддиктивной семье, так как возникает феномен переноса на выбранный объект родительских аддиктивных признаков, которые воспринимаются как что-то знакомое, ностальгически привлекательное. Отрицательные детские переживания при этом вытесняются, а чувство знакомости оказывается доминирующим фактором.

Таким образом формируется явление созависимости, которое по существу представляет собой один из вариантов аддиктивного процесса. Созависимый человек является аддиктом отношений, так как имеет место аттачмент к сложной психосоциальной ситуации, ядром которой являются отношения с аддиктом. В этих отношениях созависимый человек во многом подчиняет свои интересы жизни аддикта, что включает взятие на себя ответственности за его состояние, контроль за предотвращением аддиктивных реализаций, контроль за наличием аддиктивного агента (вещества или процесса), аддиктивными знакомствами, нахождением в определенных местах, ситуациями риска. Реализация такого тотального контроля захватывает всю созависимую личность, требует постоянной затраты времени и энергии. Она включает чувство ответственности за все происходящее с аддиктом.

Поскольку в реальности такой контроль на длительную дистанцию не эффективен и неизбежно аддикт уходит из его зоны и реализует аддиктивные желания, у созависимого возникает чувство вины, что расматривается им как следствие собственной неполноценности. Вина, в свою очередь, усиливает комплекс низкой самооценки и является важным звеном в сформировавшемся порочном круге созависимо-аддиктивных отношений.

Отдельные формы аддиктивного поведения обычно описываются в ракурсе характерных для них специфик: алкогольной, работогольной, пищевой и др. При этом из поля зрения практически выпадает основное звено, которое, наряду с общими аддиктивными механизмами, присутствует при каждой из исследуемых форм. Этим звеном является аддикция отношений. Аддикция отношений является важнейшей формой аддикции, которая не только присутствует при каждой специфической аддикции, но и является, очевидно, базисной структурой, определяющей формирование, развитие и исход различных химических и процессуальных аддикций.

Аддикция отношений описывается в литературе, как правило, в рамках созависимости, выступающей по отношению к различным аддикциям (созависимо-аддиктивные отношения). Исследования аддиктивного радикала отношений в структуре конкретных аддикций практически до сих пор не проводилось. Исключение представляет описание алкогольной аддикции в виде эта-формы [9], в которой устанавливалось значение аддикции отношений как ведущего звена, приводящего вторично к развитию алкогольной зависимости. Данное описание ограничивалась констатацией факта смешанной формы аддиктивного процесса (аддикция отношений и алкогольная аддикция). Не проводился специальный анализ особенностей аддикции отношений при данной форме алкоголизма с психологической зависимостью от алкоголя.

Аддикцию отношений мы наблюдали у 54 женщин. 28 женщин этой группы имели также эту форму алкоголизма, где психологическая зависимость от алкоголя маскировалась психологической зависимостью от специфического общения в группе. Аддикция отношений у наблюдаемых женщин сформировалась до развития алкогольной зависимости. У оставшихся 26 женщин зависимость от отношений выступала как самостоятельная аддикция.

В 24 случаях наблюдались стабильные отношения с одной или несколькими персонами (лучшие подруги) в течение ряда лет. В остальных случаях (30 человек) женщины были фиксированы не столько на отношениях с конкретным человеком или конкретной группой людей, сколько на отношениях как таковых, поэтому объект аддикции не был постоянным, женщины меняли подруг и компании, находясь в поиске более совершенных близких отношений.

В постмодернистском обществе семья, в силу большой занятости ее членов вне семьи (работа, учеба, занятость в общественных, социальных, политических организациях), чаще не дает ощущения доверия, безопасности, надежности и интимности. В свою очередь, работа требует большой включенности с большими затратами психической и физической энергии, необходимостью превзойти саму себя, чтобы сделать карьеру или соответствовать потребностям организации. Выраженная интенсивность работы сочетается с безличностным автоматизированным характером отношений, лишенных глубинных переживаний. Подбор сотрудников нередко происходит по принципу: «Мне не важно, какой она человек, важно, чтобы она безукоризненно выполняла работу». В этой ситуации человек реализует свою внутреннюю потребность в

близких отношениях через развитие болезненного пристрастия к поиску и сохранению этих отношений. Аддиктивные отношения отличаются от здоровых отношений. Они возникают на фоне низкой самооценки, размытых границ собственного «Я». Для наблюдаемых нами женщин с аддикцией отношений были характерны потребность в подтверждении извне своей значимости, отсутствие доверия к своим собственным чувствам и оценкам, боязнь оказаться покинутыми и желание участвовать во всем том, что важно и приятно объекту их привязанности. Наблюдались преувеличенная забота, желание сделать себя незаменимой, что способствовало повышению самооценки и давало ощущение собственной значимости. В ряде случаев активная помощь была связана с желанием контролировать объект аддиктивных отношений. Употребление алкоголя встраивалось в ритуал общения, облегчало взаимодействие участниц компании за счет его растормаживающего действия, снятия запрета, стимулирования фантазии, субъективного ощущения прилива энергии, ускорения мышления. Таким образом, аддикция отношений представляла собой бегство от неустраивающего реального мира и неприятия самого себя в этом мире в мир псевдообщения, с использованием алкоголя как средства, облегчающего этот процесс.

Дальнейшее развитие аддиктологии, значительное расширение спектра процессуальных форм аддиктивных расстройств делает актуальными исследования в этом направлении, так как эффективное воздействие на аддиктивное звено отношений может открыть новые перспективы профилактики и лечения не только процессуальных, но и химических аддикций.

Литература

1. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Психосоциальная аддиктология. Новосибирск: Олсиб, 2001. 251 с.
2. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Психологические и психические нарушения в постмодернистском мире. Новосибирск: Изд. НГПУ, 2009. 246 с.
3. Beck U. Risikogesellschaft: Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt-am-Main: Suhrkamp Verlag, 2000. 392 S.
4. Gellner E. Bedingungen der Freiheit. Die Zivilgesellschaft und ihre Rivalen. Stuttgart: Klett-Cotta, 1995. 235 S.
5. Honneth A. Objektbeziehungstheorie und postmoderne Identität. Über das vermeintliche Veralten der Psychoanalyse // Psyche. 2000. Jg. 11 (Nov.). S. 1087–1109.
6. Hornsby J. Disempowered Speech // Philosophical Topics. 1995. Vol. 23 (2). 127–147.
7. Keupp H. Psychosoziale Praxis im Gesellschaftlichen Umbruch. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1987. 357 S.
8. Keupp H. Der Mensch als soziales Wesen: Sozialpsychologisches Denken im 20. Jahrhundert. München: Piper, 1995. 378 S.
9. Korolenko C., Dikovskiy A. The clinical classification of alcoholism // Anali zavoda za mentalno zdravlje. Beograd. 1972. Vol. 1. P. 5–10.
10. Korolenko Ts. Postpsychiatry in the Russian North // Circumpolar Health Supplements. Yellowknife. 2010. Vol. 7. P. 444–448.
11. Ross J. The Male Paradox. New York: Simon and Schuster, 1992. 350 p.

Сведения об авторах

Короленко Цезарь Петрович — действительный член Нью-Йоркской Академии Наук, заслуженный деятель науки РФ, член ВОЗ по секции транскультуральной психиатрии, член редакции журнала «Антропология и медицина» (Лондон), д. м. н., профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии Новосибирского государственного медицинского университета

Шпикс Татьяна Александровна — к. м. н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии Новосибирского государственного медицинского университета. E-mail: tshpiks@yandex.ru

Состояния психической атонии у детей (обзор литературы)

А.С. Автенюк, И.В. Макаров

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, отделение детской психиатрии

Резюме. В обзоре литературы рассмотрены состояния психической атонии у детей при различных психических заболеваниях. Приведены данные по истории вопроса, распространенности, классификации, клинике, сопутствующей неврологической симптоматике при синдроме психической атонии.

Ключевые слова: синдром психической атонии, психическая дистония, шизоформные состояния, атоничность.

The conditions of child's mental atony (the review of literature)

A.S. Avtenuk, I.V. Makarov

V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute, Department of Child Psychiatry, St.-Petersburg

Summary. The review of literature presents the conditions of child's mental atony met among different mental diseases. The review provides information about the background, prevalence, classification, clinical picture and accompanying neurologic symptoms typical for syndrome of mental atony.

Key words: mental atony syndrome, mental dystonia, shizoform-excited states, atonic.

История вопроса

Ведущая роль в формировании представлений о психической атонии принадлежит С.С. Мнухину. Уже с 1948 года совместно со своими сотрудниками он выделяет атоническую форму олигофрении (цит. по: Исаев Д.Н., 1968). Впоследствии С.С. Мнухиным (1968) создается клинко-физиологическая классификация всех резидуальных нервно-психических расстройств у детей, где в рамках каждого заболевания (резидуальные психопатии, олигофрения, эпилепсия, церебральный паралич) выделяются три формы: стеническая, астеническая и атоническая. Как писал С.С. Мнухин (1968), эта классификация не являлась исчерпывающей, однако между описанными формами были определены достаточно четкие границы, а детальная клиническая характеристика позволила выявить общность проявлений каждой группы при различных резидуально-органических поражениях головного мозга.

До создания этой классификации представления о психической атонии носили достаточно разрозненный характер. Чаще всего речь шла об умственной отсталости, типология которой активно разрабатывалась в конце XIX — начале XX веков. Так, в 1915 году Г.Я. Трошин среди различных типов олигофрений, выделявшихся в XIX столетии, указывает апатичный тип (цит. по: Исаев Д.Н., 1982). Состояния, сходные с психической атонией, мы наблюдаем у школьника, описываемого В.П. Кащенко (1919) как болезненно-медлительный тип учащегося. Такие дети не только отличаются крайним снижением двигательной активности, но и имеют особенности в виде низкого волевого компонента, слабых эмоциональных проявлений и недостаточности внимания. У В. Штрамайера (1926) встречается описание апатичной (анергической) формы умственной отсталости, где ведущими клиническими признаками являются неспособность к активному сосредоточению, притупление реакций на

внешние и внутренние раздражители, выраженная малоподвижность. Также следует отметить работы В.М. Бехтерева (1908, 1911, 1913, 1923, 1927), посвященные проблемам детства. Ведущее значение в развитии детской психики он уделял сосредоточению как неперемennomu фактору в формировании сочетательных рефлексов. В работах М.О. Гуревича (1932), Т.П. Симсон и соавт. (1935), Н.И. Озерецкого (1938), а также М.О. Гуревича и М.Я. Серейского (1940) обращает на себя внимание подразделение детей с умственной отсталостью на подвижных (зрелищных) и вялых (торпидных). У последних отмечаются неспособность концентрации внимания, низкое реагирование на происходящее вплоть до «состояния психической спячки». Подобную картину торпидности психики мы встречаем в описаниях гипокинетического типа микроцефалии, микседемы и гипогенитализма (Симсон Т.П. и соавт., 1935). К. Шнайдер в 1949 году выделил среди прочих олигофрений инертно-пассивный вариант (Шнайдер К., 1999). Наряду с психическим недоразвитием, сочетающимся со своеобразными явлениями аутизма, некоторые авторы описывают формы нарушения контакта, которые связаны либо с грубым расстройством внимания, либо с чрезмерной, неугасимой подвижностью. А. Beley (1953), систематизируя «неустойчивых» детей, выделяет среди них тех, у кого имеется выраженное психическое недоразвитие. Эти больные неспособны сосредоточить внимание в обычных условиях, безразличны к окружению, у них отмечаются замедленные психические процессы, фрагментарное поведение и моторная отсталость (цит. по: Исаев Д.Н., 1982). С. Frankenstein в 1964 году для классификации олигофрении использовал особенности личности. На основе элементов интеллектуального дефекта им были выделены четыре типа умственной отсталости, среди которых значился апатический вариант (цит. по: Исаев Д.Н., 1982).

Состояния с психической атонией описывают М.О. Гуревич и М.Я. Серейский (1940), когда говорят о снижении интрапсихической активности. Согласно их представлениям, интрапсихическая активность проявляется в способности воспринимать внешние впечатления и на них реагировать, обуславливая энергию психического процесса, а ее снижение ведет к апатии, безразличию, отсутствию инициативы.

Большую роль в исследовании психической атонии сыграли сотрудники С.С. Мнухина, в первую очередь Д.Н. Исаев (1968, 1982), подробно изучивший атоническую форму олигофрении и предложивший ее типологию, единственную по настоящее время. К.Д. Ефремов (1968) описал характерные особенности в ЭЭГ у детей с атонической формой резидуального поражения головного мозга. В течение ряда лет Н.А. Костенецкая в физиологическом отделе Института им. И.П. Павлова специально изучала механизмы, регулирующие общий тонус коры головного мозга (Данилов И.В. и соавт., 1964).

В настоящее время сложившееся под влиянием С.С. Мнухина представление о психической атонии развивают И.В. Макаров (2007) и Б.В. Воронков (2009). Недостаточность психического тонуса при раннем детском аутизме, проявляющуюся в очень низкой психической активности, затруднении в охвате целого, в трудностях сосредоточения активного внимания, грубых нарушениях целенаправленности, произвольности, также описывают В.В. Лебединский и соавт. (1990) и К.С. Лебединская (1991).

Эпидемиология

Данных о распространенности атонической формы резидуально-органического поражения головного мозга на настоящий момент нет. Однако есть данные С.С. Мнухина (1968, 2008), что указанные расстройства встречаются в 3–4 раза чаще у мальчиков. Атоническая форма олигофрении встречается у 3% умственно отсталых детей, поступающих в психиатрическую больницу (Исаев Д.Н., 2003).

Этиология и патогенез

Атоническая форма резидуально-органического поражения головного мозга часто является врожденной, обусловленной разными перинатальными патогенными факторами (Мнухин С.С., 1968, 2008). Д.Н. Исаев (1968) происхождение атонической формы олигофрении связывал с тяжелыми соматическими заболеваниями матери во время беременности (дистрофия, анемия, нефрит, сифилис, токсоплазмоз), с тяжелыми токсикозами беременных, нередко осложнявшихся угрозами прерывания беременности, с пожилым возрастом родителей, асфиксией новорожденного, тяжелыми родовыми травмами и значительной недоношенностью. У этих детей имели место экзогенные вредности в первые годы жизни: частые истощающие и/или тяжелые заболевания раннего детского возраста, травмы головы, осложнения после вакцинаций. У незначительного числа детей отмечалась отягощенная наследственность психозами, эпилепсией, умственной отсталостью, хроническим алкоголизмом и психопатиями (Исаев Д.Н., 1982).

М.О. Гуревич и М.Я. Серейский (1940) снижение всех активных психических функций связывали с поражением лобных долей. Клиническое оформление психических расстройств при атонической форме резидуального поражения головного мозга, по мнению Б.В. Воронкова (2009), зависит от сочетания различных факторов: силы нервных процессов, общего психического тонуса, функциональной активности подкорковых аппаратов мозга, соотношения деятельности коры и подкорки. Ведущая роль в патогенезе отводится поражению подкорковых систем — активирующих систем ствола, межучасточного мозга и лимбической системы (Мнухин С.С., 1968, 2008; Исаев Д.Н., 1982). Именно слабостью подкорковых дизэнцефальных структур, так называемой «энергетической базы» (обеспечивающей тонус коры, достаточный уровень бодрствования и психическую активность в целом), Б.В. Воронков (2009) объясняет психическую разряженность, гипотонию психики, расстройства внимания в виде гипо- и апрозексии, снижение побуждений и целенаправленной активности, что в конечном итоге приводит к грубым нарушениям общения.

Для понимания явлений психической атонии следует также остановиться на представлениях о патогенезе нарушенного внимания. Как известно, возникновение внимания обусловлено, с одной стороны, интенсивностью раздражителей (пассивное внимание), а с другой стороны — психической активностью (Гуревич М.О., Серейский М.Я., 1940). Внимание можно объяснить с точки зрения доминантных очагов возбуждения, когда при известных условиях определенные центры приходят в состояние стойкого возбуждения, становясь доминирующими, в то время как остальные реакции затормаживаются (Ухтомский А.А., 1966). То есть целенаправленность внимания обуславливается тем, что человек воспринимает только то, что на данный момент соответствует его установке, заинтересованности, оставляя на заднем плане все остальное (Гуревич М.О., Серейский М.Я., 1940). При выраженной психической гипотонии мозг пассивно регистрирует и запечатлевает все, что случайно попадает в поле зрения, но при этом серьезно затруднена возможность активной переработки воспринятого. Отсюда и вытекают грубые нарушения (непривлекательность) внимания и скользкий без интереса по окружающим лицам и предметам «невидящий» взгляд (Воронков Б.В., 2009). О роли внешних раздражителей писал В. Штротмайер (1926), говоря, что все, чем обладает ребенок в своей психике, является результатом воздействия раздражителей. В.М. Бехтерев (1911) разделял раздражители на внешние, воспринимаемые с помощью органов чувств, и возникающие со стороны внутренних органов (желудочно-кишечный тракт, сердце, легкие, половые органы и др.), причем органы, воспринимающие действие раздражителя, он называл «трансформаторами энергии». И.М. Сеченов (1871) высказал предположение, что непременным условием нормальной работы мозга является поступление в него некоторого минимума внешних раздражений — световых, звуковых и т. д. Иначе говоря, для того чтобы мозг мог нормально работать, необходимо, чтобы

его нервные клетки были в активном состоянии, которое создается при определенном притоке в головной мозг внешней энергии, не вызывающей какой-то специальной деятельности организма (Данилов И.В., 1964). И.П. Павлов (1950) подчеркивал, что для активного состояния нервных клеток необходим не только постоянный приток внешних раздражителей, но и их качественное и количественное разнообразие. Поскольку ребенок развивается в единой аффективной системе со взрослыми, то они и сами служат источником активности — подъема и поддержания необходимого уровня психического тонуса (Никольская О.С., 2000; Башина В.М., 2009).

Герстман и Шильдер считают, что психическую и психомоторную активность определяет действие стриатума (цит. по: Гуревич М.О., 1930). Сам же М.О. Гуревич (1930) утверждает, что не стриатум, а таламус является органом, то возбуждающим, то блокирующим корковые функции, местом скопления энергии, идущей к нему по сенсорным путям от организма и внешнего мира. В патогенезе психической атонии большое значение уделяют поражению ретикулярной формации, являющейся «восходящей активизирующей системой» (Данилов И.В., 1964). Д.Н. Исаев (1982) ведущую роль в нарушении внимания отдавал гиппокампу, а нарушение биологической активности, снижение психического напряжения, крайнюю нецелесообразность и непоследовательность движений, мышечную гипотонию при атонической форме олигофрении связывал с поражением лимбической системы в целом. В патогенезе органического аутизма отмечается повреждение перивентрикулярных проводящих путей в ЦНС, что ведет к блокаде притока внешней информации (Башина В.М., 2009).

Что касается двигательной сферы, так часто нарушенной при психической атонии, то здесь значение придается фронтальной коре, дающей моторную активность и устанавливающей последовательность движений, стриальным механизмам, определяющим темп движения, двигательной центральной коре, экстрапирамидной системе и таламусу, влияющим на силу и энергию движений (Гуревич М.О., 1930).

Таким образом, создается представление, что регуляция психического тонуса обусловлена действием сложной системы. Кора головного мозга, испытывая активирующее влияние со стороны ретикулярной формации мозгового ствола и неспецифических ядер таламуса, при помощи собственных средств регуляции определяет тот уровень тонуса и работоспособности нервных клеток, который необходим для осуществления процессов высшей нервной деятельности (Данилов И.В., 1964). А.Р. Лурия (1973) также говорит о наличии специального функционального блока поддержания тонуса и регуляции динамики психических процессов, обеспечивающего оптимальный уровень бодрствования, возможность активно воспринимать и перерабатывать информацию, избирательно вызывать в памяти необходимые системы связей, осуществлять контроль над протекающим психическими процессами, корректируя ошибки и сохраняя направленность деятельности.

Типология

Классификации атонического варианта резидуально-органического поражения головного мозга нет. Систематика атонической формы умственной отсталости разрабатывалась лишь Д.Н. Исаевым (1968, 1982, 2003). Автор включил в нее три подгруппы: аспонтанно-апатическую, акатизическую и мориоподобную. Отличительными чертами аспонтанно-апатического варианта являются особенно выраженное обеднение эмоций, снижение активности, резкое ограничение интересов, беспомощность и беззащитность в окружающей среде. Акатизический вариант объединяет больных, характеризующихся необычной непосредливостью, суетливостью, двигательным беспокойством и зависимостью всех поступков от окружающей среды, при отсутствии аффективного напряжения, заинтересованности и целенаправленности. Отличительной особенностью больных с мориоподобным вариантом является нелепо эйфорическое, приподнятое настроение, сочетающееся с разболтанностью, развязностью, расторможенностью, многоречивостью и дурашливым поведением.

Особенности неврологических проявлений

Согласно данным Д.Н. Исаева (1982, 2003), у детей с атонической формой недоразвития часто отмечаются явные неврологические признаки органического поражения головного мозга. Они проявляются то в форме психомоторных, малых и др. приступов, то в виде так называемой микросимптоматики, то, реже, более грубой очаговой поражением ЦНС в виде остаточных явлений парезов, гиперкинезов и апраксий. Экстрапирамидная симптоматика была обнаружена у незначительного количества пациентов, в то время как мышечная гипотония у них очень частое явление. Особенно грубы проявления этих нарушений у детей, отличавшихся неспособностью овладеть такими относительно тонкими моторными навыками, как одевание, раздевание, самостоятельная еда, застегивание пуговиц, шнурование ботинок, рисование, письмо и т. д. Некоторые дети медлительны, выполняют те или иные двигательные акты со значительной задержкой. У ряда больных на рентгенограммах черепа выявляются признаки повышения внутричерепного давления (ярко выраженный сосудистый рисунок, углубление желобов синусов и пахионовых ямок). Значительное распространение имели и вегетативные расстройства, такие как головные боли, тошнота, рвота, отрыжка, ожирение, диспластическое строение тела (непропорционально малые конечности, особенно их дистальные отделы, деформации ушей, лица, нёба, мозгового черепа и др.), выраженное ожирение (в ряде случаев по типу адипозогениализма) и др. (Исаев Д.Н., 1968, 1982). При атонической форме недоразвития часто отмечается раннее возникновение эпилептических припадков, и при этом или особенно тяжелое течение болезни, или, наоборот, сравнительно скорое, а иногда и окончательное их исчезновение. Эпилепсия выражается в «статусообразном» течении болезни, в «молниеносных» и «кивательных» припадках, в изолированных аурах и вегетативных кризах диэнцефального типа

с тошнотой и рвотой, в приступах непроизвольного смеха или плача, в «фебрильных» припадках, протекающих со значительным повышением температуры тела и др. Характерно, что у некоторых больных этой группы, страдающих сочетанием шизоформных черт психики с эпилептическими припадками, приступы возникают сезонно, главным образом весной или осенью, либо более или менее строго периодически — в начале каждого месяца на протяжении 2–3 дней по 2–3 припадку в день (Мнухин С.С., 1968, 2008). О тяжелом течении эпилепсии при атонической форме резидуальных поражений головного мозга говорит и Б.В. Воронков (2009).

Также атонической форме резидуально-органического поражения нередко сопутствуют парезы и параличи. Чаще наблюдается гипотонический гемипарез с хореоатетонидным гиперкинезом и снижением мышечного тонуса. При левополушарных параличах (парез справа) психика бедная, чаще и выраженнее интеллектуальное снижение, пассивность, вялость, то есть выявляются атонические психические проявления (Воронков Б.В., 2009).

На основании обследования более 100 детей с гемипарезами и припадками С.С. Мнухиным (1968, 2008) были выявлены частые гипо- и атонические особенности психики. Выраженность нарушений психического тонуса при этом зависела от степени интеллектуальной недостаточности. Так, у детей с правосторонними гемипарезами и припадками в сочетании с интеллектуальным недоразвитием преобладали снижение эмоционального тонуса, бедность и слабость эмоциональных проявлений, уплощенность и нивелировка личностных черт, недостаточная активность, инициативность, живость и гибкость психики. В то же время у детей без интеллектуального снижения при наличии правосторонних гемипарезов и припадков не отмечалось существенных эмоциональных расстройств, они были спокойными, организованными, иногда несколько вялыми и уплощенными в выражении эмоций (Мнухин С.С., 1968, 2008). При левополушарных (атонических) парезах припадков, как правило, примитивные, с глубоким помрачением сознания, выраженным постприпадочным оглушением (Воронков Б.В., 2009).

Нозологическая специфика

Психическая атония встречается при различных резидуально-органических поражениях: органических (резидуальных) психопатиях, умственной отсталости и «временных» задержках развития, эпилепсии, детских церебральных параличах, эндокрино-вегетативных и трофических расстройствах (Мнухин С.С., 1968, 2008; Воронков Б.В., 2009).

Снижение психического тонуса при атонической форме резидуальных психопатий (изменения характера или личности ребенка вследствие раннего органического или резидуально-органического поражения головного мозга) проявляется в беспечности, резонерстве, благодушии, аспонтанности, наклонности к «умственной жвачке», в своеобразных шизоформных картинах с бедностью эмоций, странными, а иногда и нелепыми поступками, недостаточным либо формальным контактом с окружающими, известной

«отрешенностью» и одновременно развязным поведением, склонностью вступать в разговоры с незнакомыми людьми, отсутствием эмоциональных реакций на новую обстановку, тенденцией к бесполезному рассуждательству и фантазиям, коллекционированию и т. п. С.С. Мнухин (1968, 2008) предполагает, что к этой атонической группе резидуальных психопатий относится, по крайней мере, часть больных из группы «чудаков», «странных» (Verschrobene) Э. Крепелина или «аутистических психопатий» Г. Аспергера.

Детей с атонической формой резидуально-органического поражения головного мозга часто включают в рамки детской шизофрении и синдрома Каннера, относят к постпроцессуальным, шизоидным или аутистическим психопатиям. Они отличаются от картин детской шизофрении отсутствием у больных извращенных аффективных реакций, истинного аутизма, вычурных поз, своеобразием речевых расстройств, отличной памятью и музыкальными способностями, склонностью механически, «попугайно» воспроизводить иногда сложные отрывки из речи окружающих и др. (Мнухин С.С., 1968, 2008; Исаев Д.Н., 1982). От ошибочного диагностирования шизофрении у детей с атонической формой недоразвития предостерегает и Б.В. Воронков (2009), отмечая, что в основе развития шизофрении лежит не снижение психического тонуса, а глубокая интроверсия с погружением в мир болезненных переживаний.

Как особый вариант атонической формы психического недоразвития С.С. Мнухин (1968, 2008) и В.Е. Каган (1981) рассматривали детский аутизм. Б.В. Воронков (2009) уточнил, что психическая атония характерна для пациентов с органическим аутизмом, представляющим собой самостоятельную разновидность раннего детского аутизма. Описанное В.В. Ковалевым (1995) искаженное психическое развитие с интеллектуальной недостаточностью (ранний детский аутизм) сходно с атонической формой резидуально-органического поражения головного мозга.

Психическую гипотонию И.Е. Майзель (1928) и Т.П. Симсон (1935) наблюдали у детей с гипокинетическим типом микроцефалии. С.С. Корсаков (1894) характеризует этих больных по их психическим проявлениям следующим образом: они крайне вялы, апатичны, большей частью неподвижны или совершают какие-либо однообразные движения, плохо воспринимают окружающее, с пониженной кожной чувствительностью и низкими умственными способностями. Т.П. Симсон (1935) также указывает на наличие психической атонии при микседеме, где ведущим признаком психики является ее торпидность, проявляющаяся в необычайном спокойствии, сонливости, отсутствии жизненной активности, моторной и речевой заторможенности. При гипогенитализме также отмечается снижение психического тонуса, что проявляется в малой активности, неспособности к длительному психическому напряжению, замедленности темпа психических процессов и их большой истощаемости, неустойчивости внимания (Майзель И.Е., Симсон Т.П., 1928; Симсон Т.П., 1935).

Атоническую форму олигофрении подробно описал Д.Н. Исаев (1968). Наличие этой формы

умственной отсталости подтверждают и работы современных авторов (Макаров И.В., 2007; Незнанов Н.Г., Макаров И.В., 2009).

Клиническая картина

Основными клиническими проявлениями атонической формы психического недоразвития следует считать неспособность к психическому напряжению, колебание психического тонуса, нарушение целенаправленной активности от спонтанности до двигательного беспокойства, отсутствие планового поведения, апрозексию, нарушение тонкости и точности эмоциональных реакций, неустойчивость аффективного фона, изменение инстинктивных проявлений и др. (Исаев Д.Н., 1982). Неспособность к психическому напряжению проявляется в первую очередь в невозможности или крайнем снижении активного сосредоточения. Расстройство внимания в виде апрозексии, то есть неспособности концентрировать и удерживать его, свойственно представителям именно атонической формы психопатии (Воронков Б.В., 2009). Такие дети очень быстро меняют предмет своих интересов, не задерживаясь на нем, их внимание «скользит» от одного объекта к другому. Они обычно не дают никакого ответа ни на зов, ни на обращенный к ним вопрос. И только повторные, настойчивые и часто более громкие оклики, а иногда и прикосновения заставляют детей как-то отреагировать. Первоначальные ответы нередко бывают случайными, нелепыми, не по существу, но после неоднократных вопросов дети дают иногда адекватные реакции и тем самым не только показывают понимание вопроса, но и знание предмета, о котором идет речь. Больные не способны ни на чем фиксировать внимание, а с другой стороны — часами застревают на стереотипной возне с каким-нибудь предметом (Мнухин С.С., 1968; Исаев Д.Н., 1982). Слабость внимания в виде апрозексии при умственной отсталости описывает и В. Штрамайер (1926), отмечая, что на таких детей большая часть внешних раздражений не действует.

Невозможность психического напряжения скажется и на деятельности больных: наиболее ярко данная симптоматика проявляется в бездеятельности или в нелепом однообразном времяпрепровождении за примитивными занятиями, не соответствующими их общему интеллектуальному уровню (Исаев Д.Н., 1968, 2003). С.С. Мнухин (1968) отмечал недостаточную организованность и бесцельность поведения, практическую беспомощность и беззащитность. Подобное нарушение поведения описывал и Б.В. Воронков (2009), обращая при этом внимание на наличие странных, а иногда нелепых поступков. Отличительной чертой значительной части больных была также в большей или меньшей степени выраженная спонтанность, резкий недостаток или отсутствие активности, столь присущей здоровым детям. Их бездеятельность проявлялась в том, что они не участвовали в играх и развлечениях, не включались в занятия, не помогали персоналу, не шли на прогулку, а многие из них и вовсе ничем не занимались. У подавляющего большинства этих детей такое снижение активности сочеталось с отсутствием интереса к окружающему (Исаев Д.Н., 1968). Весь внешний

вид их «согбенный», «стариковский», им трудно подняться с места, трудно втянуться в работу, трудно думать. Все, что они делают, они стараются делать с меньшим усилием. Движения их вялы, медлительны, бедны, плохо, координированы (Кашенко В.П., 1919). Указанные нарушения проявлялись с первого года жизни: дети были «чересчур спокойны», малоподвижны, пассивны, не реагировали на физические неудобства (мокрые пеленки, холод), не проявляли чувства голода. Пассивность становилась еще более очевидной, когда ребенок начинал сидеть (Лебединская К.С., 1991). В. Штрамайер (1926) при торпидной форме умственной недостаточности отмечает неподвижность и спокойствие детей, бессмысленное выражение лица и пониженную болевую чувствительность. Указанные нарушения сочетались с резким ослаблением и даже полным отсутствием (или исчезновением) интересов (Мнухин С.С., 1968, 2008). О.С. Никольская (2000) указывает также на резкие перепады активности — «то бежит, то лежит» — как на явную недостаточность психического тонуса. Нередко отмечалось и моторное беспокойство в виде непрестанно повторяющихся стереотипных элементарных движений или действий (Исаев Д.Н., 1982; Воронков Б.В., 2009).

Все это часто сопровождается недоразвитостью психомоторики, неловкостью и неуклюжестью движений (Мнухин С.С., 1968, 2008). Их движения неточные, несоразмерные, иногда замедленные или порывистые. Больные поздно начинают ходить, с большим трудом овладевают навыками одевания, самостоятельной еды, не умеют прыгать, балансировать и т. д. (Кашенко В.П., 1919; Исаев Д.Н., 1968). Часто отмечаются нарушения мышечного тонуса (Лебединская К.С., 1991). Сходные нарушения моторики, характерные для двигательной недостаточности Дюпре, М.О. Гуревич (1930) выявлял у эмоционально вялых детей с умственной отсталостью: часто понижена психомоторная активность, недостаточна ритмичность, при сохранности защитных, выразительных и ассоциированных движений.

Для детей с психической атонией характерно нарушение контакта. Свойство это выражено различно: одни не умеют, хотя и желают, вступить в общение со сверстниками, другие почти постоянно пребывают в одиночестве (Исаев Д.Н., 1982). Недостаточный либо формальный контакт нередко сочетался с развязным поведением, склонностью вступать в разговоры с незнакомыми людьми (Мнухин С.С., 1968; Воронков Б.В., 2009).

В сфере эмоций также отмечались особенности: бедность эмоций (Воронков Б.В., 2009), отсутствие эмоциональных реакций на новую обстановку (Мнухин С.С., 1968; Воронков Б.В., 2009). Настроение их чаще нейтрально, у некоторых детей с психической атонией можно было отметить некоторые колебания фоновой аффективности (Исаев Д.Н., 1968). Стойкое понижение аффективной возбудимости в виде равнодушия, безучастности наблюдается при торпидной форме слабоумия (Гуревич М.О., Серейский М.Я., 1940). Некоторые дети этой группы отличались недостаточной отзывчивостью и неумением синтонно реагировать на переживания окружающих людей

(Исаев Д.Н., 1982). Ряд авторов (Кашенко В.П., 1919; Исаев Д.Н., 1982) полагают, что, несмотря на крайнее снижение аффективной возбудимости, область чувств им доступна, она лишь требует сильных раздражителей.

Особенностями мышления при атонической форме резидуального поражения головного мозга являются «заумность», витиеватость, неожиданные сентенции (Мнухин С.С., 1968), склонность к резонерству, «умственной жвачке», причудливым малосодержательным и монотонным фантазиям, наличие своеобразных шизоформных картин (Воронков Б.В., 2009). У болезненно медлительных школьников В.П. Кашенко (1919) отметил вялость и ослабленный темп мыслительных процессов.

Что касается интеллекта, то чаще отмечалось его неглубокое снижение за счет невербальной оценки (Мнухин С.С., 1968; Воронков Б.В., 2009). Но в то же время характерно, что даже при отсутствии грубого интеллектуального снижения эти дети схватывают и в жизни, и на картинках лишь отдельные элементы, не умея и не стремясь уловить какие-либо связи между ними (Мнухин С.С., 1968, 2008). Отмечалось, что это часто приводит к их педагогической запущенности (Кашенко В.П., 1919). При атонической форме умственного недоразвития Е.Д. Прокоповой (1953) и С.С. Мнухиным (1968, 2008) отмечены: длительная, годами длящаяся неспособность овладеть навыками чтения, письма и счета, достигающая нередко степени алексии, аграфии и акалькулии; еще более длительные нарушения «рядоговорения», то есть способности заучивать и перечислять в прямом и, особенно, в обратном порядке дни недели, месяцы, алфавит и др.; длительная, иногда до 10–12-летнего возраста, неспособность правильно ориентироваться в сторонах своего тела; столь же длительные нарушения способности овладения многими другими практическими действиями, состоящими из ряда последовательных операций (способности самостоятельно одеваться и раздеваться и др.). Эти нарушения всегда выражены явно несоразмерно степени умственной отсталости, в связи с чем можно с известным основанием говорить в этих случаях о подлинно неравномерном или дисгармоническом интеллектуальном недоразвитии. Трудности в усвоении школьных навыков (чтения, письма, счета) и пространственно-временных представлений отмечает и Б.В. Воронков (2009).

Вместе с тем такие дети нередко хорошо запоминают и воспроизводят длинные стихи и сказки, слова и мотивы сложных песен (Мнухин С.С., 1968, 2008), обладают хорошим слухом и музыкальной памятью (Исаев Д.Н., 1982).

Практически у всех больных имеются те или другие нарушения стройности, целенаправленности, темпа, содержательности речи, а также произношения (Исаев Д.Н., 1982).

С.С. Мнухин (1968, 2008) обращает внимание на бессодержательность и бесцельность речевой продукции, склонность к механическому воспроизведению отрывков речи окружающих, наличие эхололий, стереотипий и др. Некоторые из этих детей долго говорят о себе в третьем лице («Миша хочет кушать», «он хочет гулять»). Б.В. Воронков (2009) отметил склонность этих детей к употре-

блению сложных речевых шаблонов, частое задавание отвлеченных вопросов без стремления услышать ответ.

У детей с психической атонией ослаблены все безусловнорефлекторные реакции — ориентировочные, оборонительные, а иногда и пищевые (Мнухин С.С., 1968, 2008).

Некоторые дети с атонической формой олигофрении отказывались от твердой пищи или, наоборот, от жидкой, и особенно часто они не принимали никаких неизвестных для них блюд. У одних не было представления об опасности, другие дети были «нечувствительны» к болевым ощущениям (Исаев Д.Н., 1968). Большинство гиповозбудимых детей-аутистов плохо брали грудь, мало сосали. В ряде случаев наблюдалось «отсутствие пищевого рефлекса» — явления анорексии, у многих отмечались срыгивания, рвота, желудочно-кишечные дискинезии (Лебединская К.С., 1991). Еще более характерны различные нарушения сна: длительное засыпание (в течение 2–3 часов), прерывистость, значительное смещение времени сна, отсутствие его днем, беспокойство в определенные часы сна (Лебединская К.С., 1991).

Среди всех изученных больных с атонической формой олигофрении у 25% Д.Н. Исаев (1982) выявил расторможенность влечений (наличие у них гиперсексуальности, проявлявшейся в форме бесцельного эксгибиционизма или мастурбации), а у некоторых больных — их резкое ослабление.

Параклинические и психологические исследования

В литературе имеются данные об особенностях выявленных изменений на ЭЭГ, кожно-гальванической реакции, биохимических исследованиях. Особенности двигательной сферы выявлялись с помощью методики Н.И. Озерского (1929, 1930) и двигательного-речевой методики А.Г. Иванова-Смоленского (Мнухин С.С., 1968, 2008).

В ЭЭГ детей с атонической формой недоразвития К.Д. Ефремов и Д.Н. Исаев (1968) обнаружили ряд особенностей: преобладание медленной низкоамплитудной активности, наличие острых волн, нарушение устойчивости основного ритма, появление спонтанных гиперсинхронизаций, слабость или отсутствие реакций на свет и звук, неусвоение ритмов фотостимуляции. Нарушения имели преимущественно диффузный характер (только у 25% больных выявлены фокальные нарушения).

Проведенные исследования кожно-гальванических реакций (КГР) у всех больных с атонической формой резидуально-органического поражения головного мозга показывают их слабую выраженность и уравненность на разные по силе и качеству раздражители со средним по продолжительности латентным периодом, не превышающим 0,003 с. В большинстве случаев наблюдаются и спонтанные КГР, возникающие без всяких видимых стимулов (Исаев Д.Н., 1968).

В результатах биохимических исследований у больных с атонической формой умственной отсталости имеются наиболее значительные изменения общего уровня белка, альбумина, гамма-глобулина и холестерина крови. Низкий уровень этих биохимических показателей и большой разброс инди-

видуальных показателей содержания серотонина и экскреции 17-кетостероидов указывают на значительные сдвиги в метаболизме и функционировании гипоталамуса и других подкорковых образований (Исаев Д.Н., 1968). Б.В. Воронков также выявил снижение экскреции уропепсина (цит. по: Исаев Д.Н., 1968).

При психологическом обследовании больных с атонической формой умственной отсталости Д.Н. Исаев (1968) с помощью ревизованной шкалы Стенфорд–Бине вывил, что интеллектуальная зрелость в среднем на 4–5 лет меньше биологического возраста. Столь низкая оценка интеллекта, по мнению автора, была связана со своеобразием психического дефекта, его неравномерностью, что не позволяло произвести измерения более точно. С помощью шкалы Векслера были получены следующие данные: средняя ИСО у этих детей 55, средняя вербальная ИСО — 59, а средняя невербальная ИСО — 43. Низкая последняя оценка является их характерной особенностью. Результаты исследований позволяют говорить о неумении по частичной информации воссоздать целое, охватить всю ситуацию, овладеть новым навыком, проявить внимательность и настойчивость. Другие пробы свидетельствуют о недостаточной логичности мышления, неспособности к самостоятельным суждениям, малом объеме знаний и отсутствии интересов. На этом фоне несколько лучше обстоит дело с кратковременной памятью, с запасом «формальных» знаний, которые эти дети, однако, почти не применяют в жизни. Выявляются все же приспособительные возможности, хотя и незначительные. Они выражаются в некоторой способности к житейской ориентировке, выполнению элементарных домашних дел, детским играм и т. д. При некоторых обстоятельствах (в семье) при достаточной стимуляции они проявляют себя относительно лучше, чем можно было бы ожидать по результатам исследований. Методика классификации показала, что эти больные, даже владея обобщающими понятиями, практически не справлялись с классифицированием. Выполнение больными конструктивных задач Гольдштейна–Ширера указывает на низкий уровень абстрактного мышления, неразвившуюся способность к анализу и синтезу даже на конкретном материале. Лексикон больных далеко не удовлетворителен. Исследование памяти показало своеобразное ее нарушение. При первичном и повторном (через 1 минуту) запоминании 5 или 10 слов больные показывали удовлетворительные результаты. Однако в последующем число воспроизводимых слов резко уменьшалось, и конечный результат не превышал половины предъявляемого для запоминания материала. Исследование внимания у больных этой группы обнаружило его крайне грубые расстройства — нарушение объема, концентрации и переключаемости. Анализ заданий по методике Бендер и рисунков фигуры человека, дома и пр. также показал почти полную их неспособность к графическому отображению зрительных восприятий и представлений (Исаев Д.Н., 1982).

Двигательно-речевой методикой А.Г. Иванова-Смоленского у лиц с атонической формой выявлялась, как правило, более или менее резкая слабость

возбудительного процесса, быстрая его истощаемость; у них плохо образовывались условные рефлексы на системы с последовательно действующими раздражителями, а словесные ответы часто оказывались лучшими, чем непосредственные реакции (Мнухин С.С., 1968, 2008). Исследование моторики с помощью методики Н.И. Озерецкого выявило выраженное отставание двигательных способностей в среднем на 5 лет и ниже (Исаев Д.Н., 1982).

Лечение

Для уменьшения апрозексии и упорядочения поведения детей с атонической формой олигофрении Д.Н. Исаев (1982) предлагал использовать амитриптилин по 6 мг 3–5 раз в день, отмечая его особую эффективность в сочетании с меллерилом. В других случаях более эффективными оказывались иные сочетания: мелипрамина с меллерилом, мелипрамина с резерпином, амитриптилина с галоперидолом, амитриптилина с тизерцином или мелипрамина с тизерцином. В результате лечения пациенты становились более активными, общительными, их поведение упорядочивалось, становилось целенаправленным, уменьшалось двигательное беспокойство, возрастала продуктивность. Для больных с атонической формой резидуально-органического поражения головного мозга, у которых на первый план выступали вялость, апатичность, безынициативность и апрозексия, эффективным оказалось назначение левопы. В результате лечения пациенты становились оживленнее, разговорчивее, легче вступали в контакт. Аминалон и церебролизин более эффективны у детей с особенно заметным снижением психического тонуса и грубыми нарушениями речевого развития. Ввиду высокой судорожной готовности всех больных с атонической формой, лечение необходимо сочетать с противосудорожными средствами. Благоприятный результат может быть достигнут чередованием курсов аминалона или церебролизина с левопой (Исаев Д.Н., 1982).

Большую роль в реабилитации детей с психической атонией играют родители и педагоги. Известно, что при настойчивой стимуляции удается заставить этих детей «собратиться», «мобилизоваться» и давать нередко более или менее правильные ответы на вопросы или проявить более или менее адекватные эмоциональные реакции (Кашенко В.П., 1919; Исаев Д.Н., 1968; Мнухин С.С., 1968, 2008; Никольская О.С., 2000; Воронков Б.В., 2009). Так, половина больных (из общего количества наблюдавшихся) под влиянием постоянных побуждений в процессе индивидуальных занятий могли освоить чтение, письмо, а часть из них и счетные операции (Исаев Д.Н., 1982).

Заключение

История изучения проблемы психической атонии насчитывает более 100 лет. За это время были сформулированы основные диагностические критерии расстройства, определен ряд заболеваний, для которых характерно снижение психического тонуса, предложены параклинические методы исследования, разработаны основные принципы лечения. В то же время следует отметить, что более 40 последних лет психическая атония не изучалась

в полной мере, методы исследования и лечения во многом не удовлетворяют современным стандартам. Выделение синдрома психической атонии как отдельного психопатологического феномена предпринято нами недавно (Автенюк А.С., Макаров И.В., 2011). Синдром психической атонии — врожденное либо рано приобретенное равномерное снижение психического тонуса, проявляющееся в снижении всех психических функций (в первую очередь внимания и эмоционального реагирования), снижении двигательной активности,

наличии неврологической симптоматики (снижение мышечного тонуса, экстрапирамидные симптомы, признаки внутричерепной гипертензии), снижении инстинктов и безусловнорефлекторных связей. Нарушения, при которых снижение психических функций сочетается с двигательной роторможностью, целесообразно рассматривать как варианты психической дистонии. Неясными на сегодняшний день остаются вопросы о распространенности данного расстройства и его роли в структуре ряда психических заболеваний.

Литература

1. Автенюк А.С., Макаров И.В. Синдром психической атонии — клиническая реальность детской психопатологии? // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2011. № 1. С. 60–63.
2. Башина В.М. Аутистические расстройства // *Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой и др. М.: ГЭОТАР-Мед., 2009. С. 700–727.*
3. Бехтерев В.М. Внушение и воспитание. Пг.: «Время», 1923. 40 с.
4. Бехтерев В.М. О вопросах сосредоточения // *Вестник психологии, криминальной антропологии и гипнотизма*. 1911. В. 3. С. 1–44.
5. Бехтерев В.М. Об основных проявлениях нервно-психической деятельности в объективном их изучении. Речь, сказанная при открытии Психиатрич. отд. в Психо-нейрол. ин-те 10-го февр. 1911 г. СПб., 1911. 28 с.
6. Бехтерев В.М. Об эволюции нервно-психической деятельности. СПб., 1913. 33 с.
7. Бехтерев В.М. Объективное исследование нервно-психической деятельности в младенческом возрасте. СПб., 1908. 16 с.
8. Бехтерев В.М. Роль сосредоточения как доминанты в процессах сочетательно-рефлекторной деятельности // *Вопросы изучения и воспитания личности*. 1927. № 1–2. С. 3–18.
9. Воронков Б.В. *Детская и подростковая психиатрия*. СПб.: Наука и Техника, 2009. 240 с.
10. Грибоедов А.С. Вопросы воспитания нормального и дефективного ребенка: сборник статей сотрудников Педагогич. ин-та соц. воспитания нормального и дефективного ребенка / под ред. А.С. Грибоедова, А.К. Борсука и В.В. Белоусова. М.–Пг.: Гос. изд., 1924. 232 с.
11. Гуревич М.О. *Анатомо-физиологические основы психомоторики и ее соотношения с телосложением и характером*. М.–Л., 1930. 158 с.
12. Гуревич М.О. *Психопатология детского возраста: Изд. 2-е, испр. и доп.* М.: Гос. Мед. изд. школа ФЗУ им. Арт. Халатова, 1932. 229 с.
13. Гуревич М.О., Серейский М.Я. *Учебник психиатрии*. Изд. 4-е, перераб. М.–Л.: Медгиз, 1940. 316 с.
14. Данилов И.В., Костенецкая Н.А., Купалов П.С. Тонус и работоспособность мозга // *Новое в биологии и медицине*. Л., 1964. Вып. 3. С. 3–16.
15. Ефремов К.Д., Исаев Д.Н. О некоторых особенностях функционального состояния мозга олигофренов по материалам электроэнцефалографии // *Резидуальные нервно-психические расстройства у детей: сб. статей*. Л., 1968. С. 103–112.
16. Иваницкий А.М. *Нейрофизиологический анализ врожденных поражений мозга: эксперим. модели и патогенез олигофрений*. М.: Наука, 1966. 253 с.
17. Исаев Д.Н. Об атонической и дисфорической формах психического недоразвития и о роли лимбика в их происхождении // *Резидуальные нервно-психические расстройства у детей: сб. статей*. Л., 1968. С. 91–102.
18. Исаев Д.Н. *Психическое недоразвитие у детей*. Л.: Медицина, 1982. 224 с.
19. Исаев Д.Н. *Умственная отсталость у детей и подростков: Руководство*. СПб.: Речь, 2003. 391 с.
20. Каган В.Е. *Аутизм у детей*. Л.: Медицина, 1981. 206 с.
21. Кащенко В.П. *Нервность и дефективность в дошкольном и школьном возрастах. Охрана душевного здоровья детей: пособие для родителей и педагогов*. М., 1919. 122 с.
22. Ковалев В.В. *Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. Изд. 2-е, перераб. и доп.* М.: Медицина, 1995. 558 с.
23. Краков С.С. *К психологии микроцефалов*. М., 1894. 65 с.
24. Лебединская К.С., Никольская О.С. *Диагностика раннего детского аутизма: Начальные проявления*. М.: Просвещение, 1991. 96 с.
25. Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. *Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция*. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1990. 197 с.
26. Лурия А. Р. *Основы нейропсихологии*. М.: Изд-во МГУ, 1973. 374 с.
27. Майзель И.Е., Симсон Т. П. *Нервные и психические заболевания раннего детского возраста / под ред. А.А. Киселя*. М.: Изд-во Мосздравотдела, 1928. 110 с.
28. Макаров И.В. *Олигофрении. Систематика, клиника, диагностика // Лекции по детской психиатрии*. СПб.: Речь, 2007. Лекция 7. С. 126–146.
29. Мнухин С.С. О клинко-физиологической классификации состояний общего психического недоразвития у детей // *Вопросы детской психоневрологии: сб. науч. трудов НИПНИ им. В.М. Бехтерева*. Л., 1961. Т. 25. С. 67–77.
30. Мнухин С.С. О резидуальных нервно-психических расстройствах у детей // *Резидуальные нервно-*

- психические расстройства у детей: сб. статей. Л., 1968. С. 5–22.
31. Мнухин С.С. О резидуальных нервно-психических расстройствах у детей // Хрестоматия по психиатрии детского возраста. СПб.: Изд-во Р. Асланова «Юридический центр-Пресс», 2008. С. 114–134.
 32. Незнанов Н.Г. Макаров И.В. Умственная отсталость // Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. Гл. 30. С. 653–681.
 33. Никольская О.С. Аффективная сфера человека. Взгляд сквозь призму детского аутизма. М.: Центр лечебной педагогики, 2000. 364 с.
 34. Озерецкий Н.И. Исследование моторной одаренности. Тесты, предложенные д-ром Н.И. Озерецким. Иркутск: «Власть труда», 1929. 8 с.
 35. Озерецкий Н.И. Психопатология детского возраста: пособие для высших педагог. учеб. заведений. Изд. 2-е, доп. и перераб. Л.: Учпедгиз, 1938. 328 с.
 36. Павлов И.П. Избранные труды по физиологии высшей нервной деятельности. М., 1925. 264 с.
 37. Певзнер М.С. Дети-олигофрены: Изучение детей-олигофренов в процессе их воспитания и обучения. М.: Изд-во Академии педагогических наук РСФСР, 1959. 484 с.
 38. Прокопова Е.Д. Об особой форме неравномерного психического недоразвития у детей, ее клинико-экспериментальном анализе и обосновании: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ленингр. гос. педиатр. мед. ин-т. Л., 1953. 16 с.
 39. Семаго Н.Я. Механизмы двигательной расторможенности и специфичные им виды коррекционной работы // Аутизм и нарушения развития. 2006. № 2. С. 1–10.
 40. Сеченов И.М. Рефлексы головного мозга. Изд. 2-е. СПб., 1871. 179 с.
 41. Симсон Т.П., Модель М.М., Гальперин Л.И. Психоневрология детского возраста. М.–Л.: Биомедгиз, 1935. 369 с.
 42. Смирнова Е.О. Развитие воли и произвольности в раннем онтогенезе // Вопросы психологии. 1990. № 3. С. 49–57.
 43. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М.: Медицина, 1965. Т. 3. 335 с.
 44. Ухтомский А.А. Доминанта. М.–Л.: Наука, 1966. 273 с.
 45. Ушаков Г.К. Детская психиатрия. М.: Медицина, 1973. 392 с.
 46. Шнайдер К. Клиническая психопатология. Изд. 14-е. Киев: Сфера, 1999. 236 с.
 47. Штротмайер В. Психопатология детского возраста: Лекции для врачей и педагогов. Пер. с 3-го нем. изд. А.Н. Щегло. М.–Л., 1926. 220 с.

Сведения об авторах

Автенюк Антон Сергеевич — врач-психиатр, аспирант отделения детской психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. E-mail: anonim-box@list.ru

Макаров Игорь Владимирович — д. м. н., главный науч. сотр., руководитель отделения детской психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. E-mail: ppsy@list.ru

Особенности сексуальных дисфункций при депрессивных расстройствах у мужчин

М.А. Михалев¹, М.И. Ягубов²

¹ ГУЗ Психоневрологический диспансер № 8, Москва;

² ФГУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии»
Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Резюме. В данной работе авторы представили обобщенные литературные данные о сексуальных дисфункциях и их особенностях при депрессивных расстройствах у мужчин. Анализ обширного объема литературы показал, что заболеваемость депрессией неуклонно растет, а структура депрессивных расстройств усложняется. При этом сексуальная патология продолжает оставаться одним из наименее разработанных аспектов депрессивных расстройств, наряду с недостаточной изученностью особенностей клиники, динамики, патогенеза и лечебно-реабилитационных мероприятий. В связи с чем данная проблема является актуальной и имеет большой теоретический и практический интерес.

Ключевые слова: сексуальные дисфункции у мужчин, депрессия, депрессивные расстройства, сниженные либидо, импотенция, мужчины.

Sexual dysfunctions and its peculiarities in case of depressive disorders among men

M.A. Mikhalev¹, M.I. Yagubov²

¹ State health care institution Psychoneurologic dispensary № 8, Moscow;

² The Moscow Research Institute of Psychiatry at the Russian Ministry of Health and social development of the Russian Federation

Summary. The work presents generalized literary information on the problem of sexual dysfunctions among men and its peculiarities in case of depressive disorders. The analysis of a wide range of literature showed that the number of people suffering from depression is constantly growing and the structure of depressive disorders is getting more and more complicated. Besides, sexual pathology is still one of the least investigated aspects of depressive disorders, along with the poor investigation of the peculiarities of the clinical picture, dynamics, pathogeny and treatment-and- aftercare activities. Thus the topic of the work proves to be urgent and have a great practical and theoretical value.

Key words: sexual dysfunctions among men, depression, depressive frustration, libido decrease, impotency, men.

Расстройства настроения относятся к числу наиболее распространенных психических нарушений, а рост показателей распространенности депрессий в последние десятилетия можно назвать стремительным. На сегодняшний день предсказанное почти 30 лет назад наступление «века меланхолии» [45] не представляется парадоксом. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, депрессией страдают более 10 миллионов человек в мире. По распространенности депрессии стоят на 3-м месте после гипертонической болезни и гриппозной инфекции.

Установлено, что заболеваемость депрессиями на сегодняшний день приближается к 3%, а риск заболеть депрессией в течение жизни — к 20% [39]. По данным эпидемиологических исследований, распространенность депрессивных расстройств среди мужчин составляет 4–10%. Особенно заметен рост частоты депрессий в развитых странах Европы, в США, где этот показатель достиг 5–10% (в начале 1960-х годов — 0,4–0,8%) [66]. И в ближайшие 20 лет ожидается рост распространенности депрессий в связи с процессом урбанизации, стрессогенными событиями, миграцией и другими социальными тенденциями. Так, получившие широкую известность данные о повышении частоты развития депрессии во всем мире,

с достижением этой клинической формой к 2020 году второго места после ишемической болезни по критериям DAILY, произвели большое впечатление на всех специалистов, организаторов медицинской помощи, демографов, представителей финансовых институтов и политиков во многих странах. Но прогноз стал оправдываться даже быстрее, чем ожидалось: уже в середине первого десятилетия нашего столетия в Европе распространенность депрессии, а особенно ее влияние на масштаб потерянных для полноценной жизни лет, выдвигает ее на первую (а не вторую) позицию среди всех клинических форм патологии [16]. Диагностика депрессий стала более трудной, а психопатологические проявления депрессивных синдромов — более разнообразными [5]. Многообразие клинических проявлений депрессивных расстройств, множественность молекулярных механизмов действия антидепрессантов разных групп свидетельствуют об участии в патогенезе депрессий взаимосвязанных нарушений ряда нейрохимических систем. В настоящее время считается общепринятым и наиболее обоснованным, что ключевые патогенетические механизмы депрессии связаны с функциональным дефицитом серотонинергической системы и со сложной дисрегуляцией норадренергической системы (чаще с ее гиперактивностью) [28].

Депрессия часто сопровождается ангедонией, отсутствием удовольствия или интереса к занятиям, которые обычно нравятся людям. Для всех типов депрессии характерны нарушения сна, аппетита, либидо [10]. Большинство авторов [1, 15, 21, 20, 28] к соматовегетативным проявлениям депрессии относят и расстройства либидо. Таким образом, неудивительно, что депрессия может быть связана с утратой сексуального влечения и трудностями в достижении возбуждения [36]. В связи с этим понятно, что различные травмирующие психику моменты способны вызвать у человека нарушения полового влечения. Н.В. Иванов пишет: «Эрекционная и эякуляционная функции носят исполнительный характер, целиком определяясь импульсами, идущими преимущественно из высших инстанций нервной системы» [3].

Сексуальные расстройства — наряду со снижением настроения и удовольствия от деятельности, тоской, тревогой, апатией; колебаниями настроения, снижением работоспособности и повышенной утомляемостью, трудностями сосредоточения; идеями ущербности, чувством вины, ипохондрией, суицидальными идеями; нарушенным сном и аппетитом; утратой чувства радости, способности испытывать наслаждение — относятся к основным симптомам депрессии [4, 28, 31].

Взаимосвязь депрессии и сексуальной дисфункции

Соотношение мозг–тело привлекало внимание философов и медиков еще со времен античности. Идея взаимосвязи и взаимовлияния психических и телесных функций восходит к Гиппократу и Галену. Наиболее благодатную область применения психосоматического подхода к медицине представляют исследования, связанные с функциями полового аппарата, поскольку ни в одной другой сфере связь между психическими и физиологическими аспектами функции не является столь глубокой, как в сексуальности.

Связь депрессивных состояний с патологией в сексуальной сфере являлась предметом внимания многих поколений как отечественных, так и зарубежных исследователей начиная с XVIII века. Р. Furbinger [43] писал: «По какой-то странной иронии судьбы, пессимистично настроенные имеют эрекцию в какое угодно время, но только не тогда, когда им предстоит исполнить супружеские обязанности». R. Krafft-Ebing [50] также отмечает, что «сознание и настроение меланхоликов неблагоприятны для пробуждения полового влечения». В своих работах В.П. Сербский [27] указывал, что «одно из наиболее ярких проявлений извращения чувствования у меланхоликов, когда даже те впечатления, что сопровождалось раньше ощущением радости, воспринимаются теперь как болезненно неприятные».

Данную взаимосвязь описывал S. Freud [42]: «Особенно мощным астенизирующим фактором при аффективных нарушениях с сексуальными расстройствами становится переключение всего психического регистра индивида на область крайних тревог по поводу снижения или утраты своего мужского начала».

Говоря о понимании взаимосвязи депрессии и сексуальной дисфункции, необходимо отметить,

что на заре сексологических исследований придавалось большое значение в первую очередь самим сексуальным нарушениям и только потом, как следствию, расстройствам настроения.

R. Krafft-Ebing [50], с именем которого связываются первые попытки систематизации знаний в области сексуальной патологии, считал, что «неумеренное совокупление» или «чересчур частая мастурбация» могут стать причиной «настоящей душевной болезни». Подобные примеры отражают начальный этап развития психиатрии, характеризующийся недостаточностью как эмпирических, так и теоретических данных относительно сущности и причин психических заболеваний и, как следствие этого, упрощенностью соответствующих представлений.

Со второй же половины XIX века попытки связать происхождение меланхолии с патологией в сексуальной сфере становятся все более редкими, хотя полностью и не исчезают. С накоплением клинического опыта и появлением первых научных теорий по этиологии психических заболеваний идеи наивного сексуализма начали заметно ослабевать. А к концу XIX века разнообразные нарушения в сексуальной сфере чаще рассматривались уже не как причина, а как следствие душевных болезней [14, 49, 59].

Данное обстоятельство позволило крупнейшему представителю клинко-нозологического направления Крепелину [49] так охарактеризовать состояние вопроса: «У мужчин, по-видимому, на долю половых страданий не выпадает сколько-нибудь важного значения в этиологии душевных расстройств»; касаясь же тех случаев, когда первый коитус сопровождается острыми депрессивными состояниями, Крепелин замечает: «Вероятно, мы имеем здесь дело лишь с внешним проявлением уже ранее подготовленного заболевания». В литературе появляются отдельные публикации, посвященные разнообразным взаимоотношениям между депрессией и половыми расстройствами [37, 38, 44, 47, 55, 56, 64]. В большинстве подобных работ нарушениям в сексуальной сфере придается важная роль в клинике и диагностике депрессивных состояний.

Со времен Крепелина и по настоящее время взгляды представителей клинического направления по обсуждаемому вопросу не подвергались каким-либо существенным изменениям. Большинство клиницистов не придают патологии в сексуальной сфере сколько-нибудь важного значения в происхождении депрессивного психоза [19, 23, 34, 68 и др.].

Однако идеи наивного сексуализма старых авторов в начале XX века обрели «второе рождение» и подверглись дальнейшему развитию в психоаналитической теории пансексуализма S. Freud. Представители психоанализа в основе психических заболеваний усматривают патологическую динамику либидо в онтогенезе инфантильной сексуальности. Психосексуальная травма, пережитая в детстве, по мнению психоаналитиков, ведет к патологической регрессии либидо и фиксации на ранних стадиях его развития.

Подводя итог сказанному, следует отметить, что связь депрессии с половыми расстройствами

являлась предметом внимания многих исследователей. С эволюцией в воззрениях на происхождение и сущность психических заболеваний изменялись и представления о характере взаимосвязи депрессии и сексуальной патологии. По замечанию Г.С. Васильченко [4], первоначальный поиск механизмов развития половых расстройств можно уподобить крайним отклонениям маятника: от наивно-механистических идей локаляционистов [33, 41, 57 и др.], преувеличивавших роль семенного бугорка и предстательной железы как исходных пунктов сексуальных дисфункций, к не менее односторонней концепции «нервной импотенции» [43, 44 и др.], приверженцы которой, недооценивая значения соматических нарушений, основным фактором в развитии половых расстройств объявляли лишенную конкретного субстрата «нервную почву».

Современные представления о клинике сексуальных расстройств при депрессиях в основном сложились уже к началу XX века и в дальнейшем не подвергались серьезным изменениям.

Большинство исследователей отводят половым нарушениям важную роль в диагностике и клиническом оформлении депрессивных состояний. Помимо этого, следует отметить, что многие психические заболевания сопровождаются сексуальными дисфункциями [12, 22, 25, 35] и нередко диагностируются впервые именно на сексологическом приеме [32].

Распространенность сексуальных расстройств, клинические варианты сексуальных дисфункций, возникающих при депрессивных расстройствах, и их значимость в жизни мужчины

По разным данным, распространенность сексуальных расстройств в популяции колеблется от 2% до 50% при различных их формах в зависимости от пола и возраста. Обращаемость за сексологической помощью не отражает истинную распространенность в популяции, поскольку обращаемость зависит от степени социальной и сексуальной дезадаптации, наличия и степени тяжести основного или сопутствующего заболевания, характерологических особенностей пациентов, а также от доступности сексологической помощи [8].

Сексуальные дисфункции при расстройствах психической сферы связаны с нейродинамическими нарушениями сформировавшихся или формирующихся поведенческих условнорефлекторных стереотипов сексуального поведения. Они характеризуются нарушениями всех сексуальных проявлений (влечения, возбуждения, оргазма, эякуляции) [8].

Воздействие, оказываемое расстройствами настроения на половую функцию мужчины, весьма разнообразно. Депрессия представляет собой многозвеньевое расстройство, и стадии его развития клинически проявляются не только углублением основных симптомов депрессии, но и видоизменением самоощущения и самооценки больных [29].

У большинства страдающих депрессией заметно снижается половое влечение, возникают нарушения эрекции, преждевременное или затрудненное семяизвержение [54, 63, 64], а также утрачивается способность получить удовольствие от сексу-

альных фантазий [69]. А.Т. Веck [37, 38] указывает на то, что снижение либидо и половой активности часто является одним из первых признаков депрессии. Среди обследованных им депрессивных больных ослабление полового влечения было обнаружено в 61% случаев. Снижение либидо коррелировало со снижением аппетита, интереса к людям, а также со степенью выраженности депрессивного аффекта. При слабо выраженных депрессивных состояниях отмечалось незначительное снижение спонтанно возникающего полового влечения и чувствительности к сексуальной стимуляции. Глубокие депрессии сопровождались полной утратой чувствительности к половой стимуляции и неприязнью ко всякого рода сексуальным проявлениям.

G. Winokur et. al. [68] при клиническом обследовании больных, страдающих депрессивными расстройствами, обнаружил снижение либидо у 80% мужчин. E.S. Payker, M.M. Weissman [53] снижение либидо отмечали у 60% больных депрессией.

E.O. Laumann с соавт. [51] сообщают, что 5% мужчин с депрессией испытывают трудности в связи со сниженным сексуальным влечением, а преждевременной эякуляцией страдают около 21% мужчин [51]. Другие авторы приводят более высокие показатели распространенности этого расстройства — 36–38% [62]. По данным E.O. Laumann и других авторов, оргазмическими расстройствами страдают 4–10% мужчин с депрессией [51, 62].

Резкие колебания либидо рассматривают, наряду с периодической головной болью и другими психосоматическими симптомами, как депрессивные эквиваленты циклотимии [57], как одно из ее клинических проявлений [48, 60]. Д.Д. Плетнев [24] рассматривал нарушения полового влечения в качестве характерных признаков так называемой соматической циклотимии.

Одним из самых страшных для больного симптомов половой дисфункции в клинике депрессивных состояний оказывается даже незначительная сперматорея — периодическое выделение семени («двигательный невроз простаты») преимущественно в результате ослабления мышечного тонуса сфинктеров и проходящих через предстательную железу семявыбрасывающих протоков. Истечение семени при мочеиспускании и дефекации издавна описывают как очень распространенный (наряду с психической импотенцией и синдромом «раздраженной предстательной железы») признак депрессивных состояний. Непроизвольная потеря нескольких капель семени в течение дня возникает вне всякой связи с эротическими представлениями (без предшествующей эрекции, оргазма и каких-либо сладострастных ощущений). Неизбежным последствием сперматореи в таких случаях становится углубление депрессии [31].

A. Devaux, J. Lorge [40] и др. описывали моносимптомные формы меланхолии, проявляющиеся в виде периодической импотенции. Стойкий страх импотенции также чаще всего является симптомом депрессивного круга. На депрессивный характер переживаний больного указывает, в частности, и тот факт, что «настроение перед сношением» при этом всегда ниже, чем после него [4]. Зачастую депрессивный аффект маскируется множеством жа-

лоб на тягостные ощущения и сексуальные нарушения, сопровождаясь усилением раздражительности, сензитивности, угнетенностью, ангедонией, обостренной склонностью к самоанализу. Особое диагностическое значение приобретает типичный для этих пациентов пестрый набор вегетативных расстройств (бледность и похолодание конечностей, резко выраженный и стойкий дермографизм, чрезвычайная лабильность артериального давления и пульса, ощущение жара и приливов или пульсации в голове, повышенная, иногда пароксизмальная потливость, сухость во рту и т. д.) [31].

Важно сказать, что как в зарубежной, так и в отечественной литературе имеются указания на существование мягких форм депрессий (маскированных, стертых, ларвированных), в клинической картине которых сексуальные расстройства выступают на передний план. Снижение либидо и потенции у мужчин [9, 52, 63] относят к наиболее частым симптомам маскированной депрессии. Соматовегетативные расстройства могут играть ведущую роль в жалобах больного, соответствовать степени выраженности аффективных, идеаторных и моторных нарушений [7, 15, 23, 29, 30]. При этом создается сложная связь собственно аффективных и вегетативных элементов, определяющая как состояние больного, так и систему лечения [6].

Некоторые авторы [13, 53] указывают на то, что скрытая депрессия может проявляться не только снижением половых функций, но и гиперсексуальностью, промискуитетом и гомосексуальными тенденциями. D.C. Renshaw [61] к проявлениям «латентной» депрессии относил мастурбацию и ее эквиваленты. В.С. Ротенберг [25] и В.В. Андрианов [2] перемежающийся ночной приапизм также расценивали как признак скрытой депрессии.

Таким образом, в настоящее время к проявлениям маскированной депрессии с преобладанием сексуальных расстройств относят такое разнообразие нарушений половых функций, которое практически исчерпывает собой всю известную на сегодняшний день сексологическую феноменологию. Недостаточная изученность клиники скрытых депрессий с преимущественно сексологической симптоматикой в значительной степени затрудняет их своевременную диагностику и лечение [61, 67]. В обзорной статье D.C. Renshaw [61], посвященной сексуальным нарушениям при различных депрессивных состояниях, подчеркивается недостаточная изученность вопроса. Автор отмечает, что до сих пор не определены клинические особенности половых расстройств, обусловленных депрессией.

Но независимо от проявлений и степени выраженности сексуальных расстройств, возникающих при пониженном аффекте, человек уделяет им особое внимание (нередко большее, чем другим, более серьезным, расстройствам организма), а подчас это становится единственной проблемой, с которой он обращается к врачу [46]. Большинство авторов отмечают, что половое чувство и влечение занимают исключительное положение среди других чувств и влечений, так как на их долю выпадает «наибольшее психологическое и психопатологическое» значение [25]. Несостоятельность в половой жизни является одной из самых сильных эмоциональных травм для мужчины

любого возраста, что связано с особой личностной значимостью сексуальных отношений для большинства людей [18]. Нарушение половой функции существенно влияет на поведение мужчины. Такие мужчины могут избегать ситуаций, связанных с сексом; потерпев неудачу, они постараются свалить вину на свою партнершу или же будут так усердно добиваться эрекции, что это еще больше затруднит их положение [54].

Снижение половой функции у зрелого мужчины, равно как и сексуальное фиаско молодого человека, только что вступившего в брак, воспринимается как крушение надежд на счастливую жизнь, как потенциальная угроза распада семьи или невозможность ее создания. Половые дисфункции, ограничивая репродуктивные возможности, препятствуют достижению супружеской и сексуальной гармонии в паре, нарушают стабильность брака и нередко приводят к разводам, отрицательно влияют на душевное равновесие и работоспособность, что может привести к развитию невротических и аффективных расстройств, антивиталям переживаниям и асоциальному поведению [13]. Даже в тех случаях, когда половые расстройства не являются доминирующими среди других клинических проявлений депрессии, дисгармония сексуальной жизни, возникающая вследствие этих расстройств, сама по себе выступает как психотравмирующее переживание, что в значительной степени утяжеляет клиническую картину данных состояний [11]. Это порой вызывает острые аффективные реакции с утратой самоутверждения в сексуальной сфере, которая в общей системе социально-психологических ценностей личности занимает значительное место. Сексуальные расстройства и дисгармонии, сопровождаясь выраженной и часто пролонгированной аффективной реакцией, способствуют формированию пессимистической оценки личностной перспективы. Это приводит к возникновению кризиса в семейной и интимно-личной сферах, а при условиях неразрешенности ситуации и остроты реакции — к формированию суицидального поведения. По данным литературы, семейно-личные и интимные конфликты занимают одно из первых мест среди суицидоопасных интерперсональных конфликтов, что подтверждается данными суицидологической службы города Москвы, где среди лиц, обратившихся за помощью, 26% составляют пациенты с интимно-личными и сексуальными проблемами [12].

Статистические исследования, проведенные на большом контингенте лиц, показали, что сексуальные дисфункции у мужчин (например, нарушение эрекции), делающие невозможным осуществление полового акта, в 10 раз чаще становятся причиной суицидальных попыток, чем половая холодность у женщин, которая также затрудняет проведение полового акта или делает его невозможным. Последнее отрицательно влияет на самочувствие мужчины, в значительной мере притупляет «ощущение» смысла жизни, а также снижает самооценку [46].

Терапия сексуальных дисфункций при депрессивных расстройствах

Медикаментозное лечение широко используется при сексуальных расстройствах у мужчин. Вы-

бор лекарственных средств при нарушении сексуальной функции определяется причиной заболевания, характером его течения, возрастом больных, сопутствующей соматической или психической патологией и т. п. В соответствии с этим медикаментозное лечение может быть этиологическим, патогенетическим или симптоматическим. Наиболее часто при лечении сексуальных дисфункций, возникающих наряду с депрессивными расстройствами, применяют антидепрессанты, транквилизаторы и нормотимики, которые сами по себе могут вызывать нарушение сексуальной функции [17].

В проспективном исследовании из 152 мужчин, принимавших антидепрессанты [36], 14% пациентов спонтанно сообщили своим врачам о сексуальной дисфункции, а 58% признали наличие сексуальных проблем при прямом вопросе. Результаты данного исследования показывают, что у значительной части пациентов, принимающих антидепрессанты, возникают сексуальные побочные эффекты. Полученные данные также говорят о том, что исследования, основанные на спонтанном самоотчете о побочных эффектах, могут занижать распространенность сексуальных проблем, связанных с приемом того или иного препарата. А.Б. Смулевич [28] указывает, что почти все антидепрессанты, кроме коаксила, отрицательно влияют на потенцию. К другим лекарствам, ассоциированным с сексуальными трудностями, относятся малые транквилизаторы, они «способствуют устранению широкого круга расстройств», возникающих при депрессии, «уменьшая прежде всего эмоциональную напряженность, тревогу, и страх», но способные при этом вызывать нарушения эрекции, семяизвержения, угнетать либидо [36].

Анализ многочисленных данных литературы показывает, что проблема терапии сексуальных дисфункций у больных, страдающих депрессией, остается не разработанной и актуальной.

Заключение

Таким образом, приведенный здесь обзор литературных данных показывает, что связь депрессии с патологией в сексуальной сфере являлась предметом внимания многих исследователей и многочисленные авторы едины в констатации факта снижения полового влечения и ослабления потенции при депрессивных состояниях.

Представления о характере взаимосвязи депрессивных нарушений и сексуальных дисфункций изменялись вместе с эволюцией в воззрениях на происхождение и сущность психических заболеваний. До настоящего времени в трактовке данного вопроса нет единого мнения.

Половым нарушениям придается важное значение в диагностике и клинико-феноменологическом оформлении депрессивных расстройств, особо учитывая тот факт, что сексуальная патология продолжает оставаться одним из наименее разработанных аспектов депрессивных расстройств. Выяснение факторов, обуславливающих доминирование сексологической симптоматики в клинической картине депрессии, может способствовать повышению эффективности профилактики, своевременности и адекватности терапии подобного рода состояний. Результаты исследования в данной области также могут иметь существенное значение для ранней диагностики депрессивных расстройств с преобладанием сексуальных дисфункций.

В связи с этим выявление особенностей клинической картины синдромологической структуры сексуальных дисфункций и разработка принципов лечебно-реабилитационных мероприятий и тактики их применения у мужчин, страдающих депрессивными расстройствами разной степени выраженности, имеют большое теоретическое и практическое значение.

Литература

1. Аведисова А.С. Депрессия и тревога. Диагностика и лечение. М.: Гос. науч. центр, 2003. 32 с.
2. Андрианов В.В., Ротенберг В.С. О перемежающемся ночном приапизме // Урология и нефрология. 1976. С. 31–35.
3. Банищиков В.М., Невзорова Т.А. Психиатрия. М.: Медицина, 1969. С. 294–295.
4. Васильченко Г.С. Частная сексопатология. М.: Медицина, 1983. Т. 1. 302 с.; Т. 2. 352 с.
5. Вертоградова О.П., Волошин В.М. Анализ структуры депрессивной триады как диагностического и прогностического признака // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1983. Т. LXXXIII, вып. 8. С. 1189–1194.
6. Вертоградова О.П. К соотношению психосоматических и аффективных расстройств. Всерос. съезд невропатологов и психиатров, 5-й: тезисы докладов. М., 1985. Т. 3. С. 26–27.
7. Вертоградова О.П. Психосоматические расстройства и депрессии (структурно-динамические соотношения). Всерос. съезд невропатологов, психиатров и наркологов, 8-й: тезисы докладов. М., 1988. Т. 3. С. 226–228.
8. Гофман А.Г. Психиатрия: справочник практического врача. М.: МЕДпресс-информ, 2006. 592 с.
9. Десятников В.Ф. Маскированная депрессия (обзор литературы) // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Косакова. 1975. № 5. С. 760–771.
10. Диков С.Ю. Соматовегетативные расстройства при депрессиях с разным типом ведущего аффекта: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2009. 34 с.
11. Карвасарский Б.Д. Неврозы. М.: Медицина, 1980. 448 с.
12. Кибрик Н.Д. Возрастные особенности развития сексуальных дисфункций у мужчин. М., 1999.
13. Киров К. Депрессия. Актуальные проблемы невропатологии и психиатрии. М.: Медицина, 1974. С. 222–233.
14. Корсаков С.С. Курс психиатрии. М.: Товарищество, 1893. 604 с.
15. Краснов В.Н. Психосоматические расстройства в клинической динамике циркулярных депрессий // Актуальные проблемы соматопсихиатрии и психосоматики: сб. статей. М., 1990. С. 134–136.

16. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. М.: Практическая медицина, 2011. 432 с.
17. Кришталъ В.В., Григорян С.Р. Сексология. М.: ПЕР СЭ, 2002. С. 445, 447–448.
18. Либих С.С., Фридкин В.И. Сексуальные дисгармонии. Ташкент: Медицина, 1990. 142 с.
19. Лукомский И.И. Маниакально-депрессивный психоз. М.: Медицина, 1968. 159 с.
20. Мосолов С.Н. Тревожные и депрессивные расстройства; коморбидность и терапия. М.: Артинфо Паблишинг, 2007. С 58–69.
21. Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н. Аффективные психозы. М.: Медицина, 1988. 264 с.
22. Овсянников С.А. К дифференциальной диагностике малопрогредиентной шизофрении и пограничных состояний с половыми нарушениями при системном подходе // Диагностика, лечение и профилактика половых расстройств. М., 1978. С. 33–37.
23. Пападопулос Т.Ф. Острые эндогенные психозы, психопатология и систематика. М.: Медицина, 1975. С. 192.
24. Плетнев Д.Д. К вопросу о «соматической» циклотимии // Русская клиника. 1927. Т. 7 (36). С. 496–500.
25. Посвянский П.Б. Сексуальные нарушения в клинике, дифференциальной диагностике и психопатологии шизофрении // Проблемы современной сексопатологии. М., 1972. С. 296–323.
26. Ротенберг В. С., Андрианов В.В. О перемежающемся ночном приапизме // Урология и нефрология. 1976. № 6. С. 31–35.
27. Сербский В.П. Психиатрия. М., 1912. 654 с.
28. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М.: Медицинское информационное агентство, 2003. 425 с.
29. Снежневский А.В. Клиническое обследование // Руководство по психиатрии. М.: Медицина, 1983. Т. 1. С. 187–193.
30. Руководство по психиатрии / под ред. А.С. Тиганова. М.: Медицина, 1999. Т. 1. 710 с.
31. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства (руководство для врачей). М.: Медицина, 1986. 384 с.
32. Упенице М.Я. Особенности сексуальных нарушений у больных с вялотекущей шизофренией // Вопросы сексопатологии. М., 1969. С. 74–76.
33. Хольцов Б.Н. Функциональные расстройства мужского полового аппарата и функциональные расстройства мочевых органов нервного происхождения. М.: Практическая медицина, 1926. С. 125–135.
34. Пападопулос Т.Ф., Шахматова-Павлова И.В. Руководство по психиатрии / под ред. А.В. Снежневского. М.: Медицина, 1983. Т. 1: Маниакально-депрессивный синдром. С. 417–456.
35. Ягубов М.И. Клинико-динамические особенности и комплексная патогенетическая терапия сексуальных дисфункций у мужчин с психическими расстройствами непсихотического уровня: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2006. 53 с.
36. Barlow D.H. *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. New York; London, 2001. P. 809–821.
37. Beck A.T. *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row, 1967. 370 p.
38. Beck A.T. *Sexuality and depression / Medical Aspects of Human Sexuality*. 1968. Vol. 2 (7). P. 44–51.
39. Costa e Silva J. A. *Facing depression // WPA Teaching Bulletin on Depression*. 1993. Vol. 1 (1). P. 1–4.
40. Devaux A., Lorge J. *Les anxieux*. Paris: Masson, 1917. [Цит. по: Шаманина В.М. Депрессивные синдромы // БМЭ. Изд. 3-е. 1977. Т. 7. С. 118.]
41. Drysdale Ch. *Elementsofsocialscience, orphysical, sexual, and natural religion*. London, 1854. 355 p.
42. Freud S. *Some neurotic mechanisms in Jealousy, Paranoia and Homosexuality // Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Vol. 18: (1920–1922). P. 221–232.
43. Furbringer P. *Функциональные расстройства мужского полового аппарата: пер. с нем. Харьков, 1901. 92 с.*
44. Gyurkovechky V. *Pathologie und Therapie der mannlichen Impotenz*. Wien und Leipzig, 1897. 178 S.
45. Hagnell O., Lanke J., Rorsman B., Ojesjo L. *Depressive illnesses in a prospective epidemiological study over 25 years: The Lundby Study, Sweden // Psychol. Med*. 1982. P. 21–26.
46. Imielinski K. *ZarysseksuologiiI seksiatrrii. Panstwowy Zaklad Wydawnictw Lekarskich. Warszawa, 1982. 189 с.*
47. Kiev A. *Depression and libido // Medical Aspects of Human Sexuality*. 1969. Vol. 3 (II). P. 35–45.
48. Kirchhof J. *Poliklinik depressiver Störungen speziell endogener Verstimmungen // Z. ges. Neurol. Psychiatr*. 1942. Bd. 174. S. 88–134.
49. Kraepelin E. *Lehrbuch der Psychiatrie*. VIII Aufl. Berlin: A. Barth, 1910. 468 S.
50. Krafft-Ebing R. *Судебная психопатология: пер. с нем. СПб., 1895. 646 с.*
51. Laumann E.O., Paik A., Rosen R.C. *Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors // JAMA*. 1999. Vol. 281. P. 537–544.
52. Lemke R. *Psychiat. Neurol. Med. Psychol. Leipzig, 1949. 161 S.*
53. Martin M.J. *Impulsive sexual behavior masking insidious depression // Medical Aspects of Human Sexuality*. 1976. Vol. 10 (3). P. 45–55.
54. Masters W.H., Johnson V. and. Kolodny R. *Textbook of Sexual Medicine (2nd edition)*. Boston: Little Brown, 1984. 692 p.
55. Montassut M. Paris, 1938. [Цит. по: Шаманина В.М. Депрессивные синдромы // БМЭ, Изд. 3-е. 1977. Т. 7. С. 118.]
56. Paykel E.S., Weissman M.M. *Marital and sexual dysfunction in depressed women // Medical Aspects of Human Sexuality*. 1972. Vol. 6 (6). P. 73–101.
57. Peyer A. *Die nervosen Erkrankungen der Urogenitalorgane, Zugler-Oberlander // Klinisches Handbuch der Harnund Sexualorgane*. Leipzig, 1894. S. 263.
58. Pichot P, Hassan J. *Masked, depression and depressive equivalents problems of definition and diagnosis // Masked depression / ed. by P. Kielholz. Bern-Stuttgart-Vienna: Huns Huber Publ., 1973. P. 61–76.*
59. Porosz M. *Über die Atonie der Prostata // Monatsberichte fuer Urologie*. 1912. S. 90.

60. Radmayr E. Zur Problematik larvierter Depressionen // *Klin. Wschr.* 1971. Bd. 83. S. 333–334.
61. Renshaw D.C. *Sexual Dysfunctions // Somatic manifestations of depressive disorders / ed. by A. Kiev.* Amsterdam: Excerpta Medica etc., 1974. P. 86–106.
62. Rosen R., Leiblum S., Spector I. Psychologically based treatment for male erectile disorder: A cognitive-interpersonal model // *J. of Sex and Marital Therapy.* 1994. Vol. 20 (1). P. 11–17.
63. Silbert M.B. Masked depression and the general practitioner // *S. Afr. med. J.* 1968. Vol. 42. P. 132–136.
64. Spencer R.F. Depression and diminished sexual desire // *Medical Aspects of Human Sexuality.* 1977. Vol. 11 (8). P. 51–65.
65. Tamburello A., Seppecher M.F. The effects of depression on sexual Behavior // *Preliminary results of Research.* New York, 1977. P. 12–24.
66. Üstun B.T., Sartorius N. *Mental Illness in General Health Practice: An international study.* New York: John Wiley & Sons, 1995. P. 17–23.
67. Weitbrecht H.J. Депрессивные и маниакальные эндогенные психозы // *Клиническая психиатрия / под ред. Г. Груле и др. М.: Медицина, 1967. С. 59–101.*
68. Winokur G., Clayton P.J., Reich Th. *Manic depressive illness.* Saint Louis, 1969. 186 p.
69. Woods S.M. *Sexuality and mental disorders // Sexual problems in Medical Practice / ed. by H.L. Lief.* Chicago: American Medical Association, 1981. P. 199–209.

Сведения об авторах

Михалев Михаил Александрович — врач-психиатр, сексолог, соискатель 1-го года отд. сексопатологии Московского научно-исследовательского института психиатрии Росздрава. E-mail: mihail-mihaylov@list.ru

Ягубов Михаил Ибрагимович — д. м. н., вед. науч. сотр. отд. сексопатологии Московского научно-исследовательского института психиатрии Росздрава

Простое слепое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование эффективности применения trazодона для коррекции аффективных расстройств у больных с алкогольной зависимостью в ремиссии

Е.М. Крупицкий, С.М. Ериш, К.В. Рыбакова, А.С. Киселев, В.А. Бернцев, М.Н. Торбан,
С.П. Ерошин, О.Ф. Ерышев
Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт
им. В.М. Бехтерева

Резюме. *Введение.* Результаты исследований применения антидепрессантов (АД) для лечения алкоголизма оказались противоречивыми, возможно в силу того, что в эти исследования включались как больные с коморбидными аффективными расстройствами, так и пациенты без таковых, а также в силу использования АД с различными механизмами действия.

Цель исследования. Изучить эффективность применения антидепрессанта trazодона, относящегося к группе SARI, механизм действия которого включает ингибирование обратного захвата серотонина и блокаду 2A-подтипа рецепторов серотонина, для купирования аффективных расстройств депрессивного круга и стабилизации ремиссии у больных алкоголизмом.

Методы. Больные алкоголизмом (61 человек) с коморбидными депрессивными расстройствами — депрессивным эпизодом (F32.0), умеренным депрессивным эпизодом (F32.1) или рекуррентным депрессивным расстройством (F33.x) — случайным образом были распределены на две группы. Больные первой группы (30 человек) получали trazодон (150 мг/сут) в течение трех месяцев. Больные второй группы (31 человек) получали идентично выглядящее плацебо. Все больные еженедельно должны были посещать клинику для контроля ремиссии (потребления алкоголя), оценки выраженности аффективных расстройств и комплаенса приема препаратов (по подсчету не принятых таблеток). Для оценки депрессии и тревоги использовали шкалы Гамильтона, Монтгомери–Ашберг, Зунга и Спилбергера. Влечение к алкоголю оценивали с помощью обсессивно-компульсивной, Пенсильванской и визуальной аналоговой шкал. Для контроля потребления алкоголя применяли методику ретроспективного анализа и определение активности гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТП). Для общей оценки эффективности терапии использовали шкалу общего клинического впечатления. Исследование проводилось простым слепым методом.

Результаты. Результаты данного исследования показали, что trazодон значительно превосходил плацебо в отношении купирования аффективных расстройств (депрессии и тревоги), антикравингового эффекта, а также стабилизации ремиссии при алкоголизме. Количество побочных эффектов было несколько выше в группе trazодона.

Выводы. Trazодон продемонстрировал высокую эффективность и хорошую переносимость в лечении больных, страдающих алкогольной зависимостью с коморбидными аффективными расстройствами.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, ремиссия, тревога, депрессия, trazодон.

Single blind placebo controlled randomized clinical trial of trazodone for alcoholism comorbid with affective disorders

Е.М. Krupitsky, S.M. Yerish, K.V. Rybakova, A.S. Kiselev, V.A. Berntsev, M.N. Torban,
S.P. Eroshin, O.F. Eryshv
St. Petersburg V.M. Bekhterev Research Psychoneurological Institute

Summary. *Introduction:* Results of clinical trials of antidepressants for alcohol dependence are controversial possibly due to inclusion patients with and without co-morbid affective disorders, as well as by the use antidepressants with different mechanisms of action.

Aim: To study efficacy of SARI — group antidepressant trazodone for treatment of alcoholics with co-morbid affective disorders (mild to moderate depression).

Methods: 61 patient with mild to moderate depression had been randomized to one of two treatment groups. Patients of the first group were treated with trazodone (150 mg/day) for 3 months while patients of the 2nd one received identically looking placebo. All the study subjects were scheduled to come to the clinic on the weekly basis for psychiatric evaluation (severity of depression and anxiety, and craving for alcohol), control of alcohol use and compliance with the study medications (by calculation of the missed tabs). To assess depression and anxiety used Hamilton scales, Montgomery-Ashberg scale, Spielberger state-trait inventory, and Zung scale. Craving for alcohol assessed with Obsessive-Compulsive Drinking scale, Penn Alcohol Craving scale, and Visual Analog Scale of Craving for alcohol. Alcohol use evaluated with the Time Line Follow Back technique and gamma-

glutamyltranspeptidase activity in blood. Overall treatment effect assessed with the Clinical Global Impression scale. The study design was single blind.

Results: Trazodone was significantly superior to placebo in treating affective disorders (depression and anxiety), craving for alcohol and also preventing a relapse to heavy drinking: The number of side-effects in trazodone group was higher.

Conclusion: Trazodone is effective medication for alcohol dependence with co-morbid affective disorders.

Key words: alcohol dependence, stabilization, anxiety, depression, trazodone.

Введение

Алкоголизм является важной медико-социальной проблемой, актуальность которой обусловлена как стабильно высоким уровнем распространенности этого заболевания [3], так и его негативными социальными последствиями.

Антидепрессанты широко используются в лечении зависимости от алкоголя [5, 11]. Клинические и нейробиохимические исследования представляют убедительные свидетельства того, что расстройств тревожно-депрессивного спектра, являясь широко распространенным психопатологическим феноменом при алкоголизме, патогенетически обусловлены и нередко являются одним из проявлений патологического влечения к алкоголю [2, 27].

Полученные в ряде исследований противоречивые данные относительно эффективности селективных ингибиторов обратного захвата серотонина при алкоголизме [4, 18, 22, 24] определили целесообразность изучения эффективности trazодона — антидепрессанта бициклической структуры, представителя группы SARI (ингибитора обратного захвата серотонина и антагониста 2A-рецепторов серотонина). Исследований эффективности данного препарата при алкогольной зависимости с коморбидной аффективной патологией, отвечающих критериям доказательной медицины, в литературе мы не нашли. Результаты зарубежных исследований структурно близкого к trazодону и обладающего тем же механизмом действия антидепрессанта нефазодона оказались неоднозначными. С.А. Hernandez-Avila et al. [17] и E.S. Brown et al. [9] выявили снижение уровня депрессии и тревоги у пациентов, получающих нефазодон, а также сокращение дней потребления алкоголя у зависимых от него пациентов с коморбидной депрессивной патологией.

В исследовании P.P. Roy-Byrne et al. [26] нефазодон, с одной стороны, проявил себя как безопасный и эффективный антидепрессант, снижающий уровень депрессии у коморбидных больных, однако с другой — не оказывал статистически значимого влияния на потребление алкоголя, по сравнению с группой плацебо.

В некоторых других исследованиях эффективность нефазодона при алкоголизме также была поставлена под сомнение [16, 19, 30].

Следует отметить, что негативные результаты были получены в исследованиях нефазодона, для которых больные алкоголизмом были рекрутированы из общей популяции без учета наличия коморбидных аффективных расстройств.

Некупированные коморбидные депрессия и тревога, а также повышенная импульсивность и эмоциональная лабильность, являясь ведущими симптомами периода становления ремиссии, провоцируют наступление рецидива алкогольной зависимости. В

связи с этим использование антидепрессантов с седативным компонентом действия, в частности trazодона, представляется перспективным.

Вышесказанное обусловило целесообразность исследования trazодона как средства коррекции аффективных нарушений и профилактики рецидивов алкоголизма.

Материал и методы

Общий дизайн исследования. В рамках одиарного (простого) плацебо-контролируемого исследования больные с алкогольной зависимостью (61 человек) с коморбидными аффективными расстройствами были в случайном порядке распределены на 2 группы: больные основной группы (30 человек) получали trazодон однократно вечером 150 мг/сут, больные группы сравнения (контрольной группы) (31 человек) получали идентично выглядящее плацебо. Исследуемый препарат назначался на 3 месяца (12 недель), в течение которых испытуемые ежедневно должны были посещать исследовательский центр для контроля ремиссии, комплайнса приема препаратов (по подсчету не принятых таблеток), а также для психометрических оценок.

Испытуемые. В исследование включались мужчины и женщины в возрасте от 18 до 50 лет с отрицательным тестом на алкоголь в выдыхаемом воздухе, имевшие диагностированную согласно критериям МКБ-10 алкогольную зависимость в сочетании с аффективными расстройствами — депрессивным эпизодом (F32.0), умеренным депрессивным эпизодом (F32.1) или рекуррентным депрессивным расстройством (F33.x); воздерживавшиеся от употребления алкоголя не менее 7 дней (купированный алкогольный абстинентный синдром). В исследование включались только больные с депрессией легкой или средней степени выраженности (от 8 до 18 баллов по шкале депрессии Гамильтона). Критерием включения для женщин было также отсутствие текущей беременности и согласие использовать адекватные способы контрацепции в период участия в исследовании. Все больные включались в исследование при условии наличия контактного номера телефона — для осуществления катamnестического наблюдения (соблюдения еженедельного графика визитов в клинику).

В исследование не включали больных, использующих какие-либо иные психотропные препараты. Кроме того, в исследование не включали больных с выраженным органическим поражением головного мозга, выраженной соматической патологией (патология печени, почек, сердечно-сосудистой, нервной систем), психотическим состоянием или тяжелым психическим заболеванием в анамнезе (шизофрения, эпилепсия, биполярное аффективное расстройство и т. п.), с какой-либо иной химической

зависимостью, кроме зависимости от алкоголя и табака, а также получающих какую-либо иную фармако- или психотерапию в связи с зависимостью от алкоголя, в том числе так называемую «плацебо-опосредованную суггестию» («химзащиту»), «кодирование» и т. п.

Набор участников и клиническая база. Исследование проводилось на базе отдела наркологии НИПНИ им. В.М. Бехтерева. После подписания информированного согласия больной включался в исследование.

Методы оценки. Для оценки состояния здоровья больных перед включением в исследование были использованы данные клинического и биохимического анализов крови и общего анализа мочи.

Всем больным проводили физикальный осмотр, определяли концентрацию алкоголя в выдыхаемом воздухе с помощью газоанализатора, осуществляли ретроспективный анализ употребления алкоголя за последние три месяца («Time Line Follow Back») [28] для оценки количества дней пьянства и количества потребленного алкоголя, подтверждали диагнозы алкогольной зависимости и аффективного расстройства по МКБ-10, собирали анамнестические данные с помощью специально разработанного клинического структурированного интервью, а

также выполняли психометрические оценки с помощью батареи психометрических инструментов. Использовались следующие инструменты: индекс тяжести зависимости (ИТЗ) [20], шкала оценки общего функционирования (ШООФ) (дополнительная шкала DSM-IV) [12], шкала общего клинического впечатления (ОКВ) [10], краткая шкала психиатрической оценки (КПШ) [23], шкалы тревоги [15] и депрессии [14] Гамильтона, шкала депрессии Монтгомери–Ашберг (MADRS) [21], самооценочные шкалы депрессии Зунга [6, 31] и тревоги Спилбергера–Ханина [7, 29], а также Пенсильванская [13], обсессивно-компульсивная [8] и визуальная аналоговая шкалы оценки патологического влечения к алкоголю (ПВА) (табл. 1). Все вышеприведенные обследования повторялись в течение трех месяцев исследования с периодичностью, указанной в табл. 1.

Кроме того, для объективизации сообщаемых больными данных о потреблении алкоголя еженедельно при каждом визите проводилось определение в крови активности гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТП) — фермента, являющегося маркером массивного потребления алкоголя [1].

Для оценки наличия побочных эффектов проводимой терапии на всех больных при каждом из

Таблица 1. Общая схема исследования

Мероприятие	При вступлении в исследование	Еженедельно	Ежемесячно (или при выписке)	Конечная точка
Критерии МКБ-10	X			
Критерии включения/исключения	X			
Алкоголь в выдыхаемом воздухе	X	X		X
Анамнез и физикальное обследование	X			
Индекс тяжести зависимости	X			X
Шкала общего клинического впечатления	X			X
Методика ретроспективного анализа потребления алкоголя	X	X		X
Краткая шкала психиатрической оценки	X		X	X
Шкала оценки общего функционирования	X			X
Пенсильванская шкала ПВА	X	X		X
Обсессивно-компульсивная шкала ПВА	X	X		X
Визуальная аналоговая шкала ПВА	X	X		X
ГГТП	X	X		X
Контроль комплаенса с лечением и психотерапией		X		X
Шкала депрессии Монтгомери–Ашберг (MADRS)	X	X		X
Шкала Гамильтона (тревога)	X	X		X
Шкала Гамильтона (депрессия)	X	X		X
Шкала депрессии Зунга	X	X		X
Шкала тревоги Спилбергера–Ханина	X	X		X
Психотерапия		X		
Опросник регистрации побочных эффектов		X		X
Форма контроля ремиссии		X		X
Форма выбывшего из исследования				X

визитов заполнялась специальная регистрационная форма.

Комплаенс с приемом тразодона оценивали методом подсчета не принятых таблеток на каждом визите.

Всем больным (независимо от вида терапии — тразодон или плацебо) на каждом из еженедельных визитов проводился стандартизированный курс рациональной (когнитивно-поведенческой) психотерапии в соответствии с руководством по консультированию больных алкоголизмом [25].

Общая схема проведения исследования, мониторинга состояния больных и оценки клинически значимых параметров приведена в табл. 1.

Рандомизация и ослепление. Рандомизация была проведена при помощи генератора случайных чисел на базе электронных таблиц Excel. Препараты (тразодон и плацебо) выдавались пациентам с соблюдением принципов одинарного ослепления при каждом визите один раз в неделю на протяжении трех месяцев таким образом, чтобы у них всегда был трехнедельный запас препарата (на случай пропуска 1–2 визитов). Пациенты не знали о своей принадлежности к той или иной группе лечения.

Исключение из исследования. Больные исключались из исследования в случае рецидива алкоголизма, в качестве которого рассматривалось возобновление массивного ежедневного (запойного) пьянства — три и более дней «тяжелого пьянства» подряд (согласно международным стандартам, «тяжелое пьянство» — *heavy drinking* — 5 и более стандартных порций алкоголя в день для мужчин, 4 и более — для женщин), а также в случае пропуска трех и более визитов подряд.

Статистическая обработка. Для ведения базы данных с информацией обо всех пациентах и о каждом их визите использован статистический пакет SPSS. Статистический анализ данных осуществлялся также с помощью статистического пакета SPSS. В целях соблюдения конфиденциальности вся информация о пациентах в базе данных была закодирована и их имена и фамилии нигде не упоминались. Различия рассматривали как статистически значимые при $p < 0,05$. Статистические характеристики количественных показателей представлены в виде среднего \pm ошибка среднего.

Условно статистический анализ может быть разделен на 3 части: анализ анамнестических данных, анализ показателей, измеренных в динамике, и анализ побочных эффектов.

Анализ анамнестических данных осуществляли для доказательства однородности исследуемых групп. Группа анамнестических показателей состояла из 94 переменных, характеризующих пациента: пол, возраст, биографические данные, показатели, характеризующие его социальное положение, и клинические данные. Для анализа однородности по каждому показателю, в зависимости от его вида (шкала измерения, соответствие нормальному распределению), были использованы: точный критерий Фишера, тесты Колмогорова–Смирнова и Манна–Уитни, а также Т-тест. Анализ показал, что по всем измеренным показателям группы следует считать однородными.

Для анализа показателей, измеренных в динамике, использовался многофакторный дисперсионный (ковариационный) анализ с тестом Бонферрони в качестве апостериорного (post-hoc) теста. В качестве независимых переменных выступали вид терапии (тразодон или плацебо) и время (неделя) с момента включения в исследование, а в качестве зависимых — показатели психометрических шкал и потребления алкоголя. Для сравнения групп по таким показателям, как причина завершения программы, количество дней пьянства, количество употребленного алкоголя (в граммах чистого этанола), наличие и количество срывов и пропусков визитов, были построены таблицы сопряженности и использовался точный критерий Фишера. Для сравнения групп по общей продолжительности ремиссии в исследовании и по времени до первого приема алкоголя применялся тест Манна–Уитни. Также был проведен анализ выживаемости Каплана–Мейера (межгрупповые сравнения по методу хи-квадрат Мантеля–Кокса) по событию выбывания из исследования.

Для анализа побочных эффектов были построены таблицы частот по их наличию и количеству, продолжительности, количеству испытуемых с побочными эффектами, и применен точный критерий Фишера для оценки значимости межгрупповых различий.

Таблица 2. Характеристика групп больных

Переменные	Группы больных	
	Тразодон	Плацебо
Число больных	30	31
Возраст (годы)	41,3 \pm 1,6	40,9 \pm 1,3
Пол	Муж.	21 (70%)
	Жен.	9 (30%)
Трудоустройство (% работающих)	60	71
Давность формирования ААС (годы)	9,8 \pm 1,2	9,9 \pm 1,3
Давность утраты количественного контроля (годы)	11,6 \pm 1,7	9,5 \pm 1,4
Давность утраты ситуационного контроля (годы)	11,8 \pm 1,9	10,6 \pm 1,7

Примечания: 1) средние величины представлены в виде $M \pm SE$; 2) статистически значимые различия между группами отсутствуют; 3) ААС — алкогольный абстинентный синдром.

Этические аспекты. Исследование было одобрено в этическом комитете НИПНИ им. В.М. Бехтерева. Информированное согласие было подписано каждым больным до включения в исследование. Больные, получавшие плацебо, тем не менее не оставались без лечения, так как всем без исключения пациентам проводился стандартизированный курс психотерапии в соответствии с руководством [25].

Конфиденциальность данных об участвовавших в исследовании больных обеспечивалась использованием защищенных кодами компьютеров и баз данных, а также отсутствием фамилий и имен больных на каких-либо документах, кроме информированного согласия.

Результаты

Анамнестические данные. Анамнестические данные (демографические и клинические) приведены в табл. 2. Как видно из таблицы, исследуемые группы больных значимо не различались по основным показателям, таким, как возраст, пол, давность формирования зависимости и др. Не отмечалось также статистически значимых различий между группами по другим анамнестическим

и клиническим показателям, включая показатели ИТЗ и КПШ.

Динамика психометрических показателей. Шкала депрессии Монтгомери-Ашберг (ШДМА). Исходно повышенные показатели депрессии постепенно и значимо снижались в обеих группах больных (табл. 3). По данным дисперсионного анализа, статистически значимое снижение депрессии по ШДМА в основной группе больных произошло уже к 3-й неделе исследования, в то время как в группе сравнения — только к 11-й неделе. Уровень депрессии по ШДМА в основной группе оставался статистически значимо ниже исходных значений с 3-й по 12-ю неделю исследования, в то время как в контрольной группе — только на 11-й и 12-й неделях исследования (табл. 3). Уровень депрессии по данной шкале в основной группе был значимо ниже, чем в группе сравнения: статистически значимые различия между основной и контрольной группами отмечались на 5-й, а также 9–12-й неделях исследования (табл. 3).

Шкала депрессии Гамильтона (ШДГ). Статистически значимое снижение депрессии в основной группе больных по данной шкале произошло к 3-й неделе исследования, и в дальнейшем уровень де-

Таблица 3. Динамика психометрических показателей в процессе лечения

Шкалы	Вид терапии	Значения психометрических показателей по неделям исследования (M ± SE)												
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
ШДМА	Тразодон	16,5±0,7	15,3±0,7	13,1±0,8	11,6*±0,9	11,8*±1,1	10,0*±1,0	9,6*±1,2	10,2*±1,4	7,9*±1,2	5,0*±1,5	6,6*±1,3	5,1*±1,3	4,6*±1,3
	Плацебо	16,0±0,7	15,4±0,7	14,4±0,8	13,2±0,9	12,9±1,0	13,3*±1,1	12,1±1,2	11,9±1,4	10,1±1,8	11,3*±1,8	11,5*±1,6	9,6*±1,6	9,5*±1,6
ШДГ	Тразодон	15,3±0,6	14,5±0,6	12,7±0,7	11,3*±0,8	10,4*±0,9	9,8*±0,9	9,1*±1,1	10,0*±1,2	8,3*±1,0	5,1*±1,3	6,2*±1,1	4,9*±1,1	3,8*±1,1
	Плацебо	15,2±0,6	14,4±0,6	12,5±0,7	12,5±0,7	11,5*±0,9	12,0±1,0	11,6±1,1	10,2*±1,2	10,4±1,6	9,7±1,6	8,8*±1,4	8,1*±1,4	7,6*±1,4
ШТГ	Тразодон	13,8±0,6	13,0±0,6	11,0±0,7	9,8*±0,8	10,2±1,0	10,2±0,9	9,8±1,1	9,3±1,3	8,0*±1,1	5,7*±1,4	6,3*±1,2	6,1*±1,2	5,4*±1,2
	Плацебо	12,9±0,6	12,5±0,6	11,9±0,7	11,3±0,8	11,3±0,9	11,8±1,0	11,0±1,1	10,9±1,3	9,9±1,7	9,9±1,7	8,7±1,5	8,5±1,5	7,3*±1,5
ШДЗ	Тразодон	43,6±1,1	42,1±1,1	40,3±1,3	37,5±1,4	36,2*±1,7	34,9*±1,6	33,4*±1,9	31,7*±2,2	31,0*±1,9	27,1*±2,4	29,8*±2,1	28,6*±2,1	29,3*±2,1
	Плацебо	42,6±1,1	39,9±1,1	38,5±1,2	38,4±1,3	37,6±1,6	35,2*±1,9	35,2±2,0	34,1*±2,2	29,7*±2,9	29,6*±2,9	32,8*±2,6	34,0±2,6	30,5*±2,6
ЛТ С-Х	Тразодон	47,1±1,2	47,3±1,2	46,3±1,3	45,4±1,5	46,3±1,8	43,6±1,7	41,6±2,1	38,0*±2,4	39,5±2,0	34,5*±2,6	37,6*±2,2	37,4*±2,2	36,9*±2,2
	Плацебо	46,8±1,1	45,8±1,2	43,0±1,3	44,9±1,4	43,3±1,7	41,2±2,0	42,1±2,1	42,5±2,4	40,5±3,2	40,4±3,2	41,8±2,8	41,7±2,8	41,8±2,8
РТ С-Х	Тразодон	48,9±1,2	48,8±1,2	47,0±1,4	43,5±1,6	43,6±1,9	43,0±1,8	38,2*±2,2	36,8*±2,4	36,4*±2,0	33,5*±2,6	35,9*±2,3	34,4*±2,3	32,6*±2,3
	Плацебо	48,0±1,2	47,6±1,2	45,3±1,4	45,3±1,5	43,3±1,7	42,7±2,0	40,6±2,2	44,1*±2,5	40,5±3,2	40,9±3,2	39,9±2,9	39,4±2,9	40,0*±2,9
ПШПВА	Тразодон	7,7±0,7	6,7±0,7	5,4±0,8	4,0±0,9	5,3±1,1	4,9±1,0	2,3*±1,2	0,7*±1,4	1,2*±1,2	0,0*±1,5	1,1*±1,3	0,0*±1,3	0,5*±1,3
	Плацебо	7,2±0,7	5,8±0,7	5,1±0,8	5,0±0,8	3,9±1,0	6,2±1,1	3,2±1,2	4,1±1,4	3,3±1,8	3,9±1,8	3,7±1,7	3,7±1,6	2,6±1,6
ОКШПВА	Тразодон	17,2±1,2	14,1±1,2	11,3±1,4	10,3*±1,5	11,3±1,8	10,3±1,8	4,8*±2,1	2,4*±2,4	3,8*±2,0	1,8*±2,6	3,6*±2,2	2,5*±2,2	2,8*±2,2
	Плацебо	15,4±1,1	10,9±1,2	9,3*±1,3	9,7±1,5	7,4*±1,7	10,5±1,9	6,5*±2,1	8,8±2,4	7,5±3,2	8,4±3,2	8,0±2,8	5,3±2,8	4,1*±2,8
ВАШПВА	Тразодон	2,1±0,3	2,1±0,3	1,4±0,3	1,0±0,3	1,1±0,4	1,6±0,4	0,9±0,5	0,2±0,5	0,6±0,4	0,5±0,5	0,6±0,5	0,7±0,5	0,4±0,5
	Плацебо	2,1±0,3	1,5±0,3	1,5±0,3	1,5±0,3	1,3±0,4	1,6±0,4	1,1±0,5	1,3±0,5	1,3±0,7	1,1±0,7	1,2±0,6	1,3±0,6	0,6±0,6

Примечания: * Статистическая значимость различий между группой плацебо и группой тразодона (ANCOVA, Т-тест с поправкой Бонферрони для post hoc сравнений): p < 0,05.

* Статистическая значимость различий показателей на разных сроках лечения от исходных (ANCOVA, Т-тест с поправкой Бонферрони для post hoc сравнений): p < 0,05.

прессии оставался значимо ниже на протяжении всего периода исследования (табл. 3). В контрольной группе депрессия по ШДГ статистически значимо снизилась к 4-й неделе, но затем достоверно отличалась от исходных значений только на 7-й и 10–12-й неделях исследования. Статистически значимо более низкий уровень депрессии по ШДГ в основной группе по сравнению с контрольной регистрировался на 9-й и 12-й неделях исследования (табл. 3).

Шкала тревоги Гамильтона (ШТГ). Уровень тревоги в основной группе снижался и статистически значимо отличался от исходных значений на 3-й и 8–12-й неделях исследования, в то время как в контрольной группе — только на 12-й неделе. Статистически значимых межгрупповых различий выявлено не было (табл. 3).

Шкала депрессии Зунга (ШДЗ). Уровень депрессии по самооценочной шкале Зунга снижался и статистически значимо отличался от исходных значений на 4–12-й неделях в основной группе больных и на 5-й, 7–10-й и 12-й неделях — в группе сравнения. Межгрупповые различия не были статистически значимыми (табл. 3).

Шкала реактивной тревоги Спилбергера–Ханина (РТ С-Х). Уровень РТ в основной группе снижался и статистически значимо отличался от исходных значений на 6–12-й неделях лечения. В группе сравнения статистически значимых различий выявлено не было. Уровень тревоги в основной группе больных был статистически значимо ниже, чем в группе сравнения, на 7-й и 12-й неделях исследования (табл. 3).

Шкала личностной тревоги Спилбергера–Ханина (ЛТ С-Х). Статистически значимое снижение ЛТ в основной группе больных по данному тесту выявлено на 7-й и 9–12-й неделях лечения. В контрольной группе статистически значимых различий по отношению к исходному уровню не выявлено. Значимых различий между группами по данным показателям также выявлено не было (табл. 3).

Шкалы оценки патологического влечения к алкоголю (ПВА). По данным Пенсильванской шкалы ПВА (ПШПВА), в основной группе интенсивность ПВА снижалась и статистически значимо отличалась от исходных значений на 6–12-й неделях исследования. В контрольной группе изменения не были статистически значимыми. Достоверных различий в выраженности ПВА между основной и контрольной группами выявлено не было (табл. 3).

В основной группе по обсессивно-компульсивной шкале (ОКШПВА) значимое снижение интенсивности ПВА по сравнению с исходными значениями происходило на 3-й и 6–12-й неделях исследования. В контрольной группе снижение уровня ПВА отмечалось на 2-й, 4-й, 6-й и 12-й неделях. Статистиче-

ски значимых межгрупповых различий выявлено не было (табл. 3).

В динамике ПВА по данным визуальной аналоговой шкалы (ВАШПВА) достоверных межгрупповых и внутригрупповых различий выявлено не было.

Динамика биохимических показателей. *Гамма-глутамилтранспептидаза (ГГТП).* Уровень ГГТП в крови больных обеих групп постепенно снижался — практически в 2 раза, однако значимые межгрупповые и внутригрупповые различия отсутствовали из-за большой дисперсии параметров (табл. 4).

Показатели потребления алкоголя и выбывания из исследования. *Выбывание из программы исследования.* В основной группе больных программу лечения закончили в ремиссии 8 человек (27%), у 7 больных (23%) наступил рецидив алкоголизма, и еще 15 больных (50%) выбыли из исследования по другим (не связанным с основным заболеванием) обстоятельствам. В контрольной группе закончили исследование в ремиссии всего 5 человек (16%), выбыли по рецидиву алкоголизма — 9 (29%), и 17 больных (54%) выбыли из исследования по другим обстоятельствам. Статистически значимые различия между группами отсутствуют.

Результаты анализа выживаемости Каплана–Мейера продемонстрировали значимо лучшее удержание в программе лечения в группе больных, получавших тразодон (рис. 1). Различия между основной группой и группой сравнения по критерию хи-квадрат Мантеля–Кокса статистически значимы ($p < 0,05$).

Показатели ремиссии и употребления алкоголя. Суммарное количество дней употребления алкоголя, верифицированное методом ретроспективного анализа, в основной группе больных (30 дней) было статистически значимо меньше, чем в контрольной группе (46 дней) ($p < 0,05$; точный критерий Фишера). Относительно небольшое число дней употребления алкоголя в группах обусловлено тем, что при расчете данного показателя учитывались только срывы без рецидивов (то есть больные, у которых наступал рецидив, исключались из исследования первым днем рецидива). Средняя продолжительность ремиссии в основной группе ($5,30 \pm 0,84$ недели) была несколько выше, чем в контрольной ($4,74 \pm 0,71$ недели), однако эти различия не были статистически значимыми. Время до первого употребления алкоголя («срыва ремиссии») между группами достоверно не различалось: $3,43 \pm 0,53$ недели в основной группе против $4,33 \pm 0,99$ недели в контрольной.

Общие показатели эффективности терапии. *Шкала общего клинического впечатления (ШОКВ).* К концу исследования «очень значительное» или «значительное» улучшение в основной группе от-

Таблица 4. Активность гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТП)

Вид терапии	Значения ГГТП по неделям исследования (M ± SE)												
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Тразодон	103,6±8,4	99,3±9,2	84,5±14,5	75,9±12,6	79,8±13,5	92,7±11,9	49,3±14,5	93,2±17,8	71,5±15,9	52,7±15,9	52,4±17,8	71,9±20,6	48,2±17,8
Плацебо	117,0±6,9	84,2±10,9	85,4±12,1	86,3±11,8	61,7±11,8	82,3±15,9	79,1±15,9	58,0±20,5	86,3±20,5	76,6±17,8	74,5±20,5	55,0±20,5	58,2±25,2

Примечания: * Статистическая значимость различий показателей на разных сроках лечения от исходных (ANCOVA, Т-тест с поправкой Бонферрони для post hoc сравнений): $p < 0,05$.

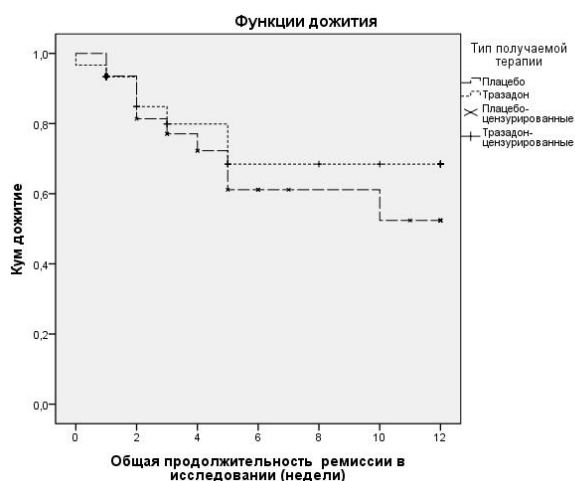


Рис. 1. Результаты анализа выживаемости Каплана–Мейера.
Различия статистически значимы: $p = 0,01$
(хи-квадрат Мантеля–Кокса)

мечалось у 23,3% испытуемых, а в контрольной — у 6,4%. При этом статистически значимых различий выявлено не было ($p = 0,364$).

Шкала оценки общего функционирования (ШООФ). Исходно группы имели примерно одинаковые оценки по ШООФ ($59,23 \pm 1,46$ в основной группе и $61,38 \pm 1,08$ в контрольной). Через 1,5 месяца (середина исследования) показатели общего функционирования в основной группе были выше, чем в контрольной ($70,00 \pm 2,26$ против $62,22 \pm 4,34$), но статистически значимых различий выявлено не было. Примерно такая же разница между основной и контрольной группами сохранялась к концу лечения ($77,78 \pm 3,64$ в основной группе и $71,67 \pm 6,54$ в контрольной), однако она также не достигала уровня статистической значимости.

Показатели переносимости терапии. Побочные эффекты. В основной группе больных побочные эффекты отмечались у 16 испытуемых (53%), в то время как в контрольной группе — у 9 (29%) ($p = 0,071$, точный критерий Фишера). Появившиеся побочные эффекты были легкой степени выраженности и не требовали какой-либо терапии. Наиболее частыми нежелательными явлениями в основной группе были ощущение заторможенности, вялость, сонливость, усталость, отсутствие энергии, слабость. По причине побочных эффектов в основной группе отказались от участия в исследовании 5 пациентов (16,7%), а в контрольной — 1 (3,2%). Серьезных нежелательных явлений зарегистрировано не было.

Обсуждение

Данное исследование является первым одиарным слепым рандомизированным клиническим исследованием эффективности тразодона для купирования аффективных расстройств депрессивного круга и стабилизации ремиссии у больных с алкогольной зависимостью. Общая эффективность 12-недельного курса терапии тразодоном была изучена на выборке из 61 пациента. Первичными показателями эффективности являлись динамика депрессии и тревоги у испытуемых, в то время как выраженность влечения к алкоголю, а также показатели, характеризующие устойчивость

ремиссии, рассматривались как вторичные.

Результаты данного исследования свидетельствуют об эффективности тразодона как средства купирования аффективных нарушений начального периода ремиссии у больных алкоголизмом. При этом тразодон продемонстрировал отчетливый антидепрессивный и умеренный анксиолитический эффект. Данные шкалы депрессии Монтгомери–Ашберг выявили статистически значимое снижение уровня депрессии в основной группе больных уже к 3-й неделе исследования. Аналогичная динамика уровней депрессии и тревоги была зарегистрирована по шкалам Гамильтона, снижение показателей по которым оставалось стабильным до 12-й недели исследования. Выраженность реактивной и личностной тревоги, оцениваемая соответствующими шкалами Спилбергера–Ханина, в группе испытуемых, получавших тразодон, значимо снижалась в середине исследования и оставалась статистически значимой до его конца. В контрольной группе по этим шкалам снижение уровня депрессии и тревоги происходило только в конце исследования и не носило устойчивого характера.

Более быстрая и существенная редукция тревоги и депрессии в группе больных, получавших тразодон, сопровождалась достоверной редукцией интенсивности патологического влечения к алкоголю по отношению к исходным показателям, что демонстрирует оценка ПВА по Пенсильванской и обсессивно-компульсивной шкалам. В основной группе интенсивность ПВА по Пенсильванской шкале статистически значимо снижалась начиная с 6-й недели исследования и достоверно отличалась от исходных значений до конца исследования. По данным обсессивно-компульсивной шкалы, в основной группе значимое снижение ПВА происходило уже на 3-й и 6–12-й неделях исследования. При этом достоверные изменения ПВА в контрольной группе практически отсутствовали. Таким образом, тразодон обнаружил также определенное антикрэйвинговое действие у больных с алкогольной зависимостью. Следует отметить, что, несмотря на более частое развитие побочных эффектов у больных основной группы (ощущение заторможенности, вялость, сонливость, усталость, слабость), их выраженность была невысокой и не требовала какой-либо терапии, то есть переносимость тразодона может быть оценена как удовлетворительная. Серьезных побочных эффектов по результатам исследования не было зарегистрировано.

Таким образом, в данном исследовании были получены результаты, свидетельствующие о клинической эффективности и безопасности тразодона, схожие с результатами исследований близкого к нему по механизму действия антидепрессанта нефазодона, полученными С.А. Hernandez-Avila et al. [17] и E.S. Brown et al. [9]. Полученные данные, в частности, продемонстрировали снижение выраженности депрессии и тревоги, а также сокращение дней потребления алкоголя у зависимых от него пациентов. Результаты проведенного нами исследования тразодона хорошо соотносятся также с данными многоцентрового двойного слепого исследования нефазодона, выполненного P.P. Roy-Byrne et al. [26], в котором была показана эффективность данного

класса АД в отношении купирования депрессии у больных алкоголизмом.

Заключение

Таким образом, проведенное простое слепое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование выявило высокую эффективность и хорошую переносимость тразодона в лечении больных, страдающих алкогольной зависимостью, сочетающейся с коморбидными аффективными расстройствами,

способствуя редукции депрессии и тревоги, стабилизации ремиссии и профилактике рецидивов.

Продемонстрированная нами в данной работе определенная эффективность тразодона в отношении стабилизации ремиссий при алкоголизме и его умеренное антикрэйвинговое действие, возможно, обусловлены тем, что в настоящее исследование включались только коморбидные больные, у которых зависимость от алкоголя сочеталась с депрессией легкой или средней степени выраженности.

Литература

1. Винницкая Е.В. Алкогольная болезнь печени: клиническое течение, терапия // *Гастроэнтерология*. 2007. № 13. С. 53–58.
2. Иванец Н.Н., Анохина И.П., Коган Б.М. Эффективность и механизмы действия леривона при алкоголизме // *Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова*. 1996. Т. 96, № 5. С. 52–58.
3. Кошкина Е.А., Спектор Ш.И., Сенцов В.Г., Богданов С.И. Медицинские, социальные и экономические последствия наркомании и алкоголизма. М.: ПЕР СЭ, 2008. 288 с.
4. Крупницкий Е.М., Илюк Р.Д., Ерышев О.Ф., Цой-Подосенин М.В. Современные фармакологические методы стабилизации ремиссий и профилактики рецидивов в наркологии // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2009. № 1 (Наркология). С. 12–27.
5. Малин Д.И., Янкин Е.В., Медведев В.М., Ковалев А.В. Депрессии у больных алкоголизмом // *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2004. Т. 6, № 5. С. 243–245.
6. Рыбакова Т.Г., Балашова Т.Н. Клинико-психологическая характеристика и диагностика аффективных расстройств при алкоголизме: метод. реком / НИПНИ им. В.М. Бехтерева; сост.: Т.Г. Рыбакова, Т.Н. Балашова. Л., 1988. 27 с.
7. Ханин Ю.Л. Краткое руководство по применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера / Ю.Л. Ханин. Л.: ЛНИИФК, 1976. 18 с.
8. Anton R.F., Moak D.H., Latham P.K. The obsessive compulsive drinking scale // *Arch. Gen. Psych.* 1996. Vol. 53, № 3. P. 225–231.
9. Brown E.S., Bobadilla L., Nejtek V.A. Open-label nefazodone in patients with a major depressive episode and alcohol dependence // *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*. 2003. Vol. 27, № 4. P. 681–685.
10. Busner J., Targum S.D., Miller D.S. The Clinical Global Impressions Scale: Errors in Understanding and Use // *Compr. Psychiatry*. 2009. Vol. 50, № 3. P. 257–262.
11. Crocq M.A. Depression and alcohol // *Depression and addiction: WPA Bulletin on Depression*. — 2001. Vol. 5, № 23. P. 1–4.
12. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fourth Edition (DSM-IV)* / A. Frances, H.A. Pincus, M.B. First (eds.). Substance Related Disorders. 1994. P. 325–346.
13. Flannery B.A., Volpicelli J.R., Pettinati H.M. Psychometric properties of the Penn alcohol craving scale // *Alc. Clin. Exp. Res.* 1999. Vol. 23, № 8. P. 1289–1295.
14. Hamilton M. A rating scale for depression // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. 1960. Vol. 23. P. 56–62.
15. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness // *Br. J. Soc. Clin. Psychol.* 1967. Vol. 6. P. 278–296.
16. Hautzinger M., Wetzell H., Szegedi A. et al. Combination treatment with SSRI and cognitive behavior therapy for relapse prevention of alcohol-dependent men. Results of a randomized, controlled multicenter therapeutic study // *Nervenarzt*. 2005. Vol. 76, № 3. P. 295–307.
17. Hernandez-Avila C.A., Modesto-Lowe V., Feinn R., Kranzler H.R. Nefazodone treatment of comorbid alcohol dependence and major depression // *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 2004. Vol. 28, № 3. P. 433–440.
18. Kranzler H.R., Bureson J.A., Korner P. et al. Placebo-controlled trial of fluoxetine as an adjunct to relapse prevention in alcoholics // *American Journal of Psychiatry*. 1995. Vol. 152. P. 391–397.
19. Kranzler H.R., Modesto-Lowe V., Van Kirk J. Naltrexone vs. nefazodone for treatment of alcohol dependence. A placebo-controlled trial // *Neuropsychopharmacology*. 2000. Vol. 22, № 5. P. 493–503.
20. McLellan A.T., Luborsky L., Woody G.E., O'Brien C.P. An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index // *J. Nerv. Ment. Dis.* 1980. Vol. 168, № 1. P. 26–33.
21. Montgomery S.A., Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change // *Br. J. Psychiatry*. 1979. Vol. 134. P. 382–389.
22. Naranjo C.A., Bremner K.E. Clinical pharmacology of serotonin-altering medications for decreasing alcohol consumption // *Alcohol. Alcohol.* 1993. Vol. 2. (Suppl.). P. 221–229.
23. Overall J.E., Gorham D.R. The brief psychiatric rating scale // *Psychological Reports*. 1962. Vol. 10. P. 799–812.
24. Pettinati H.M., Volpicelli J.R., Kranzler H.R. et al. Sertraline treatment for alcohol dependence: interactive effects of medication and alcoholic subtype // *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2000. Vol. 24. P. 1041–1049.
25. Pettinati H.M., Weiss R.D., Miller W.R., Dundon W. *Medical Management Treatment Manual: A Clinical Research Guide for Medically Trained Clinicians Providing Pharmacotherapy as Part of the Treatment for Alcohol Dependence*. Bethesda, MD: US

- Department of Health and Human Services, 2004. — NIAAA COMBINE Monograph Series, Vol. 2.
26. Roy-Byrne P.P., Pages K.P., Russo J.E. et al. Nefazodone treatment of major depression in alcohol-dependent patients: a double-blind, placebo-controlled trial // *J. Clin. Psychopharmacol.* 2000. Vol. 20, № 2. P. 129–136.
 27. Salloum I.M., Daiey D.C., Thase M.E. Male depression, alcoholism and violence. UK: Martin Dunitz Ltd., 2000. 97 p.
 28. Sobell M.B., Sobell L.C., Klajner F. et al. The reliability of a timeline method for assessing normal drinker college students' recent drinking history: utility for alcohol research // *Addict. Behav.* 1986. Vol. 11, № 2. P. 149–161.
 29. Spielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene R.E. *Manual for the state-trait anxiety inventory.* Palo Alto, CA: Consulting Press, 1970.
 30. Wetzel H., Szegedi A., Scheurich A. et al. Combination treatment with nefazodone and cognitive-behavioral therapy for relapse prevention in alcohol-dependent men: a randomized controlled study // *J. Clin. Psychiatry.* 2004. Vol. 65, № 10. P. 1406–1413.
 31. Zung W.W.K. A self-rating depression scale // *Arch. Gen. Psych.* 1965. Vol. 12. P. 63–70.

Сведения об авторах

Крупицкий Евгений Михайлович — руководитель отдела наркологии НИПНИ им. В.М. Бехтерева, д. м. н., профессор. E-mail: kruenator@gmail.com

Ериш Софья Михайловна — аспирант отделения лечения больных алкоголизмом НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: avodameshuga@gmail.com

Рыбакова Ксения Валерьевна — старший научный сотрудник отделения лечения больных алкоголизмом НИПНИ им. В.М. Бехтерева, к. м. н. E-mail: ksenia@med122.com

Киселев Алексей Сергеевич — специалист по биомедицинской статистике, отдел научно-медицинской информации НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: aski@mail.ru

Бернцев Владимир Александрович — врач психиатр-нарколог отделения лечения больных алкоголизмом НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: PODRYAD@interzet.ru

Торбан Михаил Наумович — младший научный сотрудник отдела терапии больных с аддиктивной патологией НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: torban5@gmail.com

Ерошин Сергей Петрович — старший научный сотрудник отделения лечения больных алкоголизмом НИПНИ им. В.М. Бехтерева, к. м. н.

Ерышев Олег Федорович — главный научный сотрудник отделения лечения больных алкоголизмом НИПНИ им. В.М. Бехтерева, д. м. н., профессор. E-mail: olegerysh@mail.ru

Опыт психообразования больных шизофренией в амбулаторной практике

Л.Г. Серазетдинова, Н.Н. Петрова, О.В. Малеваная
Психоневрологический диспансер № 5 Красногвардейского района,
кафедра психиатрии и наркологии медицинского факультета СПбГУ, Санкт-Петербург

Резюме. Работа посвящена анализу эффективности психообразовательной программы у больных шизофренией в амбулаторных условиях в период ремиссии на этапе хронического течения заболевания с позиции успешности адаптации. Продемонстрирована целесообразность применения интегративной модели программы, включающей медицинский информационный модуль, модули тренинга межперсонального общения и поведенческой терапии. Проведенное исследование позволило выявить существенное позитивное влияние психообразования на уровень знаний больных о болезни и конструктивность копинг-стратегий. Показано, что микросоциальная адаптация — важный фактор мотивации к участию больных в программе. Не выявлено значимого влияния психообразования на стигматизацию больных шизофренией.

Ключевые слова: психообразование, копинг, шизофрения.

The experience of psychoeducation in out-patient schizophrenic patients

L.G. Serasetdinova, N.N. Petrova, O.V. Malevanaya.
Outpatient department № 5, Chair for psychiatry,
Medical faculty, Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg

Summary. The author focuses on the importance of evaluation of psychoeducation in outpatient schizophrenic patients. It was shown that the program induce the level of knowledge and improve coping strategies about mental disorders among schizophrenic patients. The integrative psychoeducation model can be described as a complex stepwise system of informational, psycho and social interventions. The combination of “modules” within the system (providing specific medical information for patients, pharmacotherapy control, communicative skills training, coping skills training) was proved to be useful for chronic patients. The investigation points that effect of psychoeducation on stigmatization is less pronounced.

Key words: psychoeducation, coping, schizophrenia.

Введение

В настоящее время под психообразованием принято понимать осуществляемый поэтапно процесс обучения психиатрических пациентов в области психических заболеваний и оказания психиатрической помощи, что обеспечивает их необходимыми знаниями и оказывает влияние на их установки и поведение в отношении собственного здоровья.

Как свидетельствуют американские авторы, семейное психиатрическое просвещение способствует снижению показателей рецидивов и облегчает процесс восстановления у людей с психическими расстройствами. Разработан набор основных компонентов эффективных программ по психиатрическому просвещению семей, куда входят оказание эмоциональной поддержки, просветительная работа, предоставление ресурсов в кризисные периоды, а также формирование навыков решения проблем [6, 7].

В последние годы психообразование активно внедряется в систему реабилитационных мероприятий психически больных в России, и его рассматривают как один из возможных путей преодоления стигмы психически больных и их родственников [1, 3, 4]. Оно направлено на информирование пациента и его родственников о психических расстройствах и обучению методам совладания с проблемами, обусловленными заболеванием, — контролю над болезнью. Наиболее широко психообразование применяется в ведении пациентов с психосоматической патологией: школы больных бронхиальной астмой, сердечно-сосудистыми заболеваниями, в частности хронической сердечной недостаточностью и т. п. Имеется отечественный опыт использования психообразования в клинике первого психотического эпизода [5]. Зарубежные авторы отмечают целесообразность использования психообразования на этапе становления ремиссии и в случае рецидива [8, 9]. В исследовании А.Н. Еричева (2007) выявлен высокий уровень потребности в информированности со стороны больных и членов их семей, подчеркивается положительное влияние психообразования на психологическую и социальную адаптацию больных, их комплаентность [2]. Вместе с тем ряд вопросов остается открытым: до конца не определены место психообразования в системе реабилитации, соотношение его с психотерапией, особенности проведения у больных с различной психической патологией, критерии оценки эффективности, отсутствует супервизия для персонала, осуществляющего психообразование.

В задачи данного исследования входила оценка результатов психообразовательных мероприятий у больных шизофренией.

Материалы и методы

В психообразовательную программу были включены 32 амбулаторных больных параноидной шизофренией на этапе хронического течения заболевания в возрасте $33,6 \pm 7,2$ года. Длительность заболевания составила $11,93 \pm 3,2$ года, возраст начала болезни — $21,5 \pm 5,1$ года.

Психообразовательная программа представляла собой модуль, рассчитанный на определенное время и осуществляемый в группе закрытого

типа, работающей под руководством психиатра-психотерапевта. Программа нацелена на образование и обеспечение поддержкой пациентов-участников данных групп.

Применялось интерактивное обучение: пациент выступает не пассивным «реципиентом» информации, а активным участником процесса. Преимущество интерактивного обучения заключается в возможности использования групповых взаимодействий: обмен мнениями, обсуждение опыта болезни, эффект обратной связи, положительное подкрепление.

Психообразовательная программа (модуль) была нацелена на комплекс различных задач: на выработку у больных комплаенса (осознанного соблюдения предписанного режима лечения), обучение распознаванию признаков начинающегося обострения, совладанию (копингу) с остаточной психопатологической симптоматикой, улучшение адаптации пациента, а также на управление болезнью. Кроме того, в процессе психообразования происходило формирование терапевтического сообщества и обеспечивалась «социальная поддержка» участникам группы.

Психообразовательные мероприятия включали в свою структуру информационный блок (причины, симптомы заболевания, типы течения, прогноз, вопросы терапии и реабилитации) и формирование практических навыков — выработку механизмов совладания с симптомами болезни (разъяснительная, поведенческая, комплаенс-терапия).

Количество занятий в модуле составило в среднем 17 сессий. Занятия проводились один раз в неделю, продолжительность занятия один час.

Для оценки эффективности образовательных программ применялась рейтинговая шкала (оригинальная анкета), включающая такие показатели, характеризующие позицию пациента по отношению к психической болезни, как: увеличение знаний о болезни, изменения в поведении, во взаимоотношениях с окружающими, в частности в семье, следование медицинским рекомендациям, расширение знаний о мерах при urgentных обстоятельствах, связанных с внезапным обострением состояния, информированность пациента о психических расстройствах. Карта составлена таким образом, что более высокий балл отражает большую информированность пациента. Максимальный балл по карте оценки уровня знаний и эффективности психообразовательной программы — 90, минимальный — 18. В исследовании использовались опросник Хейма для изучения копинг-поведения и Визуальная аналоговая шкала для оценки связанного со здоровьем качества жизни. Отношение к болезни изучалось с помощью методики ТОБОЛ.

В данной работе использованы современные методы описательной и аналитической статистики, статистическая программа SPSS, для анализа корреляций применялся ранговый коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты

В большинстве случаев пациенты направлялись для прохождения психообразовательных мероприятий врачами дневного стационара и ре-

абилитационного отделения (40% и 60% больных соответственно).

Полный цикл психообразовательной программы прошли 44% больных, из них 43% женщин. Возраст больных составил около 39 лет, возраст начала заболевания — 21 год. Продолжительность болезни достигала 17,5 года. Большинство больных (86%) имели инвалидность 2-й группы. 93% пациентов проживали в своей или родительской семье.

В группе больных, досрочно выбывших из психообразовательной программы, преобладали лица мужского пола, женщины составили 24% случаев. Достоверных различий по параметрам возраста на момент обследования (37 лет) и возраста начала болезни (20,5 года) не выявлено. Продолжительность болезни несколько меньше, чем в подгруппе полного психообразовательного цикла (13 лет). Инвалидность 2-й группы имела в 66,5% случаев. По сравнению с пациентами, полностью прошедшими психообразовательный цикл, заметно большее число пациентов не имели инвалидности (7% и 28% соответственно). Половина больных этой подгруппы были одиноки.

В 44,5% случаев больные выбыли из программы без уважительной причины, в основе лежало отсутствие мотивации к участию в психообразовательной программе. В остальных наблюдениях занятия были прерваны вследствие ухудшения психического состояния больного, госпитализации.

Среди больных, выбывших из психообразовательной программы без уважительной причины, было в три раза больше мужчин, половина не имели инвалидности. Эти пациенты были значительно моложе (28,6 года), а длительность заболевания у них была существенно меньше по сравнению с остальной группой (9 лет, $p < 0,01$). Все проживали в семьях. В поведенческой сфере преобладали конструктивные (обращение и сотрудничество), а в эмоциональной и когнитивной сферах — дезадаптивные варианты копинга (подавление эмоций; диссимуляция и растерянность).

Исходно уровень знаний больных о заболевании колебался от 40 до 72 баллов и в среднем составил $50,4 \pm 10,3$ балла по оригинальной шкале. После окончания психообразовательной программы уровень знаний больных заметно возрос и колебался в пределах от 48 до 83 баллов (в среднем составил $67,1 \pm 9,5$ балла; $p < 0,05$).

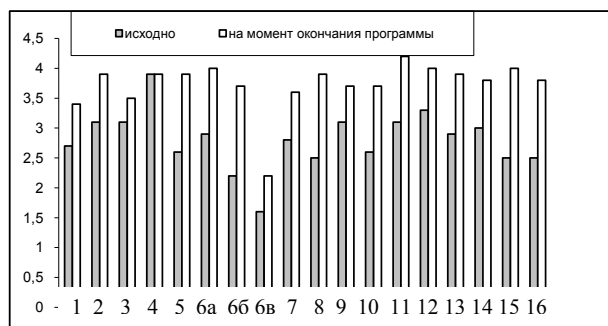


Рис. 1. Уровень знаний пациентов в динамике психообразования: п.п. 1–16 — показатели карты оценки уровня знаний больных

Как видно из рис. 1, отчетливая положительная динамика наблюдается по всем показателям карты оценки уровня знаний больных. Исключением является параметр, показывающий готовность пациентов обсуждать опыт других людей в отношении психических расстройств, что, по-видимому, отражает стигматизацию больных шизофренией. Это согласуется с незначительной динамикой по показателям стремления пациентов общаться с другими психически больными, а также обсуждать свой опыт болезни с другими участниками группы. Следует отметить наиболее выраженные изменения к лучшему по параметрам осведомленности о мнении других пациентов о психических заболеваниях, о причинах, симптомах и особенностях течения психической болезни (п.п. 1, 5, 6а, 6б, 13). Заметно повышается возможность распознавания признаков обострения заболевания и осведомленность больных о методах лечения (п.п. 7, 8, 10). Значительно расширяются представления о возможных побочных эффектах терапии и организационной структуре оказания психиатрической помощи (п.п. 11, 15). Немаловажно, что в процессе психообразования существенно возрастает заинтересованность больных в дальнейшем получении знаний о службах и формах помощи при психическом заболевании (п. 16). Несколько в меньшей степени, но также достоверно повышается готовность больных к контролю симптомов болезни (п. 9) и расширяются представления о собственной роли в процессе лечения (п. 12).

В ходе исследования было установлено, что отчетливым индикатором эффективности психообразования служит увеличение у больных словарного запаса и овладение ими актуальными медицинскими терминами.

Следует отметить особенности психообразования у больных пожилого возраста и с длительным стажем заболевания. Были выявлены значительные трудности усвоения материала. На каждую тему занятия тратилось в 2 раза больше времени, чем обычно, поэтому количество занятий в этой группе составило 25 сессий. Вместе с тем группа была стабильной по посещаемости.

При изучении особенностей механизмов совладания со сложными жизненными ситуациями у больных шизофренией было обнаружено, что более неблагоприятной являлась когнитивная сфера копинга, в структуре которой наибольший удельный вес составляли неконструктивные стратегии совладания со стрессом. В эмоциональной сфере конструктивные стратегии преодоления фрустрирующих ситуаций встречаются несколько чаще, чем неконструктивные, в то время как относительно конструктивные варианты встречаются редко. В поведенческой сфере адаптивные, относительно адаптивные и дезадаптивные копинг-стратегии у больных шизофренией наблюдались примерно с одинаковой частотой (рис. 2).

В эмоциональной сфере копинг-поведения больных шизофренией отчетливо преобладает стратегия, которая расценивается как конструктивная и связана с уверенностью в благополучном исходе сложной жизненной ситуации, — «опти-

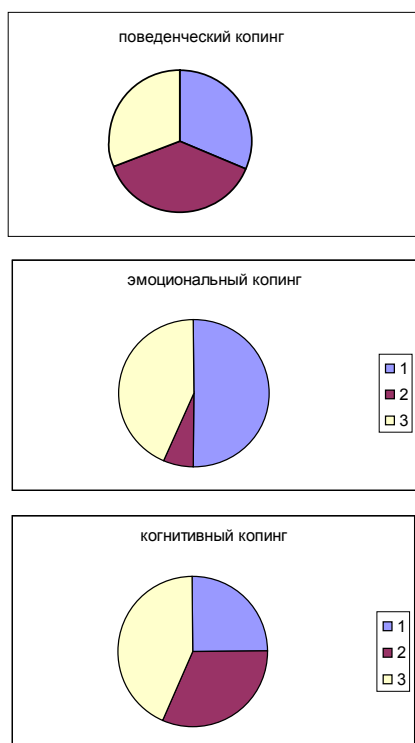


Рис. 2. Механизмы совладания у больных шизофренией:
1 — конструктивные, 2 — относительно конструктивные,
3 — неконструктивные механизмы

мизация» (50% наблюдений). Однако в условиях тяжелого психического заболевания этот копинг-механизм может негативно сказываться на адаптации больных к болезни и лечению в силу ухудшения комплаентности за счет недооценки проблемы. Вторая по частоте эмоциональная копинг-стратегия — «подавление эмоций» — относится к неконструктивным механизмам (примерно 27% случаев).

Больным шизофренией не свойственны такие когнитивные копинг-стратегии, как диссимуляция, придача смысла и установка собственной ценности. Доминируют неконструктивный, сопряженный с пассивностью в преодолении трудностей, вариант копинга «растерянность» (19% больных) и относительно конструктивный механизм «сохранение апломба» (12% больных), который препятствует внешнему проявлению значимых переживаний.

Копинг больных шизофренией характеризовался преобладанием в поведенческой сфере относительно конструктивного варианта «компенсация» (31% наблюдений), который может проявляться поведением, характеризующимся стремлением к временному отходу от решения проблем с помощью алкоголя, еды, лекарственных средств и пр. Также достаточно часто наблюдалось «отступление» (перед трудностями), имеющее дезадаптивный характер (25% случаев). Особенностью поведенческой сферы больных шизофренией являлось то, что не встречалось копинг-поведение по типу конструктивной активности.

В группе пациентов, досрочно выбывших из программы, совладающее со стрессом поведение

характеризовалось достаточным благополучием: в когнитивной и эмоциональной сферах конструктивные механизмы встречались несколько чаще, чем относительно конструктивные и неконструктивные стратегии (рис. 3).

Несколько отличалась в лучшую сторону поведенческая сфера: неконструктивные стратегии копинга наблюдались здесь реже по сравнению с другими сферами копинг-поведения (примерно 17% пациентов). Отличительной особенностью эмоционального копинга больных, выбывших из программы, являлось наличие в 12,5% случаев «сохранения апломба (самообладания)», следствием которого могут быть блокирование проявления запроса о помощи вовне и ограничение возможностей использования средовых копинг-ресурсов.

Копинг больных, прошедших психообразовательную программу, исходно заметно отличался в худшую сторону по признаку конструктивности, по сравнению с выбывшими из программы больными шизофренией (рис. 4а).

В поведенческой сфере преобладал неконструктивный копинг (40% больных), адаптивные варианты копинга встречались только в 20% наблюдений. Когнитивная сфера копинга исходно отличалась еще большей дисгармоничностью, неконструктивные стратегии имелись в половине наблюдений. Конструктивные и неконструктивные эмоциональные копинг-стратегии встречались изначально с одинаковой частотой, при этом относительно конструктивные копинг-стратегии отсутствовали. Эмоциональные копинг-стратегии были представлены, с одной стороны, «оптимизмом» (примерно 50% наблюдений), а с другой стороны — «подавлением эмоций» и, реже, «покорностью».

Оценка копинг-поведения больных шизофренией в динамике психообразовательной программы продемонстрировала отчетливое увеличение частоты конструктивных стратегий совладания во всех сферах копинга (рис. 4б).

В результате психообразования в 40% случаев наблюдалась положительная динамика с формированием более адаптивных вариантов копинг-поведения в поведенческой сфере. Достоверно возросла, по сравнению с исходной частотой, частота конструктивного копинга «сотрудничество» (10% и 30% соответственно, $p < 0,05$); частота относительно конструктивной стратегии «компенсация», напротив, снизилась (с 30% до 20% случаев, $p < 0,05$). Заметно уменьшилась частота неконструктивного копинга «отступление» (с 30% до 10%, $p < 0,05$). На момент завершения программы заметно снизилась частота неконструктивного когнитивного копинга, характеризующегося пассивностью — «растерянность» (перед лицом трудностей) — с 30% до 20% ($p < 0,05$). Параллельно отчетливо возросла частота конструктивного копинг-механизма «проблемный анализ» и достигла 40% случаев в структуре когнитивного копинга ($p < 0,01$). В процессе психообразования число неадаптивных эмоциональных копинг-механизмов сократилось в два раза.

Более половины больных, прошедших программу, исходно имели дезадаптивные типы отношения или диффузный тип, отражавший акту-



Рис. 3. Сферы копинг-поведения больных, досрочно выбывших из психообразовательной программы: 1 — конструктивные, 2 — относительно конструктивные, 3 — неконструктивные механизмы

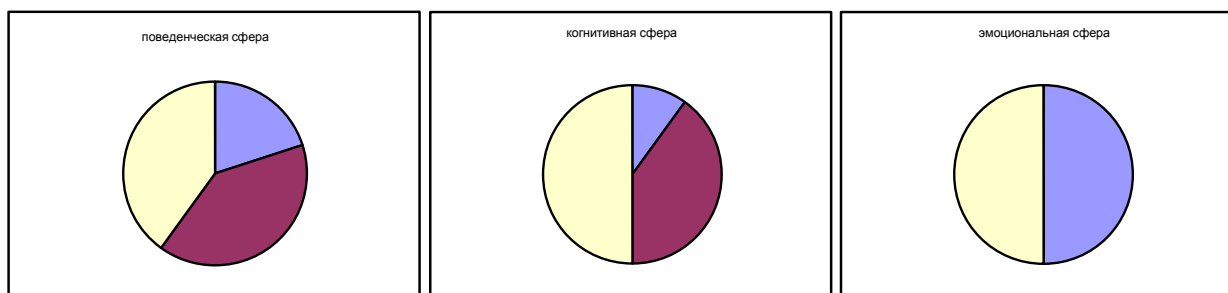


Рис. 4а. Исходно



Рис. 4б. В динамике психообразования

Рис. 4. Сферы копинг-поведения больных, прошедших полный курс психообразования (см. подписи к рис. 2)

альность процесса адаптации к болезни. Среди неадаптивных вариантов отношения преобладал сенситивный тип, характеризующийся ранимостью, чувствительностью в вопросах болезни и лечения (63% случаев). После завершения психообразовательной программы адаптивные типы отношения наблюдались заметно чаще (соответственно 35,71 и 14,28% случаев, $p < 0,01$). Значительно вырос удельный вес эргопатического типа отношения, который стал встречаться, в том числе в сочетании с другими типами, в 54% наблюдений.

Исходно связанное со здоровьем качество жизни больных параноидной шизофренией находилось, согласно самооценке, на среднем уровне (58,64 балла по шкале ВАШ). Уровень качества жизни у больных параноидной шизофренией был связан с удовлетворением таких потребностей, как материальное благополучие и работа, здоровье, уверенность в себе, общение, наличие друзей, спокойствие в семье. Таким образом, доминирующей являлась потребность в защищенности. Была отмечена отчетливая положительная динамика удовлетворенности больных своей жизнью

в условиях болезни в подгруппе, полностью прошедшей психообразовательную программу (54,43 балла исходно и 72,36 балла на момент окончания программы, $p < 0,05$). Отчетливое улучшение качества жизни установлено у 64% больных, в 28% случаев достоверных изменений этого показателя не выявлено.

Выводы

Результаты исследования продемонстрировали целесообразность применения интегративной модели программы, включающей медицинский информационный модуль, модули тренинга межличностного общения и поведенческой терапии. Это обусловлено необходимостью сочетания расширения знаний пациентов в вопросах заболевания и терапии с коррекцией копинг-поведения и внутренней картины болезни, характеризующихся дезадаптивной направленностью.

Показано, что когнитивная сфера совладания со сложными жизненными ситуациями у больных шизофренией отличалась наибольшей дисгармоничностью и преобладанием неконструктивных копинг-стратегий, сопряженных с пассивностью

Исследования

в решении проблем. В процессе психообразования наблюдался отчетливый рост адаптивности копинг-поведения во всех сферах.

Было выявлено преобладание среди больных шизофренией дезадаптивных типов отношения к болезни, отражающих актуальность проблемы психологической адаптации к болезни и ее лечению. В результате психообразовательной программы внутренняя картина болезни стала более гармоничной в большинстве наблюдений.

Таким образом, психообразовательная программа заметно повысила индивидуальные ресурсы совладания с болезнью и возможности адаптации больных шизофренией в целом. Следует отметить, что повышение адаптивного потенциала личности в процессе интегративной психообразовательной программы происходило параллельно возрастанию уровня знаний пациентов о болезни.

Улучшение качества жизни больных в динамике психообразования подтверждает эффективность программы в отношении больных шизофре-

нией на этапе хронического течения заболевания.

Пациенты, выбывшие из психообразовательной программы, отличались от пациентов, прошедших полный курс психообразования, большей микросоциальной дезадаптацией. Полученные данные подтверждают положительную роль семейной поддержки в успешности психообразования за счет усиления мотивации пациентов к участию в программе.

Для повышения эффективности психообразования целесообразны индивидуализация программ, в частности, с учетом возрастных характеристик пациентов и давности заболевания, популяризация идеи психообразовательных программ, распространение информации о возможностях психообразования среди родственников больных.

Динамическая оценка воздействия программы на адаптационные характеристики больных должна быть обязательной частью психообразовательного процесса.

Литература

1. Гурович И.Я., Кирьянова Е.М., Винидиктова Г.И., Марченко Г.Г. Проблема стигмы и дискриминации больных шизофренией и их родственников, возможные пути преодоления // Социальная и клиническая психиатрия. 2003. Т. 13, № 3. С. 26–30.
2. Еричев А.Н. Роль психообразовательных программ в системе реабилитации больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. № 3. С. 43–47.
3. Коцюбинский А.П. Психообразовательные программы в системе реабилитации больных эндогенными психозами: пособие для врачей / НИПНИ им. В.М. Бехтерева; авторы: А.П. Коцюбинский, А.Н. Еричев, Н.В. Зуйкова. СПб., 2006. 26 с.
4. Семенова Н.Д., Сальникова Л.И. Проблема образования психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. № 4. С. 30–39.
5. Шмуклер А.Б., Гурович И.Я., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация психически больных // Российский психиатрический журнал. 2006. № 2. С. 61–64.
6. Dixon L., Stewart B., Burland J. et al. Pilot study of the effectiveness of this Family-to-Family Education Program // Psychiatric Services. 2001. Vol. 52, № 6. P. 965–967.
7. Dixon L., McFarlane W.R., Lefley H. et al. Использование методов, основанных на доказательствах, при оказании помощи семьям людей с инвалидностью вследствие психического расстройства // Psychiatric Services. 2001. Vol. 52, № 6. P. 903–910.
8. Solomon P. Interventions for families of individuals with schizophrenia: maximizing outcomes for their relatives // Disease Management and Health Outcomes. 2000. Vol. 8. P. 211–221.
9. Tennakoon L., Fannon D., Doku V. Experience of caregiving: relatives of people experiencing a first episode of psychosis // Br. J. Psychiatry. 2000. Vol. 177. P. 529–533.
10. Zhang M., Wang M., Li J. et al. Randomized-control trial of family intervention for 78 first-episode male schizophrenic patients: an 18-month study in Suzhou, Jiangsu // Br. J. Psychiatry. 2007. Vol. 190. P. 49–56.

Сведения об авторах

Серазетдинова Лариса Григорьевна — главный врач ПНД Красногвардейского района. E-mail: pnd5@zdrav.spb.ru

Петрова Наталия Николаевна — д. м. н., зав. кафедрой психиатрии и наркологии, медицинский факультет Санкт-Петербургского государственного университета. E-mail: petrova_nn@mail.ru

Малеваная Ольга Владиславовна — зав. реабилитационным отделением ПНД Красногвардейского района. E-mail: malevanaya@rambler.ru

Оценка показателей качества жизни и социального функционирования у женщин с алкогольной зависимостью, состоящих на диспансерном наблюдении

А.Г. Софронов¹, Ю.А. Николкина²

¹Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова

²СПб ГУЗ Межрайонный наркологический диспансер № 1

Резюме. Обследованы 65 женщин с алкогольной зависимостью, в возрасте от 25 до 60 лет, состоящих на диспансерном наблюдении. Исследовали социальное функционирование и качество жизни с помощью психодиагностических методов. Пациентки были распределены на две группы. Первая группа (33 человека) была обследована на 10-й день после прекращения употребления алкоголя, вторая группа пациенток (32 человека) обследована в ремиссии от шести месяцев до трех лет. Психодиагностические методы исследования являются более чувствительными для оценки динамики состояния пациентов, возможной вероятности рецидива, чем рутинные методы исследования. В группе женщин с ремиссиями выявлены более благополучные социальные характеристики, присутствующие изначально. Примерно у 15% пациенток трезвость определялась изменением социальных факторов.

Ключевые слова: женский алкоголизм, социальное функционирование, качество жизни.

Estimation of indicators of quality of life and social functioning at women with alcoholic dependence consisting on active dynamic supervision

A.G. Sofronov¹, Yu.A. Nikolkina²

¹North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov

²Interdistrict narcological clinic № 1 St.-Petersburg

Summary. 65 women with the alcoholic dependence, at the age from 25 to 60, who are on dispensary observation, were examined. We researched the social functioning and the quality of life with the psychological, diagnostic methods of research. We picked out two groups of patients: the first group — 33 and 32 women were examined on the tenth day after the termination of the utilization of the alcohol, the second group of women did not use the alcohol during the period of 6 months — 3 years. The psychological, diagnostic methods are more sensitive for the estimate of dynamics of patients objectivity, the probability exists of relapses in comparison with the routine methods of researches. The successful social characteristics were initially in the group of women with the remissions. We revealed 15 percents of women whose sobriety connects with the changes of social factors.

Key words: alcoholism of women, social functioning, quality of life.

Актуальность

В настоящее время в отечественной наркологии увеличивается количество исследований, посвященных качеству жизни и социальному функционированию наркологических больных [1–7]. При этом в научной литературе, на наш взгляд, недостаточно представлены данные, полученные с помощью методов психодиагностической квалитметрии. Остается открытым вопрос о возможности использования этих методик не только для уточнения социальных характеристик, но и для прогнозирования комплаенса в лечебном процессе, определения вероятности рецидива с учетом полученных особенностей, терапевтического потенциала проводимой терапии [1, 4, 6]. Одна из ведущих причин злоупотребления алкоголем тесно связана с макросоциальными факторами, к ним можно отнести социально-экономическое положение в стране, нравственно-этические традиции в обществе, особенности правовой системы государства [5]. Несмотря на позитивные изменения в обществе за последние годы, наблюдается низкий уровень жизни у наркологических пациентов. Контингент женщин, состоящих на диспансерном

наблюдении, имеет ряд особенностей социального плана [5, 8, 10]. Большинство из них имеет низкий уровень доходов, не работает или занимается неквалифицированным трудом. До 50% женщин проживают с мужьями-алкоголиками [8, 9]. Как правило, большая часть учетных женщин попадает в поле зрения наркологов в связи с вынужденной госпитализацией по поводу алкогольных психозов [10]. В наркологической практике наблюдаются низкая курабельность таких пациентов, низкая мотивация на лечение, склонность к частым рецидивам [1, 2, 4]. Целью исследования явилось изучение особенностей социального функционирования и качества жизни пациенток на разных этапах формирования ремиссии с помощью инструментальных методов исследования. Отдельной задачей настоящего исследования является проверка гипотезы о влиянии социальных факторов на становление ремиссии наркологических пациентов.

Материал и методы

Обследованы 65 женщин в возрасте от 25 до 60 лет, со сформированным абстинентным синдро-

мом, состоящих на наркологическом диспансерном наблюдении в амбулаторном наркологическом отделении Выборгского района (МНД № 1). Изучались объективные медико-социальные характеристики и субъективная оценка пациентками своего положения в социуме и качества жизни на настоящий период времени. Пациентки распределены следующим образом: первая группа — 33 женщины, обследованы на 10-й день после прекращения употребления алкоголя, вторая группа — 32 женщины, находились в ремиссии от шести месяцев до трех лет. Для исследования использовали опросник определения качества жизни SF-36 [11].

Общий опросник SF-36 был апробирован на многочисленных исследованиях в отечественной медицине [1, 2]. Он включает в себя 36 развернутых вопросов, которые формируют 8 основных шкал: МН — психическое здоровье; RE — ролевое эмоциональное функционирование; SF — социальное функционирование; VT — жизненная активность; GH — общее состояние здоровья; BP — интенсивность боли; RP — ролевое физическое функционирование; PF — физическое функционирование. Оценивались показатели по 8 шкалам, объединяющим два основных компонента — физическое и психическое здоровье. Показатели шкал варьируют от 0 до 100 баллов, при этом оценка 100 баллов соответствует полному здоровью. Для определения уровня социальной фрустрированности в основных сферах социальной деятельности использовалась методика Л.И. Вассермана в модификации В.В. Бойко «Уровень социальной фрустрированности» [3]. Методика состоит из 20 шкал, отражающих основные аспекты социально-значимых отношений. Оценивалась степень «удовлетворенности-неудовлетворенности» по основным 20 сферам социального функционирования. При этом мера удовлетворенности субъективно оценивалась по 4-балльной системе:

0 — полностью удовлетворен, 1 — скорее удовлетворен, 2 — затруднение в ответе, 3 — скорее неудовлетворен, 4 — полностью неудовлетворен.

Результаты исследования и их обсуждение

Учетная группа представлена женщинами трудоспособного возраста. Средний возраст в первой группе составляет 45 лет, во второй группе — 49 лет. Исследовали объективные характеристики пациенток: образовательный уровень, профессиональную деятельность, семейное положение. Статистически значимых различий в группах не выявили. Однако наблюдается тенденция к более благополучным характеристикам во второй группе. В этой группе больше женщин с высшим образованием — до 12%. В первой группе этот показатель составляет 6%. Во второй группе наблюдается увеличение работающих женщин: показатель занимающихся квалифицированным трудом составляет 30%, неквалифицированным — до 33%; не работающие женщины составляют 36,4%. В первой группе показатель не работающих женщин достигает 48%, крайне малое количество женщин, занимающихся квалифицированным трудом, — до 15%.

Что касается семейного положения, во второй группе до 27% состоят в официальном браке, в первой группе этот показатель составляет 15%. В обеих группах высокие показатели разведенных женщин и вдов, без значимых различий. Однако в первой группе преобладают разведенные женщины и не состоящие в браке: в этой группе показатель разведенных составляет 30,3%, вдов — до 21,2%. Во второй группе показатель разведенных пациенток составляет 27,3%, вдов — до 21,2%.

Большинство женщин в обеих группах имеют детей. Однако в первой группе это количество достигает 57,0%, во второй — до 75,0%. В обеих группах выявлены женщины, лишённые родительских

Таблица 1. Объективные социальные характеристики женщин, состоящих на диспансерном учете (%)

		I группа (n = 33)	II группа (n = 32)
Образование	Начальное	0	0
	Среднее	27,3	24,2
	Среднее специальное	57,6	57,6
	Неоконченное высшее	6,1	6,1
	Высшее	9,1	12,1
Профессиональная деятельность	Квалифицированный труд	15,2	30,3
	Неквалифицированный труд	36,4	33,3
	Не работает	48,5	36,4
Семейное положение	Замужем	15,2	27,3
	Сожительство	3,0	0
	Не замужем	30,3	18,2
	Разведена	30,3	27,3
	Вдова	21,2	27,3
Наличие детей	Есть	57,6	75,8
	Лишена родительских прав	27,3	15,2
	Нет	15,2	9,1

прав. В первой группе этот показатель составляет 15,0%, во второй группе — 9,0%.

С помощью рутинных методов анализа социальных характеристик зарегистрировали незначительные внутригрупповые различия. В обеих группах до 54,0% женщин проживают с мужьями-алкоголиками, без статистически значимых различий в обеих группах. Однако во второй группе на момент обследования до 75,0% мужчин вели трезвый образ жизни или проходили лечение.

Анализируя состав семьи, выявили, что во второй группе преобладают полные семьи (до 39,0%) или женщины, проживающие со своими детьми (21,0%). В первой группе преобладают женщины, проживающие с родителями, с детьми. В этой группе количество женщин, живущих в полных семьях, снижается до 15,0%. Как правило, пациентки, проживающие в полных семьях, характеризовали свои отношения с супругами как конфликтные.

Наблюдается низкий уровень доходов в исследуемых группах; статистически значимых различий между группами не выявили. Личный доход женщин не превышал 12 000 рублей, общий доход семьи не превышал 27 000. В первой группе большинство работающих женщин (до 48,0%) жили за счет средств родственников, мужей, перебивались случайными заработками и не имели постоянного источника дохода. Таким образом, наблюдается тенденция к изначально более благополучным социальным характеристикам по объективным данным (табл. 1).

Анализировали уровни социальной фрустрированности в основных наиболее социально-значимых сферах. Использовали оценочные показатели степени удовлетворенности по методике Л.И. Вассермана в модификации В.В. Бойко. По удовлетворенности семейными отношениями первая группа женщин «скорее неудовлетворена» отношениями с супругом, родителями, детьми. До 80,0% женщин «скорее неудовлетворены» отношениями с супругом или сожителем. До 42,8% — «скорее неудовлетворены» отношениями с родителями, 3,6% пациенток — «полностью неудовлетворены». Меньшее количество женщин в этой группе «скорее неудовлетворены» отношениями с детьми — до 30,4%. Во второй группе повышается степень удовлетворенности отношениями с супругом, детьми, родителями. До 63,6% пациенток в этой группе «скорее удовлетворены» взаимоотношениями с

супругом, 9,1% — «полностью удовлетворены»; до 56,7% — «скорее удовлетворены» отношениями с родителями, также повышается степень полной удовлетворенности в этой группе — до 13,3%. Наблюдается повышение степени удовлетворенности в отношении с детьми: до 15,4% «полностью удовлетворены», 69,2% пациенток — «скорее удовлетворены». В сфере удовлетворенности социальным статусом также выявлены определенные различия. Во второй группе удовлетворены условиями работы 68% женщин, содержанием работы в целом — 64,0%. Эти показатели в первой группе значительно ниже. Выделили наиболее значимо различающиеся уровни социальной фрустрированности (табл. 2).

По данным таблицы, наблюдаются существенные различия в наиболее значимых для пациенток сферах социального функционирования. В социально-экономической сфере наблюдается рост всех показателей во второй группе. В первой группе выявлена подгруппа, демонстрирующая высокие показатели в этом аспекте. В этой группе до 27,0% женщин «скорее удовлетворены» своим материальным положением, до 48,0% — «скорее удовлетворены» жилищно-бытовыми условиями, до 36,0% — «скорее удовлетворены» возможностью проводить досуг. Во второй группе эти показатели существенно выше. До 48,0% пациенток «скорее удовлетворены» своим материальным положением, до 54,5% — «скорее удовлетворены» своими жилищно-бытовыми условиями. В этой группе повышается показатель степени удовлетворенности проведением своего свободного времени — до 51,0% «скорее удовлетворены» этим аспектом. Отмечается высокая степень неудовлетворенности возможностью выбора места работы в обеих группах, без значимых различий.

Анализируя субъективные оценки пациенток удовлетворенности в основных социально-значимых сферах, мы выявили, что данная методика отражает скорее позитивные изменения, произошедшие за период трезвости. Пациентки в первой группе были большей частью неудовлетворены основными социальными сферами, что отражало низкий социальный статус женщин в данной группе. В обеих группах пациентки затруднялись оценить обстановку в обществе, были удовлетворены своим социальным положением. Этот феномен подтверждает низкий уровень притязаний данного

Таблица 2. Шкалы уровня социальной фрустрированности, значимо различающиеся в группах

Удовлетворенность:	Группа I (n = 33)	Группа II (n = 32)
Взаимоотношениями с коллегами по работе	1,22 ± 0,153	0,76 ± 0,119
Взаимоотношениями с администрацией по работе	1,65 ± 0,214	1,08 ± 0,172
Условиями профессиональной деятельности	2,22 ± 0,266	1,48 ± 0,224
Взаимоотношениями с супругом	2,60 ± 0,267	1,50 ± 0,244
Взаимоотношениями с детьми	1,87 ± 0,238	1,26 ± 0,217
Взаимоотношениями с родителями	2,00 ± 0,199	1,43 ± 0,196
Проведением досуга	2,67 ± 0,188	1,97 ± 0,187
Возможностью проведения отпуска	2,94 ± 0,174	2,30 ± 0,206
Своим образом жизни	3,27 ± 0,170	1,94 ± 0,217

контингента, нереалистичную оценку отдельных социально-значимых аспектов, нежелание менять свой образ жизни. В первой группе была выделена подгруппа (15%), дающая по некоторым социальным аспектам высокие результаты. Пациентки этой группы были настроены на лечение, с критикой относились к своему заболеванию, имели реальные планы на будущее. В настоящее время эта подгруппа женщин находится на динамическом наблюдении. В нее вошли женщины, проживающие в полных семьях, имеющие небольшой материальный доход, поддержку со стороны близких, родственников. Однако общий уровень социальной фрустрированности в обеих группах достаточно низкий, что в целом подчеркивает низкую мотивацию на лечение, пассивную жизненную позицию данного контингента. Исследователи подчеркивают возможность искажения субъективных оценок, снижение реалистичного подхода к положению в социуме [3, 5, 6, 7]. Были проанализированы показатели качества жизни в полученных группах (рис. 1).

В первой группе отмечается отчетливое снижение показателей по основным шкалам. Наиболее низкие показатели по шкале общего психического здоровья — в первой группе. Наблюдаются наиболее низкие показатели по шкале психического здоровья и ролевого эмоционального функционирования (37,5 и 24,5 балла при полном показателе здоровья 100 баллов). Также значительно снижаются показатели социального функционирования — до 40,7 балла, витальный компонент — до 42 баллов. По показателям общего физического здоровья наиболее низкие значения отмечены по шкале ролевого физического функционирования — до 37,9 балла. Во второй группе наблюдается увеличение показателей по всем шкалам. Однако по шкале психического здоровья и жизненной активности показатели не достигают 70 баллов (66,8 балла и 67,9 балла). Значительно увеличиваются показатели по шкале социального функционирования во второй группе — до 91 балла. Шкала отметки общего состояния здоровья достигает всего 67,3%. Отметки по шкалам ролевого физического функционирования возрастают до 80 баллов. По шкалам интенсивности боли и оценки физическо-

го состояния практически нет существенных различий. В обеих группах пациентки расценивали свое физическое самочувствие до 81–83 баллов. Данное положение демонстрирует относительное соматовегетативное благополучие в полученных группах.

Были проанализированы средние показатели по физическому и психическому компоненту здоровья. Во второй группе женщин наблюдается рост показателей средних величин физического и психического компонента здоровья, за счет женщин, имеющих длительную ремиссию, ведущих активный образ жизни, работающих. В этой группе отмечены высокие результаты по шкалам ролевого эмоционального функционирования, психического здоровья, общего витального компонента, наиболее высокие показатели социальной активности. Высокие показатели по основным шкалам в группе с ремиссиями наблюдались у женщин с сохранным социальным статусом, благополучным микроклиматом в семье. На начальных этапах формирования ремиссии более быстрая нормализация показателей наблюдалась также у женщин с более благополучными социальными характеристиками и поддержкой со стороны близких.

Данная методика является высокочувствительной в определении динамики состояния пациентов на разных этапах формирования ремиссии, особенностей статичных и динамичных изменений в оценке качества жизни. Эти данные могут быть наиболее информативными у пациентов на начальных этапах формирования ремиссии, для оценки возможной вероятности рецидива. В первой группе была выделена некоторая подгруппа женщин, демонстрирующая высокие результаты по шкалам удовлетворенности в основных наиболее социально-значимых сферах. В этой подгруппе вектор социальной активности, ролевого эмоционального функционирования имеет более положительную динамику. Во второй группе женщин объективные характеристики регистрировали тенденцию к более благополучным характеристикам. С помощью инструментальных методов исследования подтверждаются кардинальные внутригрупповые различия. Большинство женщин

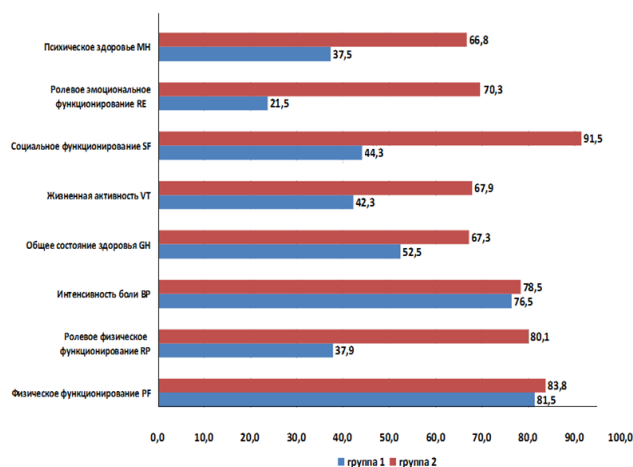


Рис. 1. Средние показатели базовых шкал SF-36 в двух группах

этой группы с длительными ремиссиями имели изначально более благополучные социальные характеристики, устойчивые семейные отношения. В группе пациенток с ремиссиями показатели степени удовлетворенности в основных социально-значимых сферах имеют высокие оценки. Данное положение подтверждает более благополучный социальный статус в этой группе, позитивные изменения, произошедшие в период трезвости. Также наблюдается незначительный процент женщин, трезвость которых определилась значительным улучшением социально-бытовых и семейных отношений. Влияние изменений социальных характеристик на динамику заболевания продолжает изучаться у этих пациенток в настоящее время. Таким образом, рутинные методы исследования являются менее надежными в оценке динамики состояния наркологических пациентов. Инструментальные методы исследования являются более высокочувствительными для оценки динамики состояния, терапевтического потенциала проводимой терапии, вероятности возникновения рецидива на разных этапах формирования ремиссии.

Выводы

Инструментальные методы исследования являются более чувствительными в определении динамики состояния пациенток, чем феноменологические подходы. С их помощью выявлены особенности социального функционирования и качества жизни пациенток учетной группы.

Методики определения качества жизни и социального функционирования могут быть использованы для динамического анализа состояния пациентов.

Наличие в группах определенных схожих социально-демографических и клинических характеристик указывает на то, что некоторые свойства могут иметь принципиальное значение. Психодиагностические исследования выявили кардинальные различия в социальных характеристиках и их влиянии на становление ремиссии в двух группах.

Пациентки с продолжительными ремиссиями имели более благополучные социальные характеристики изначально, как правило, это работающие женщины, имеющие постоянный доход, ведущие социально активный образ жизни. Выявлена подгруппа пациенток, ремиссия которых определялась влиянием социальных факторов.

Литература

1. Бойко Е.О. Качество жизни и социальное функционирование как критерий эффективности терапии // *Вопросы наркологии*. 2008. № 5. С. 58–65.
2. Бойко Е.О. Особенности клинической картины и течения заболевания у больных с синдромом зависимости с различными показателями качества жизни и социального функционирования // *Кубанский научный медицинский вестник*. 2008. № 5. С. 15–20.
3. Вассерман Л.И. Психодиагностическая шкала для оценки уровня социальной фрустрированности // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 1995. № 2. С. 73–79.
4. Гофман А.Г., Никифоров И.И. Проблема качества жизни у больных алкоголизмом в состоянии алкогольного абстинентного синдрома и в ремиссии // *Социальная и клиническая психиатрия*. 2006. № 2. С. 25–30.
5. Кирпиченко А.А. Некоторые социально-психологические проблемы у женщин с алкогольной зависимостью // *Российский психиатрический журнал*. 2003. № 1. С. 63–65.
6. Никифоров И.И. Проблема качества жизни у больных алкоголизмом и совершенствование скринирующего психометрического инструментария // *Наркология*. 2005. № 7. С. 53–63.
7. Никифоров И.И. Изменения качества жизни у больных на разных этапах заболевания // *Наркология*. 2006. № 7. С. 59–65.
8. Рожнова Т.М. Типы супружеских взаимоотношений и личностные характеристики супругов в семьях больных алкоголизмом мужчин // *Военно-медицинский журнал*. 2007. № 2. С. 28–31.
9. Шайдукова Л.К. Алкоголизм у супругов и стабильность семьи // *Казанский медицинский журнал*. 1993. № 5. С. 360–362.
10. Шайдукова Л.К. Феномен стигматизации в наркологической практике // *Казанский медицинский журнал*. 2005. № 1. С. 55–59.
11. Ware J. E. The MOS 36-item Short-Form Health Survey // *Med. Care*. 1992. Vol. 8. P. 473–483.

Сведения об авторах

Софронов Александр Генрихович — д. м. н., профессор, зав кафедрой психиатрии и наркологии, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова. E-mail: alex-sofronov@yandex.ru
Николкина Юлия Аркадьевна — врач психиатр-нарколог, СПб ГУЗ Межрайонный наркологический диспансер № 1. E-mail: yliya13@yandex.ru

АКАТИНОЛ – оригинальный препарат, лидер эффективного и безопасного лечения деменции и когнитивных расстройств



АКАТИНОЛ. Дольше Я.

Дольше ВМЕСТЕ.

Полноценная жизнь в обществе

Значительное улучшение:

- ▶ когнитивных функций
- ▶ повседневной активности
- ▶ поведенческих расстройств
- ▶ речи

Безопасен при длительном применении

На правах рекламы

Рег. удостоверение П № 014961/01 от 28.03.2008



ООО «Мерц Фарма»
123242, Москва, пер. Капранова, д. 3, стр. 2
Тел.: (495) 660-76-95
www.merz.ru



Эффективность и безопасность терапии шизофрении палиперидоном ER при использовании гибко подбираемой дозы препарата. Результаты российского многоцентрового проспективного исследования

Н.Г. Незнанов, М.В. Иванов, Д.Н. Костерин
Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

Резюме. В статье представлены обобщающие материалы использования палиперидона ER в течение 6-месячного исследования в российских центрах при лечении гибкими дозами.

Ключевые слова: психофармакотерапия шизофрении, атипичные антипсихотики, Инвега, противорецидивная терапия, социализация пациентов.

Safety and efficacy of schizophrenia therapy by paliperidon ER in treatment flexible doses. Results of Russian multisites prospective study

N.G. Neznanov, M.V. Ivanov, D.N. Kosterin
St-Petersburg V.M. Bekhterev psychoneurological research institute

Summary. This article describes common data of use paliperidon ER in the treatment during 6 month in Russian multisites prospective study.

Key words: psychopharmotherapy for schizophrenia, atypical antipsychotics, Invega, antirelapse therapy, patient social function.

Выбор оптимального вида противорецидивного воздействия остается проблемной областью современной психофармакотерапии шизофрении. Обширный клинический материал неоспоримо свидетельствует, что шизофрения является хроническим расстройством психической деятельности человека. Это означает, что из совокупности условий (согласие больного на прием лекарств, соблюдение режима терапии, постгоспитальная ресоциализация и др.), соблюдение которых необходимо при проведении вторичной профилактики, несомненно, значимым условием является применение психотропных препаратов с высоким уровнем эффективности и безопасности. Вместе с тем бурное развитие клинической фармакологии, приводящее к пополнению современного арсенала психотропных препаратов, предназначенных для лечения шизофрении, имеет свою оборотную сторону. Она сводится зачастую к затруднениям, возникающим у практикующего психиатра при выборе конкретного антипсихотического препарата из большого разнообразия, представленного на лекарственном рынке. Современные руководства содержат рекомендации по преимущественному применению в терапии шизофрении второй генерации этих препаратов, получивших название атипичных антипсихотиков [1, 3, 8, 17, 33]. Обоснованность рассмотрения этих лекарственных форм в качестве препаратов первой линии продиктована установленными при их назначении высокими показателями антипсихотической активности и лучшим профилем безопасности, чем у антипсихотиков первой генерации, то есть конвенциональных (традиционных) нейролептиков [16, 19, 28, 29, 34]. Эти

результаты, обнаруженные уже после регистрации препаратов для применения в клинической практике, подтвердили полученные ранее данные плацебо-контролируемых исследований [4, 6, 17]. В этом контексте представляются небезынтересными сведения о наличии большей приверженности к терапии больных, принимающих антипсихотики второй генерации, чем первой [8].

За последние годы определенный приоритет в области разработки новых лекарственных субстанций антипсихотиков с атипичным механизмом действия был отдан созданию и клинической апробации их пролонгированных форм. Эти препараты обладают следующими преимуществами: простое дозирование — один раз в сутки, ясность в отношении дозы, ровная и устойчивая концентрация препарата в плазме крови [2, 7, 14, 18, 20, 23, 31]. Необходимость появления этих лекарственных средств в практике объясняется тремя обстоятельствами. Во-первых, установленная высокая эффективность и более благоприятный (по сравнению с традиционными нейролептиками) профиль безопасности указывают на целесообразность применения принципа преемственности в терапии: сохранение одного и того же атипичного антипсихотика на этапах купирования психотической симптоматики и противорецидивного лечения, но в форме с разными показателями фармакокинетики. Данный принцип нашел свое отражение в предлагаемых стандартах терапии шизофрении. Во-вторых, несоблюдение больными лекарственного режима продолжает оставаться трудно решаемой задачей: 40–70% больных не соблюдают или лишь частично соблюдают режим терапии антипсихотиками [11]; треть больных с

первым эпизодом отказываются от приема препаратов в течение 6 месяцев после перенесенного эпизода. В-третьих, и это во многом обусловлено вторым обстоятельством, каждый рецидив ввиду прерывания терапии отрицательно влияет на выраженность симптомов и течение шизофрении: регистрируются более тяжелые формы расстройств с необходимостью госпитального лечения [27], ухудшаются показатели персонального и социального функционирования [32]. Наконец, рецидивы приводят к удорожанию лечения более чем в четыре раза. Поэтому новые лекарственные средства должны не только обладать широкой эффективностью с быстрым контролем симптомов, устраниением аффективных нарушений, низким риском неврологических и метаболических дисфункций, но и соответствовать более широким целям лечения, включая предоставление возможности пациентам вернуться на прежний уровень деятельности [15, 19]. Поэтому появление антипсихотических препаратов длительного высвобождения, особенностями которых являются минимальные колебания концентрации лекарственного вещества в крови и возможность начинать антипсихотическую терапию сразу с эффективной дозы без высокого риска развития нежелательных явлений, является, несомненно, перспективным направлением в развитии фармакотерапии шизофрении.

Лекарственная форма Палиперидон ER (производитель — компания Янссен-Силаг) относится к атипичным антипсихотикам длительного высвобождения и зарегистрирована в Российской Федерации для лечения шизофрении. Этот препарат разработан с использованием инновационной технологии OROS® (система пероральной доставки с осмотически управляемым механизмом высвобождения), благодаря которой его концентрация в плазме в течение 24 часов при однократном приеме подвергается минимальным колебаниям. Благодаря такой фармакокинетики, начинать лечение можно сразу с эффективной дозы, не опасаясь развития таких побочных эффектов, как ортостатическая гипотония. В рандомизированных контролируемых клинических исследованиях препарата 2-й и 3-й фаз [7, 14, 18, 20] была определена его эффективность, выделены показатели безопасности и профиль переносимости при назначении больным шизофренией. Ряд отечественных и зарубежных публикаций последнего времени отразили первоначальный опыт применения этого препарата в психиатрической практике с приведением данных, которые подтверждают его терапевтическую эффективность при купировании обострений шизофрении [22, 25, 29, 30].

Исследований эффективности палиперидона для вторичной профилактики шизофрении к настоящему времени проведено меньше, но начальные данные указывают на перспективность его использования с этой целью. В частности, по данным М. Крамер и соавт. [18], рецидивы с психотической симптоматикой за период 14-недельного исследования были отмечены в группе плацебо у 52% больных, а в группе получавших палиперидон — только у 22% ($p < 0,001$). Следует также отметить первоначальные данные, полученные в краткосрочных (6-недельных) исследованиях, о положительном

влиянии палиперидона ER на персональное и социальное функционирование больных шизофренией. В настоящее время проводятся длительные клинические исследования по дальнейшему изучению влияния палиперидона ER на эти аспекты качества жизни больных шизофренией [18].

К числу недостатков большинства проведенных клинических исследований палиперидона ER [7, 9, 14, 20] следует отнести использование фиксированных доз препарата, что может быть существенным препятствием для применения полученных данных в практической работе. Установленные в этих исследованиях и рекомендованные фиксированные дозы могут не соответствовать изменениям в динамике психопатологического процесса, а также отразиться на частоте развития нежелательных явлений, которые, как известно, могут быть фактором риска преждевременной отмены лечения.

Целью настоящего исследования являлась оценка переносимости, безопасности и эффективности лечения палиперидоном ER в режиме гибкого дозирования у взрослых пациентов, проживающих на территории Российской Федерации, страдающих шизофренией в стадии ремиссии, на протяжении 6 месяцев лечения, при отсутствии эффекта от предшествующей терапии другими пероральными антипсихотиками.

Материалы и методы

В исследование были отобраны 112 амбулаторных и стационарных больных: 60 женщин (63,6%) и 52 мужчины (46,4%) в возрасте от 22 до 46 лет ($34,3 \pm 12,1$ года). Во всех случаях был установлен диагноз шизофрении по критериям DSM-IV, преимущественно параноидной формы, с длительностью заболевания в диапазоне от 1 года до 18 лет ($9,7 \pm 8,4$ года) с момента появления первых психотических симптомов. Обязательным условием для включения в исследование являлось отсутствие обострения, то есть были отобраны больные, у которых на фоне стабильной терапии изменение суммарного количества баллов по шкале CGI-S не превышало 1 балла за последние 4 недели. Согласно основному критерию включения, были отобраны случаи шизофрении, в которых проводимая антипсихотическая терапия до момента включения в исследование, по мнению исследователя, рассматривалась как недостаточно успешная по одной или нескольким из следующих причин: отсутствие стабильного эффекта, плохая переносимость проводимой терапии, несоблюдение больным режима лечения и/или другие причины, требовавшие смены антипсихотика. Все пациенты были физически здоровы, способны самостоятельно принимать назначенные препараты и заполнять опросники на протяжении всего исследования. Критерии исключения: лечение клозапином или инъекционными антипсихотиками длительного действия в течение 3 месяцев до включения в исследование; наличие серьезной соматической патологии, поздней дискинезии, злокачественного нейрорелегического синдрома в анамнезе; высокий риск развития нежелательных явлений (НЯ), суицидных тенденций; наличие зависимости от алкоголя/наркотиков в течение последних 6 месяцев по

критериям DSM-IV; гиперчувствительность к палиперидону ER или рисперидону. Не включались в исследование беременные или кормящие грудью женщины. Пациентов просили воздерживаться от употребления алкоголя и наркотиков в течение всего исследования.

Дизайн исследования

Исследование было открытым, многоцентровым, длительностью 6 месяцев. Переход с предшествующей антипсихотической терапии на прием палиперидона ER осуществлялся путем прямой смены препарата или перекрестного снижения/повышения их доз на протяжении не более 4 недель. Исследование включало две фазы: первая предусматривала возможность индивидуального подбора для больного необходимой дозы исследуемого препарата (13 недель), вторая — фиксацию дозы, полученной в первой фазе, на протяжении остального периода. Рекомендательная доза палиперидона ER составляла 6 мг/сут, однако в ходе первой фазы она могла изменяться в диапазоне от 3 до 12 мг/сут, что позволяло подбирать дозу индивидуально для каждого больного. По усмотрению исследователя, применение холинолитиков (бензтропин-месилат или бипериден в дозе до 4 мг/сут) разрешалось в течение 4 недель после включения в исследование, после чего они должны были постепенно отменяться. Независимым комитетом проводился постоянный мониторинг безопасности, оценивалась эффективность при промежуточном анализе (при окончании первой фазы) и формулировались рекомендации спонсору относительно изменений, прекращения или продолжения исследования.

Оценка эффективности проводилась с учетом главной причины перехода на прием палиперидона ER, а именно недостаточной эффективности предыдущей терапии. Основным показателем эффекта терапии палиперидоном ER у этих больных считалось уменьшение общего количества баллов по шкале PANSS [5] не менее чем на 20% и сохранение терапевтического эффекта, оценивавшееся по изменению суммарной оценки по шкале PANSS не более чем на 5 баллов по сравнению с исходной. Дополнительные оценки эффективности: шкала

факторов Мардера (Marder, 2000), шкала оценки тяжести заболевания CGI-S [13], шкала личной и социальной активности (PSP) [21].

Безопасность анализировали, оценивая нежелательные явления, обусловленные лечением (с использованием терминологии нежелательных явлений ВОЗ), основные физиологические показатели, массу тела, а также данные общего осмотра и оценку экстрапирамидной симптоматики по шкале ESRS.

В статистический анализ исходных демографических и клинических характеристик были включены все больные, получившие хотя бы одну дозу палиперидона ER (популяция ITT) с выделением в ней показателей эффективности и безопасности. Минимальным клинически значимым изменением считалось изменение общего количества баллов по вопроснику PANSS на 5 баллов по сравнению с исходным, которое оценивалось с помощью одностороннего критерия Шуирмана ($\alpha = 0,025$). Изменения внутри группы по отношению к исходным показателям оценивали с помощью двустороннего критерия Уилкоксона ($\alpha = 0,05$).

Полученные результаты

Полностью завершили исследование 76,8% пациентов (86 человек). Основной причиной досрочного прекращения терапии палиперидоном ER стал отзыв согласия на участие в исследовании — в 78,7% случаев (8 человек). Недостаточная эффективность терапии палиперидоном ER была установлена лишь в 8,9% случаев, ведущими причинами ее явились: отсутствие приверженности к лечению (0,9%), уход из-под наблюдения (2,7%) и другие причины (0,4%).

Во время вводной фазы с гибкой схемой дозирования модальная суточная доза (то есть применяемая наиболее часто) равнялась 9 мг/сут. Увеличение дозы до максимальной (12 мг/сут) потребовалось 71,4% пациентов, а в 25% случаев требовалось снижение дозы до 6 мг/сут. Суммарная продолжительность приема палиперидона ER составила $158,1 \pm 48,1$ дня.

Лечение палиперидоном ER привело к статистически значимому ($p < 0,001$) снижению показателей по шкале PANSS, а также по всем оценкам

Таблица 1. Средние баллы PANSS в начале и при окончании исследования

Балл PANSS \pm CO	Начало	Окончание	P
Общий балл	86,8 \pm 18,2	69,4 \pm 18,6	< 0,0001
Подшкала			
Позитивная	18,5 \pm 5,9	13,9 \pm 5,2	< 0,0001
Негативная	24,5 \pm 6,8	20,3 \pm 5,5	< 0,0001
Общая психопатология	43,9 \pm 10,4	35,3 \pm 9,9	< 0,0001
Факторы Мардера			
Позитивные	23,4 \pm 6,9	18,3 \pm 6,3	< 0,0001
Негативные	22,8 \pm 6,3	18,6 \pm 6,3	< 0,0001
Дезорганизация мышления	21,4 \pm 4,4	18,0 \pm 4,6	< 0,0001
Неконтролируемая враждебность/возбуждение	8,6 \pm 3,3	6,9 \pm 2,8	< 0,0001
Тревога/депрессия	10,7 \pm 3,6	7,7 \pm 3,3	< 0,0001

факторного анализа по Мардеру (позитивные симптомы, негативные симптомы, депрессия/тревога, враждебность/возбуждение и дезорганизация мышления) (табл. 1).

Основной оценкой эффективности являлось улучшение исходного балла по основной шкале PANSS $\geq 20\%$ к моменту окончания исследования у пациентов, сменивших препарат в связи с недостатком эффективности предыдущей терапии пероральными антипсихотиками. Улучшение по этому показателю наблюдалось начиная с 4-й недели терапии и к окончанию исследования было зарегистрировано у 64,9% пациентов (рис. 1).

Лечение палиперидоном ER привело к статистически значимому улучшению других показателей, таких как социальное функционирование

или качество жизни. Следует заметить, что показатель социального функционирования по шкале PSP ≤ 30 баллов к окончанию исследования был отмечен лишь у 2% пациентов, что сопровождалось расширением доли умеренных затруднений (PSP 71–100) с 7% до 30% (рис. 3) и улучшением качества жизни.

Число баллов по шкале CGI-S на момент включения в исследование указывало на то, что состояние пациентов соответствовало очень тяжелой степени в 5,4%, тяжелой степени — в 15,3%, средней тяжести — в 62,2% и легкой степени — в 16,2% случаев, а на момент окончания исследования 1,8% пациентов достигли уровня нормы по шкале CGI-S, у 3,6% пациентов выявлялся уровень погра-

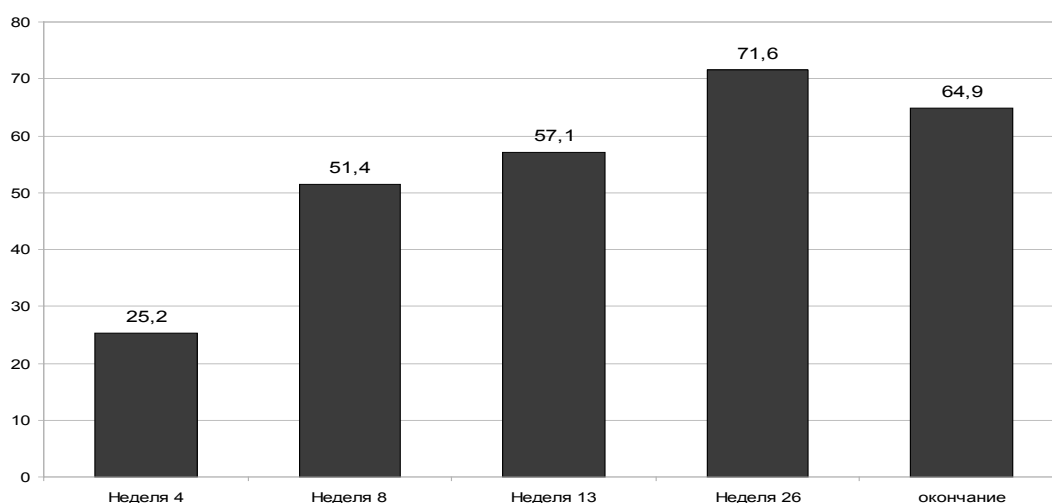


Рис. 1. Количество пациентов с улучшением общего балла по шкале PANSS $\geq 20\%$

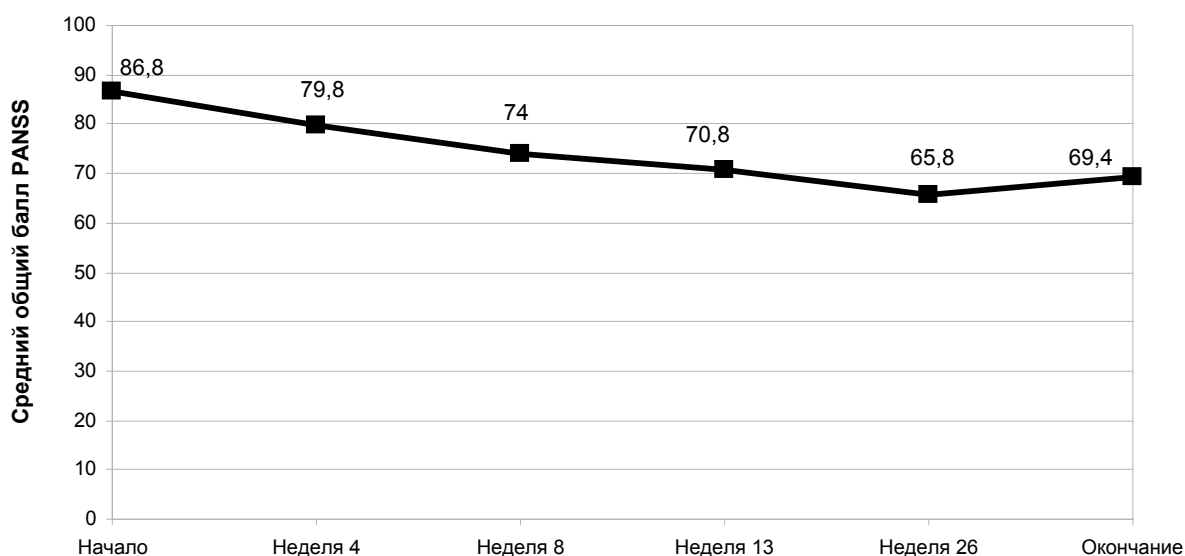


Рис. 2. Средний общий балл PANSS

ничных расстройств, уровень расстройств легкой степени выявлялся у 48,6% пациентов, что сопровождалось снижением доли расстройств средней и тяжелой степени до 35,1% и 7,2% соответственно. Таким образом, процент пациентов с небольшим нарушением функции (CGI-S) увеличился с исходных 16,2% до 48,6% (рис. 4).

Нежелательные явления во время исследования были зафиксированы у 54,5% пациентов и в большинстве случаев (43,8%) не были связаны с приемом палиперидона ER. Серьезные нежела-

тельные явления были зарегистрированы лишь в 1,8% случаев и наиболее часто касались обострения шизофрении. Самые частые связанные с лечением нежелательные явления ($\geq 10\%$ пациентов) включали акатизию (10,7%), диссомнические нарушения — сонливость (8,9%) и бессонницу (7,1%), экстрапирамидные расстройства (5,4%) и депрессию (3,6%). Следует отметить, что в подавляющем большинстве случаев (73,8%) каких-либо действий для коррекции нежелательных явлений не требовалось, временная приостановка приема

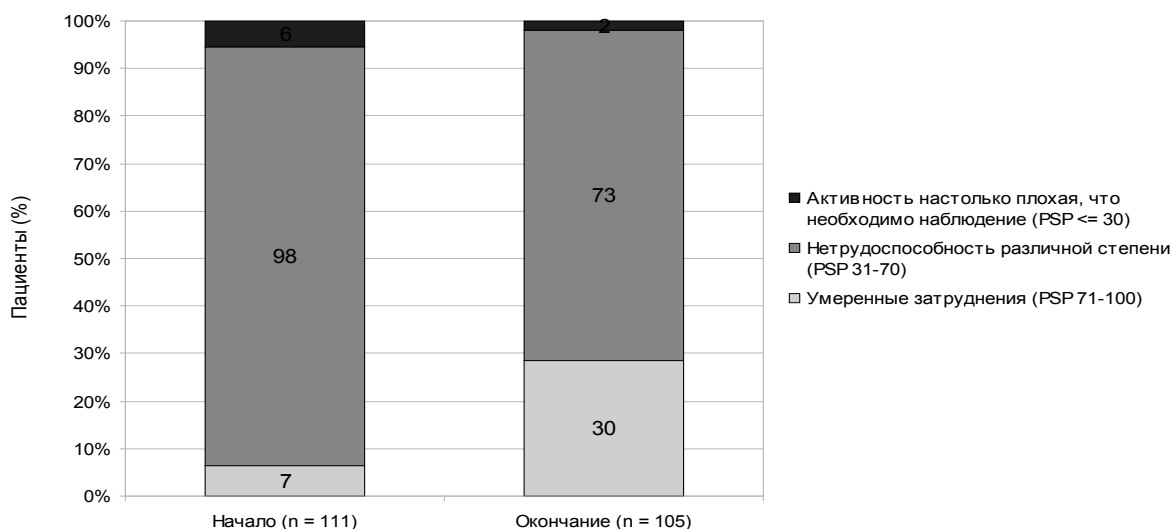


Рис. 3. Категории PSP в начале и при окончании исследования

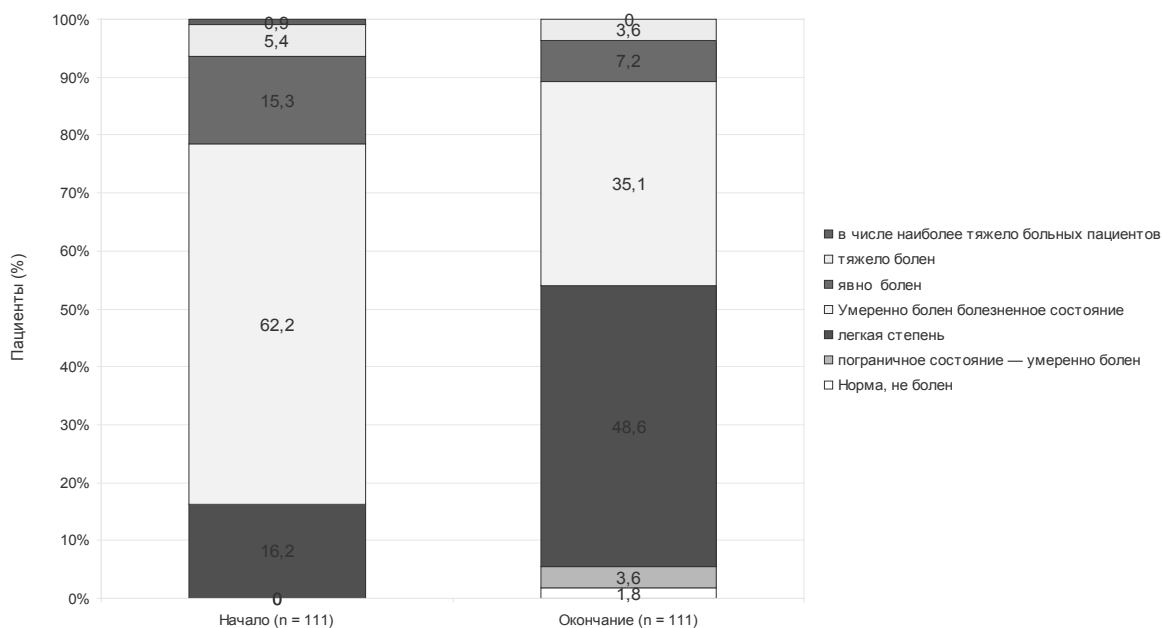


Рис. 4. Категории CGI-S в начале и при окончании исследования

Таблица 2. Связанные с лечением нежелательные явления	
Связанные с лечением НЯ (по количеству субъектов)	n (%)
Любые НЯ*	61 (54,5)
НЯ, связанные с приемом палиперидона ER	49 (43,8)
Серьезные НЯ, связанные с лечением**	2 (1,8)
Связанные с лечением НЯ у более 5% пациентов	
Акатизия	12 (10,7)
Сонливость	10 (8,9)
Бессонница	7 (6,3)
Беспокойство	8 (7,1)
Экстрапирамидные расстройства	6 (5,4)
Депрессия	4 (3,6)
Действия, предпринятые по поводу связанных с лечением НЯ***	
не предпринято каких-либо действий	96 (73,8)
коррекция дозы	28 (21,5)
временная приостановка приема препарата	3 (2,3)
долговременное прекращение приема препарата	3 (2,3)
* Большинство связанных с лечением НЯ были легкой (45,4%) и умеренной (50,85%) тяжести	
** Наиболее часто: шизофрения (1,8%)	
*** По количеству связанных с лечением НЯ (130), а не по количеству пациентов	

препарата и долговременное прекращение приема препарата потребовались лишь в 2,3% случаев, коррекция дозы производилась в 21,5% случаев.

Средний общий балл по шкале ESRS на момент включения в исследование насчитывал 1,1, а к концу исследования прогрессивно снижался до 0,8 (табл. 2).

Масса тела измерялась при скрининге, на 13-й, 26-й неделе и в конце исследования. По данным анализа безопасности, увеличение массы тела происходило с момента включения в исследования до 26-й недели терапии в среднем на 3,15 кг, а затем подвергалось обратной редукции, и к концу исследования прибавка составляла в среднем 1,46 кг.

Обсуждение

Важной особенностью данного исследования являлась гибкая схема дозирования палиперидона ER. Хотя такая схема не противоречит клинической практике, дизайн исследования часто обуславливает увеличение дозы у большинства пациентов и лишь в редких случаях снижение, что наблюдалось в данном исследовании. Известно, что большинство исследователей неохотно снижают дозу, когда достигается эффект в отсутствие нежелательных явлений. По этой причине исследования с гибкой схемой лечения чаще всего малоинформативны в отношении дозы. Полученные в

данном исследовании данные подтверждают, что доза 6 мг/сут палиперидона ER является эффективной и может использоваться при поддерживающей терапии пациентов с шизофренией.

Окончательный анализ дополнительно продемонстрировал, что лечение палиперидоном ER снижало выраженность симптомов, а также обеспечивало стабильность симптомов, функционирования больных и качества их жизни.

Лечение палиперидоном ER в режиме гибкого дозирования в течение 6 месяцев было безопасно, хорошо переносилось и имело значительный терапевтический эффект у пациентов, переведенных на палиперидон из-за отсутствия эффекта от лечения предыдущим антипсихотиком, что согласуется с результатами недавних рандомизированных контролируемых исследований.

Результаты данного клинического исследования подтверждают эффективность и хорошую переносимость палиперидона ER, ранее уже продемонстрированные у больных шизофренией, а также свидетельствуют о том, что палиперидон ER статистически значимо удлиняет время до рецидива у стабильных пациентов. Кроме того, профиль безопасности в этом долгосрочном исследовании, свидетельствующий о хорошей переносимости палиперидона ER, согласуется с результатами краткосрочных исследований, проведенных ранее.

Литература

1. Alphs L, Lee H. Comparison of withdrawal of typical and atypical antipsychotic drugs: a case study. *J Clin Psych* 1991. Vol. 52. P. 346-348.
2. AstraZeneca Pharmaceuticals. Seroquel (quetiapine fumarate) tablets prescribing information. Wilmington, DE. Vol. 2005.
3. Borison R. Changing antipsychotic medication // *Clinical therapeutics*. 1996. Vol. 18(4). Tohen M., Sanger T., Tollefson G.D., McElroy S.L. Olanzapine versus haloperidol in the treatment of schizoaffective bipolar patients // *New Research Program and Abstracts of the 150th Annual Meeting of the*

- American Psychiatric Association. San Diego. C A. May 17. 1997.
4. Bridder R, Umbricht D. Atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia // *Swiss Med Wkly*. 2003. Vol. 133. P. 63–76.
 5. Cheer S.M, Wagstaff A.J. Quetiapine. A review of its use in the management of schizophrenia // *CNS Drugs*. 2004. Vol. 18. P. 173–199.
 6. Conley R.R., Tamminga C.A., Kelly D.L. et al. Treatment-resistant schizophrenic patients respond to clozapine after olanzapine non-response // *Biological Psychiatry*. 1999. Vol. 46. P. 73–77.
 7. Davidson M. et al. Efficacy, safety and early response of paliperidone extended release tablets (paliperidone ER): Results of a 6week, randomized, placebocontrolled study // *Schizophrenia Research*. 2007. Vol. 93. P. 117–130.
 8. Dolder C.R. et al. Antipsychotic medication adherence: is there a difference between typical and atypical agents? // *Am. J. Psychiat*. 2002. Vol. 159 (1). P. 103–108.
 9. Emsley R. et al. Efficacy and safety of oral paliperidone extended release tablets in the treatment of acute schizophrenia: pooled data from 352week open label studies // *International Clinical Psychopharmacology*. 2008. Vol. 23 (6). P. 343–356.
 10. Geddes J., Freemantle N., Harrison P. et al. Atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia: systematic overview and meta-regression analysis // *BMJ*. 2000. Vol. 321. P. 1371–1376.
 11. Gilmer T.P. et al. Adherence to treatment with antipsychotic medication and health care costs among Medicaid beneficiaries with schizophrenia // *Am. J. Psychiat*. 2004. Vol. 161 (4). P. 692–699.
 12. Goodman R., Ford T., Corbin T., Meltzer H. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) multi-informant algorithm to screen looked-after children for psychiatric disorders // *European Child Adolescent Psychiatry*. 2004. Vol. 13, Suppl. 2. P. II25–II31.
 13. Guy W. *Clinical Global Impressions (CGI) Scale*. Modified From: Rush J. et al. *Psychiatric Measures*, APA, Washington DC, 2000.
 14. Kane J. et al. Treatment of schizophrenia with paliperidone extended-release tablets: a 6-week placebocontrolled trial // *Schizophrenia Research*. 2007. Vol. 90 (13). P. 147–161.
 15. Karow A. Subjective well-being and quality of life under atypical antipsychotic treatment // *Psychopharmacology (Berl.)*. 2002. Vol. 162, № 1. P. 3–10.
 16. Kasper S., Muller-Spahn F. Review of quetiapine and its clinical applications in schizophrenia // *Expert Opin Pharmacother*. 2000. Vol.1 (4). P. 783–801. (Review).
 17. Kasper S. et al. Эффективность и безопасность арипипразола в сравнении с галоперидолом в ходе долгосрочной поддерживающей терапии после обострения шизофрении // *Int. J. Neuropsychopharmacol*. 2003. Vol. 6. P. 325–337.
 18. Kramer M. et al. Paliperidone Extended-Release Tablets for Prevention of Symptom Recurrence in Patients with Schizophrenia. A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study // *J. Clin. Psychopharmacol*. 2007. Vol. 27. P. 6–14 (RCT).
 19. Lieberman J.A. Atypical antipsychotic drugs as a first-line treatment of schizophrenia: a rationale and hypothesis // *J. Clin. Psychiatry*. 1996. Vol. 57 (Suppl. 11). P. 68–71.
 20. Marder S. et al. Efficacy and safety of paliperidone ER tablets: A 6-week, randomised, placebo-controlled trial // *Biol. Psychiatry* [doi:10.1016/j.biopsych.2007.01.017].
 21. Morosini P.L. et al. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routing social functioning // *Acta Psychiatr. Scand*. 2000. Vol. 101. P. 323–329.
 22. Nussbaum A.M., Stroup TSCOTT Paliperidone for the treatment of adults with schizophrenia // *Cochrane Database of Sustematic Review*. 2008. Issue 2. Art. No: CD006369. D 01: 10.1002/14651858. CD006369.pub2.
 23. Questions and answers on Seroquel XR and associated names (50, 150, 200, 300 and 400 mg prolonged-release tablets containing quetiapine). European Medicines Agency, 2010. Reproduction is authorised provided the source is acknowledged.
 24. Richard T. Owen Extended-Release Paliperidone: efficacy, safety and tolerability profile of a new atypical antipsychotic // *Drugs of Today*. 2007. Vol. 43 (4). P. 249–258
 25. Schreiner A. et al. Flexible Doses of Paliperidone ER in Nonacute Patients With Schizophrenia Switched Due to Lack of Tolerability With Their Previous Oral Antipsychotic // Poster presented at the World Congress of Biological Psychiatry, June 28–July 2, 2009, Paris, France.
 26. Kay S., Fiszbein A., Opler L. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia // *Schizophr. Bull*. 1987. Vol. 13. С. 262–276.
 27. Weiden P.J., Olfson M. Cost of relapse in schizophrenia // *Schizophr. Bull*. 1995. Vol. 21 (3). P. 419–429.
 28. Вовин Р.Я. Клинические эффекты при психофармакологическом лечении // Фармакотерапевтические основы реабилитации психически больных / под ред. Р. Я. Вовина и Г.Е. Кюне. М.: Медицина, 1989. С. 10–35.
 29. Иванов М.В., Костерин Д.Н., Лукманова К.А. Перспективы применения новой генерации атипичных антипсихотиков для поддерживающей терапии у больных шизофренией (на примере Палиперидона в таблетках длительного высвобождения) // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2009. № 4. С. 13–17.
 30. Кожекин И.Г., Онегина Е.Ю. Применение палиперидона (Инвеги) при лечении пациентов с различными формами шизофрении // *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2010. № 2. С. 23–25.
 31. Медведев В.Э. Перевод пациентов, страдающих шизофренией, с антипсихотиков на Кветиапина фумарат замедленного высвобождения, применяемый один раз в сутки (реферат) // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2010. № 4. С. 58–63.
 32. Незнанов Н.Г., Вид В.Д. Проблема комплаенса в клинической психиатрии. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2004. Т. 6, № 4. С. 159–162.

33. Незнанов Н.Г. Иванов М.В. Психофармакологическая терапия // Психиатрия. Национальное руководство. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. Тл. 34. С. 759–827.

34. Нуллер Ю.Л. Практические аспекты психотерапии: трудности и ошибки // Психиатрия и психофармакотерапия. 2002. Т. 4, № 1. С. 16–18.

Сведения об авторах

Незнанов Николай Григорьевич — д. м. н., профессор, директор Санкт-Петербургского НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: spbinstb@bekhterev.ru

Иванов Михаил Владимирович — д. м. н., профессор, руководитель отделения биологической терапии психически больных НИПНИ им. Бехтерева. E-mail: mikhailivanov@bekhterev.ru

Костерин Дмитрий Николаевич — к. м. н., научный сотрудник отделения биологической терапии психически больных НИПНИ им. Бехтерева. E-mail: dmitrykosterin@bk.ru

Влияние адъювантного применения нифедипина на динамику негативных симптомов в ходе базовой терапии параноидной шизофрении галоперидолом

М.Ю. Попов

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

Резюме. Исследовалось влияние терапии на динамику негативных симптомов у пациентов с параноидной формой шизофрении, получавших галоперидол в комбинации с нифедипином (25 пациентов), галоперидол в виде монотерапии (26 пациентов) либо арипипразол (26 пациентов) в течение 6 недель. Было установлено, что по воздействию на негативную симптоматику комбинация галоперидола с нифедипином превосходила галоперидол и не имела статистически значимых различий с арипипразолом. При этом при адъювантном применении нифедипина редукция негативных расстройств не зависела от динамики позитивных симптомов и экстрапирамидных нарушений, что позволило предположить возможное действие комбинированной терапии галоперидолом и нифедипином на первичные негативные симптомы.

Ключевые слова: шизофрения, негативные симптомы, нифедипин, галоперидол, арипипразол.

The influence of adjunctive use of nifedipine on negative symptoms in patients with paranoid schizophrenia treated with haloperidol

M.Y. Popov

St-Petersburg V.M. Bekhterev psychoneurological research institute.

Summary. The influence of treatment on negative symptoms was studied in patients with paranoid schizophrenia who received either combination of haloperidol with nifedipine (25 subjects), or haloperidol as monotherapy (26 subjects), or aripiprazole (26 subjects) during 6 weeks. It was demonstrated that combination of haloperidol and nifedipine was significantly superior to haloperidol and did not differ from aripiprazole regarding efficacy towards negative symptoms. Improvement in negative symptoms observed in patients who received nifedipine as an adjunct to haloperidol did not depend on changes in either positive or extrapyramidal symptoms. Results of the study suggest that combined use of haloperidol and nifedipine might be efficacious for primary negative symptoms of schizophrenia.

Key words: schizophrenia, negative symptoms, nifedipine, haloperidol, aripiprazole.

На протяжении последних лет достижения в области фармакотерапии шизофрении сводятся в основном к появлению на фармацевтическом рынке все новых антипсихотических препаратов атипичного ряда. К сожалению, этот процесс мало способствует решению существующей терапевтической дилеммы, связанной с отсутствием возможности оказывать эффективное и сбалансированное влияние на позитивные и негативные симптомы шизофрении одновремен-

но. Очевидно, что атипичные антипсихотические препараты, обладая известной «антинегативной» активностью, все же уступают классическим нейролептикам по эффективности в отношении позитивных нарушений. Во многом это обусловлено особенностями психотропного действия препаратов первой генерации, быстро подавляющих эмоциональное реагирование пациентов и тем самым способствующих скорейшей дезактуализации психотических переживаний.

Наиболее отчетливо позитивная симптоматика, являющаяся одной из основных терапевтических мишеней для классических нейролептиков, представлена в клинической картине параноидной шизофрении. В этой связи поиск путей оптимизации нейролептической терапии параноидной шизофрении по-прежнему остается актуальной задачей. При этом возможные направления оптимизации определяются хорошо известными недостатками классических нейролептиков (выраженностью побочных эффектов и узкой направленностью терапевтического действия). Соответственно, можно говорить о двух основных направлениях оптимизации, первое из которых отражает стремление улучшить переносимость препаратов, второе — расширить их терапевтический потенциал (в первую очередь в сторону негативных симптомов).

Среди существующих стратегий оптимизации фармакотерапии центральное место занимает применение адъювантных средств. И если для улучшения переносимости нейролептиков широко используется адъювантное назначение антихолинергических корректоров (другой вопрос, всегда ли обоснованное), то второе направление возможной оптимизации до сих пор остается не реализованным.

К числу потенциальных адъювантных средств, теоретически способных оказывать благоприятное влияние на динамику негативных симптомов в ходе базовой нейролептической терапии, относятся блокаторы кальциевых каналов. Эти препараты, блокируя электроуправляемые кальциевые каналы и препятствуя избыточному поступлению кальция в клетку, способны вмешиваться в один из ключевых механизмов клеточной гибели. Подобное действие определяет присущую этим препаратам нейропротективную активность и позволяет надеяться на снижение прогрессивности нейродегенеративных процессов [9].

В то же время блокаторы кальциевых каналов (как и другие препараты, не обладающие первичными медиаторотропными эффектами и действующие на уровне вторичных внутриклеточных посредников) способны модулировать весь каскад патологических нейрохимических реакций, не допуская критических изменений гомеостаза нейронов. Результатом может стать, с одной стороны, отсутствие острых реакций на их применение, а с другой, сбалансированное и постепенное развитие терапевтических эффектов, проявляющихся тем сильнее, чем в большей степени в патологический процесс вовлечены все физиологические механизмы клетки. Все это вполне согласуется с действием блокаторов кальциевых каналов, которые оказывают выраженный эффект при патологическом возбуждении и минимально влияют на нормальную электрическую активность нейронов [13].

Представляется очевидным, что оценку терапевтического воздействия на негативные нарушения желательно проводить с учетом эффективности существующих эталонных «антинегативных» средств. В качестве таковых на сегодняшний день рассматриваются антипсихотические препараты атипичного ряда.

Исходя из вышеизложенного, была сформулирована основная цель работы: изучить влияние

адъювантного применения нифедипина на эффективность галоперидола в отношении негативных симптомов параноидной шизофрении и сопоставить характер клинических эффектов данной комбинации препаратов с действием арипипразола.

Выбор нифедипина из числа блокаторов кальциевых каналов был обусловлен незначительной выраженностью побочных эффектов, а также имеющимися экспериментальными данными, предполагающими наличие у этого препарата центрального действия [2]. Выбор галоперидола как средства базовой нейролептической терапии был связан с тем, что среди антипсихотических препаратов первой генерации он является «золотым стандартом» с точки зрения как терапевтической эффективности, так и выраженности побочных эффектов в двигательной сфере [6]. Напротив, выбор арипипразола из числа атипичных антипсихотических препаратов был обусловлен его минимальным влиянием на экстрапирамидную систему [14].

Методы

В исследование включались пациенты с диагнозом «параноидная форма шизофрении» (в соответствии с критериями диагностической рубрики F20.0 МКБ-10) с оценкой не менее 70 баллов по шкале PANSS [8] перед началом терапии. Не включались пациенты с первым эпизодом шизофрении. Кроме того, критериями исключения являлись указания на наличие декомпенсированных сопутствующих соматических заболеваний, клинически значимой артериальной гипотензии, тяжелых лекарственных аллергических реакций, зависимости от алкоголя или психоактивных веществ, а также высокий риск суицидального или агрессивного поведения, период беременности или лактации.

После периода полной отмены предшествующей антипсихотической терапии пациенты в случайном порядке распределялись в одну из трех терапевтических групп, получая галоперидол (20 мг в сутки), галоперидол (в той же дозе) в сочетании с нифедипином (60 мг в сутки) или арипипразол (20 мг в сутки). Препараты назначались перорально, продолжительность курса лечения равнялась 6 неделям.

Динамика психопатологической симптоматики оценивалась по шкале PANSS. Для оценки выраженности экстрапирамидных симптомов (ЭПС) применялись следующие шкалы: BARS [4], регистрирующая проявления акатизии, SARS [12], отражающая симптоматику паркинсонизма, и AIMS [7], оценивающая выраженность дискинезии.

В качестве основного параметра эффективности рассматривалась динамика оценки негативной субшкалы PANSS (сумма пунктов с N1 по N7) к 6-й неделе лечения по сравнению с исходным уровнем. Кроме того, анализировались следующие показатели эффективности: изменение суммарного балла шкалы PANSS, изменение оценки позитивной субшкалы PANSS (сумма пунктов с P1 по P7) и изменение оценки субшкалы общей психопатологии PANSS (сумма пунктов с G1 по G16) — к 6-й неделе терапии относительно исходного уровня. При изучении влияния терапии на ЭПС анализировалась динамика суммарной оценки каждой из трех шкал: BARS,

Таблица 1. Клинико-демографическая характеристика пациентов			
Показатели	Галоперидол + нифедипин (n = 25)	Галоперидол (n = 26)	Арипипразол (n = 26)
Пол:* жен. / муж.	23 (92%) / 2 (8%)	22 (84,6%) / 4 (15,4%)	24 (92,3%) / 2 (7,7%)
Возраст, лет:**			
среднее (ст. откл.)	36,84 (9,05)	38,04 (10,77)	33,96 (8,87)
медиана	36,0	36,0	33,5
мин.–макс.	23–56	21–67	22–53
Возраст начала болезни, лет:**			
среднее (ст. откл.)	27,80 (6,56)	27,08 (7,36)	25,31 (6,24)
медиана	25,0	24,5	24,5
мин.–макс.	19–40	18–48	17–37
Длительность болезни, лет:**			
среднее (ст. откл.)	9,04 (7,63)	10,96 (8,52)	8,65 (7,09)
медиана	7,0	10,5	6,0
мин.–макс.	2–30	1–37	2–32
* Критерий χ -квадрат			
** Тест Манна–Уитни			
Примечания: Все различия между группами статистически незначимы.			

SARS и AIMS, к 6-й неделе терапии относительно исходного уровня (применительно к шкале AIMS учитывалась сумма первых 10 пунктов). В случаях преждевременного исключения пациентов из исследования применялся метод LOCF (Last Observation Carried Forward) [15].

Сравнение групп проводилось при помощи параметрических и непараметрических статистических методов. Кроме того, применялся множественный регрессионный анализ. Для всех тестов был установлен порог статистической значимости $p < 0,05$.

Результаты

Всего в исследование было включено 77 пациентов. Галоперидол в сочетании с нифедипином получали 25 человек, галоперидол в виде монотерапии или арипипразол — по 26 пациентов. Значимых различий между двумя группами пациентов по основным клинико-демографическим показателям отмечено не было (табл. 1).

Терапевтические группы были сопоставимы по исходной выраженности психопатологической симптоматики (шкала PANSS и ее субшкалы) и по тяжести ЭПС (шкалы BARS, SARS, AIMS).

Полностью 6 недель терапии завершили 63 пациента. Досрочно были исключены 5 пациентов (20%), получавших комбинацию препаратов, 4 пациента (15,4%), принимавших галоперидол, и 5 (19,2%) — арипипразол. Значимых различий между группами по показателям преждевременного выбывания из исследования не было. Всем выбывшим пациентам проводилась заключительная оценка. Таким образом, данные всех 77 пациентов, принимавших участие в исследовании, были включены в статистический анализ.

Сравнение результатов лечения между группами проводилось при помощи однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA), при этом вид терапии рассматривался в качестве независимой переменной (фактора), а динамика оценок по шкалам — в качестве зависимых переменных. Только по негативной субшкале PANSS результаты дисперсионного анализа оказались статистически значимыми ($F = 3,184$; $p = 0,047$). При проведении попарных *post hoc* сравнений между группами по критерию НСР (наименьшая существенная разница) было выявлено превосходство арипипразола над галоперидолом ($p = 0,021$), а также преимущество комбинации галоперидола с нифедипином над галоперидолом на уровне тенденции к статистической значимости ($p = 0,057$). По остальным показателям эффективности значимых различий между группами обнаружено не было (динамика суммарной оценки шкалы PANSS: $F = 0,271$; $p = 0,763$, динамика позитивной субшкалы: $F = 0,517$; $p = 0,598$, динамика субшкалы общей психопатологии: $F = 0,638$; $p = 0,531$).

В связи с тем что выявленная значимость различий между комбинацией галоперидола с нифедипином и монотерапией галоперидолом по негативной субшкале ($p = 0,057$) была близка к заданному уровню статистической значимости ($p < 0,05$), в модель дисперсионного анализа в качестве ковариаты была введена переменная, способная оказывать потенциальное влияние на результат, а именно оценка по негативной субшкале до начала лечения. Окончательные результаты сравнения терапевтических групп по динамике негативной симптоматики представлены в табл. 2. При проведении *post hoc* сравнений было выяв-

Таблица 2. Сравнение терапевтических групп по показателю динамики негативной субшкалы PANSS			
	Галоперидол + нифедипин (n = 25)	Галоперидол (n = 26)	Арипипразол (n = 26)
НЕГАТИВНАЯ СУБШКАЛА			
среднее изменение (ст. откл.)	-5,56 (2,33)	-3,31 (5,79)	-6,04 (3,53)
Дисперсионный анализ			
F = 3,916; p = 0,024			
Значения p при <i>post hoc</i> сравнениях:			
галоперидол + нифедипин	-	0,041	0,659
галоперидол	0,041	-	0,013
арипипразол	0,659	0,013	-

Примечания: В таблице представлены результаты ковариационного анализа (ANCOVA): вид терапии — независимая переменная (фактор), изменение оценки по негативной субшкале PANSS к 6-й неделе лечения по сравнению с исходным уровнем — зависимая переменная, исходная оценка по этой субшкале — ковариата. При *post hoc* сравнении терапевтических групп применялся критерий НСР. Значения p менее 0,05 выделены **жирным шрифтом**.

лено статистически значимое превосходство как арипипразола, так и комбинации галоперидола с нифедипином над монотерапией галоперидолом по динамике негативной субшкалы PANSS.

Изменение средней оценки негативной субшкалы (а также остальных показателей шкалы PANSS) в трех группах пациентов к моменту завершения терапии по сравнению с исходным уровнем отражено на рис. 1.

Для изучения характера связей между основными показателями эффективности терапии в трех группах пациентов были рассчитаны коэффициенты корреляции. Результаты корреляционного анализа представлены в табл. 3.

Результаты сравнения терапевтических групп посредством дисперсионного анализа (ANOVA) представлены в табл. 4. Галоперидол в комбинации с нифедипином вызывал меньшее увеличение суммарных оценок шкалы AIMS (значимо) и шкалы SARS (на уровне тенденции к статистической значимости) по сравнению с галоперидолом в виде монотерапии. Арипипразол вызывал меньшее, чем галоперидол, увеличение суммарного балла этих же двух шкал, причем в обоих случаях статистически значимо. Различий между комбинацией галоперидола с нифедипином и арипипразолом выявлено не было.

На следующем этапе работы изучалось влияние терапии на динамику ЭПС. На рис. 2 отражено изменение средних оценок экстрапирамидных шкал

к 6-й неделе исследования по сравнению с исходным уровнем.

Поскольку при применении галоперидола в сочетании с нифедипином отмечалось, с одной стороны, уменьшение негативной симптоматики, а с другой, снижение выраженности ЭПС по сравнению с монотерапией галоперидолом, был проанализирован характер связи между данными эффектами. Для этого в первую очередь рассчитывались коэффициенты корреляции между динамикой негативной субшкалы PANSS и динамикой экстрапирамидных шкал. Полученные результаты представлены в табл. 5.

Далее проводился множественный регрессионный анализ, при котором в качестве зависимой переменной рассматривалась динамика негативных симптомов (изменение оценки негативной субшкалы PANSS к 6-й неделе), а в качестве независимых — динамика позитивных симптомов (позитивная субшкала PANSS), депрессии (пункт G6 шкалы PANSS) и паркинсонизма (шкала SARS). Результаты регрессионного анализа в трех группах пациентов представлены в табл. 6.

Только при монотерапии галоперидолом данная модель оказалась статистически значимой. При этом было получено следующее уравнение зависимости динамики негативной субшкалы (N) от динамики позитивной субшкалы (P), депрессии (G6) и шкалы SARS: $N = -1,1163 + 0,7403P + 0,0947G6 + 1,0318SARS$. Коэффициенты уравнения при переменных P и SARS значимы на 5% уровне.

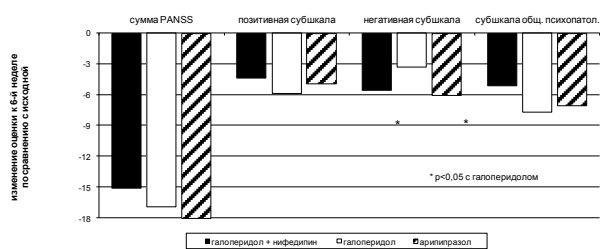


Рис. 1. Средние изменения показателей шкалы PANSS в трех терапевтических группах

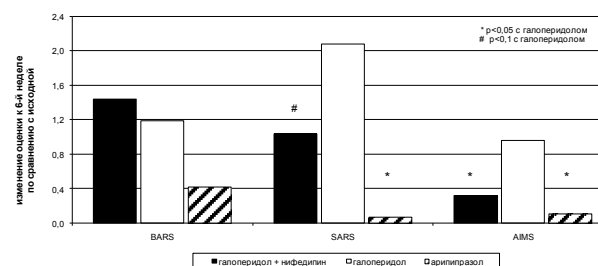


Рис. 2. Средние изменения оценок экстрапирамидных шкал в трех терапевтических группах

Таблица 3. Корреляционные связи между показателями эффективности лечения в трех терапевтических группах

Показатели	Галоперидол + нифедипин (n = 25)	Галоперидол (n = 26)	Арипипразол (n = 26)
Суммарный балл PANSS — позитивная субшкала	0,251	0,761	0,506
Суммарный балл PANSS — негативная субшкала	0,556	0,766	0,233
Суммарный балл PANSS — субшкала общей психопатологии	0,784	0,782	0,911
Позитивная субшкала — негативная субшкала	0,003	0,508	0,248
Позитивная субшкала — субшкала общей психопатологии	-0,124	0,594	0,340
Негативная субшкала — субшкала общей психопатологии	0,215	0,318	0,056

Примечания: В таблице представлены коэффициенты ранговой корреляции Спирмена между показателями динамики суммарного балла шкалы PANSS и ее субшкал к 6-й неделе лечения по сравнению с исходным уровнем. Статистически значимые коэффициенты (при $p < 0,05$) выделены **жирным шрифтом**.

Данное уравнение объясняет 67% ($R^2 = 0,6709$) вариации зависимой переменной (N).

Результаты проведенного дисперсионного анализа полученного уравнения регрессии приведены в табл. 7.

F-критерий уравнения множественной регрессии значим на уровне много меньшем, чем 0,05. Это говорит об общей значимости уравнения регрессии в группе пациентов, получавших монотерапию галоперидолом.

В двух других терапевтических группах изучавшаяся регрессионная модель не оказалась статистически значимой, хотя при терапии арипипразолом отмечался уровень тенденции к значимости (при $p = 0,1$).

Обсуждение

В результате проведенного исследования выявлены статистически значимые различия между терапевтическими группами по степени редукции негативных симптомов (табл. 2). При этом если отмеченное преимущество арипипразола перед галоперидолом вполне ожидаемо и лишь отражает хорошо известные данные о более высокой эффективности препаратов атипичного ряда в отношении негативных симптомов [5, 10], то обнаруженное превосходство комбинации галоперидола с нифедипином над монотерапией галоперидолом имеет прямое отношение к цели настоящего исследования. Статистическая значимость выявленных различий позволяет сделать вывод о положи-

Таблица 4. Сравнение терапевтических групп по показателям динамики экстрапирамидных шкал

	Галоперидол + нифедипин (n = 25)	Галоперидол (n = 26)	Арипипразол (n = 26)
ШКАЛА BARS			
Дисперсионный анализ			
F = 1,636; p = 0,202			
ШКАЛА SARS			
Дисперсионный анализ			
F = 5,786; p = 0,005			
Значения p при <i>post hoc</i> сравнениях:			
галоперидол + нифедипин	—	0,085	0,109
галоперидол	0,085	—	0,001
арипипразол	0,109	0,001	—
ШКАЛА AIMS			
Дисперсионный анализ			
F = 5,752; p = 0,005			
Значения p при <i>post hoc</i> сравнениях			
галоперидол + нифедипин	—	0,017	0,438
галоперидол	0,017	—	0,002
арипипразол	0,438	0,002	—

Примечания: В таблице представлены результаты дисперсионного анализа (ANOVA): вид терапии — независимая переменная (фактор), изменение оценки соответствующей шкалы к 6-й неделе лечения по сравнению с исходным уровнем — зависимая переменная. При *post hoc* сравнении терапевтических групп применялся критерий НСР. Значения p менее 0,05 выделены **жирным шрифтом**. По шкале BARS *post hoc* сравнения не проводились ввиду отсутствия статистически значимых различий при дисперсионном анализе.

Показатели	Галоперидол + нифедипин (n = 25)	Галоперидол (n = 26)	Арипипразол (n = 26)
Негативная субшкала — шкала BARS	0,353	-0,008	-0,241
Негативная субшкала — шкала SARS	0,258	0,602	0,141
Негативная субшкала — шкала AIMS	-0,039	-0,132	-0,016

Примечания: В таблице представлены коэффициенты ранговой корреляции Спирмена между показателями динамики негативной субшкалы PANSS и экстрапирамидных шкал к 6-й неделе лечения по сравнению с исходным уровнем. Статистически значимый коэффициент (при $p < 0,05$) выделен **жирным шрифтом**.

тельном влиянии нифедипина на терапевтический потенциал галоперидола в отношении негативных нарушений при лечении пациентов с параноидной шизофренией.

По остальным показателям терапевтической эффективности значимых различий между группами не обнаружено. Отсутствие различий между комбинацией галоперидола с нифедипином и монотерапией галоперидолом свидетельствует, что нифедипин не оказывает существенного влияния ни на выраженность общего антипсихотического действия галоперидола, ни на его эффективность в отношении позитивных симптомов. В то же время отсутствие различий между обеими терапевтическими схемами, включающими галоперидол, с одной стороны, и арипипразолом, с другой, на первый взгляд противоречит тезису о превосходящей эффективности классических нейролептиков над препаратами атипичного ряда по влиянию на позитивную симптоматику. Здесь следует отметить, что подробный анализ динамики позитивных нарушений не входит в задачи настоящей работы, а является предметом отдельного сообщения.

Результаты корреляционного анализа параметров эффективности (табл. 3) способствуют уточнению характера терапевтических преобразований в трех группах пациентов. При этом наибольший интерес представляют данные, отражающие взаимосвязи между динамикой негативных нарушений (негативная субшкала PANSS), позитивных симптомов (позитивная субшкала PANNS) и общей эффективностью терапии (суммарная оценка шкалы PANSS). Эти данные сводятся к следующему. Во-первых, при обеих терапевтических схемах, включающих галоперидол, выявляется статистически значимая положительная корреляция между динамикой суммарной оценки PANSS и динамикой негативной субшкалы, отсутствующая при применении арипипразола. Иными словами, применение галоперидола в качестве базового препарата определяет взаимосвязь динамики негативных расстройств с общей эффективностью лечения.

Во-вторых, и при монотерапии галоперидолом, и при лечении арипипразолом выявляются значимые положительные корреляционные связи между изменениями суммарного балла шкалы PANSS и ее позитивной субшкалы, в то время как при ком-

бинированном применении галоперидола и нифедипина подобная корреляция отсутствует. Это позволяет говорить о том, что при адъювантном применении нифедипина общая терапевтическая эффективность галоперидола перестает быть явно связанной с редукцией позитивных симптомов.

В-третьих, лишь у пациентов, получавших монотерапию галоперидолом, отмечается статистически значимая положительная корреляция между динамикой негативных и позитивных симптомов. Иными словами, если при терапии галоперидолом редукция негативных симптомов связана с уменьшением позитивной симптоматики, то при присоединении к галоперидолу нифедипина, так же как и при лечении арипипразолом, эта связь исчезает.

Полученные данные позволяют утверждать, что адъювантное применение нифедипина не только способствует повышению эффективности галоперидола в отношении негативных расстройств, но и изменяет характер взаимоотношений негативных и позитивных симптомов в ходе терапии. При этом имеются основания говорить о своеобразной «антинегативной» активности комбинации галоперидола с нифедипином, не связанной с воздействием на позитивные симптомы и, более того, определяющей исчезновение зависимости общей эффективности терапии от динамики позитивных расстройств.

В контексте подобного действия нифедипина особый интерес представляет его влияние на ЭПС, которые, как известно, могут вносить значительный вклад в формирование негативных нарушений вторичного характера [1]. Действие нифедипина на ЭПС, связанные с приемом галоперидола, подробно обсуждалось нами ранее [3]. Резюмируя результаты этой части исследования, следует указать, во-первых, на положительное влияние нифедипина на дискинетические расстройства (шкала AIMS) и, во-вторых, на возможную эффективность препарата в отношении симптомов паркинсонизма (шкала SARS) (табл. 4). Причем степень «смягчающего» действия нифедипина на эти побочные эффекты галоперидола такова, что при его адъювантном назначении их выраженность становится практически такой же, как при применении арипипразола. Различия между монотерапией галоперидолом и арипипразолом в отношении

Таблица 6. Вклад позитивных, паркинсонических и депрессивных симптомов в динамику негативных нарушений в трех терапевтических группах						
Регрессионная модель	Галоперидол + нифедипин (n = 25)		Галоперидол (n = 26)		Арипипразол (n = 26)	
	R ²	p	R ²	p	R ²	p
	0,0831	0,6009	0,6709	< 0,0001	0,2388	0,1053
	B	p	B	p	B	p
Зависимая переменная						
негат. субшкала (N)	–	–	–	–	–	–
Независимые переменные:						
позит. субшкала (P)	0,0783	0,3798	0,7403	0,0013	0,0133	0,9141
депрессия (G6)	–0,6927	0,3395	0,0947	0,8616	0,9950	0,0661
шкала SARS	–0,0437	0,8831	1,0318	0,0077	0,4928	0,0961
Свободный член уравнения	–5,1175	< 0,0001	–1,1163	0,5191	–5,5139	< 0,0001
<i>Примечания:</i> В таблице представлены наиболее важные параметры регрессионной модели. R ² — коэффициент детерминации (доля вариации зависимой переменной, объясненная регрессионным уравнением); B — коэффициент уравнения регрессии; p — вероятность нулевой гипотезы. Значимые результаты (p < 0,05) выделены жирным шрифтом .						

симптоматики дискинезии и паркинсонизма отражают известный факт минимального влияния арипипразола на экстрапирамидную систему [14]. В то же время определенный интерес представляет отсутствие значимых различий между терапевтическими группами по выраженности акатизии (шкала BARS).

При сопоставлении действия нифедипина на проявления ЭПС с терапевтическими преобразованиями, регистрируемыми в трех группах пациентов, возникает вопрос: чем именно объясняется влияние этого препарата на эффективность базовой терапии в отношении негативных симптомов? Иными словами, связана ли наблюдаемая «анти-негативная» активность с прямым эффектом нифедипина, либо она обусловлена его корригирующим влиянием на действие галоперидола? Полученные нами результаты хотя и не дают однозначного ответа на этот вопрос, тем не менее приближают к его решению. При этом если корреляционный анализ (табл. 5) указывает лишь на тесную связь динамики негативных нарушений с симптомами паркинсонизма при монотерапии галоперидолом и отсутствие таковой в двух других группах, то данные регрессионного анализа позволяют оценить влияние и других факторов на выраженность негативной симптоматики в процессе терапии.

Регрессионный анализ представляет собой статистический метод, целью которого является определение вклада отдельных независимых переменных в вариацию зависимой, а также степени детерминированности этой вариации независимыми переменными. Хорошо известно, что основными причинами формирования вторичных негативных расстройств являются позитивные нарушения, проявления побочного действия лекарств (в первую очередь лекарственный паркинсонизм) и симптомы депрессии [1]. Метод множественной регрессии как раз и позволяет оценить вклад перечисленных факторов (независимых переменных)

в динамику негативной симптоматики (зависимой переменной) в ходе лечения в каждой из трех терапевтических групп. Только в одной группе (монотерапия галоперидолом) данная модель является статистически значимой (табл. 6), причем вклад в динамику негативной симптоматики вносят как позитивные расстройства, так и симптомы паркинсонизма. Несмотря на отсутствие статистической значимости регрессионной модели в двух других группах, можно отметить связь негативных симптомов с депрессией и паркинсонизмом при лечении арипипразолом (на уровне тенденции к статистической значимости) и полное отсутствие вклада изучавшихся факторов в динамику негативных расстройств при комбинированном применении галоперидола с нифедипином.

Полученные данные, с одной стороны, подтверждают очевидное влияние галоперидола на вторичные негативные проявления, обусловленные тяжестью позитивных симптомов, а также выраженностью лекарственного паркинсонизма. С другой стороны, исчезновение зависимости динамики негативной симптоматики от перечисленных факторов при присоединении к галоперидолу нифедипина свидетельствует, что эта терапевтическая схема может оказывать влияние в том числе и на первичные негативные (дефицитарные) нарушения. В отношении арипипразола подобный тезис представляется менее обоснованным, учитывая связь (пусть и лишь на уровне тенденции к статистической значимости) динамики негативных симптомов с депрессией и паркинсонизмом. В любом случае говорить об «антидефицитарном» терапевтическом действии следует с известной долей осторожности. К примеру, одно из очевидных ограничений настоящего исследования связано с тем, что предложенная модель множественной регрессии не является «исчерпывающей», то есть учитывает далеко не все факторы, способные вносить свой вклад в формирование вторичных нега-

Источники вариации	Сумма квадратов	Число степеней свободы	Средние квадраты	Критерий F	p
Обусловленная регрессией	563,2250	3	187,7417	14,9479	0,000016
Остаточная	276,3135	22	12,5597		
Общая	839,5385				

Примечания: В таблице представлены источники вариации зависимой переменной (динамика оценки негативной субшкалы PANSS к 6-й неделе по сравнению с исходной).

тивных симптомов. Тем не менее данный вопрос, на наш взгляд, заслуживает дальнейшего изучения.

Итак, результаты проведенного исследования свидетельствуют, что адъювантное действие блокатора кальциевых каналов нифедипина способно модулировать клинические эффекты галоперидола при его применении для лечения пациентов, страдающих параноидной шизофренией. При этом можно ожидать не только повышения терапевтической эффективности в отношении негативной симптоматики, но и снижения выраженности ЭПС. Кроме того, имеются данные о положительном влиянии нифедипина на когнитивное функционирование пациентов, получающих галоперидол [11]. Все это позволяет положительно оценить перспективы адъювантного применения нифедипина в качестве средства оптимизации терапии параноидной шизофрении антипсихотическими препаратами первой генерации.

Выводы

1. Адъювантное применение нифедипина расширяет терапевтический потенциал галоперидола при лечении пациентов с параноидной шизофренией: комбинация галоперидола с нифедипином достоверно превосходит галоперидол и не отлича-

ется от арипипразола по степени редуцирующего воздействия на негативную симптоматику.

2. Действие нифедипина изменяет характер терапевтической динамики негативных расстройств в ходе лечения галоперидолом, определяя исчезновение ее зависимости от редукции позитивных симптомов.

3. Положительное влияние нифедипина на динамику негативных нарушений не связано с его корригирующим действием в отношении экстрапирамидных побочных эффектов галоперидола.

4. Отсутствие зависимости динамики негативных симптомов от изменений в выраженности позитивных и паркинсонических расстройств при комбинированном применении галоперидола и нифедипина отличает данную терапевтическую схему от монотерапии галоперидолом и может указывать на ее потенциальное влияние на первичные негативные нарушения.

5. Применение нифедипина в качестве адъювантного средства позволяет модулировать клинические эффекты базовой терапии параноидной шизофрении галоперидолом и является перспективной фармакологической стратегией, направленной на коррекцию негативного симптомокомплекса.

Литература

1. Иванов М.В., Незнанов Н.Г. Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах: диагностика, клиника, терапия. СПб.: Изд. НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2008. 287 с.
2. Козловский В.Л. Экспериментальное исследование психонейроактивности блокаторов кальциевых каналов (обоснование клинического применения): автореф. дис. ... докт. мед. наук / НИПНИ им. В.М. Бехтерева. СПб., 1997. 37 с.
3. Попов М.Ю. Применение нифедипина в качестве корректора экстрапирамидных побочных эффектов классических нейролептиков // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2008. № 6. С. 28–33.
4. Barnes T.R.E. A rating scale for drug-induced akathisia // Br. J. Psychiatry. 1989. Vol. 154. P. 672–675.
5. Falkai P., Wobrock T., Lieberman J. et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of schizophrenia, part 2: long-term treatment of schizophrenia // World J. Biol. Psychiatry. 2006. Vol. 7. P. 5–40.
6. Granger B., Albu S. The Haloperidol Story: Annals of Clinical Psychiatry // J. Am. Academy Clin. Psychiatrists. 2005. Vol. 17 (3). P. 137–140.
7. Guy W. Abnormal Involuntary Movement Scale (AIMS) // Assessment manual for psychopharmacology, revised. Washington DC: Department of Health, Education and Welfare, 1976. P. 534–537.
8. Kay S.R., Opler L.A., Fiszbein A. Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). Rating manual. New York, 1986.
9. LeVere T.E. Recovery of function after brain damage: The effects of nimodipine on the chronic behavioral deficit // Psychobiology. 1993. Vol. 21 (2). P. 125–129.
10. Möller H.J. Definition, psychopharmacological basis and clinical evaluation of novel/atypical neuroleptics: Methodological issues and clinical consequences // World J. Biol. Psychiatry. 2000. Vol. 1. P. 75–91.

11. Popov M.Y., Kozlovsky V.L., Dzhuga N.P. The influence of nifedipine to haloperidol effects in schizophrenic patients // *Yearbook of International Psychiatry and Behavioral Neurosciences – 2009* / ed. by N. Boutros. New York: Nova Science Publishers Inc., 2011. P. 1–14.
12. Simpson G.M., Angus J.W.S. Drug-induced extrapyramidal disorders // *Acta Psychiatr. Scand.* 1970. Vol. 212. P. 11–19.
13. Speckmann E.-J., Walden J. Anti-epileptic effects of organic calcium channel blockers in animal experiments // *Epilepsy: models, mechanisms, and concepts* / ed. by P.A. Schwartzkroin. Cambridge University Press, 1993. P. 462–464.
14. Swainston Harrison T., Perry C.M. Aripiprazole: a review of its use in schizophrenia and schizoaffective disorder // *Drugs.* 2004. Vol. 64 (15). P. 1715–1736.
15. Waladkhani A.R. *Conducting Clinical Trials. A Theoretical and Practical Guide*, 2008. 241 p.

Сведения об авторе

Попов Михаил Юрьевич — к. м. н., ведущий научный сотрудник отделения клинко-экспериментальных исследований новых психотропных средств, Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт имени В.М. Бехтерева. E-mail: popovmikhail@mail.ru

Факторы, определяющие повышение доз антидепрессанта при терапии депрессивных расстройств

А.С. Аведисова, Л.С. Канаева, Т.И. Вазагаева, Н.В. Миронова
ФГУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского Минсоцразвития»

Factors determinative of the antidepressant dose build-up in the therapy of depressive disorders

A.S. Avedisova, L.S. Kanayeva, T.I. Vazgayeva, N.V. Mironova
The Serbsky State Scientific Center for Social and Forensic Psychiatry

Одной из стратегий повышения эффективности терапии депрессивных расстройств является повышение доз антидепрессанта, которое многими исследователями (Мосолов С.Н., 2005; Смулевич А.Б., 2006; Мазо Г.Э. с соавт., 2008) рассматривается как «первый шаг» в случаях недостаточного терапевтического результата. Вместе с тем строгие рекомендации в отношении предпосылок, условий и времени максимизации дозы, а также продолжительности выбранного антидепрессивного лечения отсутствуют (Trivedi M.H. et al., 2007; Nierenberg A.A. et al., 2000). М. Adli с соавт. (2005) в систематическом обзоре литературы с 1966 по 2003 год сообщили о дифференцированной дозозависимой эффективности антидепрессантов различных фармакологических групп. Так, выявлены косвенные подтверждения повышения успешности лечения при эскалации доз трициклических антидепрессантов. В то же время в отношении антидепрессантов других классов, например СИОЗС, такие данные оказались более ограниченными и неубедительными. В исследовании E. Schweizer с соавт. (1990) было показано, что повышение дозы флуоксетина после трех недель терапии в случае отсутствия респонса с 20 мг до 60 мг не более эффективно, чем продолжение лечения в начальной дозе. Аналогичный результат был получен H.G. Ruhé с соавт. (2009), которые не

выявили преимуществ лечения пароксетином при повышении его дозы до 50 мг (после 6-й недели лечения) по сравнению с терапией в стандартной дозе 20 мг. Сходные данные были получены и в некоторых других исследованиях (Ruhé H.G. et al., 2006; Baker C.B. et al., 2003; Fava M. et al., 1994, 2002; Licht R.W., Qvitzau S., 2002; Benkert O. et al., 1997; Dornseif B.E. et al., 1989).

По данным P. Bollini с соавт. (1999), повышение средней терапевтической дозы до эквивалентной 100–200 мг имипрамина многих антидепрессантов, включая трициклические (имипрамин, кломипрамин), тетрациклические (мапротилин), СИОЗС и СИОЗСН (флуоксетин, циталопрам, флувоксамин, сертралин, пароксетин, венлафаксин), ингибиторы МАО (изокарбоксазид, фенелзин, моклобемид) и других классов (бупропион, нефазодон и др.), не сопровождается повышением эффективности терапии больных с депрессией, но увеличивает вероятность возникновения побочных эффектов. Назначение более низких доз, как правило, позволяет избежать многих нежелательных явлений, однако при этом может снизить эффективность лечения.

Многие авторы подчеркивают необходимость учета различий в фармакокинетических и фармакодинамических показателях, обуславливающих широту терапевтического диапазона антидепрессантов, в восприимчивости и индивидуальной

переносимости больными низких и высоких доз препаратов (Perry P.J., Zeilmann C., Arndt S., 1994; Ulrich S., Lauter J., 2002). По мнению исследователей (Frank E., Kupfer D.J., 1990; Trivedi M.H. et al., 2005; Quitkin F. et al., 2003), наличие коморбидных расстройств личности и актуальных психосоциальных стрессоров также может «тормозить» наступление терапевтического ответа. По их мнению, своевременное (на 4–8-й неделе) повышение доз препаратов в одной трети таких случаев позволяет повысить результативность лечения.

Противоречивые данные, касающиеся возможности повышения эффективности терапии антидепрессантами при эскалации их доз, послужили основанием для проведения широкомасштабной наблюдательной терапевтической программы, целями которой являлись обоснование валидности и определение предпосылок к повышению дозы эсциталопрама с 10 мг до 20 мг в случае недостаточного эффекта.

Эсциталопрам (производимый компанией «Лундбек») благодаря «двойному воздействию на серотонин» за счет «аллостерической модуляции» (взаимодействует не только с первичным, но и с вторичным — аллостерическим — местом связывания белка-транспортера серотонина) демонстрирует достаточно быстрый (развивается на 14–28-й день) и выраженный (53,3% пациентов достигают ремиссии, а 65,8–70% — респонса) антидепрессивный эффект (Бородин В.И. с соавт., 2005; Rash A., Bose A., 2005; Kasper S. et al., 2005; Kennedy S.H. et al., 2006, 2009). Данный антидепрессант обладает минимальным взаимодействием с соматотропными препаратами (Rapaport M.H. et al., 2004) и наиболее благоприятным профилем переносимости (Cipriani A. et al., 2009). Наиболее типичными нежелательными явлениями (НЯ) являются тошнота, усиление тревоги и инсомния легкой или умеренной степени, которые лишь в редких случаях требовали отмены препарата (Rash A., Bose A., 2005). Из-за сочетания высокой эффективности и хорошей переносимости ряд исследователей относят эсциталопрам, наряду с сертралином, к антидепрессантам первого выбора при терапии умеренных и тяжелых депрессий (Cipriani A. et al., 2009).

Данное натуралистическое исследование проводилось в 11 клиниках России. В него включались больные в возрасте от 18 до 65 лет с диагнозом «депрессивный эпизод» (ДЭ) или «рекуррентное депрессивное расстройство» (РДР) легкой, средней и тяжелой степени (по МКБ-10), подписавшие информированное согласие на участие в исследовании и нуждающиеся, по мнению лечащего врача, в назначении эсциталопрама. Лечение больных проводилось в стационарных или амбулаторных условиях. Все больные детородного возраста использовали адекватные методы контрацепции на протяжении всего периода исследования. Критериями исключения служили: тяжелая депрессия с высоким суицидальным риском, шизофрения и другие расстройства шизофренического спектра, дистимия, биполярное аффективное расстройство, органически обусловленные психические расстройства (делирий, деменция и выраженные амнестические расстройства), алкоголизм или зависимость от ПАВ (в течение 6 месяцев до включения в исследо-

вание), острые и хронические соматические заболевания в стадии декомпенсации, беременность и период лактации, гиперчувствительность к эсциталопраму.

Всем включенным в программу пациентам назначалось лечение эсциталопрамом в начальной терапевтической дозе 10 мг/сут (первая группа больных), которая при отсутствии или незначительном терапевтическом ответе могла быть, по решению исследователя, повышена до 20 мг/сут (вторая группа больных) на любом визите. Продолжительность курсовой терапии составила 8 недель. Оценка состояния пациентов производилась на фоне визита, 1-й, 2-й, 3-й, 4-й, 6-й, 8-й неделях лечения.

Всего были изучены данные обследования 223 пациентов: 151 женщины (67,7%) и 72 мужчин (32,3%), средний возраст которых составил $42,7 \pm 12,1$ года. У больных, включенных в программу, превалировал первый эпизод депрессии (153 человека) над повторными (70 человек), а наиболее часто диагностировались: ДЭ умеренной степени (F32.1) (102 больных — 45,7%), РДР умеренной степени (F33.1) (46 больных — 20,6%) и ДЭ легкой степени (F32.0) (30 больных — 13,5%). Тяжелая степень ДЭ и РДР встречались лишь у 21 (9,4%) и 11 (5,0%) больных соответственно. Средняя длительность настоящего состояния составила $4,2 \pm 3,5$ месяца. Продолжительность заболевания при рекуррентном депрессивном расстройстве была $6,4 \pm 6,0$ года, учитывая среднее число ($3,6 \pm 3,0$) предшествующих эпизодов.

Средний балл по шкале депрессии Гамильтона (HDRS-17) составил $23,02 \pm 6,0$, по шкале общей оценки тяжести состояния CGI-S — $4,1 \pm 0,8$, по шкале самооценки депрессии BDI — $30,96 \pm 9,9$.

Оценка синдромальной характеристики депрессивных расстройств показала преобладание в изученной выборке пациентов с тревожной — 44,4% (99 пациентов) и тоскливой — 22% (49) депрессией. Реже наблюдалась ипохондрическая — 14,8% (33), заторможенная — 4,9% (11) депрессия и депрессия с навязчивостями — 8,5% (19). Наиболее редко депрессии оценивались как астеническая — 2,2% (5), апатическая — 1,8% (4), с психотическими симптомами — 0,9% (2) и маскированная — 0,5% (1).

Коморбидные психические расстройства наблюдались у 31 пациента (13,9%). Чаще всего депрессивное состояние сочеталось с расстройствами тревожного спектра (10 больных), соматоформным расстройством (4 больных), неврастенией (4 больных) и органическим заболеванием головного мозга (9 больных). Остальные психические расстройства встречались в единичных случаях.

Сопутствующие соматические заболевания были зарегистрированы у 143 пациентов. Преимущественно у больных отмечались заболевания сердечно-сосудистой системы (30,9% — 69 человек), желудочно-кишечного тракта (15,2% — 34 человека), эндокринной системы (8,5% — 19 человек) и неврологические нарушения (17% — 38 человек). Остальные соматические заболевания были представлены патологией дыхательной системы — у 4,9% (10 человек), дерматологически-

ми — у 3,1% (7), урологических — у 3,1% (7), аллергическими — у 2,2% (5), гинекологическими — у 0,9% (2), ревматическими — у 0,5% (1) проблемами. У 42 пациентов выявлялись заболевания в двух и более органах систем.

Предшествующую терапию психотропными препаратами разных групп получали 58,3% больных (130 человек). Сопутствующая терапия психотропными препаратами на протяжении исследования требовалась 57,4% больным (128 человек). В основном назначались транквилизаторы, гипнотики, антипсихотики или нормотимики, доза которых менялась на протяжении всего исследования.

Особенности клинической картины и динамика состояния больных оценивались с помощью клинико-психопатологического и психометрического методов с использованием индивидуальной регистрационной карты, которая включала социодемографические и клинические данные, а также квантифицированные оценочные шкалы: шкалу депрессии Гамильтона HDRS-17, общего клинического впечатления (CGI-S — тяжести заболевания и CGI-I — общего улучшения) и шкалу самооценки депрессии Бека (BDI). Нежелательные явления регистрировались на каждом визите по спонтанно предъявляемым пациентами жалобам. При статистической обработке результатов использовались методы дескриптивной статистики. Основные статистические показатели (среднее, стандартное отклонение) рассчитывались для непрерывных переменных (изменения фоновых значений и абсолютные значения на каждом этапе оценки); для категориальных переменных предусматривались подсчет количества и процентные показатели. Изменения фоновых средних баллов всех шкал анализировались с помощью U-теста по методу Манна-Уитни, теста Уилкоксона и теста χ^2 (хи-квадрат). Математическая обработка результатов проводилась с помощью компьютерной программы «SPSS 16.0»

Оценка эффективности терапии проводилась с использованием следующих показателей: ремиссия (РМ) — балл по HDRS ≤ 7 — и время ее формирования; респонс (РС) — редукция балла по HDRS $\geq 50\%$; частичный респонс (ЧРС) — редукция балла по HDRS $\geq 25\%$, но $< 50\%$; нон-респонс (НРС) — редукция балла по HDRS $< 25\%$. Для оценки скорости наступления эффекта использовался показатель «первичный, или инициальный, респонс» (ПРС) — редукция баллов по HDRS на 25%.

Результаты исследования

Анализ полученных данных показал, что 67,7% пациентов (151) на всем протяжении исследования получали эсциталопрам в дозе 10 мг (первая группа). Из них у 99,3% (150) больных сформировался РС, включая 92,7% больных (140), достигших РМ. Процент ЧРС составил 0,7% (1).

Остальным 32,3% пациентов (72), формирующих вторую группу, доза эсциталопрама была повышена до 20 мг. Из них состояния РС наблюдались у 93,1% (67) больных, включая 84,7% больных с РМ (61). ЧРС отмечался у 6,9% больных (5). Как в первой, так и во второй группе НРС отсутствовал.

Повышение дозы эсциталопрама осуществлялось с первой по шестую недели лечения: на 1-й неделе лечения доза была увеличена 18,1% (13) больных, на 2-й — 23,6% (17), на 3-й — 19,4% (14), на 4-й — 26,4% (19), на 6-й — 12,5% (9).

Формирование РМ в первой группе регистрировалось начиная со второй недели лечения (8,6%) и продолжалось до окончания исследования (8-я неделя — 6,4%) (рис. 1). Преимущественно больные достигали ремиссии с 3-й по 6-ю недели терапии эсциталопрамом. Во второй группе РМ начинала возникать позже, только с третьей недели (9,8%), а наибольшее число больных достигали ее с 4-й по 8-ю неделю. Статистически достоверные различия между группами отмечались на втором, четвертом, шестом ($p < 0,05$) и восьмом ($p < 0,001$) визитах.

Анализ данных редукции среднего балла по шкале HDRS (рис. 2) и CGI-S (рис. 3) в группах пациентов, которые получали дозу 10 мг/сут на всем протяжении исследования и которым доза препара-

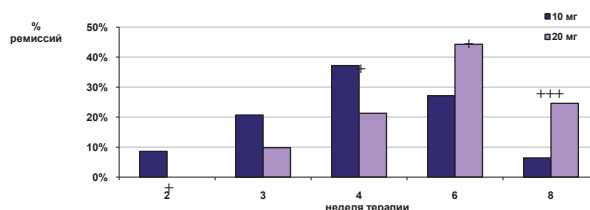


Рис. 1. Скорость формирования ремиссии в первой и второй группах терапии. Различия между группами: + $p < 0,05$, +++ $p < 0,001$

рата была увеличена до 20 мг/сут, показал, что у пациентов первой группы уменьшение выраженности депрессии происходило более быстрыми темпами, чем во второй группе. По причине статистически значимых различий фоновых показателей шкалы HDRS и CGI-S изучить межгрупповые различия не представлялось возможным.

Результаты динамики среднего балла по шкале CGI-I в группах без повышения (10 мг) и с повышением (20 мг) дозы эсциталопрама представлены в табл. 1. В первой группе улучшение состояния

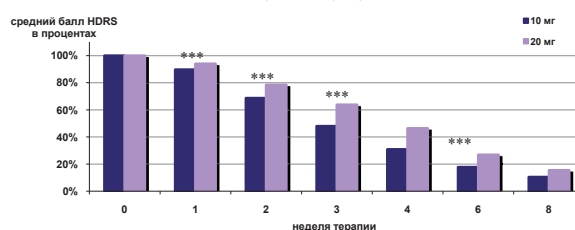


Рис. 2. Редукция показателей HDRS в первой и второй группах терапии: *** $p < 0,001$ — различия по сравнению с фоном

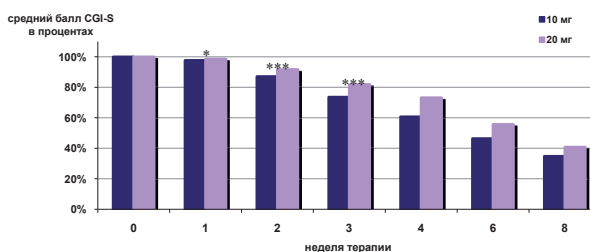


Рис. 3. Редукция показателей CGI-S в первой и второй группах терапии. Различия по сравнению с фоном: * $p < 0,05$, *** $p < 0,001$

больных на первой неделе лечения отмечалось у 42,3%, на второй — у 62,3%, на третьей — у 86% и на четвертой — у 98% больных. Причем если с первой по третью недели врачи в основном регистрировали у больных незначительное улучшение состояния (39,7% — 60 больных, 47,7% — 72 больных и 49,7% — 75 больных, соответственно), то с четвертой по шестую недели — существенное улучшение (52,3% — 79 больных и 56,3% — 85 больных, соответственно), а на восьмой — выраженное улучшение (56,3% — 85).

Во второй группе редукция симптомов депрессии на первой и второй неделях терапии отмечалась лишь у 19,4% и 40,3% пациентов соответственно. На третьей и четвертой неделях в состоянии больных наблюдалось незначительное улучшение (69,4% — 50 больных и 55,6% — 40 больных, соответственно), и только с шестой по восьмую недели — существенное (59,7% — 43 больных и 45,8% — 33 больных, соответственно) и выраженное улучшение (13,9% — 10 больных и 43,1% — 31 больной, соответственно). Статистически значимые различия между группами наблюдались с 1-й по 6-ю и исчезали к 8-й неделе лечения.

Субъективная оценка пациентами уменьшения выраженности симптомов депрессии совпала с врачебной: больные первой группы отмечали более высокую скорость редукции депрессии по сравнению с больными второй группы (рис. 4).

Таким образом, с целью повышения эффективности терапии врачи повысили дозу эсциталопрама до 20 мг (преимущественно на 2–4-й неделях лечения) около трети больных. При этом в конце

исследования (8-я неделя) достигалась высокая результативность лечения, сравнимая с той, которая наблюдалась в случаях применения 10 мг. Однако скорость редукции депрессивной симптоматики у пациентов, не достигших необходимого результата при назначении 10 мг эсциталопрама и применявших 20 мг этого препарата, была меньше, в связи с чем формирование РМ достигалось не со второй, а только с третьей недели терапии.

Важной задачей данного исследования было выявление факторов, влияющих на решение врачей о повышении дозы эсциталопрама. С этой целью были проанализированы фоновые характеристики (социодемографические, клинико-психопатологические) и время формирования первичного респонса (ПРС) у пациентов первой и второй групп (табл. 2). Из социодемографических данных возраст больных существенно не влиял на повышение дозы исследуемого препарата, в то время как гендерные различия свидетельствовали о более высоком про-

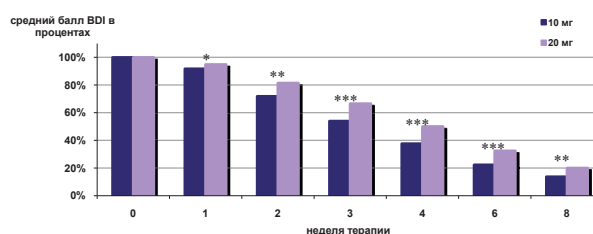


Рис. 4. Редукция среднего балла BDI в первой и второй группах терапии. Различия по сравнению с фоном: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Таблица 1. Динамика среднего балла по шкале CGI-I в первой и второй группах терапии

Группа	Оценка по шкале CGI	Неделя терапии					
		1	2	3	4	6	8
10 мг (151)	5 — незначительное ухудшение	—	1,3% (2)	—	—	—	—
	4 — состояние без перемен	57,7% (87)	36,4% (55)	13,2% (20)	2,0% (3)	0,7% (1)	0,7% (1)
	3 — незначительное улучшение	39,7% (60)	47,7% (72)	49,7% (75)	33,8% (51)	13,9% (21)	6,0% (9)
	2 — существенное улучшение	2,6% (4)	14,6% (22)	31,1% (47)	52,3% (79)	56,3% (85)	37,1% (56)
	1 — выраженное улучшение	—	—	6,0% (9)	11,9% (18)	29,1% (44)	56,3% (85)
20 мг (72)	5 — незначительное ухудшение	—	—	—	—	—	—
	4 — состояние без перемен	80,6% (58)	59,7% (43)	16,7% (12)	5,6% (4)	1,4% (1)	—
	3 — незначительное улучшение	19,4% (14)	37,5% (27)	69,4% (50)	55,6% (40)	25% (18)	11,1% (8)
	2 — существенное улучшение	—	2,8% (2)	9,7% (7)	36,1% (26)	59,7% (43)	45,8% (33)
	1 — выраженное улучшение	—	—	4,2% (3)	2,8% (2)	13,9% (10)	43,1% (31)
Статистическая значимость различий		$p < 0,01$	$p < 0,01$	$p < 0,01$	$p < 0,01$	$p < 0,05$	Нет ($p = 0,19$)

центе лиц мужского пола среди больных второй группы (38,9% по сравнению с 29,1%). К клиническим параметрам, имеющим наибольшее значение в качестве предикторов повышения доз препарата, относились: степень тяжести депрессии, наличие предшествующих эпизодов и их число, синдромальная структура депрессивного симптомокомплекса и средние фоновые показатели HDRS, CGI-S и BDI. Так, первую группу в основном составили больные с депрессией легкой ($p < 0,001$) и умеренной степени тяжести, с первичным эпизодом ($p < 0,05$), с меньшей длительностью заболевания и числом предшествующих эпизодов в случае рекуррентного течения ($p < 0,05$), с более низкими показателями HDRS, CGI-S ($p < 0,001$) и BDI ($p < 0,05$) и преимущественно тревожной депрессией ($p < 0,05$). Вторую группу составили пациенты с тяжелой и средней тяжести депрессией, чаще протекающей с симптомами навязчивостей, рекуррентным течением, с большей длительностью заболевания и большим числом предшествующих эпизодов, с более высокими значениями среднего балла HDRS, BDI и CGI-S.

Анализ соотношения фоновых характеристик больных и времени повышения дозы препарата показал, что наиболее значимым показателем быстроты повышения дозы эсциталопрама являлась тяжесть депрессии. Так, при тяжелой депрессии повышение дозы до 20 мг/сут происходило преимущественно на первой неделе курсовой терапии (табл. 3). При этом быстрота повышения доз эсциталопрама с 10 мг до 20 мг коррелировала с выра-

женностью редукции депрессивной симптоматики и скоростью формирования РМ. Так, скорость редукции фоновых показателей HDRS между подгруппами пациентов, которым доза эсциталопрама была повышена на первой, второй и третьей неделях, по сравнению с группой больных, которым препарат был увеличен на шестой неделе, с 4-го визита достигала статистически значимого уровня вплоть до окончания исследования (рис. 5).

Время повышения дозы эсциталопрама также оказывало существенное влияние на скорость формирования ремиссии. Так, при повышении дозы эсциталопрама до 20 мг/сут в течение первых трех недель терапии пациенты в большинстве случаев достигали ремиссии на третьей, четвертой и шестой неделях, а при более позднем увеличении дозы — с шестой по восьмую неделю (рис. 6).

Оценка динамики симптомов депрессии самими больными в целом совпадала с объективной. Пациенты отмечали улучшение своего состояния уже на первой неделе лечения, что выражалось в регистрации статистически достоверных различий по сравнению с фоновыми показателями шкалы BDI (рис. 7). Однако статистически значимой зависимости между скоростью повышения дозы препарата и степенью улучшения субъективной оценки состояния пациентами выявлено не было.

Данные редукции шкалы CGI-S (рис. 8) в целом отражали сходные со шкалой HDRS тенденции.

Изучение соотношения времени повышения дозы и оценки динамики состояния по шкале

Таблица 2. Фоновые характеристики пациентов как предпосылка к повышению дозы

Показатель		10 мг (n = 151)	20 мг (n = 72)	p
Средний возраст, годы		42,3 ± 12,3	43,4 ± 11,3	
Пол, % (абс.)	Мужской	29,1% (44)	38,9% (28)	
	Женский	70,9% (107)	61,1% (44)	
Степень тяжести ДР, % (абс.)	Легкая	24,5% (37)	8,3% (6)	
	Умеренная	66,2% (100)	66,7% (48)	
	Тяжелая	9,3% (14)	25% (18)	$p < 0,001$
Первичность/повторность ДР, % (абс.)	Первичный (ДЭ)	72,8% (110)	59,7% (43)	$p < 0,05$
	Повторный (РДР)	27,2% (41)	40,3% (29)	
Длительность заболевания (при РДР), годы		5,7 ± 5,0	7,5 ± 7,1	
Число предшествующих эпизодов (при РДР)		3,2 ± 2,3	4,3 ± 3,8	$p < 0,05$
Длительность настоящего состояния, мес.		4,2 ± 3,7	4,1 ± 3,1	
Синдромальная характеристика депрессии, % (абс.)	Тревожная	49,7% (75)	33,3% (24)	$p < 0,05$
	Тоскливая	19,9% (30)	26,4% (19)	
	Ипохондрическая	13,9% (21)	16,7% (12)	
	Депрессия с навязчивостями	6,0% (9)	13,9% (10)	$p < 0,05$
	Заторможенная	4,0% (6)	6,9% (5)	
Другие		6,6% (10)	2,8% (2)	
Средний балл HDRS		21,8 ± 5,5	25,5 ± 6,2	$p < 0,001$
Средний балл CGI-S		3,9 ± 0,8	4,4 ± 0,7	$p < 0,001$
Средний балл BDI		29,7 ± 9,6	33,5 ± 10,1	$p < 0,05$

Показатель	Неделя повышения дозы						
Средний возраст, годы		1 (n = 13)	2 (n = 17)	3 (n = 14)	4 (n = 19)	6 (n = 9)	
		43,9 ± 11,4	44,8 ± 13,0	42,2 ± 10,4	41,5 ± 11,5	46,1 ± 8,8	
Пол, % (абс.)	Мужской	46,2% (6)	41,2% (7)	21,4% (3)	42,1% (8)	44,4% (4)	
	Женский	53,8% (7)	58,8% (10)	78,6% (11)	57,9% (11)	55,6% (5)	
Степень тяжести ДР, % (абс.)	Легкая	7,7% (1)	11,8% (2)	(0)	10,5% (2)	11,1% (1)	
	Умеренная	38,5% (5)	76,4% (13)	78,6% (11)	68,4% (13)	66,7% (6)	
	Тяжелая	53,8% (7)	11,8% (2)	21,4% (3)	21,0% (4)	22,2% (2)	
		p1-p2 < 0,05		p1-p3 = 0,08		p1-p4 = 0,06	
Первичность/повторность ДР, % (абс.)	Первичный (ДЭ)	69,2% (9)	64,7% (11)	71,4% (10)	68,4% (13)	55,6% (5)	
	Повторный (РДР)	30,8% (4)	35,3% (6)	28,6% (4)	31,6% (6)	44,4% (4)	
Длительность заболевания (при РДР), годы		9,9 ± 10,6	9,2 ± 5,9	4,6 ± 2,4	8,0 ± 8,2	6,1 ± 3,9	
Число предшествующих эпизодов (при РДР)		5,1 ± 3,0	4,8 ± 3,9	3,8 ± 3,2	4,8 ± 5,4	3,0 ± 1,3	
Длительность настоящего состояния, мес.		3,2 ± 2,4	4,4 ± 2,9	4,7 ± 3,9	3,9 ± 2,7	3,1 ± 1,9	
Синдромальная характеристика депрессии, % (абс.)	Тревожная	46,2% (6)	29,4% (5)	7,1% (1)	47,4% (9)	33,3% (3)	
				p1-p3 < 0,05			
	Тоскливая	30,8% (4)	23,5% (4)	42,9% (6)	10,5% (2)	33,3% (3)	
	Ипохондрическая	7,7% (1)	11,8% (2)	21,4% (3)	31,6% (6)	(0)	
	Депрессия с навязчивостями	7,7% (1)	29,4% (5)	14,3% (2)	5,3% (1)	11,1% (1)	
	Заторможенная	(0)	5,9% (1)	14,3% (2)	(0)	22,2% (2)	
Другие	7,7% (1)	(0)	(0)	5,3% (1)	(0)		
Средний балл HDRS		27,5 ± 6,5	26,1 ± 7,5	24,9 ± 6,7	24,1 ± 4,2	25,0 ± 4,3	
Средний балл CGI-S		4,6 ± 0,6	4,3 ± 0,9	4,2 ± 0,7	4,3 ± 0,6	4,6 ± 0,5	
Средний балл BDI		37,2 ± 10,4	34,3 ± 9,1	31,8 ± 8,4	32,1 ± 9,1	30,9 ± 12,4	

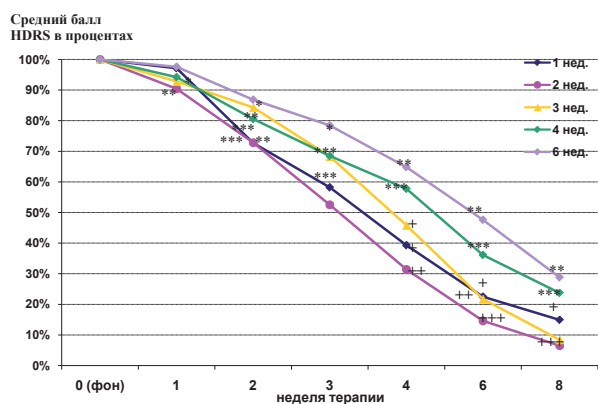


Рис. 5. Соотношение времени повышения дозы и скорости редукции среднего балла HDRS

Различия по сравнению с фоном: * p < 0,05 — 1 нед. p1, p3, 2 нед. p6, 3 нед. p6; ** p < 0,01 — 1 нед. p2, p4, 2 нед. p1, p3, 4-6 нед. p6; *** p < 0,001 — 2 нед. p2, p4, 3-8 нед. p1, p2, p3, p4.
 Различия между группами: * p < 0,05 — 4 нед. p6-p1, p6-p2, p6-p3, 6 нед. p6-p1, p4-p3, 8 нед. p6-p1, p4-p3; ** p < 0,01 — 4 нед. p4-p2, 6 нед. p4-p2, p6-p3, 8 нед. p4-p2; *** p < 0,001 — 6 нед. p6-p2, 8 нед. p6-p2, p6-p3

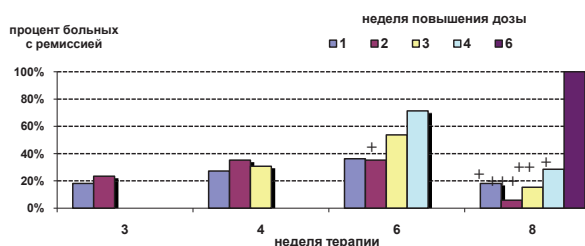


Рис. 6. Соотношение времени повышения дозы и скорости формирования ремиссии: * p4-p2, p6-p1, p6-p4 < 0,05; ** p6-p3 < 0,01; *** p6-p2 < 0,001

CGI-I выявило следующие особенности: чем раньше производилось повышение дозы, тем быстрее и чаще (в конце терапии) состояние больных оценивалось как «существенное улучшение» и «выраженное улучшение» (табл. 4). Наилучшие результаты к окончанию терапии были отмечены среди больных, которым дозы были увеличены с 1-й по 3-ю недели лечения, а наихудшие — на 6-й неделе: ни в одном случае динамика состояния не была оценена как «выраженное улучшение». Однако зависимость между оценкой состояния по данной шкале и решением о повышении дозы не была обнаружена.

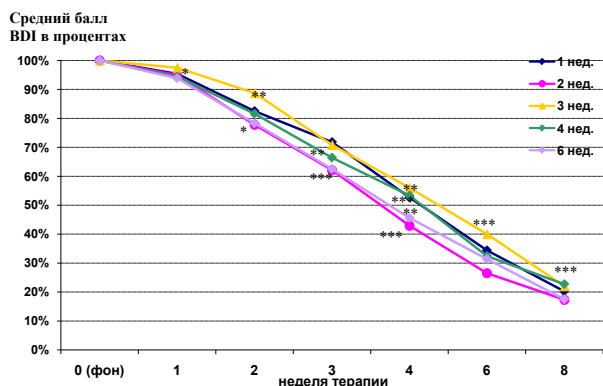


Рис. 7. Соотношение времени повышения дозы и скорости редукции среднего балла BDI

Различия по сравнению с фоном: * $p < 0,05$ — 1 нед. р1, р2, р3, р4, р6, 2 нед. р6; ** $p < 0,01$ — 2 нед. — р1, р2, р3, р4, 3 нед. — р1, р3, р4, р6, 4 нед. р1, р3, р6, 6 нед. р6, 8 нед. р6; *** $p < 0,001$ — 3 нед. р2, 4 нед. р2, р4, 6 нед. р1, р2, р3, р4, 8 нед. р1, р2, р3, р4

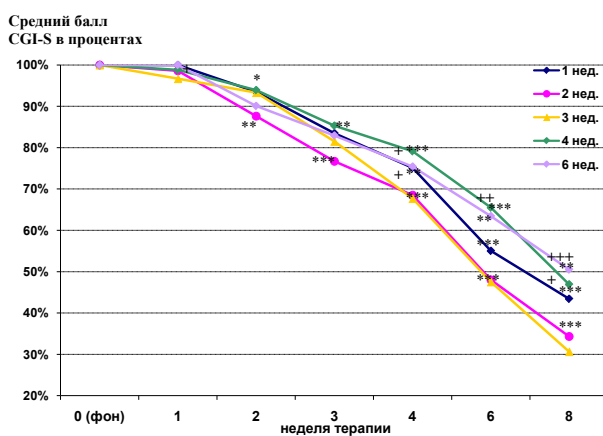


Рис. 8. Соотношение времени повышения дозы и скорости редукции среднего балла CGI-S

Различия по сравнению с фоном: * $p < 0,05$ — 2 нед. р1, р3, р4, р6; ** $p < 0,01$ — 2 нед. р2, 3 нед. р1, р3, р4, р6, 4 нед. р6, 6 нед. р6, 8 нед. р6, *** $p < 0,001$ — 3 нед. р2, 4 нед. р1, р2, р3, р4, 6 нед. р1, р2, р3, р4, 8 нед. р1, р2, р3, р4. Различия между группами: * $p < 0,05$ — 1 нед. р1–р3, 4 нед. р1–р3, р3–р4, р3–р6, 6 нед. р2–р6, 8 нед. р3–р4; ** $p < 0,01$ — 6 нед. р2–р4, р3–р4, р3–р6, 8 нед. р2–р6; *** $p < 0,001$ — 8 нед. р3–р6

Важным показателем эффективности терапии является первичный респонс (ПРС) — редукция баллов по HDRS на 25%, — обозначаемый в литературе как «процесс-предиктор» (Trivedi M.H., Kurian V.T., Grannemann V.D., 2007). Работы, посвященные зависимости времени наступления ПРС и скорости формирования РМ, показали, что ранний ПРС в процессе терапии способствует повышению частоты и скорости формирования РМ (Аведисова А.С., 2011; Вазагаева Т.И., 2009; Nierenberg A.A. et al., 2000; Van H.L. et al., 2008). Данные настоящего исследования, подтверждая важность этого показателя, выявили отчетливую зависимость между временем наступления ПРС и выбором врачом дозы эсциталопрама (рис. 9). ПРС наиболее часто регистрировался на второй и третьей неделях терапии — 47,5% (106) и 32,3%

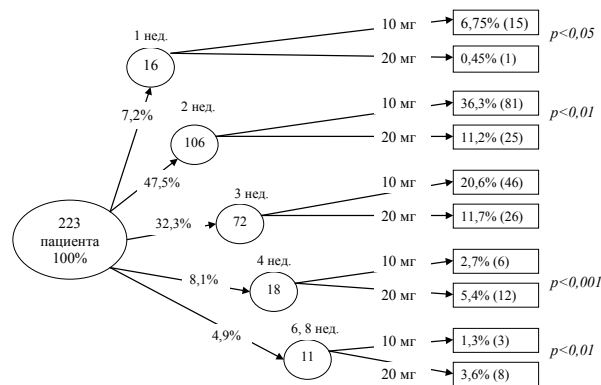


Рис. 9. Соотношение времени наступления ПРС и повышения дозы эсциталопрама

(72) соответственно. В первую и вторую недели доза эсциталопрама повышалась незначительному количеству больных — 0,45% (1) и 11,7% (26) соответственно; не повышалась — 6,75% (15) и 36,3% (81) соответственно. Различия между группами с дозой 10 мг/сут и 20 мг/сут достигали статистически значимого уровня. На третьей неделе статистические различия уже не выявлялись — из 32,3% больных с ПРС 11,7% (26) пациентов доза препарата была повышена, а 20,6% (46) не повышалась. На четвертом и шестом визитах число пациентов, достигших первичного респонса, уменьшалось — 8,1% (18) и 4,9% (11) соответственно, — что чаще способствовало принятию решения о повышении дозы эсциталопрама 5,4% (12) и 3,6% (8). На этих визитах различия в количестве больных, которым сохранялась доза 10 мг/сут и которым доза препарата была увеличена до 20 мг/сут, были статистически значимыми ($p < 0,001$ и $p < 0,01$ соответственно).

Анализ времени повышения дозы эсциталопрама и скорости наступления ПРС и РС показал, что чем позже наступали ПРС и РС, тем чаще врачами принималось решение о повышении дозы препарата (табл. 5 и 6). ПРС, как правило, наступал в течение одной или двух, реже трех недель после повышения дозы (в случае его отсутствия до визита повышения). РС чаще наступал через 2–3 недели, реже — 4–6 недель после повышения дозы (из всех пациентов-респондеров у 71,6% РС наблюдался после повышения дозы, и у 28,4% он наступал к визиту повышения).

Нежелательные явления

Нежелательные явления (НЯ) при терапии эсциталопрамом наблюдались лишь у 50 пациентов (22,4%). Всего было зарегистрировано 72 случая НЯ, в среднем 0,32 на 1 пациента. Наиболее распространенными были жалобы вегетативного характера на тошноту (25%), головную боль (11,1%), запоры и головокружение (по 8,3%). Реже встречались НЯ в виде сухости во рту (5,6%), тахикардии, снижения веса, дневной сонливости, потливости (по 4,2%). Остальные НЯ, такие, как повышение

Таблица 4. Соотношение времени повышения дозы и оценки динамики состояния CGI-I, % (абс.)

Группа	Оценка по шкале CGI	Неделя терапии					
		1	2	3	4	6	8
1 нед.	4	92,7% (12)	61,5% (8)	15,4% (2)	15,4% (2)	7,7% (1)	–
	3	7,7% (1)	38,5% (5)	76,9% (10)	15,4% (2)	15,4% (2)	15,4% (2)
	2	–	–	–	61,5% (8)	53,8% (7)	46,2% (6)
	1	–	–	7,7% (1)	7,7% (1)	17,6% (3)	38,5% (5)
					p1–p4 < 0,001		
2 нед.	4	58,8% (10)	47,1% (8)	17,6% (3)	–	–	–
	3	41,2% (7)	41,2% (7)	52,9% (9)	41,2% (7)	70,6% (12)	–
	2	–	11,8% (2)	17,6% (3)	58,8% (10)	23,5% (4)	47,1% (8)
	1	–	–	11,8% (2)	–	5,9% (1)	52,9% (9)
		p2–p1 < 0,05, p2–p6 < 0,05			p2–p4 < 0,01		p2–p6 < 0,001
3 нед.	4	85,7% (12)	64,3% (9)	21,4% (3)	–	–	–
	3	14,3% (2)	35,7% (5)	57,2% (8)	57,2% (8)	14,3% (2)	–
	2	–	–	21,4% (3)	35,7% (5)	50% (7)	28,6% (4)
	1	–	–	–	7,1% (1)	35,7% (5)	71,4% (10)
					p3–p4 < 0,05	p3–p4 < 0,05 p3–p6 < 0,05	p3–p4 < 0,05 p3–p6 < 0,01
4 нед.	4	79% (15)	63,1% (12)	15,7% (3)	5,3% (1)	–	–
	3	21,0% (4)	36,9% (7)	79% (15)	89,4% (17)	26,3% (5)	15,7% (3)
	2	–	–	5,3% (1)	5,3% (1)	68,4% (13)	47,4% (9)
	1	–	–	–	–	5,3% (1)	36,9% (7)
							p4–p6 < 0,05
6 нед.	4	100% (9)	66,7% (6)	11,1% (1)	11,1% (1)	–	–
	3	–	33,3% (3)	88,9% (8)	66,7% (6)	55,6% (5)	66,7% (6)
	2	–	–	–	22,2% (2)	44,4% (4)	33,3% (3)
	1	–	–	–	–	–	–

Таблица 5. Соотношение времени повышения дозы препарата и скорости наступления ПРС

Неделя повышения дозы	Процент больных с ПРС					
	1 нед.	2 нед.	3 нед.	4 нед.	6 нед.	8 нед.
1 нед.	–	61,5%	30,8%	7,7%	–	–
	p	p1–p4 < 0,05, p1–p6 < 0,05				
2 нед.	–	47,1%	47,1%	5,8%	–	–
	p	p2–p6 < 0,05		p2–p3 < 0,05		
3 нед.	–	28,6%	28,6%	35,7%	7,1%	–
	p			p3–p4 < 0,05		
4 нед.	5,3%	26,3%	36,8%	5,3%	21,1%	5,3%
	p			p4–p6 < 0,05		
6 нед.	–	–	33,3%	44,4%	11,1%	11,1%

АД, снижение либидо, нарушение засыпания, усиление тревоги, тремор, раздражительность и т. д., встречались в единичных случаях (не более 2,7%).

Наибольшее число НЯ (рис. 10) возникало на первой неделе лечения эсциталопрамом (34,8%). Дальнейшая динамика НЯ характеризовалась уменьшением их числа и выраженности. Так, на

Неделя повышения дозы	Процент больных с РС				
	2 нед.	3 нед.	4 нед.	6 нед.	8 нед.
1 нед.	8,3%	16,7%	50%	16,7%	8,3%
2 нед.	—	47,1%	41,2%	11,7%	—
	p	p2–p4 < 0,05 p2–p6 < 0,05			
3 нед.	—	14,4%	42,8%	35,7%	7,1%
4 нед.	—	12,5%	43,8%	37,5%	6,2%
6 нед.	—		12,5%	75%	12,5%
	p			p6–p1 < 0,05 p6–p2 < 0,01	

второй неделе НЯ регистрировалась в 25,5% случаев, на третьей — в 18%, а на четвертой — в 9,3%. На шестой и восьмой неделях наблюдения число НЯ не превышало 3,3–3,7% и сохранялось практически на постоянном уровне.

Анализ числа НЯ в зависимости от принимаемых доз эсциталопрама показал, что в первой группе больных было зафиксировано 41 НЯ у 43 больных (28,5%), а во второй группе пациентов — 31 НЯ у 17 больных (23,6%). Таким образом, если в первой группе на одного пациента приходилось в среднем 0,27 НЯ, то во второй группе эта цифра была почти в 2 раза выше (0,43).

Как правило, доза эсциталопрама повышалась тем позже, чем большее число НЯ возникало у больных с 1-й недели терапии (рис. 11). Однако повышение дозы не сопровождалось увеличением числа НЯ. Более того, отмечалась некоторая тенденция к уменьшению числа НЯ после повышения дозы, отражающая выявленную для всей выборки общую закономерность снижения частоты НЯ на протяжении всего периода лечения. Так, повышение дозы препарата на 2-й, 3-й и 4-й неделе сопровождалось последующим уменьшением числа НЯ.

Несмотря на общее снижение числа НЯ в процессе терапии, их спектр имел тенденцию к расширению в зависимости от времени повышения доз препарата. Так, в подгруппах больных с повышением дозы на 1-й и 2-й неделях спектр НЯ ограничивался вегетативными нарушениями, тогда как при повышении доз на более поздних визитах к вегетативным присоединялись соматические и психические НЯ.

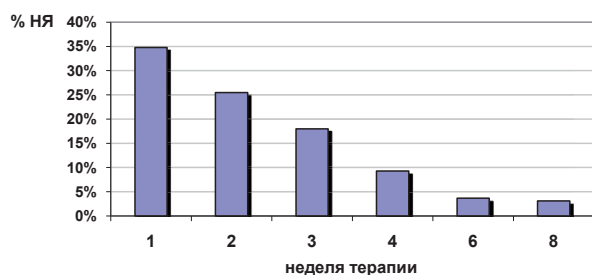


Рис. 10. Динамика НЯ при терапии эсциталопрамом

Заключение

Проведенная натуралистическая программа, целями которой являлись обоснование валидности и определение предпосылок к повышению дозы эсциталопрама с 10 мг до 20 мг в случае недостаточного эффекта, показала распространенность такого подхода среди общепрактикующих психиатров (32,3% пациентов в процессе лечения была повышена доза до 20 мг) и его обоснованность. Увеличение дозы эсциталопрама приводило к повышению эффективности терапии (93,0%) и частоты ремиссий (84,7%), сравнимыми с таковыми при приеме больными начальной дозы (92,7% и 99,3% соответственно). В группе больных с увеличением дозы респонс в 71,6% случаев и ремиссия в 100% случаев формировались только после повышения дозы. При этом скорость редукции депрессивной симптоматики и формирования ремиссии зависела от времени повышения доз препарата — чем раньше повышалась доза эсциталопрама, тем быстрее достигался необходимый результат.

К числу факторов, определяющих повышение дозы эсциталопрама в данной натуралистической программе, относились мужской пол, тяжесть депрессии, рекуррентное течение заболевания, число предшествующих эпизодов депрессии и ее синдромальная структура. Более персонализированным фактором, предопределяющим повышение дозы антидепрессанта, являлся первичный респонс (ПРС), который рассматривается А.С. Аведисовой (2011) как независимый предиктор частоты и скорости

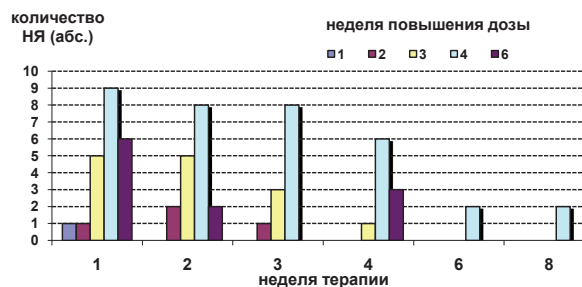


Рис. 11. Динамика НЯ в подгруппах пациентов с повышением дозы эсциталопрама

достижения ремиссии, определяющий новую стратегию повышения эффективности терапии депрессивных расстройств. Настоящая натуралистическая программа показала, что врачи в своей ежедневной практике учитывают этот показатель, чаще принимая решение о повышении дозы эсциталопрама при позднем наступлении ПРС.

Переносимость эсциталопрама в данном исследовании была хорошей (всего в среднем 0,32 НЯ на 1 пациента) и не зависела от его дозы, в большей степени отражая тенденцию к уменьшению числа НЯ на протяжении всего периода лечения.

Литература

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. М.: Медицина, 2000. 225 с.
2. Аведисова А.С. Новая стратегия повышения эффективности терапии депрессивных расстройств, определяемая первичным ответом // Психиатрия и психофармакотерапия. 2011. № 2.
3. Бородин В.И., Канаева Л.С., Захарова К.В., Миронова Н.В. Клиническая эффективность и переносимость препарата «Ципралекс» (эсциталопрам) при терапии легких и умеренно выраженных депрессий // Психиатрия и психофармакотерапия. 2005. № 5. С. 287–291.
4. Вазагаева Т.И. Качество и стойкость ремиссии при применении антидепрессантов и трансперсональной психотерапии у больных с депрессивными расстройствами // Рос. психиатр. журн. 2009. С. 658–665.
5. Мазо Г.Э., Горбачев С.Э., Петрова Н.Н. Терапевтически резистентные депрессии: современные подходы к диагностике и лечению // Вестник Санкт-Петербургского университета. 2008. Вып. 2, сер. 11. С. 87–96.
6. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов // Русский медицинский журнал. 2005. № 12 (13). С. 852–857.
7. Смулевич А.Б. Депрессия как общемедицинская проблема: вопросы клиники и терапии // Психиатрия и психофармакотерапия. 2006. № 3 (8). С. 4–10.
8. Baker C.B., Woods S.W. Is there a SSRI dose response in treating major depression? The case for re-analysis of current data and for enhancing future study design // *Depress Anxiety*. 2003. Vol. 17. P. 10–18.
9. Benkert O., Szegedi A., Wetzell H. et al. Dose escalation vs continued doses of paroxetine and maprotiline: a prospective study in depressed outpatients with inadequate treatment response // *Acta Psychiatr. Scand.* 1997. Vol. 95. P. 288–296.
10. Bollini P., Pampallona S., Tibaldi G. et al. Effectiveness of antidepressants: meta-analysis of dose-effect relationships in randomised clinical trials // *Br. J. Psychiatry*. 1999. Vol. 174. P. 297–303.
11. Cipriani A., Furukawa T., Salanti G. et al. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis // *Lancet*. Vol. 373. № 9665. P. 746–758.
12. Dornseif B.E., Dunlop S.R., Potvin J.H., Wernicke J.F. Effect of dose escalation after low-dose fluoxetine therapy // *Psychopharmacol. Bull.* 1998. Vol. 25. P. 71–79.
13. Fava M., Alpert J., Nierenberg A. et al. Double-blind study of high-dose fluoxetine vs lithium or desipramine augmentation of fluoxetine in partial responders and nonresponders to fluoxetine // *J. Clin. Psychopharmacol.* 2002. Vol. 22. P. 379–387.
14. Fava M., Rosenbaum J.F., McGrath P.J. et al. Lithium and tricyclic augmentation of fluoxetine treatment for resistant major depression: a double-blind, controlled study // *Am. J. Psychiatry*. 1994. Vol. 151. P. 1372–1374.
15. Frank E., Kupfer D.J. Axis II personality disorders and personality features in treatment-resistant and refractory depression, in *Treatment Strategies for Refractory Depression* / Edited by Roose S.P., Glassman A.H. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1990. P. 207–221.
16. Kasper S., Stein D.J., Loft H., Nil R. Escitalopram in the treatment of social anxiety disorder: randomised, placebo-controlled, flexible-dosage study // *British Journal of Psychiatry*. 2005. Vol. 186. P. 222–226.
17. Kennedy S.H., Andersen H.F., Lam R.W. Efficacy of escitalopram in the treatment of major depressive disorder compared with conventional selective serotonin reuptake inhibitors and venlafaxine XR: a meta-analysis // *J. Psychiatry Neurosci.* 2006. Vol. 31 (2). P. 122–131.
18. Kennedy S.H., Andersen H.F., Lam R.W. Escitalopram in the treatment of major depressive disorder: A meta-analysis / *January*, 2009. Vol. 25, № 1. P. 161–175.
19. Licht R.W., Qvitzau S. Treatment strategies in patients with major depression not responding to first-line sertraline treatment: a randomised study of extended duration of treatment, dose increase or mianserin augmentation // *Psychopharmacology (Berl.)*. 2002. Vol. 161. P. 143–151.
20. Nierenberg A.A., Farabaugh A.H., Alpert J.E. et al. Timing of onset of antidepressant response with fluoxetine treatment // *Am. J. Psychiatry*. 2000. Vol. 157. № 9. P. 1423–1428.
21. Perry P.J., Zeilmann C., Arndt S. Tricyclic antidepressant concentrations in plasma: an estimate of their sensitivity and specificity as a predictor of response // *J. Clin. Psychopharmacol.* 1994. Vol. 14. P. 230–240.
22. Quitkin F.M., Petkova E., McGrath P.J. et al. When should a trial of fluoxetine for major depression be declared failed? // *Am. J. Psychiatry*. 2003. Vol. 160. P. 734–740.
23. Rapaport M.H., Bose A., Hongjie Z. Escitalopram continuation treatment prevents relapse of depressive episodes // *J. Clin. Psych.* 2004. Vol. 65. P. 44–49.
24. Rash A., Bose A. Эсциталопрам в клинической практике (результаты открытого натуралистического исследования) (расширенный реферат) // *Психиатр. и психофармакотер.* 2005. Т. 7, № 6. С. 356–363.

25. Ruhe H.G., Huyser J., Swinkels J.A., Schene A.H. Dose escalation for insufficient response to standard dose selective serotonin reuptake inhibitors in major depressive disorder: systematic review // *Br. J. Psychiatry*. 2006. Vol. 189. P. 309–316.
26. Stimpson N. Randomised controlled trials investigating pharmacological and psychological interventions for treatment-refractory depression // *Br. J. of Psychiatry*. 2002. Vol. 81. P. 284–294.
27. Trivedi M.H., Kurian B.T., Grannemann B.D. Clinical predictors in major depressive disorder // *Prim. Psychiatry*. 2007. Vol. 14. № 6. P. 47–53.
28. Trivedi M.H., Rush A.J., Gaynes B.N. et al. Maximizing the adequacy of medication treatment in controlled trials and clinical practice: STAR(*)D measurement-based care // *Neuropsychopharmacology*. 2007. Vol. 32. P. 2479–248.
29. Trivedi M.H., Morris D.W., Grannemann B.D., Mahadi S. Symptom clusters as predictors of late response to antidepressant treatment // *J. Clin. Psychiatry*. 2005. Vol. 66. P. 1064–1070.
30. Schweizer E., Rickels K., Amsterdam J.D. et al. What constitutes an adequate antidepressant trial for fluoxetine? // *J. Clin. Psychiatry*. 1990. Vol. 51. P. 8–11.
31. Ulrich S., Lauter J. Comprehensive survey of the relationship between serum concentration and therapeutic effect of amitriptyline in depression // *Clin. Pharmacokinet*. 2002. Vol. 41. P. 853–876.
32. Van H.L., Schoevers R.A., Kool S. et al. Does early response predict outcome in psychotherapy and combined therapy for major depression? // *J. Affect. Disord*. 2008. Vol. 105 (1–3). P. 261–265.

Сведения об авторе

Аведисова Алла Сергеевна — д. м. н., профессор, руководитель отделения новых средств и методов терапии Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского.
E-mail: aavedisova@mail.ru

О возрастной периодизации онтогенеза (Семь Жизней человека)

Ю.А. Антропов

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Росздрава»

Резюме. Человеческая жизнь дискретна, она включает как минимум семь различных возрастных периодов. В каждом из них человек иной, по-разному он воспринимает мир — окружающее, прочитанное, самого себя, по-разному чувствует, любит, ненавидит, по-разному поступает. У него разные потребности, устремления и интересы, разные способы достижения цели, по-разному человек «грешит» (ему присущи разные дурные поступки) и болеет он разными болезнями. По сути, это семь различных жизней. Представлены выявленные особенности структуры каждой жизни. Первая Жизнь — «Приход» (в мир): физическое и психическое созревание. Вторая Жизнь — «Генерация» (следующего поколения). Третья Жизнь — «Ваяние» (нового поколения): введение нового поколения в социум. Четвертая Жизнь — «Творчество» (создание материальных и духовных ценностей): обеспечение нового и грядущих поколений благоприятными для их адаптации условиями существования. Пятая Жизнь — «Жатва» (углубленная разработка и совершенствование продуктов прежнего собственного творчества). Шестая Жизнь — «Закат» (снижение физических возможностей и свертывание социальных связей). Седьмая Жизнь — «Уход» (выраженное снижение биотонуса, физическое и эмоциональное угасание).

Ключевые слова: жизнь, возраст, периоды, эмоциональные и когнитивные функции, социальные связи, восприятие времени, болезни.

Age Periods of Ontogenesis (seven man's lives)

Ju. A. Antropov

Department of Mental Diseases, Penza State Institute for Post-Graduate Medical Studies

Summary. Man's life includes seven different age periods. In different age period a man feels differently. Man's behavior, love, hate time feeling, aims, socializing, diseases are not the same as well. Actually, there are seven lives. The first one is "birth" (come in to life): physiological and mental maturation. The second one is "generation". The third one is "generation" adaptation socializing. The fourth one is creation: building present and coming generations adoptable to life environment. The sixth one is "declining": decreasing physical abilities and socializing. The seventh one is "leaving" — marked low biotonus, physical and emotional going out.

Key words: life, age, period, emotional and cognitive functions, socializing, time feeling, diseases.

Утром мы говорим «восход солнца», днем — «солнце движется по небу», вечером — «заход солнца»... Но ведь это только впечатление. Еще со времен «упрямого» (по определению А.С. Пушкина) Галилея человечество знает, что вертится-то вокруг своей оси Земля. Также не соответствует действительности и утверждение, что жизнь нам дана одна. На самом деле человеческий век включает по меньшей мере семь Жизней, в каждой из которых человек иной и живет иной жизнью. По-разному он воспринимает мир — окружающее, прочитанное, самого себя, по-разному чувствует, любит, ненавидит, по-разному поступает, у него разные потребности, устремления и интересы, разные способы достижения цели, по-разному человек «грешит» (ему присущи разные дурные поступки), и болеет он разными болезнями.

В каждой из семи Жизней на первый план выступают иные наиболее значимые формы и проявления существования. Это и обусловило их обозначения. Первая Жизнь (от рождения до 18 лет) — «Приход» (в мир). Вторая Жизнь (от 18 до 26 лет) в биологическом плане основная и получила название «Генерация» (рождение детей, явление следующего поколения). Основа Третьей

Жизни (от 26 до 42 лет) носит биосоциальный характер и представляет собой введение нового биологического поколения в социум, и потому ее название — «Ваяние» (социальное формирование нового поколения). Четвертая Жизнь (от 42 до 57 лет) преимущественно социальная, по своей глубинной сущности она предназначена для обеспечения грядущих поколений более благоприятными для их адаптации условиями существования (биологическими и социальными). Название Четвертой Жизни — «Творчество» (создание материальных и духовных ценностей). Предназначение Пятой Жизни (от 57 до 76 лет) такое же, как и предыдущей, — обеспечение новых поколений материальными и духовными благами, отличие же ее заключается в том, что в этот период снижается или прекращается создание нового и начинается углубленная разработка и совершенствование продуктов прежнего собственного творчества. Поэтому Пятая Жизнь получила название «Жатва». Вряд ли имеется необходимость в объяснении названия Шестой Жизни — «Закат» (от 77 до 90 лет), и Седьмой — «Уход» (от 90 до 100 и более лет).

В каждой из семи Жизней имеются этапы, которые могут быть рассмотрены в аспекте концепции

о возрастной периодизации, разработанной одним из крупнейших психологов XX века Л.С. Выготским. Им были выделены и описаны периоды (этапы) формирования психики человека (личности) до 18 лет, с возникающими в каждом из этих периодов психологическими «новообразованиями». Наша дальнейшая разработка этой концепции показала, что периодичность присуща всему онтогенезу человека (всей его жизни). Более того, оказалось, что периодичность онтогенеза совпадает и, по-видимому, биологически определяется сменой системы нейроэндокринной регуляции жизнедеятельности (в частности, преобладанием на каждом возрастном этапе в регуляторном нейроэндокринном ансамбле функциональной активности той или иной эндокринной железы).

Наблюдаются два типа чередующихся возрастных периодов: «стабильные», длительность которых составляет в среднем 5–7 лет, и «критические» (1–2 года). В стабильных периодах биологические и психологические изменения происходят малозаметно, накапливаются постепенно. В критических периодах происходит бурная перестройка организма и личности. Эти периоды жизни — наиболее трудные и опасные как в биологическом, так и в психологическом плане. В это время ослабевают защитные механизмы организма, снижается его устойчивость к действию вредных (альтерерирующих) факторов, ухудшаются его психофизиологические функции. Человек делается ранимым, ему и с ним становится труднее общаться, он переживает внутриличностный кризис (у некоторых людей появляются мысли о самоубийстве). Увеличивается риск неверно прореагировать, совершить ошибку. Люди чаще и тяжелее болеют, и умирают они чаще в критические периоды. После окончания критических периодов обычно отмечают улучшение психофизиологических функций, изменение личностных интересов, подъем творческой продуктивности.

Возрастная стратификация онтогенеза человека проводилась с учетом принятой в антропологии классификации возрастных периодов В.В. Бунака (1965) и современной классификации, представленной в Краткой медицинской энциклопедии (Покровский В.И., 1999).¹

Первая Жизнь — «Приход» (от рождения до 18 лет)

Стабильные периоды Первой Жизни соотносятся со следующими возрастными этапами: грудной возраст (до 1 года) — это время «рассвета», пробуждения сознания; детство (1–7 лет) — время пробуждения самосознания, а также время «обезьяны», «губки» и начальной социализации; позднее детство (7–12 лет) — время вступления в наследственные права человечества и понятийного осознания мира; раннее юношество (12–18 лет) — время «рыцарства», абстракций, романтических надежд и проектов, пробуждение сексуальности.

¹ В работе представлены усредненные возрастные параметры периодов, так как существует определенный индивидуальный разброс. В какой-то мере этот разброс учтен при указании возрастных параметров критических периодов.

Человеческая жизнь как таковая начинается с того момента, когда впервые через органы чувств в мозг человеческого дитя врывается окружающий мир в виде зрительных образов, звуков, запахов, вкусов, прикосновений. Через эти ощущения, как на рассвете дня, постепенно вырисовывается и создается внутренний (внутрипсихический) образ окружающего мира, приобретающий все в большей степени отчетливость и эмоциональную окраску. Формируется целостное чувственно-образное отражение окружающего мира, то, что получило название «первая сигнальная система действительности» (И.П. Павлов).

В социальной среде при общении с людьми (вначале пассивном, а потом и активном) наряду с чувственными образами (зрительными, вкусовыми, тактильными и др.) через слуховой анализатор в мозг поступают однотипно связанные с чувственными образами звуко сочетания — слова. В результате этого через некоторое время условнорефлекторно на прозвучавшее звуко сочетание «мама» ребенок поворачивает головку, чтобы увидеть мать. Начинает исподволь, но в геометрической прогрессии формироваться опосредованное отвлеченное словесное («молоко», «яблоко», «человек» и т. д.) отражение мира — «вторая сигнальная система», которая является основой речи и сознания. Затем появляется самосознание, выделение себя из человеческой среды, отнесение себя к мальчикам или к девочкам.

Большое значение в формировании мироотражения и миропонимания играют присущий еще и животным инстинкт подражания, так сказать, «обезьянничание», и игровая деятельность, включающая социальные игры. Человеческое дитя в сравнительно короткое время — до 5–7 лет — впитывает, как губка, обобщенную информацию о мире, которую человечество накопило за всю свою историю. Имеются данные о том, что к 7 годам чело-век приобретает до 75% всей информации, которой он будет владеть в зрелом возрасте. В последующем подростки ощущают себя во все большей степени включенными в человеческое общество, частью человечества. В то же время в их поведении еще наблюдаются нелепые с точки зрения взрослого человека поступки. Например, новыми, только что купленными ботинками подросток изо всех сил «дубасит» по стене или ни с того ни с сего бьет кулаком по стеклянной двери. Следует, однако, иметь в виду, что по своей сути эти поступки не нелепые, а «диссоциированные» — они обусловлены асинхронностью созревания волевой, интеллектуальной и эмоциональной функций и отсутствием в связи с этим их гармоничного взаимодействия. Гармоничность взаимодействия психических функций, когда эмоциональная и рассудочная мотивации согласуются между собой и определяют адекватное социуму поведение, является наиболее поздним психологическим новообразованием, возникновение которого и определяет наступление зрелости.

В отличие от остальных шести Жизней, в структуре которых всего лишь от одного до трех, а в большинстве из них два критических периода, Первой Жизни присуща нестабильность психического и физиологического гомеостаза. Это про-

является, в частности, в наличии шести критических периодов (психологически выделенных еще Л.С. Выготским). В каждом из них происходит нейроэндокринная перестройка. Вначале преобладает деятельность коры надпочечников (грудной возраст), затем включаются паращитовидные и зубная железы (раннее детство). В период детского возраста (4–6 лет) начинает преобладать функция эпифиза, в позднем детстве (8–11 лет) — функции зубной, щитовидной желез и гипофиза. После пубертатного криза в раннем юношеском возрасте роль первой скрипки в нейроэндокринном ансамбле играет экскреция щитовидной железы, а затем экскреция гонад.

Непосредственный приход человека в этот мир (рождение) происходит в период первого кризиса (кризис новорожденности). Характерными особенностями его являются снижение, по сравнению с внутриутробным, уровня сопротивляемости организма, частое и легкое возникновение заболеваний, высокий уровень смертности. Критические периоды в 1 год, 3 года, 7, 12 и 18 лет также сопровождаются спадом сопротивляемости организма, увеличением количества заболеваний, а критические периоды в 3 года, 7, 12 и 18 лет — еще и ослаблением психических функций (внимания, волевых задержек, когнитивно-эмоциональных мотиваций и др.), противопоставлением себя окружающим людям, борьбой за самостоятельность, протестами против общепринятых отношений, правил, а позже — оригинальничанием. Наиболее brutальным обычно является пубертатный кризис в 12 лет (± 1 год).

Кризис в 18 лет (± 1 год) проявляется большей частью резко выраженной эмоциональной неустойчивостью, негативно-критическим отношением к требованиям общества, временным ослаблением внимания, памяти, интеллектуальных функций. Может появляться склонность к мучительному самоанализу, а также к импульсивным и рискованным поступкам. Иногда возникают мысли о самоубийстве. Нередко под влиянием какого-то, казалось бы, незначительного случая возникает как бы внезапно (хотя назревает и подготавливается он постепенно) момент самообновления, качественного изменения личности (главным образом, в плане чувства долга, ответственности, редко — противоположных чувств). Этот момент представляет собой яркое переживание, запоминающееся на всю жизнь.

Не меньшую роль в формировании психики, личности играет не всеми и не всегда учитываемый инстинкт «общительности и взаимопомощи», являющийся, в частности, изначальным элементом этики (Ч. Дарвин, П.А. Кропоткин). Этот инстинкт лежит в основе, казалось бы, спонтанного проявления «нравственного императива» (И. Кант) в подростковом возрасте и определяет в конечном итоге преобладание в юношеском возрасте идеальных устремлений, отношений, «рыцарства», романтических надежд и не до конца продуманных проектов.

Характерными для каждой Жизни являются формы эмоционального реагирования. В самом начале Первой Жизни имеют место недифференцированные (протопатические) реакции протеста (плач) или удовольствия преимущественно

на соматические воздействия. Затем наступает этап инфантильно-гедонических аффектов («приятно — неприятно»). Все в большей степени проявляется эмоциональная зависимость от родителей. С 3–4 лет начинается формирование высших чувств: «хорошо — плохо», «можно — нельзя», а в 8–12 лет — «честно — нечестно». В этом возрасте впервые появляются смутные платонически-эротические мечтания и томления. В юношеском возрасте (13–18 лет) продолжается формирование высших этических чувств в их многовариантных разновидностях и оттенках, а также основных этических категорий: «справедливо — несправедливо», «равенство и свобода», социобиологической базой которых также является инстинкт «общительности и взаимопомощи». Появляются первые эротические, в основном платонические, влюбленности. В то же время имеют место пробуждение сексуальности и, чаще у юношей, суррогатное удовлетворение половых потребностей (онанизм). В отношении к родителям формируется эмоциональная амбивалентность: эмоциональная зависимость, любовь, сочетающиеся с эмоциональным отторжением (обособлением). В этом возрастном периоде чаще всего наблюдаются (типичны) такие дурные («греховные») поступки, как обман, капризность, лень, жестокость.

В Первой Жизни происходят типичные для нее этапные изменения переживания чувства времени. Первое отражение времени — это восприятие самого по себе «настоящего» еще без какого-либо прошлого и будущего. В 4–7 лет восприятие настоящего дополняется отражением в играх (проигрыванием) «будущего» (взрослого). В 8–12 лет наиболее значимым в переживании времени является слияние «общечеловеческого прошлого» с «настоящим». Очень характерно переживание чувства времени в возрасте от 13 до 18 лет — восприятие временных границ в этом возрасте отсутствует, сливаются воедино общечеловеческое прошлое, настоящее и бесконечное будущее (15-летний юноша, узнав, что солнце через 5 млрд лет погаснет, думает: «А как же мы?»).

Типичные и начинающиеся в этой Жизни болезни: *корь, коклюш, паротит, острые респираторные заболевания, ангина, хорей малая*², эпидемия генуинная, острый суставной ревматизм, сирингомиелия, психопатия.

Вторая Жизнь — «Генерация» (18–26 лет)

Стабильные периоды соответствуют юношескому (18–22 года) и позднему юношескому (23–28 лет) возрасту. Все проявления Второй Жизни обусловлены нейроэндокринной регуляцией с выраженным преобладанием влияния половых гормонов (экскреции гонад). Типичным для этого периода является наивысший уровень всех биологических проявлений: биотонуса, функционирования всех органов и систем, мышечной силы и ее резервов, быстроты реакций, выносливости, памяти, яркости восприятий, эмоционального реагирования и т. д. Не достигают максимума лишь когнитивные функции (интеллект).

² Здесь и далее курсивом выделены наиболее часто встречающиеся заболевания в той или иной жизни.

В поведении преобладает активность, в большей степени определяемая чувствами, нежели рас­судком. Поэтому нередко она несколько хаотична и сопряжена с ошибками и неудачами. Имеет место юношеская гиперсексуальность (в основном у мужчин), оказывающая сильное влияние на миро­восприятие и поведение. Характерны переоцен­ка собственной личности и своих возможностей, оптимистическая оценка всего происходящего. Все смешное и не очень смешное, порою и совсем не смешное, легко вызывает смех, особенно при групповом восприятии. Юноши легко воодушев­ляются на выполнение различных проектов, ча­сто недостаточно продуманных и маловыполни­мых. Им «все по плечу» и до известной степени «море по колено». В той или иной степени выра­жены азартность и бесшабашность, легкомыслие, склонность к риску, к поступкам «на авось». Это время «дерзаний и встреч», а также «бури и нати­ска». Основной мотивацией поступков является по­иск социального признания и своего места в обще­стве. Это сопряжено с тенденцией разбрасываться в деятельности: приниматься то за одно, то за дру­гое. В поведении важное место занимает стремле­ние к профессиональной подготовке и к личност­ной независимости. В юношеском возрасте чело­век склонен к искренности и самоотверженности. Он может работать наравне с другими, но еще не вносит в трудовой процесс что-либо свое личное, новое. Его творчество в большей части подража­тельное.

Мировосприятие у людей в этом возрасте но­сит преимущественно романтический характер. Еще сильны вера в возможность чуда, мечтатель­ность. Юноши доступны «высокому и прекрас­ному». Имеет место ощущение беспредельности жизни: «Другие могут умереть, погибнуть, а я — нет».

В позднем юношеском возрасте продолжает быть характерной более или менее легкая пере­ключаемость в деятельности и во взглядах (легко меняют место жительства, работу, семью). Одна­ко молодые люди более последовательны и целеу­стремленны по сравнению с предыдущим возраст­ным периодом. Сексуальный поиск приводит их к выбору брачного партнера и в большинстве слу­чаев на какое-то время затухает. В этом возрасте большинство мужчин и женщин создают семью. У мужчин сохраняется высокий уровень полово­го влечения и стремления к его реализации, что не всегда осознается, однако получает отражение в рисунке поведения. Либи­до (половое влечение) женщин еще не достигает максимума, в результате чего нередко возникают «ножницы» в сексуаль­ной активности половых партнеров: сексуальная активность у мужчин преобладает над таковой у женщин. Любовь в этом возрасте носит, как пра­вило, пылкий, страстный характер. Важную роль приобретают внутрисемейные отношения (лю­бовь, ревность, устройство «гнезда», бытовые за­боты), рождение детей и начало их воспитания. Присущие молодому возрасту биологическая эго­центричность, преобладание чувственного начала над рассудочным, а также сложность психологиче­ской «притирки», явления психологической (пси­хофизиологической) несовместимости определя­

ют нестабильность брачного союза в первые его 3–5 лет.

В позднем юношеском возрасте осуществляется окончательный выбор профессии (специальности).

Имеют место два критических периода: в 22 года (± 1 год) и в 26 лет (± 2 года). Для них характерны: спад сопротивляемости организма, снижение пси­хофизических показателей, временное снижение уровня интеллектуальной продукции, смятение чувств, эмоциональная нестабильность с депрес­сивными колебаниями, сомнения в правильности выбранного пути, в правомерности материалисти­ческих детерминант своего мировоззрения. При этом нередко появляется повышенный интерес к метафизическим и религиозно-мистическим иде­ям. Возникает неустойчивость семейных отноше­ний (часты разводы), появляются суицидальные тенденции.

Эмоциональная сфера юношеского возраста от­личается преобладанием альтруистических соци­альных идеалов, самоотверженности и сексуаль­ных «любовных мук». Почти все вопросы в этом возрасте решаются с позиций максимализма: не признаются полумеры, скидка на обстоятельства, оправдания и т. д. Однако максимализм типичен в оценках и требованиях прежде всего к социуму и в меньшей мере — к самому себе. Фон настроения преимущественно оптимистичный. Часто, и без какого-то внешнего повода, появляется чувство радости жизни («радости бытия»).

Юношам присущ постоянный (не всегда осо­знанный) сексуальный поиск. Лица противопо­ложного пола воспринимаются ими в качестве возможного или невозможного сексуального пар­тнера, а лица того же пола — как потенциальные соперники. Характерен высокий уровень влюбчи­вости. Ради самоутверждения приносятся любые жертвы, включая риск здоровьем и даже жизнью. Возникает интуитивное понимание справедливости, «честно — нечестно». Часто проявляются нетерпимость, агрессивные тенденции, пренебре­жение к авторитетам. В то же время обнаружива­ется склонность «делать как все» (конформность). Может возникать побуждение делать что-то вред­ное, шокирующее окружающих, желание погугать других «ради шутки» (проявление эмоциональной незрелости). Позже появляются эгоцентрические мотивации: «полезно — бесполезно для меня». Сек­суальная любовь приобретает «страстный» харак­тер. Существенное место занимает любовь к де­тям. Любовь к родителям уходит на второй план.

Характерны для этого возраста следующие «грехи»: безалаберность, нетерпимость, хвастов­ство, непризнание авторитетов, невнимание к близким людям, конфликтность.

В юношеском возрасте типично переживание времени в плане «настоящее в сиюминутном». Бу­дущее воспринимается как нечто абстрактное, не требующее пока каких-либо усилий. Позже как психологическое новообразование вместе с эгоцен­трической мотивацией возникает своеобразный перенос настоящего в будущее. Появляется ощущение перманентного ожидания: «Вот кончу учебное заведение... получу квартиру... женюсь ... (и т. д.) и начнется настоящая жизнь». В большинстве случа­ев это продолжается до конца Третьей Жизни.

Типичные и наиболее часто начинающиеся в этом периоде болезни: *острые респираторные заболевания, острый суставной ревматизм, ангина, болезнь Бехтерева, почечнокаменная болезнь, сингомиелия, эпилепсия симптоматическая, психопатия, шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, коронарный атеросклероз, хронический гастрит, экзема, оофорит и сальпингит, отит, ринит, невралгия, истерия.*

Третья жизнь — «Ваяние» (27–42 года)

Эта Жизнь включает два стабильных и два критических периода. Стабильные периоды соответствуют возрасту возмужалости (27–34 года) и ранней зрелости (35–42 года). В стабильных периодах типичным является постепенное формирование все более сдержанного и продуманного реагирования и поведения. Юношеская горячность, максимализм, бесшабашность, несдержанность уступают место в той иной степени выраженным осторожности и осмотрительности. А.П. Чехов в своем дневнике записал, что он долго работал над такими своими качествами, как горячность и несдержанность, и к 35 годам ему удалось улучшить свой характер. Конечно, работать над собой надо, но суть произошедшего с А.П. Чеховым заключалась в другом. После 30 лет в нейроэндокринном ансамбле регуляции деятельности организма человека уходит на второй план роль половых гормонов (в связи с этим несколько снижается биотонус и появляются первые признаки увядания). Роль первой скрипки в нейроэндокринном ансамбле приобретают гормоны надпочечников и гипофиза, функция которых в этом периоде существенно повышается. По данным М. Burger, A. Schlomka (1928), W. Rotter (1949) и др., эти гормоны усиливают процессы торможения. Последние же лежат в основе таких психических качеств, как сдержанность, осторожность, осмотрительность. Эти изменения в нейроэндокринной регуляции жизнедеятельности обусловлены биологическими потребностями человека. Новое потомство, появившееся в период биологического расцвета организма родителей, нуждается в долговременном его сохранении и воспитании для достижения им способности самостоятельного существования и зрелости. В этом заключается существенное отличие от большинства животных. Поэтому мало произвести потомство (генерация), надо его сохранить и вырастить. В связи с этим более значимыми в биологическом плане становятся осторожность, предусмотрительность, появляющиеся в результате указанной нейрогуморальной перестройки.

Представляет интерес возможность с этих позиций понять психофизические особенности так называемого «бальзаковского возраста» у женщин. Особая привлекательность женщин в 30–35 лет обусловлена большей сдержанностью и продуманностью в проявлении утонченных (возрастом) чувств, придающих им некую загадочность и насыщенных чувственностью. Последнее связано с повышением у женщин после 30 лет либидо, зависящего от уровня экскреции андрогенов, вырабатываемых у женщин надпочечниками (их функция в этом возрасте повышается).

Социальная среда в меньшей мере, чем в предыдущем возрастном периоде, оказывает влияние на формирование личности. Появляются черты самостоятельности, индивидуальной обособленности, зрелости (когда, по шутивому замечанию одного американского психолога, человек способен принять решение даже вопреки тому, что оно совпадает с советами собственных родителей).

Для людей в возрасте возмужалости (27–34 года) по-прежнему свойственны оптимизм, чувство радости бытия, активность, смелость, высокие показатели запоминания, сообразительности. Максимум достигает у них уровень притязаний, увеличивается объем внимания, легко приобретаются новые навыки. Характерно создание стабильного круга друзей, приятелей, знакомых, «нужных» людей. Сексуальные и семейные проблемы продолжают играть в их жизни важнейшую роль. Происходит выравнивание сексуальности мужчин и женщин. У мужчин сексуальное влечение сохраняется на прежнем уровне, а у женщин оно достигает высшего предела.

У людей этого возраста сохраняется ощущение больших возможностей и длительной жизненной перспективы. Наряду с этим у них начинают проявляться такие черты, как сдержанность, собранность, трезвость оценок, реальность ожиданий, снижается уровень смешливости. Происходит как бы «притирка» к социальной среде.

Значительное место в духовном обиходе занимает любовь, выраженность этого чувства достигает максимума. Не меньшую роль играют все более отлаживающиеся внутрисемейные отношения, в частности воспитательный процесс, в котором происходит двустороннее психологическое воздействие. Дети с особенностями их психики, детская литература, воспринимаемая теперь иначе, оказывают обычно положительное, «просветляющее» действие на воспитателя.

Характерна спецификация самоопределения: человек ставит конкретные цели и реально продвигается к их осуществлению, при этом активно стремится к совершенству в своей профессии. Происходит консолидация профессиональной деятельности. Нередко в 32–33 года духовная и творческая активность достигает высшего подъема. Снижается уровень максимализма и агрессивности, но также и уровень конформности. Вместе с тем учащаются конфликты с родителями, большей частью в связи с протестом против мелочной опеки со стороны родителей и их вмешательства во внутрисемейные отношения. Меньше проявляется склонность к смене места жительства и особенно к смене социальной среды.

В возрасте ранней зрелости (35–42 года) происходит «шлифовка» и стабилизация личности, а также формирование устойчивых социальных структур (круг друзей, коллег и др.). Это время «исполнения обещаний и реального исполнения желаний», которые ранее были в зоне мечтаний и планов. К сорока годам достигается интеллектуальная зрелость: «до сорока лет мы еще можем поумнеть...» Это самое плодотворное время жизни, когда свежесть восприятия еще не утрачена, а интеллектуальная зрелость достигла достаточно высокого уровня. Это период достижения возмож-

ной самореализации. Романтические мечтания замещаются здравым смыслом и зрелыми суждениями. В полной мере проявляется способность не только накапливать, но и использовать жизненный опыт, а также способность по-новому решать поставленные задачи, самому ставить проблемы, подходить нестандартно к существующим правилам и нормам и преобразовывать их. Самооценка личности отражает результаты жизненного пути, жизни как решаемой задачи. Трезво оцениваются собственные возможности. Условия социальной среды мало влияют или практически не влияют на сформировавшуюся структуру личности.

Рисунок поведения людей этого возраста приобретает уравновешенность и солидность (по выражению, принятому в обывательской среде, человек этого возраста «перебесился»), а характер — устойчивость и твердость. Они становятся более осторожными, осмотрительными. Наименьшей величины достигает уровень конформности. Тогда как собранность, самообладание, способность сдерживаться, терпеть, подчиняться, делать точный выбор оказываются на верхнем пределе.

Значимость профессиональной деятельности для личности постепенно увеличивается и уравновешивается со значимостью сексуально-семейных проблем. При этом либидо женщин сохраняется на прежнем максимальном уровне, а у мужчин отмечается некоторое снижение его. Вновь появляются «ножницы» в сексуальной активности мужчин и женщин. Многие женщины до 30 лет жалуются на излишнюю, по их мнению, половую активность мужей, а после 30 лет — на недостаточную сексуальную активность мужей. Любовь в этом возрасте приобретает «зрелый» характер и представляет собой чувство мощного накала. Внутрисемейные отношения приобретают устойчивость и некоторую стереотипность, что нередко оказывается причиной возникновения в этом возрасте ощущения неудовлетворенности брачными отношениями. Важным и все так же взаимообогащающим является процесс воспитания детей. Отсутствие этого процесса ведет к формированию «апедической» дефицитарности личности (см. «Обозр. психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева, 2009, № 4).

Оба критических периода Третьей Жизни относятся к наиболее значимым кризисам в онтогенезе человека: матуритатный («кризис середины жизни») — в 34 года (± 1 год) и климактерический — в 42 года (± 1 год). В матуритатном критическом периоде отмечается ослабление интеллектуальной продуктивности, возникают трудности во внутрисемейных отношениях. Появляется ощущение опустошения, безотчетной тревоги, крушения надежд. Происходит мучительное осознание расхождения между юношескими мечтами и действительностью. Наблюдается очередной пик в динамике самоубийств и заболеваемости. Для климактерического критического периода характерны снижение интеллектуальной и творческой продуктивности, тревожное ожидание какой-то беды, депрессивность, ощущение личной катастрофы, краха, опустошения. У женщин появляются признаки начинающегося климакса.

В эмоциональной сфере в возрасте возмужалости достаточно типично включение псевдоаль-

труистической мотивации: «ты мне — я тебе». Настроение преимущественно оптимистическое. Еще часто испытывает человек чувство радости бытия. Сексуальная любовь достигает «апогея». Любовь к детям приобретает «деятельный» характер, а любовь к родителям все так же на втором плане. Возраст ранней зрелости — это этап гармоничного сочетания альтруистических и эгоцентрических мотиваций, «зрелой» сексуальной любви и зрелой любви к детям и родителям.

В этой Жизни «грехи» связаны в большей мере с чрезмерной самоуверенностью, грубостью и гордыней.

В возрасте возмужалости переживание времени может быть обозначено как «настоящее в будущем и уже в настоящем». Имеет место и ожидание определенных событий будущего, и ощущение непосредственной жизни сейчас. В возрасте ранней зрелости в большей мере выступает ощущение жизни как таковой «сейчас», и переживание времени может быть определено как «настоящее в настоящем и еще в будущем».

В Третьей Жизни типичными и чаще всего начинающимися болезнями оказываются: *острый бронхит, холецистопатия, оофорит и сальпингит, хронический отит и ринит, гайморит, болезнь щитовидной железы, неврастения, истерия, психопатии, алкоголизм, парафрения*, острые респираторные заболевания, ангина, острый суставной ревматизм, болезнь Бехтерева, почечнокаменная болезнь, гипертоническая болезнь, пародонтоз, желчнокаменная болезнь, деформирующий спондилез, коронарный атеросклероз, хронический гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, люмбаго.

Четвертая Жизнь — «Творчество» (43–57 лет)

Так же, как и в Третьей Жизни, имеют место два стабильных периода, соответствующих возрасту зрелости (43–50 лет) и поздней зрелости (51–57 лет), и два критических периода (в 50 и в 57 лет). Нейроэндокринный ансамбль, регулирующий гомеостаз Четвертой Жизни, характеризуется преобладанием функции гипофиза, простаты и парашитовидных желез.

Возраст зрелости — это время «озарений», открытий, изобретений, возраст пика социальной активности. Для людей этого возраста характерны выраженный подъем творческой продуктивности и дальнейшая самореализация. В большинстве случаев уровень профессионального мастерства достигает возможного верхнего предела. В полном объеме выражаются самобытность и творческий подход в работе. Обычно в этом возрасте закладываются и формируются наиболее значимые, оригинальные идеи, концепции, способы выражения, подходы, методы. Человек приобретает наивысшую социальную ценность. На крупных руководящих постах в интересах человечества предпочтительны талантливые организаторы в возрасте зрелости и поздней зрелости (в Третьей и Четвертой Жизни).

В этом возрастном периоде внутрисемейные сложности возникают главным образом в связи с усилением стереотипности, будничности супру-

жеских отношений, что сопровождается не всегда полностью осознаваемой неудовлетворенностью, чувством разочарования в брачном партнере. При этом сохранившаяся в этом возрасте физическая привлекательность создает условия для флирта. Важным оказывается и то, что супружеская интимная близость — «всепримиряющий фактор», сглаживавший ранее большую часть разногласий и спор, — оказывается теперь не столь безотказным и значимым. Вместе с тем семейные отношения, любовь к жене (мужу), к детям, воспитание детей продолжают оставаться важнейшей составляющей духовной жизни зрелых людей.

У представителей преимущественно этого возрастного периода уходят из жизни родители. Это всегда тяжело, так как родители не только дают жизнь, растят, воспитывают, заботятся, поддерживают своих детей, они еще и загораживают своим существованием грядущее за ними Небытие. После смерти родителей появляется чувство незащищенности перед «беспощадным» временем и неизбежным концом существования, осознается выход на передний край перед надвигающимся Небытием уже в качестве защитников от него своих детей.

Максимум достигают социализация, устойчивость и твердость характера, самостоятельность в решении жизненных проблем, трезвость и зрелость суждений. Происходит полное освобождение от иллюзий. Однако может произойти переоценка духовных ценностей и поворот в религиозно-мистическом плане ведущих интересов в духовной жизни. Конформность продолжает оставаться низкой.

Снижаются общая мобильность, склонность к риску, не столь выражен азарт, все большую роль играет осторожность. Усиливаются такие черты, как подозрительность, ревность, особенно у лиц флегматического темперамента. В периоде зрелости достигается наибольшая личностная гармоничность у людей холерического темперамента.

Возраст поздней зрелости — время «зрелых дерзаний и встреч», примата общечеловеческих интересов. Он характеризуется стабилизацией психофизических проявлений, уровень которых, однако, несколько ниже, чем в предыдущем возрастном периоде.

В периоде поздней зрелости людям присущи выносливость, устойчивость к стрессовым воздействиям, самостоятельность в суждениях и в выборе плана действий. Профессиональная деятельность занимает первостепенное место, направленность ее определяется общечеловеческими интересами и ценностями. Результаты профессиональной деятельности продолжают оставаться оптимальными. В поведении, наряду с активностью и смелостью, достаточно выражены осторожность, предусмотрительность, типично появление элементов стереотипизации и рутинерства.

Нередко у лиц творческого типа сугубо реалистический прагматический характер мировосприятия, типичный для двух предыдущих возрастных периодов, теряет свою категоричность. Могут появляться сомнения в жесткой материалистической детерминации мироздания. Возникает интерес и склонность к мирозерцанию, религиозным и идеалистическим концепциям. Увеличивается

уровень альтруизма, социализации. В частности, возникает склонность рассматривать свои жизненные ситуации с позиций общества, всего человечества.

Кризис в 50 лет (± 1 год) проявляется в тревожности, пониженном настроении, в неустойчивости и напряженности семейных отношений (особенно у мужчин). Происходит переоценка жизненных и, в частности, духовных ценностей. Возникает мучительное желание сохранить возможность возникновения романтических ситуаций. Духовный разлад обусловлен процессом увядания, убывания физических сил и привлекательности, увеличивается количество разводов. Отмечается усиление суицидальных тенденций. Наступает временный спад творческой активности. Кризис в 57 лет (± 1 год) выражен более резко. Наблюдается резкий спад творческой и интеллектуальной продуктивности. Появляется ощущение «выработанности», опустошения, бесцельности существования. Актуализируется страх смерти, но нередко возникают и суицидальные тенденции.

В эмоциональной сфере в период зрелости этические, эстетические и интеллектуальные (интеллектуальной близости, ясности мыслей и др.) высшие чувства достигают наибольшей дифференцированности и утонченности. Сексуальная любовь, любовь к детям и родителям приобретает «стабильный» характер. У людей этого возраста преобладает бодрое настроение, временами возникает чувство радости бытия.

Для периода поздней зрелости характерно возникновение второй «эмоциональной волны», всплеска альтруизма и «обновленной» сексуальной любви (для мужчин — «седина в бороду, бес в ребро»). Вновь появляются внутрисемейные трудности, обусловленные, главным образом, возникновением очередных «ножниц»: большей биологической сохранностью мужчин (продолжение генеративных функций, высокий биотонус) по сравнению с женщинами, у которых к этому периоду прекращается генеративная функция, ниже биотонус, часто происходит психологический переход на роль домработницы, бабушки, с соответствующим рисунком поведения (манеры, одежда, косметика, требования к окружающим и т. д.). Взрослые дети перестают играть роль объединяющего фактора. Их уход из семьи (отъезд на учебу, на службу в армии, на работу, создание собственной семьи) снижает чувство совместной ответственности и долга по отношению к детям.

Для Четвертой Жизни наиболее типичны «грехи», обусловленные подозрительностью, завистью и пренебрежением к окружающим людям.

В период зрелости человек наконец начинает в полной мере жить настоящим, и переживание времени определяется как «настоящее в настоящем». Всего лишь семь лет мы живем в полной мере настоящим, а уже в поздней зрелости появляются осознание сокращения будущего времени жизни и новый оттенок в переживании времени: «настоящее в настоящем с сокращающимся будущим».

Наиболее часто встречающиеся и начинающиеся в Четвертой Жизни заболевания: *хронический гастрит, кардиосклероз атеросклеротический, холецистит, геморрой, сахарный диабет, болезни об-*

мена веществ, болезни суставов, люмбаго, неврозы, инволюционные психозы, пресенильные деменции (болезнь Альцгеймера и болезнь Пика), паранойя, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь, пародонтоз, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, деформирующий спондилез, цирроз печени, онкологические болезни.

Пятая Жизнь — «Жатва» (58–76 лет)

Эта жизнь включает три стабильных этапа, соответствующих раннему пожилому возрасту (58–62 года), пожилому (63–70 лет) и позднему пожилому (71–76 лет), а также три критических периода (в 62, 70 и 76 лет). В период Пятой Жизни отмечается преобладание в нейроэндокринной регуляции гормонов надпочечников и поджелудочной железы.

В раннем пожилом возрасте завершается самореализация, еще сохраняются социальные достижения (авторитет, власть). В большей мере это время «рабочей лошади» — среди жизненных ценностей работа выступает на первый план. Работа преимущественно осуществляется по ранее выработанному стереотипу («по накатанной колее»). Творческая деятельность переходит на углубленную разработку главным образом того, что было продуктом творчества в Четвертой Жизни. Заканчивается постановка новых жизненных целей, но продолжается систематическое и настойчивое продвижение к ранее поставленным целям. Высокой остается социальная активность. Нередко отмечаются всплеск творческой продуктивности, ощущение полноценной и плодотворной жизни: «еще есть порох в пороховнице». Максимум достигается самообладание в случаях опасности.

Пожилой возраст — это время «жатвы» и начинающегося элективного сужения социальных устремлений, потребностей, интересов. По словам Ф. Вольтера, этот возраст «для глупца — бремя, для невежды — зима, а для человека науки — время золотой жатвы». Активные, творческие люди способны в этом возрасте к очень продуктивной деятельности, достигая иногда верхнего предела своих возможностей. Накопленный опыт и информация позволяют делать широкие обобщения, детально и творчески разрабатывать оригинальные концепции (основа которых обычно заложена еще в период зрелости), конструировать новые теории, гипотезы, создавать продуктивные творческие объединения, корпорации и т. д.

Вместе с тем в пожилом возрасте подходит к концу профессиональная деятельность, которую иногда заменяет хобби. В большинстве случаев нарушение жизненного (рабочего) стереотипа переживается трудно и негативно сказывается на состоянии здоровья (обостряются или возникают болезни). Некоторые пожилые люди продолжают трудовую деятельность с целью поддержания авторитета и власти. Однако у большей части пожилых людей возникает тенденция довольствоваться тем, что есть. Они перестают жить надеждами.

Отмечается обострение чувства родства и привязанности к близким людям. Семья становится важнейшей ценностью. Главными интересами

в этом возрасте оказываются интересы семьи. Основную роль в супружеских отношениях начинает играть чувство дружбы, а любовь все больше теряет специфический сексуальный элемент и приобретает характер взаимной заботы с оттенком родительского (материнского, отцовского) чувства друг к другу. Усиливается зависимость от семьи.

Сужается круг общения, все более ограничиваясь семьей, родственниками и немногими старыми друзьями. Резко снижается географическая мобильность.

Трудоспособность переходит на следующий, более низкий уровень. Чувственная мотивация все больше уступает место рациональной мотивации (рассудок начинает преобладать в связи со снижением эмоциональности). Беднеет накал чувств, «остывает душа». Усиливаются упрямство, шаблонность и стереотипность в поведении.

Эмоционально окрашенным в этом возрасте оказывается стремление задержать наступление старения. Появляется склонность «щадить» себя: экономить силы, ограничивать влияние вредных факторов (курение, алкоголь и т. д.). В связи с ощущением снижения собственной значимости для окружающих может возникать малоосознанное чувство зависти к молодым, а у некоторых — стремление соревноваться с ними (в умениях, выносливости и т. п.). Все чаще возникают мысли о грядущей смерти, представления о том, как это произойдет. Увеличивается склонность к религиозному мирозерцанию. Вновь повышается уровень конфликтности.

Поздний пожилой возраст — время «сентенций, менторства» и социального консерватизма. Как и последующие возрастные периоды, он характеризуется все большей актуализацией прошлого. Внутренний мир все больше обращается к прошлому. Появляется склонность к воспоминаниям, а также ощущение, что прошлое было лучше, чем настоящее. Это обуславливает проявление консерватизма. Мировосприятие людей этого возраста определяется тем, что для них теперь «настоящее в настоящем и в прошлом». В еще большей степени человек ощущает свою зависимость от семьи, близких и тяготится одинокостью. В супружеской любви на более низкий уровень переходит специфический сексуальный компонент. Отношения супругов нередко приобретают сентиментально-слащавый характер (ласковые клички, утрированная забота и т. д.). Все уже круг общения. Все выраженной предчувствие близкого конца и ощущение катастрофического сокращения будущего времени. Появляются опасения оказаться беспомощным и стать обузой для близких. Желание и стремление к покою сочетаются с желанием оказать близким посильную помощь, быть полезным. Возникает нетерпимость к резким переменам в образе жизни.

Появляется ощущение отставания от мира молодых. Становится все труднее понимать их интересы, вкусы, новые формы общения. Вместе с тем возникает стремление проповедовать моральные принципы, читать молодым нравоучения, наставления, поучать их. Именно к этому возрасту в наибольшей степени подходит максима Ларошфуко: «Старики потому так любят давать хорошие со-

веты, что они уже не могут подавать дурные примеры». Иногда формируется восприятие самого себя как человека прошлого. Нарастает косность взглядов и поступков, что усиливает проявления консерватизма. Последний, однако, нередко сочетается с конформностью и внушаемостью.

Вместе с тем интеллектуальная и деловая продукция творческих людей в позднем пожилом возрасте может быть еще достаточно высокой.

Кризис в 62 года (± 1 год) характеризуется временным падением биотонуса (снижение основного обмена, иммунитета, мышечной силы), снижением мнестических и интеллектуальных функций, появлением выраженных внешних признаков старения, потерей жизненной перспективы. Возникает ощущение, что жизнь «уходит», что все было «суета сует» и нет в жизни ничего такого, ради чего стоило бы отдавать силы и чувства. Свойственные этому периоду нерешительность, сомнения сопровождаются мучительным вопросом: «А нужно ли мне все это?» Отмечается спад творческой активности.

Кризис в 70 лет (± 1 год) опасен хотя и временным, но резким снижением биотонуса, падением защитных сил, нередко — началом тяжелых заболеваний. Типичны опустошенность, выраженные спады настроения, тревога, безысходность в понимании отсутствия альтернативы смерти, тоска, предчувствие близкого конца жизни. Наблюдается спад творческой активности.

Кризис в 76 лет (± 1 год) по своим проявлениям во многом похож на предыдущий. На фоне выраженного спада биотонуса и понижения мнестических и интеллектуальных функций более резко выражены тоска, тревога, ощущение неизбежности и приближения конца жизни, бесцельности существования (хорошо отражено психическое состояние этого периода в произведении Л.Н. Толстого «Исповедь»).

Особенностями эмоционального реагирования в Пятой Жизни является постепенное снижение его биологического компонента. В раннем пожилом возрасте типичны эмоциональная стандартизация и «уравновешенная» любовь — сексуальная, а также к детям и к родителям-долгожителям. В пожилом возрасте любовь приобретает характер «заботливой», иногда навязчиво-заботливой, опеки по отношению к близким людям. Появляется все увеличивающаяся эмоциональная дистанцированность по отношению к нечленам семьи. В позднем пожилом возрасте, наряду с указанными особенностями, появляются признаки усиления эгоцентричности, а в проявлениях любви к близким часто отмечаются элементы сентиментальности. Нередко появляются обидчивость, эмоциональная нетерпимость к замечаниям, раздражительность.

В Пятой Жизни дурные поступки («грехи») связаны преимущественно с черствостью, ленью и жадностью.

Восприятие времени в Пятой Жизни приобретает некоторую ущербность: в раннем пожилом возрасте — «настоящее в настоящем с урезанным будущим», в пожилом возрасте — «настоящее в настоящем без будущего», а в позднем пожилом возрасте — «настоящее в настоящем и в прошлом».

Типичные и наиболее часто встречающиеся заболевания в Пятой Жизни: *гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, потеря зубов из-за пародонтоза, желчно-каменная болезнь, рак желудка, деформирующий спондилез, коронарный атеросклероз, хронический гастрит, пневмосклероз и эмфизема легких, онкологические заболевания, артропатии, цирроз печени, церебральный атеросклероз, паркинсонические расстройства, нарушения мозгового кровообращения (инсульт), сахарный диабет, болезнь Альцгеймера, болезнь Пика.*

Шестая Жизнь — «Закат» (77–91 год)

Шестая Жизнь включает два стабильных периода, соответствующих «старческому» возрасту (77–82 года) и возрасту «раннего долгожительства» (83–91 год), а также два критических периода (82 года и 91 год). Нейроэндокринная регуляция гомеостаза Шестой Жизни обеспечивается наибольшей активностью гипофиза, щитовидной и паращитовидных желез.

В первом стабильном периоде наблюдается тенденция интуитивной экономии сил, отказ от мероприятий, требующих активности, предпочтение пассивного времяпрепровождения, бездумного созерцания происходящего в окружающем (длительное сидение у окна, на лавочке у дома). Все это способствует нарастающей социальной изоляции. Отмечаются дальнейшее свертывание социальных связей и семейная инкапсуляция. Все больше уходит из жизни сверстников и родственников одного с людьми этого возраста поколения.

Специфическим новообразованием этого периода является ослабление интеграции поведенческих реакций. Это может выражаться в появлении детских форм реагирования (капризность, обидчивость, плаксивость и т. д.) и в гротескном проявлении отдельных странностей, в крайней скупости, недоверчивости, подозрительности, тревожности, болтливости. Нередко в поведении существенным становится постоянное опасение каких-то несчастий, которые якобы подстерегают близких и их самих. Супружеские отношения также пронизаны беспокойством друг о друге. Их взаимная заботливость носит нежный, но несколько навязчивый характер. В то же время начинает проявляться эмоциональное обеднение, упрощаются эмоциональные реакции. Обнаруживается большая, чем раньше, конформность, а также потребность во внимании, поощрении. Нередко в поведении выступают элементы назойливости.

Характерно эмоционально окрашенное положительное восприятие того, что было в прошлом, и более или менее негативное отношение к настоящему. Все чаще возникают мысли и разговоры о смерти. Принимаются меры для осуществления и обеспечения похорон (откладываются деньги, высказываются соответствующие просьбы о ритуалах и месте захоронения, составляется завещание и т. д.).

Все это не отрицает возможности, при достаточной сохранности жизненных сил, творчески работать, быть полезным семье и обществу. Более того, творческая, физическая и интеллектуальная активность не только является следствием сохра-

нения определенного жизненного тонуса, но и сама по себе оказывает положительное влияние на биохимизм мозга и общую жизнедеятельность. Сохраняется в этом возрасте и любознательность.

Все в большей степени проявляется медлительность в двигательных реакциях, уже не компенсирующаяся их точностью. Замедленной становится и речь. Нередки в той или иной степени выраженные тремор (дрожание) рук, недостаточность координации движений.

В возрасте раннего долгожительства добавляется психологическое новообразование, заключающееся в своеобразном «примирении с судьбой», в отказе от сопротивления старению. Все в большей степени актуализируется и вспоминается прошлое.

Одним из наиболее опасных критических периодов, довольно часто оказывающимся последним в жизни человека, является кризис в 82 года (± 1 год). Типичны для него ощущение опустошенности, усталости от жизни, депрессивность, падение защитных сил организма, обострение и утяжеление болезней, опасность смерти. Кризис в 91 год (± 1 год) проявляется такими же признаками. К ним добавляется падение интереса к жизни.

В эмоциональной сфере в старческом возрасте преобладают опасения почти по любому поводу, и любовь к близким также приобретает «тревожный» характер. В периоде раннего долгожительства основным лейтмотивом становится сожаление о безвозвратности прошедшего. Во все большей степени проявляются признаки эмоционального оскудения. Любовь к близким в этом возрасте может быть определена как «тлеющая».

Дурные («греховные») поступки в Шестой Жизни проявляются главным образом в капризности и скарденности.

Если в старческом возрасте переживание времени носит характер «настоящее преимущественно в собственном прошлом», то в возрасте раннего долгожительства оно может расширяться в виде «настоящего в общечеловеческом прошлом».

Типичные заболевания в Шестой Жизни: *гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, потеря зубов из-за пародонтоза, желчнокаменная болезнь, деформирующий спондилез, коронарный атеросклероз, пневмосклероз и эмфизема легких, онкологические заболевания, артропатии, цирроз печени, церебральный атеросклероз, нарушения мозгового кровообращения (инсульт), сенильная деменция, паркинсонические расстройства.*

Седьмая Жизнь — «Уход» (92–100 и более лет)

К сожалению, на современном этапе существования человечества сравнительно немногим выпадает возможность прожить Седьмую Жизнь. Она тоже включает два стабильных периода, соответствующих возрасту «долгожительства» (92–99 лет) и «мафусаиловскому» (100 и больше лет), и один критический период (99 лет). В Седьмой Жизни отмечается общее гормональное затухание, постепенное ослабление всей эндокринной системы.

Нередко в возрасте долгожительства наблюдается оживление социальных интересов. В поступках и высказываниях типичен «отсвет Вечности». В мафусаиловском возрасте проступает тенденция «единения с Природой и растворения в ней».

Кризис в 99 лет (± 1 год) проявляется падением биотонуса, ощущением полной опустошенности, безразличия к жизни. Опасность смерти.

В возрасте долгожительства наблюдаются третья эмоциональная волна и всплеск платонической любви. Эмоциональную сферу «мафусаиловского» возраста характеризует постепенное эмоциональное угасание на фоне всеобъемлющей внеэмоциональной, по преимуществу рассудочной, любви.

Лишь условно можно считать «греховными» поступки, в основе которых лежит безразличие ко всему.

Переживание времени в начале Седьмой Жизни — это «настоящее в общечеловеческом прошлом и будущем», а в дальнейшем — «настоящее в бесконечности».

Болезни Седьмой Жизни: *гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, потеря зубов из-за пародонтоза, желчнокаменная болезнь, деформирующий спондилез, коронарный атеросклероз, пневмосклероз и эмфизема легких, онкологические заболевания, артропатии, цирроз печени, церебральный атеросклероз, нарушения мозгового кровообращения (инсульт), сенильная деменция, паркинсонические расстройства.*

Знание каждой из семи Жизней и их этапов дает возможность человеку понять себя и окружающих его людей, предвидеть будущие изменения в себе и в своих близких. Это в свою очередь позволит сделать свои отношения с окружающими гармоничными и более стабильными. Медицинские работники могут разработать возрастные профилактические мероприятия. Деловые люди смогут использовать эти сведения для учета психологии каждой возрастной группы в производстве товаров, предназначенных для определенного возрастного контингента, в рекламе и т. д.

Литература

1. Антропов Ю.А., Антропов А.Ю. Матуритатный период онтогенеза и некоторые психопатологические феномены // *Актуальные вопросы психиатрии и наркологии*. Кишинев, 1992. С. 18–21.
2. Ариавский И.А. Основы возрастной периодизации // *Возрастная физиология*. Л.: Наука, 1975. С. 5–67.
3. Беккер В.И. Андрогенная и глюкокортикоидная функция коры надпочечников в процессе старения // *Кровообращение и старость*. Киев: Здоров'я, 1965. С. 221–224.
4. Бурльер Ф. Определение биологического возраста человека: пер. с англ. Женева: ВОЗ Медицина, 1971. 72 с.
5. Гайдей И.Д. Возрастные особенности строения яичка и предстательной железы человека // *Труды Пятой научн. конф. по возрастной морфологии, физиологии и биохимии*. М.: Изд. АПН РСФСР, 1962. С. 31–34.

6. Выгодский Л.С. Собр. соч. М.: Педагогика, 1982. Т. 1; 2.
7. Гримм Г. Основы конституциональной биологии и антропологии: пер. с нем. М.: Медицина, 1967. 292 с.
8. Кант И. Антропология. СПб., 1900. 194 с.
9. Кахана М.С., Мельник Б.Е. Фазы онтогенеза, гипоталамус и процесс старения. Кишинев: Картя Молдавеняскэ, 1975. 102 с.
10. Ковалев А.Г., Мясщев В.Н. Психические особенности человека. Л., 1957. Т. 1. 264 с.
11. Кон И.С. Возрастные категории в науках о человеке и обществе // Социологические исследования. 1978. Вып. 3. С. 76–86.
12. Ларош К. Эндокринные железы // Основы геронтологии: пер. с франц. М.: Медгиз, 1960. С. 374–406.
13. Небылицин В.Д. Психофизиологические исследования индивидуальных различий. М.: Наука, 1976. 336 с.
14. Никитин В.Н. Возрастные изменения эндокринных желез // Успехи совр. биологии. 1960. Т. 50, № 2 (5). С. 192–210.
15. Пако С. Старение психологических особенностей человека // Основы геронтологии: пер. с франц. М.: Медгиз, 1960. С. 43–67.
16. Пархон К.И. Возрастная биология: пер. с румынск. Бухарест, 1959. 472 с.
17. Пузик В.И. Возрастная морфология желез внутренней секреции у человека. М.: Изд. АПН РСФСР, 1951. 232 с.
18. Толстой Л.Н. Полн. собр. сочинений. М.: ГИХЛ, 1955.
19. Фертик И.М., Маянц А.И., Моносзон С.М. К вопросу об эндокринной формуле детей в разные возрастные периоды // Ленинградский медицинский журнал. 1927. Вып. 5. С. 11–18.
20. Хрисанфова Е.Н. Некоторые аспекты гормональных исследований в антропологии // Вопросы антропологии. 1971. Вып. 37. С. 63–76.
21. Buhler Ch. Der menschliche Lebenslauf als psychologisches Problem. Leipzig, 1933. 328 S.
22. Burger M. Altern und Krankheit als Problem der Biomorphose. Leipzig: Veb. G. Thieme, 1960. 784 S.

Сведения об авторе

Антропов Юрий Андреевич — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии Пензенского института усовершенствования врачей. E-mail: ju_antrop@mail.ru

Эмоциональная лабильность и ее место в феноменологии синдрома дефицита внимания у детей

Р.Ф. Гасанов

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

Резюме. В статье рассматривается роль эмоциональной лабильности в структуре синдрома дефицита внимания (СДВГ). Анализируются современные тенденции в описании нового психического расстройства, претендующего на роль коморбидного СДВГ, — «Деструктивное расстройство дисрегуляции настроения» (ДРДН); возможность отмены «Биполярного расстройства детского возраста» (БРДВ) и обсуждается вопрос о роли лабильности аффекта в клинике СДВГ. Рассматриваются критерии предлагаемого расстройства и обсуждается целесообразность введения нового термина в практику детского психиатра. Анализ представленных данных позволяет допустить наличие эмоциональной лабильности в структуре СДВГ, но не в качестве основного, нозоспецифического симптома.

Ключевые слова: синдром дефицита внимания, эмоциональная лабильность, биполярное расстройство детского возраста, деструктивное расстройство.

On the question of the specificity of emotional instability in children with the syndrome of Attention Deficit Hyperactivity disorder

R.F. Gasanov

The Service of children's psychiatry of St.-Petersburg V.M.Bekhterev psychoneurological research institute of Ministry of public health of Russia

Summary. The article examines the role of emotional lability in the structure of symptoms of Attention Deficit Hyperactivity disorder (ADHD). Modern trends in the description of a new mental disorders, as a candidate for comorbid ADHD, Disruptive Mood Dysregulation (DMD), the abolition of Bipolar disorder in childhood (BD) and discusses the role of the affect lability in the clinic for ADHD. Address the criteria for the proposed disorder and discusses the feasibility of introducing a new term in the practice of child psychiatry. Analysis of data allows us to admit the existence, emotional instability in the structure of ADHD, but not as the core, specific for ADHD symptoms.

Key words: Attention Deficit Hyperactivity disorder, emotional lability, Bipolar disorder in children, Disruptive Mood Dysregulation.

Эмоциональная лабильность у детей с синдромом дефицита внимания (СДВГ) наблюдается в любом возрасте. В одних случаях проявления этого симптома неявные, в других (особенно на фоне девиации воспитания) — более отчетливые. Но во всех случаях лабильность аффекта при СДВГ не выступает на первый план и не является основным диагнозом. В тех же случаях, когда наблюдались раздражительность, частые жалобы на недомогания, дистимические состояния, предпочитали говорить о сопутствующем заболевании — биполярном расстройстве детского возраста (БРДВ).

Большое влияние на сторонников выделения БРДВ оказало отношение Американской психиатрической ассоциации — АРА [4], которая призывает не останавливаться на особенностях протекания психических расстройств в детском возрасте и указывает, что раздел детской и подростковой психиатрии «выделен для удобства и не означает, что существуют четкие различия между “детскими” и “взрослыми” расстройствами» [4, р. 37].

Однако критерии БРДВ настолько неспецифичны для каждой из предполагаемых фаз и так быстро сменяются (допускается смена фаз у ребенка в течение суток), что существование данного расстройства вызывало длительные дискуссии. Кроме того, в ряде случаев у детей с СДВГ на фоне приема психостимуляторов развиваются раздражительность, различного рода фантазирование, что в сочетании с гипногическими и/или гипнопомпическими галлюцинациями распознается как симптомы мании. С другой стороны, прием психостимуляторов в ряде случаев вызывает снижение фона настроения у детей в виде грусти, что в сочетании с некоторой заторможенностью и безынициативностью выглядит как симптомы детской депрессии. Описанные состояния сочетаются с различного рода расстройствами сна.

Проблемы дифференциальной диагностики СДВГ и БРДВ в последние годы в той или иной форме освещаются разными авторами [17, 21]. Еще в 2009 году Н.С. Акискал [3] предложил дифференциальную диагностику БРДВ и СДВГ, основываясь на следующих клинических симптомах:

1. Ребенок с СДВГ периодически может испытывать приступы гнева. Но подобные состояния, в отличие от детей, страдающих БРДВ, обычно длятся несколько минут, а не часами, не сопровождаются порчей имущества и стремлением принести физический ущерб окружающим.

2. Во время истерических приступов дети с СДВГ не полностью утрачивают связь с реальностью, в отличие от детей с БРДВ.

3. Дети с СДВГ имеют нарушения поведения, которые достаточно предсказуемы (например, гиперактивность). Они могут внезапно становиться либо очень счастливыми, либо печальными. Перепады настроения детей с БРДВ непредсказуемы, а раздражительность может быстро сменяться приподнятым настроением. Однако в последнем случае каждое эмоциональное состояние занимает больший временной промежуток.

4. В отличие от детей с СДВГ, дети с БРДВ дольше переживают фрустрирующие ситуации и более бурно реагируют на внешние социальные стимулы.

5. Еще одним критерием дифференциальной диагностики Н.С. Акискал называет форму сексуального поведения. С его точки зрения, дети с СДВГ могут демонстрировать некоторые признаки «сексуально неадекватного» поведения, но подобного рода поведение обычно кратковременное и «не тяжелое». В случае БРДВ автор говорит о гиперсексуальности (частые разговоры, мысли, действия сексуального содержания).

6. У детей с СДВГ различного рода нарушения сна относятся к частым, или даже хроническим, явлениям, что в дневное время приводит к быстрой утомляемости из-за недостатка сна. С другой стороны, у детей с БРДВ нарушения сна — редкое явление, не вызывает усталости в дневные часы, несмотря на дефицит сна.

Попытки реабилитировать возможность диагностирования биполярного расстройства в детском возрасте оказались несостоятельными. И в проекте новой классификации DSM-V мы наблюдаем ожидаемые и, напротив, неожиданные изменения. Это прежде всего относится к расстройствам детского возраста. Ярким примером подобной метаморфозы служит введение новой нозологической единицы *Disruptive Mood Dysregulation*, или «Деструктивное расстройство дисрегуляции настроения» (ДРДН) [10]. Разумеется, в настоящее время DSM-V проходит этап подготовки апробирования, и ее окончательная редакция планируется к изданию не ранее мая 2012 года. Однако неизменность критериев упомянутого расстройства при изменении названия (в 2009 году был предложен термин «Синдром дисрегуляции темперамента с дисфорией» — *Temper Dysregulation Disorder with Dysphoria*) позволяет ожидать появления нового заболевания с исключением биполярного расстройства детского возраста.

Заболевание определяется хроническим непродолжительным расстройством детского возраста, характеризующимся дистимическими состояниями с выраженными периодическими и частыми вспышками раздражения в ответ на общие стрессовые факторы, и наблюдается в дошкольном и младшем школьном возрасте.

С учетом различного рода уточнений, дискуссий и дополнений, продолжающихся с 2009 года, диагностические критерии «Деструктивного расстройства дисрегуляции настроения» представляются следующими:

А. Расстройство характеризуется дистимическими состояниями с выраженными периодическими вспышками раздражения в ответ на общие стрессовые факторы:

1) вспышки раздражения проявляются устно и/или в виде поведенческих реакций, например в форме вербальной или физической агрессии по отношению к людям или предметам быта;

2) реакции грубые, непропорциональны по интенсивности или продолжительности воздействию факторам;

3) указанные в пунктах 1 и 2 реакции не соответствуют уровню развития ребенка.

В. Частота: вспышки раздражения наблюдаются, в среднем, три или более раз в неделю.

С. Настроение в период между вспышками раздражения:

1) почти каждый день настроение устойчиво отрицательное (раздражительность, гнев и/или грусть);

2) негативный настрой наблюдается окружающими (например, родителями, учителями, сверстниками).

D. Продолжительность: критерии A и C должны непрерывно наблюдаться по крайней мере в течение 12 месяцев.

E. Дисфории и/или дистимии присутствуют, по крайней мере, в двух сферах деятельности (дома, в школе и т. д.).

F. Возраст пациента не менее 6 лет (или эквивалентен уровню его развития).

G. Начало заболевания в возрасте до 10 лет.

H. Периоды, в которые отмечалось бы аномально повышенное или экспансивное настроение, сопровождающееся возникновением или ухудшением критериев мании (таких, как завышенная самооценка, снижение потребности в сне, ускорение темпа речи, полет идей, отвлекаемость, резкий рост целенаправленности деятельности или поведение с высоким риском травматизации), в анамнезе не должны наблюдаться дольше одного дня.

Аномально повышенное настроение должно быть дифференцировано с резким повышением настроения в связи с позитивным событием или его ожиданием.

I. Изменение поведения не наблюдается в рамках какого-либо психотического расстройства (например, не связано с большим депрессивным расстройством) и не проявляется в контексте первичного расстройства развития, посттравматического стрессового расстройства и изолированного тревожного расстройства.

Примечание. Этот диагноз может сочетаться с оппозиционным вызывающим расстройством, синдромом дефицита внимания (СДВГ), расстройством поведения. Симптомы не связаны с приемом наркотических препаратов, соматическими и неврологическими заболеваниями [10].

С учетом того, что вышеописанные критерии относятся к детям 6–10 лет, целесообразно говорить о выраженной степени эмоциональной лабильности и особенностях темперамента ребенка с резидуально-органическим поражением головного мозга.

Что касается эмоциональной лабильности, то долгое время этому симптому не придавалось должного значения ввиду его неспецифичности. Известно, что эмоциональная лабильность определяется нестойкостью настроения со склонностью к колебаниям, перепадам и частым сменам эмоций [2] и наблюдается в широком спектре психических расстройств, а также у здоровых детей в структуре черт темперамента [18] или в процессе нормального эмоционального развития [12].

У детей с СДВГ эмоциональная лабильность описывается, по данным разных авторов [15, 16, 24], такими особенностями, как раздражительность, непредсказуемость, низкая фрустрационная устойчивость и частая смена настроения в сочетании с низкой способностью к эмоциональному регулированию. Некоторыми авторами было обнаружено, что эмоциональная лабильность сильнее выражена при комбинированном (смешанном) подтипе СДВГ, чем при СДВГ с преобладанием невнимательности [5, 6,

14, 22]. В немногочисленных работах, затрагивающих особенности эмоционального статуса детей с СДВГ, отмечалось, что причиной эмоциональной лабильности у детей с синдромом дефицита внимания являются проблемы нарушения исполнительных функций либо врожденная предрасположенность к повышенному эмоциональному реагированию [6, 7, 16, 19, 20]. Кроме того, считается, что раннее проявление признаков эмоциональной лабильности предшествует плохому качеству социального функционирования и отвержению сверстниками [8, 11, 13, 15, 16]. Отмечалось, что даже в тех случаях, когда контролировались наиболее выраженные симптомы СДВГ, эмоциональная лабильность сохранялась [16].

В 2010 году Esther Sobanski с соавт. опубликовали работу «Эмоциональная лабильность у детей и подростков с дефицитом внимания/гиперактивности (СДВГ): клинические корреляты и распространенность в семье» [23], в которой исследовалась феноменология СДВГ, сопровождающаяся эмоциональной лабильностью. В этой работе авторы надеялись изучить вопрос о вероятности наследования симптомов эмоциональной лабильности, а также обсуждали гипотезу сцепленного наследования симптомов СДВГ и ОВР (оппозиционного вызывающего расстройства) в семьях. Авторы исследования выдвинули следующие положения.

Эмоциональная лабильность при СДВГ является частым, но не обязательным симптомом. Более выражены и чаще наблюдаются симптомы эмоциональной лабильности у девочек и детей старшего возраста. Лабильность аффекта имеет более высокую распространенность при оппозиционном поведении, тревоге, аффективных симптомах и злоупотреблении психоактивными веществами и может быть более тесно связана скорее с оппозиционным вызывающим расстройством, коморбидным СДВГ, чем с симптомами СДВГ. Ученые установили, что наличие сочетания эмоциональной лабильности с СДВГ у пациентов увеличивает риск развития эмоциональной лабильности у их братьев и сестер, но не в отношении СДВГ или оппозиционного вызывающего расстройства [23].

Авторы статьи подчеркивают, что распространяющиеся в последнее время попытки выделения нового подтипа СДВГ, сочетающегося с эмоциональной лабильностью или, как было показано выше, в самостоятельную нозологическую единицу, не состоятельны.

Долгие годы наблюдая за такими детьми, Stella Chess [9] выделила так называемый «трудный» темперамент, характеризующийся высоким уровнем активности, интенсивными эмоциональными реакциями, сложностями приспособления и в целом негативным настроением. Возможно, один из вариантов названия предлагаемого нового психического расстройства детского возраста — «Синдром дисрегуляции темперамента с дисфорией» — отражает идеи известного американского психолога.

Эмоциональная лабильность тесно связана как с первичными, нозообразующими симптомами СДВГ, так и с вторичными, социальными факторами. Негибкость, низкая адаптивная способность к факторам меняющейся социальной среды, низкий порог фрустрационной толерантности могут служить причиной взрывчатости, раздражительности, нестабильности настроения, вербальной и даже физической агрессии, ажитации и в конечном счете приводить к дезоргани-

зованному поведению. И, как следствие, к проблемам взаимоотношения с окружающими. Но все же данный симптом при СДВГ не стоит в ряду основных и не приводит к социальной дезадаптации ребенка.

В некоторых случаях, когда на фоне ярко выраженных основных симптомов СДВГ устойчиво отмечает-

ся лабильность аффекта с тенденцией по мере взросления входить в число дезадаптирующих симптомов, целесообразно говорить о симптоматическом типе СДВГ у 7–8 летних детей [1], а в последующем, в зависимости от наблюдаемой клиники, — о психоорганическом или психопатоподобном синдроме.

Литература

1. Гасанов Р.Ф., Макаров И.В. Типология синдрома дефицита внимания у детей с эпилепсией // *Российский психиатрический журнал*. 2011. № 1. С. 30–35.
2. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов / под ред. С. Н. Бокова. Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 1995. 640 с.
3. Akiskal H.S. Bipolar disorders section of *Mood disorders // Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 9th ed. by B.J. Sadock, V.A. Sadock. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2009. Vol. 1. P. 1629–1653.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington, DC: Author, 1994.
5. Barkley R.A., Fischer M., Edelbrock C.S., Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8 year prospective follow-up study // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1990. Vol. 29. P. 546–557.
6. Braaten E.B., Rosen L.A. Self-regulation of affect in attention deficit – hyperactivity disorder (ADHD) and non-ADHD boys: Differences in empathic responding // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000. Vol. 68. P. 313–321.
7. Carroll A., Houghton S., Taylor M. et al. Responding to interpersonal and physically provoking situations in classrooms: Emotional intensity in children with attention deficit hyperactivity disorder // *International Journal of Disability, Development, and Education*. 2006. Vol. 53. P. 209–227.
8. Caspi A., Moffitt T., Silva P. et al. Are some people crime-prone? Replications of the personality-crime relationship across countries, genders, races, and methods // *Criminology*. 1994. Vol. 32. P. 163–194.
9. Chess S., Thomas A. *Origins and evolution of behavior disorders. From infancy to early adult life*. Cambridge: Harvard Univ. Press, 1987.
10. *Disruptive Mood Dysregulation disorder*. 2010: Proposed Revision from APA DSM 5 Development [<http://www.dsm5.org>]
11. Eisenberg L. When «ADHD» was «the Brain-Damaged Child» // *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 2007. Vol. 17(3). P. 279–283.
12. Gershon A.A., La Russa P., Steinberg S. et al. The protective effect of immunologic boosting against zoster: an analysis in leukemic children who were vaccinated against chickenpox // *J. Infect. Dis*. 1996. Vol. 173. P. 450–453.
13. Hinshaw S., Peele P., Danielson L. Public health issues Individual, system, and cost burden of the disorder // *ADHD: 1999*. Retrieved July 6, 2005, from National Center on Birth Developmental Disabilities. [<http://www.cdc.gov>]
14. Landau S., Milich R. Social communication patterns of attention-deficit-disordered boys // *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1988. Vol. 16. P. 69–81.
15. Maedgen J.W., Carlson C.L. Social Functioning and emotional regulation in the attention deficit hyperactivity disorder subtypes // *Journal of Clinical Child Psychology*. 2000. Vol. 29. P. 30–42.
16. Melnick S.M., Hinshaw S.P. Emotion regulation and parenting in AD/HD and comparison boys: Linkages with social behaviors and peer preference // *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2000. Vol. 28. P. 73–86.
17. Mick E., Biederman J., Pandina G., Faraone S.V. A preliminary meta-analysis of the child behavior checklist in pediatric bipolar disorder // *Biological Psychiatry*. 2003. Vol. 53. P. 1021–1027.
18. Nigg J.T. *What Causes ADHD? Understanding What Goes Wrong and Why*. New York: Guilford, 2006. 422 p.
19. Peris T.S., Hinshaw S.P. Family dynamics and preadolescent girls with ADHD: the relationship between expressed emotion, ADHD symptomatology, and comorbid disruptive behavior // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2003. Vol. 44 (8). P. 1177–1190.
20. Rapport L.J., Friedman S., Tzelepis A., Van Voorhis A. Experienced emotion and affect recognition in adult attention-deficit hyperactivity disorder // *Neuropsychology*. 2002. Vol. 16. P. 102–110.
21. Rende R., Birmaher B., Axelson D. et al. Childhood – onset bipolar disorder: Evidence for increased familial loading of psychiatric illness // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2007. Vol. 46. P. 197–204.
22. Sanson A., Smart D., Prior M., Oberklaid F. Precursors of hyperactivity and aggression // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 1993. Vol. 32. P. 1207–1216.
23. Sobanski E., Banaschewski T., Asherson Ph. et al. Emotional lability in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): clinical correlates and familial prevalence // *J. of Child Psychology and Psychiatry*. 2010. Vol. 51 (8). P. 915–923.
24. Walcott C.M., Landau S. The Relation between Disinhibition and Emotion Regulation in Boys with Attention Deficit Hyperactivity Disorder // *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2004. Vol. 33 (4). P. 772–782.

Сведения об авторе

Гасанов Рауф Фаикович — к. м. н., старший научный сотрудник отделения детской психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. E-mail: raufgasanov@mail.ru

Автобиография Владимира Михайловича Бехтерева

Vladimir Mikhailovich Bekhterev's autobiography

Часть 1 / Part I

Предисловие

Автобиография любого ученого привлекает особое внимание исследователей его творчества. Что касается полной «Автобиографии» В.М. Бехтерева, то она была впервые издана в сокращенном варианте только в 1927 году, а ее полный текст был опубликован акционерным издательским обществом «Огонек» в 1928 году, уже после кончины Владимира Михайловича. В 1994 г. автобиография была переиздана в «Избранных трудах В.М. Бехтерева» под редакцией академика А.Г. Чучалина (Москва, Поматур, 1994, Т. 1, с. 21–44).

Но в 1927 г. в Германии вышла автобиография В.М. Бехтерева под редакцией профессора L.R. Grote из университета в Halle — нечто особенное и мало кому известное. В ней Владимир Михайлович излагает только результаты своих достижений в науке. В настоящее время НИПНИ им. В.М. Бехтерева готовит публикацию этой работы В.М. Бехтерева на русском языке.

В мемориальном музее В.М. Бехтерева, который составляет одно из подразделений НИПНИ им. В.М. Бехтерева, хранится автобиография Бехтерева (фонд I, ед. хр. 225), ранее не издававшаяся и написанная примерно в 1893 г. Мы определяем эту дату исключительно по тексту, который заканчивается завершением работы Владимира Михайловича в Казани. Текст напечатан на двойных листах бумаги, желтоватого цвета, по краям более интенсивного от времени, размером 353 мм × 225 мм, на пишущей машинке, в которой еще присутствуют буквы «i» и «ять». В тот период В.М. Бехтереву было 36 лет. Публикуемая автобиография, сохраняя основную фабулу официально изданной в 1928 г., содержит много фактов, которые ранее не могли быть опубликованы.

*Хранитель Музея им. В.М. Бехтерева,
Ученый секретарь института, д.м.н.
М.А. Акименко*

Родился я в с. Соралах, Елабужского уезда, Вятской губернии 22 января 1857 года. Детство свое провел при своей семье, состоявшей из трех братьев и родителей и перекочевывавшей, в силу служебных перемещений отца, из Вятки в уезды Вятской губернии и обратно. Впрочем, раза два родители оставляли меня подолгу у родных, живших в уездных городах Вятской губернии. Отец мой умер от чахотки, когда мне было еще 9 лет; после его смерти семья наша навсегда поселилась в г. Вятке, где имелся дом, дававший лишь небольшой доход — главный денежный ресурс всей нашей семьи.

Спустя год после незначительной домашней подготовки я был отдан во второй класс Вятской гимназии. Последнюю я проходил успешно и получал вообще хорошие отметки, переходя из класса в класс в большинстве случаев без экзамена.

Впрочем, я не прилагал больших стараний к гимназическим занятиям. Особенно это должно

сказать по отношению к двум старшим классам — шестому и седьмому, в период прохождения которых во мне пробудилась потребность к чтению посторонних книг.

Следует заметить, что гимназия в наше время еще не знала греческого языка и вообще не обременяла учеников уроками так, как в настоящее время. Тем не менее она мало привлекала к себе симпатий своих учеников и почти не вселяла в последних любовь к знаниям, а скорее производила на них противоположное действие.

В воспоминании моем до сих пор воскресают картины классных гимназических занятий, когда вместо переводов с латинского или французского языка почти весь класс, составив предварительно парты таким образом, чтобы не существовало между ними проходов, занимался преоригинальнейшей музыкой на сломанных стальных перьях, воткнутых в парты, когда на стенах классов начинали, по мановению сидевших сзади учеников, ходить в разные стороны большие стенные карты, когда к ногам учителя летели: мел, заячьи лапки для стирания и даже — о, ужас! — редька в больших кусках, валенки, снятые с ног, и чернильницы с их содержимым. Учитель, конечно, приходил в ярость, но часто сам боялся докладывать директору о беспорядках в классе, да и доклады эти обыкновенно не приводили ни к чему: виновники большею частью оставались неразысканными и в следующие дни еще более напрягали свою энергию и остроумие в изобретении шалостей.

Без сомнения, так дело велось только у некоторых учителей, у других, напротив того, все обстояло и чинно, и строго, но зато почти все наши учителя нас не учили, а лишь задавали уроки и затем спрашивали. Устное разъяснение урока мы слышали только от некоторых учителей, а рассказ учителя, выходящий за пределы краткого учебника, составлял в гимназии вообще крайне редкое явление. При этих условиях самое главное, что нас спасало от невежества, это некоторый остаток свободного от гимназических занятий времени, который мы, по инстинктивному влечению, в особенности в старших классах гимназии, посвящали чтению посторонних книг.

В этот период времени в особенности я увлекался сочинениями естественнонаучного характера и перечитывал решительно весь имевшийся запас их (в общем довольно значительный) в местной публичной библиотеке. Результатом этого увлечения было то, что еще в бытность мою в гимназии самую дорожную для меня мечтою было сделаться в будущем естествоведом.

При переходе в седьмой класс гимназии, когда эта мечта была уже близка к осуществлению, довольно неожиданно для нас всех пришло известие о введении в гимназиях восьмого класса, и уже гимназисты, шедшие годом впереди меня, вместо выпуска, по прохождении семи классов гимназии, должны были остаться на восьмой год, нас же, семиклассников, поместили вместе с ними.

Таким образом, преподавание происходило в одном помещении как для седьмого, так и для восьмого класса и, разумеется, было общим. Это обстоятельство сразу уронило значение реформы в наших глазах, так как мы убедились воочию, что от прибавления восьмого класса мы не могли приобрести новых знаний, а должны были потратить целый год на повторение пройденного, в котором, кроме отрывочных сведений, сохранилось так много никому не нужного умственного балласта.

Вместе с введением 8-го класса в гимназию пришел и достопамятный циркуляр о введении аттестатов зрелости вместо прежних выпускных свидетельств, выдаваемых из гимназии. Циркуляр, конечно, всех нас заставил призадуматься. Да и было из-за чего. В первый же год по введению реформы из всех учеников 8-го класса нашей гимназии получил аттестат зрелости только 1 ученик, считавшийся первым, все остальные гимназисты 8-го класса не удовлетворили экзаменационным требованиям и были признаны таким образом «незрелыми», несмотря на то, что весь восьмой год был посвящен ими повторению старого.¹

Из этих результатов испытаний на аттестат зрелости мы убедились, что нам не только предстояло бесплодно терять лишний год в восьмом классе гимназии, но еще и должны были предвидеть весьма вероятную возможность засесть в нем на два года, не говоря уже об риске не выдержать все испытания на аттестат зрелости, что благодаря необычайной строгости испытаний представлялось вполне возможным и что действительно и случилось с некоторыми из наших сверстников.

Между тем летом 1873 года, когда мы уже перешли в восьмой класс гимназии, в газетах появилось объявление от Медико-Хирургической Академии² о приеме в нее до 1 сентября не только лиц, получивших аттестат зрелости, но и гимназистов, перешедших в восьмой класс гимназии по выдержании ими удовлетворительного испытания при самой Академии. Как сейчас помню, объявление это было опубликовано в столичных газетах от 13 августа, а так как в Вятку из Петербурга почта приходит на седьмой день, то объявление у нас появилось лишь 19 августа.

Оно тотчас же было замечено некоторыми из товарищей, и уже на другой день весть о нем быстро разнеслась между гимназистами.

Я узнал о приеме в Академию гимназистов, перешедших в восьмой класс, совершенно случайно при разговоре с товарищами, намеревавшимися на основании этого объявления ехать в Академию. Таковых оказалось всего четыре человека, считая в том числе и меня. Должен признаться, что об Академии и преподаваемых в ней науках я имел в то время крайне смутное представление, чтобы не сказать никакого. Тем не менее было крайне тяжело оставаться в гимназии еще целый год, корпя

над теми обрывками знаний, а подчас и хламом, с которыми мы возились уже в течение семи лет. К тому же при тех положительно непосильных для гимназистов нашего времени требованиях на аттестат зрелости, которые предъявлялись в первые годы реформы, почти значило готовить себя впрямь на провал на экзаменах.

На этом основании я решился ехать в Академию, мечтая в тайне перебраться затем из Академии в Университет на естественное отделение физико-математического факультета, в случае если бы занятия в Академии меня не удовлетворили. Конечно, на всех нас, осмелившихся думать об Академии раньше окончания курса гимназии и избежавших таким образом получения столь ценной в глазах гимназического начальства бумажки, именуемой аттестатом зрелости, многие из учителей смотрели косо и при удобном случае вышучивали нас перед нашими сверстниками. Мы понимали, конечно, что в случае неудачи при поступлении в Академию возврат в прежнюю гимназию для нас был почти невозможен. Тем не менее мы остались искренно благодарны гимназическому начальству за то, что наши бумаги были выданы нам без всякого промедления.

Последнее обстоятельство представлялось для нас в высшей степени важным, и вот почему. Так как Академия объявила прием только до 1 сентября и так как всего пути от Вятки до Петербурга пароходами (по рекам Вятке, Каме и Волге) и железной дорогой (от Нижнего) ровно семь дней, то мы могли рассчитывать на успех при том лишь условии, если выедем из Вятки не позже 23 августа.

На наше счастье, пароход именно и отходил из Вятки 23 августа. В нашем распоряжении, таким образом, было всего два дня, во время которых нужно было обдумать решение, склонить в пользу его своих родителей, выхлопотать бумаги из гимназии и собраться в дорогу. Все это было сделано впопыхах, и 23 августа трое из нас сели на пароход,³ который и отвалил от берега около шести часов вечера. Четвертый наш товарищ к отходу парохода не прибыл, и мы решили, что он изменил свое намерение.

Сидя на пароходе, разумеется, далеко еще не чувствовали себя успокоенными. Не говоря о предстоявших экзаменах при Академии, характер которых для нас оставался неизвестным, мы рисковали не доехать к сроку до Петербурга. Дело в том, что в августе месяце по реке Вятке бывает сильное мелководье, и пароход каждую минуту рискует прочно засесть на мель.

И действительно, не успели мы отъехать от города 2-х верст, как пароход наш уткнулся в песок и мы застряли на мели. К счастью нашему, мы снялись с мели довольно быстро, простояв на месте не более нескольких часов, и таким образом отделались только страхом. Для четвертого же нашего товарища это непродолжительное сидение на мели оказалось весьма желательным событием: опоздав с четверть часа к отходу парохода от пристани, он рискнул нанять лодку, рассчитав безошибочно, что пароход сядет на мель и ему удастся

¹ Справедливость требует заметить, что в первый год по введении аттестатов зрелости рядом с гимназистами, прошедшими 8 классов, было предоставлено право держать выпускной экзамен также двум первым ученикам нашего класса, которые и выдержали испытание успешно. Таким образом, в первый год по введению аттестатов зрелости наша гимназия выпустила всего трех учеников.

² Ныне Военно-Медицинской.

³ Пароходство на р. Вятке в то время еще только что зачиналось и не было ежедневным, как теперь, а совершалось чуть ли не два раза в неделю.

его догнать на лодке, что и оправдалось на самом деле.

Между всеми товарищами, ехавшими вместе со мною в Академию, я имел то неблагоприятное условие, что мне было тогда всего 16 лет и 7 месяцев, тогда как по общему закону в высшее заведение принимались тогда, как и теперь, лица, которым уже исполнилось 17 лет. Ввиду этого я не мог рассчитывать поступить в Академию действительным студентом и решил на первое время записаться вольнослушателем с тем, конечно, условием, чтобы на следующий год перейти в действительные студенты. Мне, конечно, приходила в голову мысль, что, разрешив прием гимназистов 8-го класса в 1873 году, Академия может отменить это правило для следующего года, и тогда, пожалуй, мне нельзя будет без аттестата зрелости перейти из вольнослушателей в действительные студенты; ввиду этого я много раз советовался по этому поводу со старшими меня лицами, но все решали, что этого быть не может, так как «закон обратного действия не имеет». Эти заявления подействовали на меня так успокоительно, что более я уже не думал, что, поступив в Академию вольным слушателем, я не буду принят в нее действительным студентом через год.

В Петербург мы приехали праздничным днем 30-го августа. Следующий же день, 31 августа, был последним днем подачи прошений в Академию. Должно заметить, что в 1873 г., благодаря вышеупомянутому объявлению, съехались в Петербург для поступления в Академию из различных концов Российского государства до 700 с лишком человек. Между тем Академия, желавшая пополнить свои тогда только что еще отстроенные обширные аудитории, рассчитывала на прием не более 500 человек, на каковое число и были заготовлены в Канцелярии Академии приемные бланки.

31-го августа в 10-м часу утра я уже стоял перед дверьми актов залы Академии среди толпы человек в 200, подобно мне желавших поступления в Академию. Ровно в 10 часов прошел между нами в залу ученый секретарь, профессор Ландцерт, за которым вошли в залу и мы; тотчас же дверь за нами захлопнулась, и кем-то отдано приказание более никого не впускать. Когда дошла до меня очередь, я подошел к столу, за которым сидел проф. Ландцерт, и подал ему свои бумаги с метрикою; посмотрев последнюю, ученый секретарь мне объяснил, что по недостатку лет я не могу рассчитывать на поступление в Академию действительным студентом. Когда я заметил, что я в прошении заявляю желание поступить вольнослушателем, то мне было предложено обратиться с этим непосредственно к г. Начальнику Академии, которым в то время состоял г. Чистович. Я вышел из залы и позвонил к Начальнику, передал через его слугу прошение на вольнослушателя. К моему удивлению, слуга вернулся от Начальника с заявлением, что Его Превосходительство не принимают прошения и велели обратиться к ученому секретарю. Оставаясь в недоумении относительно смысла этого ответа, я заявил слуге, что у ученого секретаря я уже был и там в приеме мне было отказано, поэтому я снова прошу его отнести мое прошение к г. Начальнику и объяснить ему в чем дело. Через

несколько минут выходит ко мне сам г. Чистович и с видом теплого сердечного участия заявляет, что мне не следует поступать вольнослушателем, что нынешние правила поступления действительны только на один год, а на следующий год условия приема будут уже иные, потребуются аттестат зрелости, и потому, если бы я вздумал теперь поступить вольнослушателем, я бы не мог рассчитывать на поступление в действительные студенты в следующем году.

Эти слова меня поразили как громом, так как по недостатку лет я не мог рассчитывать поступить действительным студентом, о чем и заявил сейчас же Начальнику Академии. Последний, однако, ободрил меня замечанием, что 5–6 месяцев мне могут подарить, и предложил мне снова адресоваться к ученому секретарю, но с прошением уже на действительного студента.

Несмотря на эти одобрительные замечания г. Начальника Академии, я не мог чувствовать себя спокойным, потому что проф. Ландцерт, с которым он отнесся ко мне, когда я был у него с прошением в первый раз, я уже чувствовал, что им, по крайней мере, несколько месяцев мне подарены не будут; да и как пробраться в актовую залу, двери которой, будучи запертыми на ключ, отпирались только для выходящих из залы, но не для входящих в нее.

Много передумав за тот короткий путь, который отделял квартиру г. Начальника (помещавшуюся там же, где она помещается и теперь) от актовой залы, и подойдя к запертым дверям последней, я действительно убедился, что проникнуть в залу не было никакой возможности. Единственным утешением для меня явилось то обстоятельство, что у дверей актовой залы толпилось уже около 100–150 человек, явившихся после 10 часов утра и, подобно мне, тщетно пытавшихся проникнуть в залу для подачи прошения. К тому же толпа с каждым часом все более и более увеличивалась.

Все, разумеется, нетерпеливо чаяли, не отворится ли дверь; но время шло, а дверь не открывалась; пришлось поневоле подчиниться своей участи и ждать выхода начальства из залы. Наконец церемония приема прошений и осмотра документов в зале была окончена, ученый секретарь вышел из залы, но на просьбы и мольбы о приеме прошений всех толпившихся у залы лиц не обратил даже внимания.

Последним вышел из залы Инспектор студентов г. Песков. Его обступили со всех сторон и начали требовать приема прошений. Ему было заявлено, что опоздание на несколько минут против означенного срока не составляет преступления, за которое следует карать неприятием в Академию, что так как предстоит состязательный экзамен и если желают ограничить прием в Академию известным числом студентов, то правильнее всего было бы руководствоваться при этом успехами на приемных испытаниях, а не более ранней подачей прошения и пр.

Убеждения, видимо, подействовали, так как Инспектор ушел от нас, обещав переговорить, а вернувшись через несколько минут, приказал дать из канцелярии несколько листов бумаги и карандашей, на которых мы быстро начертали свои фамилии. Осмотра документов при этом уже не про-

изводилось; их предложено было подать по выдерживании испытания.

Кажется, через день были уже назначены экзамены, на которых из 700 с лишком состязавшихся оказалось поступившими на первый курс Академии несколько более 500 человек. Так как я был в числе выдержавших испытание, то меня также зачислили в число действительных студентов, а впоследствии при подаче документов о моих летах не возникало уже и вопроса.

Следует заметить, что состязательные экзамены, несмотря на провал около 200 человек, были не трудными. Они состояли из испытаний по математике, главным образом по арифметике и алгебре, по физике, латинскому и немецкому языкам и, кроме того, из подачи сочинения, написанного экспромтом на заданную тему. При этом требования по всем предметам были не высоки, что же касается сочинения, то в нем не столько обращалось внимание на содержание, сколько на правильность речи и грамматику. Поэтому и темы были незамысловаты. В большинстве случаев они были исторические, хотя попадались и с иным характером. Мне, например, пришлось писать на тему «Волга и ее значение в государстве Российском».

Несмотря на относительно легкость экзаменов, постоянные волнения, пережитые мною со времени выхода моего из гимназии до поступления в Академию, совершившегося лишь около 10–15 сентября, отразились чувствительным образом на моем здоровье: у меня развилась бессонница и общее нервное расстройство, вследствие которых я должен был поместиться в клинику проф. И.М. Балинского.

Здесь бессонница как бы сразу прекратилась и общее нервное расстройство совершенно оправилось в течение нескольких дней, благодаря чему я вскоре и был выписан из клиники.

Кстати замечу, что кратковременное пребывание мое в клинике проф. И.М. Балинского не осталось без влияния на мою судьбу. Здесь я близко познакомился между прочим с доктором И.А. Сикорским, ныне проф. Киевского Университета, с которым знакомство поддерживалось мною и после выхода моего из клиники. Обмен мыслей с этим, тогда еще молодым, врачом, приехавшим в Петербург для занятий психиатрией, в значительной степени повлиял на решение вопроса о будущей моей специальности.

Но, не забегая вперед, я поведу рассказ с самого начала о пребывании моем в Академии.

Последняя, открыв двери своих аудиторий для огромного числа слушателей, к сожалению, упустила из виду принять заблаговременно соответствующие меры как для поддержания порядка в аудиториях, так и вообще для дисциплинирования массы новых студентов. А дисциплинировать не мешало. Когда я в первый раз вошел в громадную, раскинутую амфитеатром, аудиторию анатомического Института, битком набитую новыми слушателями, моими сверстниками, то глазам моим предстала картина, которая не могла не поразить новичка, только что сошедшего с гимназической скамьи.

Значительное число студентов, наполнявших аудиторию, сидело в пальто или с пледом, накинутым на плечи, в картузах и в шляпах, между ко-

торыми изредка попадались и цилиндры; о костюмах нечего и говорить — это была поразительная смесь всевозможных одеяний, блестящих разнообразными цветами, начиная от русской поддевки, прикрывавшей красную косоворотку, и кончая всевозможных цветов блузами. Костюмы интеллигентного европейца в этой толпе составляли лишь относительно редкое явление.

При этом шум в аудитории от общего говора был такой, что трудно было слушать речь соседа. В довершение общей картины, большинство курило в аудитории самым неистовым образом, несмотря на навешенные повсюду надписи, запрещающие курить.

Уже с первого раза мне бросилось в глаза, что эта многочисленная толпа слушателей чувствует себя в аудитории полным хозяином. И действительно, когда к нам вошел Суб-Инспектор, то никто и не думал прекратить курить и снять шапки.

На замечание Суб-Инспектора, что в аудитории курить воспрещается, можно было заметить лишь улыбающиеся физиономии куривших. О снятии шапок Суб-Инспектор или постеснялся заметить, или считал делать замечания уже излишним. Последнее, я думаю, ближе к истине, так как и на вторичное предложение (не курить в аудитории) результат оказался не лучше первого.

Очевидно, совладать с такой аудиторией было не под силу одному Суб-Инспектору, при том отрицательном отношении ко всяким уставам и власти, которое проявлялось среди студенчества того времени. Хотя при поступлении в Академию ото всех нас были отобраны подписки под «честным словом» исполнять выработанные для студентов Академии правила и беспрекословно подчиняться всем распоряжениям начальства Академии, но и «честное слово» оказалось для многих не имеющим никакого значения, так как оно трактовалось как вынужденное.

Словом сказать, администрация заведения со своими правилами и подпискою под честным словом исполнять их в точности и подчиняться всем распоряжениям начальства Академии оказалась бессильною при первых же попытках с ее стороны внести порядок в аудиторию.

Но, упустив в первый момент, администрации было уже труднее выполнить свою роль, и дело свелось к тому, что во все последующее время мы были вполне предоставлены сами себе; если Суб-Инспектор иногда и показывался в нашу аудиторию, то разве для проформы, и, во всяком случае, боялся проронить слово во избежание каких-либо неудобных замечаний по его адресу; курение же и сидение в шапках и пальто считалось до того обычным делом для многих, что оно продолжалось и во время лекций профессора так же, как и во время перемен.

Конечно, если бы подобное отношение к делу имело характер простой распушенности нравов, то оно представлялось бы далеко не столь серьезным делом. Но, к сожалению, чувствовалось во всем, что в таком поведении обнаруживается намеренное пренебрежение всеми порядками, чувствовалось, словом, что масса студентов, только что вступивших в заведение, была уже так отрицательно настроена ко всему, что достаточно было

малейшего повода, чтобы такое настроение перешло в сильное брожение, приведшее к целому ряду студенческих историй и беспорядков.

И действительно, повод вскоре явился или, вернее, был найден. Ровно через год начались серьезные беспорядки в Академии, кончившиеся выходом одного из профессоров, — беспорядки, в которых наш курс принимал особенно деятельное участие, несмотря на то, что профессор, против которого они были направлены, ему был вовсе неизвестен как преподаватель. С тех пор беспорядки, или, вернее, студенческие истории, на нашем курсе сделались явлением хроническим, хотя они носили уже по преимуществу экзаменационный характер.

Само собой разумеется, что все эти условия отражались неблагоприятно на правильном ходе учебных занятий нашего курса, и потому многое приходилось пополнять собственными усилия-

ми. Про себя могу лишь сказать, что, поступив в Академию, я нашел в ней именно то, что служило моею мечтою еще в последних классах гимназии, а потому о переходе в Университет я перестал и думать, да и самый переход был уже невозможен. Занимался я всегда очень старательно, с любовью, хотя и не всегда усердно посещал лекции профессоров, благодаря увлечению чтением книг по тем или другим интересовавшим меня предметам.

Во время прохождения курса Академии мне, как, вероятно, и многим другим, приходилось последовательно увлекаться разнообразными предметами, пока это увлечение окончательно не склонилось в пользу психиатрии и нервных болезней. Занятия мои последним предметом начались собственно с 4-го курса, когда я получил разрешение посещать больных психиатрической клиники вместе с И.А. Сикорским.

Дюков Петр Андреевич (1834–1889): у истоков отечественной психиатрической школы

В.А. Некрасов

Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова

Резюме. П.А. Дюков — один из первых отечественных психиатров, ученик И.М. Балинского. Автор первого реферата научных работ по психиатрии, первого психофармакологического исследования, первый руководитель первой клиники душевных болезней Военно-Медицинской Академии. П.А. Дюков организовал целый ряд психиатрических учреждений Санкт-Петербурга в XIX веке.

Ключевые слова: история психиатрии, Петр Андреевич Дюков, организация психиатрической службы, опий, судебная психиатрия.

Dyukov Peter A. (1834–1889) The beginner of national psychiatric school

V.A. Nekrasov

Saint-Petersburg State Medical Academy named after I. I. Mechnikov

Summary. P.A. Dyukov — one of the first Russian psychiatrists. He was the student of I.M. Balinsky. P.A. Dyukov became the author of the first scientific papers on psychiatry and initiated the first psychopharmacological research. P.A. Dyukov was the first administrator of first psychiatric clinic. P.A. Dyukov organized a number of psychiatric institutions of St. Petersburg in the XIX century.

Key words: history of psychiatry, Peter Dyukov, the organization of psychiatric services, opium, forensic psychiatry.

*Multum adhuc restat operis,
multumque restabit (Seneca, op. 64)**

Статьей о выдающемся петербургском психиатре XIX века П.А. Дюкове, первом старшем враче Больницы св. Николая Чудотворца, мы продолжаем серию публикаций, посвященных истории больницы, 140 лет со дня основания которой мы будем отмечать в 2012 году.

П.А. Дюков — из числа первых врачей, получивших систематическое психиатрическое образование и ставших клинически образованными психиатрами. Рассказать о судьбе психиатра, ставшего ровесником отечественной школы и оказавшего пусть и неявное, но значимое влия-

ние на ее формирование, — такова цель нашей работы.

В 1857 году И.М. Балинский начинает впервые в России читать студентам курс лекций по душевным болезням. В 1859 году отделение умалишенных 2-го военно-сухопутного госпиталя преобразуется в клиническое отделение душевных болезней. В 1860 году была организована первая в стране кафедра нервных и душевных болезней. В этот период

* Многого еще предстоит сделать, многое всегда будет оставаться (лат.).

П.А. Дюков проходит обучение в Императорской Медико-Хирургической Академии и формируется как врач-психиатр. П.А. Дюков вместе с В.Н. Чеховым составляли тот небольшой кружок единомышленников, собравшийся вокруг И.М. Балинского, который стал основой формирующейся отечественной психиатрической школы. По окончании Академии он оказывается на ведущих ролях в молодой и только начинающей оформляться отечественной психиатрии.

Петр Андреевич Дюков родился 4 июня 1834 года в Тверской губернии. Закончив духовную семинарию, он продолжил свое обучение в Императорской Медико-Хирургической Академии, заслужив право обучения на казенный счет. В 1860 году после окончания Академии П.А. Дюков был оставлен в числе 10 лучших лекарей для подготовки к профессорскому званию, будучи прикомандированным ко 2-му военно-сухопутному госпиталю на три года. Все эти три года П.А. Дюков занимался исключительно в отделении душевнобольных. В 1861 году он был отпущен на четыре месяца в отпуск за границу для ознакомления с зарубежными лечебными учреждениями.

За время прохождения обучения П.А. Дюковым был составлен первый отечественный реферат научных изданий по психиатрии — «Реферат об успехах психиатрии за 1861–1862 гг.», изданный в 1864 году. Сложно переоценить значение данной работы, в которой впервые был сделан полноценный обзор современной литературы по проблемам душевных и нервных болезней. Интересен выбор работ, сделанный П.А. Дюковым: за рамками психиатрии, в его понимании, остаются работы по «чистой психологии» и философии. Отреферированные работы касаются проблем физиологического понимания душевных болезней, экспериментальных и морфологических исследований в этой области как на животных, так и на больных. Именно «научно-практический интерес» является причиной того, что почти четверть обзора посвящена одному руководству Адольфа Альбрехта Эрленмейера «Лечение душевных болезней при первом их появлении». В отборе работ и характере их оценки мы видим установки формирующейся петербургской психиатрической школы, базирующейся прежде всего на физиологических и морфологических основах понимания душевных расстройств.

Завершением обучения при кафедре стала защита П.А. Дюковым в 1863 году диссертации на степень доктора медицины по теме: «Материал для учения о действии опия. С применением его в психиатрии». Основную цель работы П.А. Дюков сформулировал как «дойти до научного обоснования к употреблению опия в психиатрической практике», противопоставляя свой подход «чистому эмпиризму». Эта диссертация стала первой отечественной диссертацией, посвященной медикаментозному лечению душевных болезней, и в то же время первым психофармакологическим исследованием. И в этой работе мы уже видим установки формирующейся петербургской психиатрической школы.

После получения степени доктора медицины в 1863 году П.А. Дюков был оставлен сверхштатным

ординатором при отделении для умалишенных 2-го военно-сухопутного госпиталя. Одновременно в том же 1863 году при ходатайстве И.М. Балинского он получил должность ординатора женского отделения для умалишенных при Исправительном заведении.

В 1864 году П.А. Дюков вновь был командирован за границу. Если первая командировка имела преимущественно научно-образовательные цели, то во время второй П.А. Дюков занимался изучением административного устройства психиатрической службы и психиатрических больниц. Им были осмотрены заведения для помешанных в Лейпциге, Галле, Вернеке, Франкфурте-на-Майне, Аахене, Мюнхене, Вене и Праге.

В декабре 1865 года, по проекту И.М. Балинского и П.А. Дюкова, мужское отделение и женское отделение для умалишенных Исправительного заведения, существовавшие ранее обособленно, были преобразованы во Временную лечебницу для умалишенных на 120 коек. П.А. Дюков был назначен старшим врачом организованной лечебницы. Лечебница должна была отвечать прежде всего задачам призрения душевнобольных города, и основной целью при ее создании было прекращение практики длительного пребывания больных в полицейских приемных покоях, где они не получали медицинской помощи. Сохранила лечебница и еще одну функцию — наблюдение и лечение умалишенных, подвергаемых освидетельствованию Губернским правлением. Временная лечебница, как и существовавшие до этого отделения в здании Исправительного заведения, была первым в стране центром судебно-психиатрической экспертизы. И вновь П.А. Дюков оказывается в авангарде отечественной психиатрии. Роль руководителя учреждения, на которое были возложены данные задачи, во многом предопределила круг интересов П.А. Дюкова — большая часть его публикаций посвящена именно судебной психиатрии. Уже в 1865 году выходит его первая работа, посвященная данной теме, — реферат «К судебно-медицинской психологии», систематизирующий имеющиеся законодательные основы судебно-психиатрической экспертизы. В центре данной работы мы видим попытку четко сформулировать задачи эксперта и определить его роль «не преступая за черту своей компетентности». Последующие работы П.А. Дюкова («Случай помешательства, непризнанного петербургской судебной палатой», «Исследование состояния умственных способностей М. и заключение о том врачей», «Об умственных способностях завещателя по русским законам») преследовали те же цели — повышение значимости научного подхода в решении экспертных вопросов и обязательность участия психиатров в принятии решения. В течение десятилетий Больница св. Николая Чудотворца оставалась центром судебно-психиатрической мысли, и работы учеников П.А. Дюкова — О.А. Чечотта, В.Х. Кандинского, И.А. Сикорского и ряда других — явились достойным продолжением трудов их учителя.

Занимаясь научной и экспертной работой, наряду с рутинными обязанностями старшего врача лечебницы П.А. Дюков продолжал активную деятельность по улучшению условий призрения

душевнобольных в Санкт-Петербурге. В тот период психиатрическая служба только начинала свою организацию и не имела единой проработанной концепции развития. Острая потребность в местах для душевнобольных, достигавшая, по словам О.А. Чечотта, «степени социального бедствия», сочеталась со становлением психиатрической науки и пониманием необходимости оказания квалифицированной помощи.

Одной из крупнейших заслуг П.А. Дюкова перед городом является организация Больницы св. Николая Чудотворца в 1872 году, необходимость создания которой назрела в связи с катастрофической нехваткой мест для душевнобольных. Возможность освобождения здания возникла после вывода больницы для чернорабочих в новые построенные для нее здания на Фонтанке и изменения законодательства, позволившего передать Исправительное заведение в ведение Тюремного комитета. В 1872 году арестанты были переведены в Тюремный замок. Началось переустройство здания в соответствии с представлениями психиатрической науки того времени. В больнице создавались отделения для буйных, неопрятных больных, сохранялось оставшееся от Исправительного заведения разделение на мужскую и женскую половины здания. К 1879 году, когда перестройка и благоустройство комплекса зданий больницы были завершены, по штату она имела 305 мест.

Ежегодно с 1867 года П.А. Дюков публиковал отчеты работы сначала Временной лечебницы для помешанных, а затем Больницы св. Николая Чудотворца. В этих отчетах мы видим не просто механическое перечисление количества и категорий больных, а анализ движения больных, подробное описание организационных проблем и попытки научных обобщений.

Опыт П.А. Дюкова уже в 1870 году был использован при организации Дома призрения цесаревича Александра. Он занимался разработкой плана постройки первых павильонов¹ совместно с архитектором И.В. Штромом (1825–1887) и затем возглавлял строительство во врачебном отношении. Образцовое лечебное учреждение, предназначенное почти исключительно для пансионеров (платных больных), постройка которого находилась под контролем Императорской семьи, требовало поиска новых организационных и архитектурных решений. К сожалению, большая часть первых деревянных павильонов ныне утрачена. При рассмотрении отдельных сохранившихся павильонов обращает на себя внимание непохожесть их на стандартные больничные корпуса, скорее это отдельные уютные дачные деревянные домики с верандами и мансардами в 1–2 этажа, разбросанные по парку, что было, безусловно, благоприятным терапевтическим фактором для проходивших там лечение пациентов. Именно таким представлялось оптимальное содержание душевнобольных П.А. Дюкову, а не скученное размещение в здании тюремного типа.

Параллельно с разносторонней и активной работой по организации городской психиатрии и с

руководством Больницей св. Николая Чудотворца, П.А. Дюков остается врачом и преподавателем в Императорской Медико-Хирургической Академии. 29 декабря 1866 года П.А. Дюков занимает должность старшего врача первой в России клиники душевных болезней. Значительные усилия были приложены им для создания библиотеки кафедры, впоследствии преобразованной в «Специальную библиотеку психиатрических знаний и нервной патологии». Им был составлен полный ее каталог,² и, уже имея генеральское звание, он с тщательностью и аккуратностью продолжал свою работу. Находясь на кафедре, он продолжал обучать врачей, формируя отечественную психиатрическую школу. Многие из врачей, проходивших обучение психиатрии на кафедре, совмещали учебу с работой в Больнице св. Николая Чудотворца, под руководством П.А. Дюкова и его учеников, набираясь клинического опыта и применяя полученные знания на практике (И.А. Сикорский, Н.М. Попов, Т.Ф. Тилинг, А.Л. Мендельсон и ряд других).

После оставления должностей И.М. Балинским в 1876 году П.А. Дюков был назначен исполняющим обязанности директора клиники нервных и душевных болезней. Ему, как человеку, имеющему «имя крупного психиатра-практика, выдающегося администратора и безызвестного по своим научным трудам», было предложено принять участие в конкурсе на должность заведующего кафедрой и директора клиники, от чего он категорически отказался. Факт сам по себе примечательный и указывающий на его авторитет, как в среде психиатров, так и в кругу академической профессуры, ставивших его в один ряд с И.М. Балинским и И.П. Мержеевским.

Завершая описание деятельности П.А. Дюкова, упомянем еще одну сторону его многогранной профессиональной деятельности. С 1864 года П.А. Дюков, еще молодой психиатр, становится членом Общества Санкт-Петербургских врачей для помешанных, заседания которого начались с 1859 года, тогда психиатрической и неврологической секции Медицинского общества Петербурга. К сожалению, уже в 1864 году или, возможно, чуть позднее заседания общества прекратились. Пятнадцать лет не было заседаний общества, за которые многое изменилось, и необходимость организации сообщества психиатров назрела и стала очевидной. 3 февраля 1879 года действительные члены общества — И.М. Балинский, П.Ф. Герцог, П.А. Дюков и К.Х. Зейферт — возобновили заседания общества, избрав 18 новых членов. После отказа И.М. Балинского от должности председателя общества должность эту занял И.П. Мержеевский, а товарищем председателя стал П.А. Дюков. В дальнейшем он активно участвовал в жизни общества — демонстрировал больных, выступал с сообщениями и принимал участие в создаваемых комиссиях (комиссии по созданию единообразной формы отчетов русских психиатрических заведений, комиссии для обсуждения вопроса о лучшем способе призрения неиму-

¹ Сейчас это здания Городской психиатрической больницы № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова.

² К сожалению, в настоящее время библиотека, как и каталог, составленный П.А. Дюковым, утрачены. Доступен лишь более поздний каталог библиотеки от 1905 года, дающий представление об уникальности книжного собрания.

щих душевнобольных в С.-Петербурге и многих других). И снова мы видим, сколь ответственным было отношение П.А. Дюкова к своей роли — организатора и вдохновителя создающегося психиатрического сообщества (ни один из членов общества не рекомендовал столько новых членов в первые годы его работы, сколько П.А. Дюков).

П.А. Дюков активно участвовал в организации Первого съезда отечественных психиатров в Москве в 1887 году, входя в организационное бюро. Однако принять в нем участия не смог, в связи с уже серьезно пошатнувшимся состоянием здоровья. Оставление должности старшего врача Больницы св. Николая Чудотворца П.А. Дюковым в 1881 году было связано с его болезнью. Состояние здоровья позволило П.А. Дюкову продолжать работать в должности старшего врача клиники душевных болезней Императорской Медико-Хирургической Академии до 1887 года, когда после 27 лет службы он ушел в отставку.

Скончался действительный статский советник Петр Андреевич Дюков 18 апреля 1889 года на 54-м году жизни от паралича сердца после перенесенной тяжелой пневмонии. Позволим себе привести цитату из некролога неизвестного автора, описывающую последние годы жизни П.А. Дюкова:

«В самое последнее время, когда, уже удрученный тяжелыми недугами, он должен был оставить свои служебные занятия, во время, свободное от мучительных припадков, он неустанно следил за специальной литературой и нашел возможным высказываться печатно по поводу тех или иных произведений, основываясь на своем опыте и обширном глубоком знакомстве с делом, и всегда *sine ira et studio*³, что давало всем критическим обзорам покойного характер солидных научных трудов и служения только науке».

Посвятив все свои силы становлению психиатрии, и после своей смерти он продолжил дело своей жизни. П.А. Дюков оставил капитал в 6000 рублей серебром Петербургскому обществу психиатров для присуждения премии за «лучшее сочинение по психиатрии».

Вглядываясь в судьбу «ровесника» отечественной психиатрической школы, нельзя не поражаться целеустремленности и завершенности в поступках П.А. Дюкова. Оказавшись у основания формирующейся психиатрической науки, подобно своему учителю И.М. Балинскому, он не оставил значимых трудов, но заложил фундамент науки и оставил целую плеяду учеников, продолживших его дело.

³ Без гнева и пристрастия (лат.).

Литература

1. Дюков П.А. Отчет о временной лечебнице для умалишенных при исправительном заведении в С.-Петербурге с 1 января 1866 по 1 января 1867 года // *Медицинский вестник*. 1867. № 29. С. 261–262.
2. Чечотт О.А. К развитию призрения душевнобольных С.-Петербургским городским общественным управлением 1884–1912 г. СПб., 1914. 291 с.
3. Дюков П.А. Материал для учения о действии опия с применением его к психиатрии: Диссертация на степень доктора медицины. СПб.: Тип. деп. внеш. торг., 1863. 65 с.
4. Иллинский П.А. Двадцатипятилетние деятельности врачей, окончивших курс Медико-Хирургической Академии в 1860. СПб.: Типолит. П. И. Шмидта, 1885. 192 с.
5. Петр Андреевич Дюков (некролог) // *Врачебные ведомости*. 1889. № 15. С. 227.
6. Текутьев Ф.С. Исторический очерк кафедры и клиники душевных и нервных болезней при Императорской Военно-Медицинской академии. СПб.: Военная типография, 1898. 303 с.
7. Шерешевский А.М. Психиатрия в Петербурге XVIII–XIX столетия: дис. ... д-ра мед. наук / НИПНИ им. В.М. Бехтерева. Л., 1983. 540 с.

Сведения об авторе

Некрасов Василий Анатольевич — ассистент кафедры психиатрии и наркологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. E-mail: vasilin81@rambler.ru

Психиатры России и Франции: курс на сближение

П.А. Скрипченко

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

Russian and French psychiatrists: A course of rapprochement

P.A. Skripchenko

The Sankt-Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute

Второго и третьего февраля в НИПНИ им. В.М. Бехтерева при поддержке Минздравсоцразвития России и комитета по здравоохранению администрации Санкт-Петербурга состоялся российско-французский симпозиум, посвященный актуальным вопросам организации психиатрической помощи.

Институт уже несколько лет сотрудничает с парижским Госпиталем Святой Анны: французские коллеги не раз бывали в Петербурге, а российские психиатры перенимали опыт организации психиатрической помощи больным во Франции. Тем не менее мероприятие подобного масштаба — как по количеству участников, так и по уровню их административного и профессионального положения — в рамках данного российско-французского сотрудничества психиатров прошло впервые.

С французской стороны в симпозиуме принимали участие представители Министерства труда, занятости и здравоохранения Франции, Главного управления по организации лечебной помощи (DGOS), представители Регионального агентства здравоохранения Иль-дэ-Франс, организации «Общественная помощь — Парижские Госпитали», а также врачи и административный управляющий персонал Госпиталя Святой Анны. Российские докладчики — главные врачи больничных учреждений Москвы и Петербурга, научные руководители отделений НИПНИ им. В.М. Бехтерева, ученые и практики.

На симпозиуме была представлена обзорная картина законодательства и особенностей организации здравоохранения в России и во Франции. Свидетельством особого интереса к симпозиуму с французской стороны является присутствие на нем не только генерального консула Франции в Санкт-Петербурге Элизабет Барсак, но и других представителей посольства Франции в России, занимающихся вопросами социально-культурных связей. Можно также отметить тот необычный факт, что французская делегация включила в свой состав представителей различных структур и организаций, которые не только не имеют опыта совместной работы, но даже находятся в состоянии определенной конкуренции с точки зрения распределения финансовых субсидий, научно-клинической работы и пр. Тем не менее конкуренция и разногласия отступили на второй план перед совместной задачей укрепления связей с Россией.

С французской стороны на симпозиуме выступали: Э. Годда, заместитель директора по международным отношениям организации «Общественная Помощь — Парижские Госпитали (АР-НР)», Л. Рэйе, управляющий отделом «Психиатрия — психическое здоровье» в Региональном агентстве здравоохранения Иль-дэ-Франс, д-р Ален Меркей из Госпиталя Святой Анны, д-р К. Лакёй, заведующий наркологическим отделением медико-социальной службы при Госпитале Святой Анны, Эрве Бенаму, врач-психиатр (Госпиталь Св. Анны), директор медицинской службы Госпиталя Н. Аламович, и д-р М. Фуйе, директор психиатрического департамента Больничного Центра «Юг — Иль-Дэ-Франс».

С российской стороны докладчиками были: профессор Н.Г. Незнанов, директор НИПНИ им. В.М. Бехтерева, главный специалист-эксперт по психиатрии Росздравнадзора, А.Г. Кондинский, главный врач НИПНИ им. В.М. Бехтерева, профессор Б.А. Казаковцев, руководитель отдела ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, профессор Ю.В. Попов, заместитель директора НИПНИ по научной работе, руководитель отделения психиатрии подросткового возраста, профессор А.Г. Софронов, главный психиатр Санкт-Петербурга, д. м. н. И.В. Макаров, руководитель отделения детской психиатрии НИПНИ им. В.М. Бехтерева, и многие другие.

Стоит отметить, что при наличии некоторых различий между системами здравоохранения и организации психиатрической помощи населению России и Франции, между ними существует много общего. Например, еще во времена Французской революции 1789 года все медицинские учреждения были национализированы: управление больницами и приютами было передано коммуна, а дома умалишенных отданы в ведение департаментов. В 1796 году созданы первые учреждения благотворительной помощи, а в начале XIX века появляется первая форма централизованного административного управления медицинскими и благотворительными структурами в виде Генерального совета больниц и приютов Парижа.

В 1893 году Третья Республика гарантирует доступ к медицинской помощи малоимущим гражданам, а в 1928 и 1930 годах принимаются законы об обязательном социальном страховании, что является существенным шагом с точки зрения доступности медицинской помощи каждому гражданину.

После 1945 года Франция, как и Россия после Октябрьской революции, подчиняется призыву «здравоохранение для всех!». На сегодняшний день среди стран Западной Европы Франция является страной с наиболее благоприятным и доступным режимом медицинского страхования. С 1999 года страховая система государственного покрытия медицинских расходов (СМУ) позволяет даже наименее обеспеченным гражданам Франции, в том числе и беженцам без гражданства, получать практически любую медицинскую помощь. Словом, Франция остается страной с наиболее доступной и высокоразвитой медициной, поддерживаемая, иногда с трудом, идеей Республики о доступности медицинской помощи для каждого. Такая идеологическая позиция — сделать здравоохранение общедоступным и одинаково качественным, вне зависимости от уровня заработной платы граждан, — сближает Россию и Францию.

В настоящее время в области организации здравоохранения во Франции присутствуют две общие тенденции: к децентрализации управления системой медицинских услуг и к сокращению сроков пребывания в стационарах в пользу персонализированной амбулаторной помощи. «Лечить лучше и дешевле!» — вот актуальный девиз сегодняшней французской медицины. Децентрализация системы управления отвечает трем основным требованиям: обеспечение лучшей координации медицинских услуг, наблюдение за более целесообразным расходованием средств и обеспечение гарантированного равного доступа к медицинским услугам подавляющего большинства населения.

В России так же актуальны тенденции к улучшению качества психиатрической помощи и ее доступности, к развитию социальной реабилитации и созданию большего числа амбулаторных центров оказания психиатрической помощи, укреплению и координации взаимодействия частной и государственной медицины.

Очень интересным для России является опыт Франции по оказанию амбулаторной помощи, а также по внедрению частных структур в область психиатрии. Действительно, Франция обладает разветвленной сетью амбулаторных структур медико-психиатрического или медико-психологического профиля, находящихся практически в каждом районе города и позволяющих качественно оказывать помощь населению. Такие центры оснащены всем необходимым оборудованием, обслуживаются многопрофильной командой специалистов (психиатры, психологи, социальные работники, логопеды, младший медицинский персонал и пр.) и оказывают услуги населению бесплатно (в том числе благодаря СМУ).

Нужно отметить, что, например, в случае психиатрических госпитализаций на детском секторе всего 2% приходится на круглосуточный стационар, остальные 98% — это амбулаторное лечение и дневной стационар. В России эквивалентом подобных структур могут служить диспансеры, но основное отличие заключается в том, что во французских структурах есть многопрофильные команды специалистов и в каждом городском районе работает по несколько таких центров.

Конечно, как отмечали французские докладчики, ситуация и у них неидеальна. Во-первых, рас-

пределение таких центров очень неравномерно. В крупных мегаполисах плотность распределения очень высока, тогда как в сельской местности и в менее больших городах она близка к нулю. Во-вторых, наличие на одном секторе нескольких структур, оказывающих психиатрическую и психологическую помощь, подчиняющихся разным административным органам, иногда приводит к созданию ситуаций нездоровой конкуренции «за пациентов» или за финансовые субсидии. Кроме того, происходит распыление финансовых средств, выделяемых государством или регионами на данную область. То есть координация и совместная работа, в рамках отдельно взятого географического сектора, происходит оптимальным образом тогда, когда количество таких структур в одном районе не превышает определенный порог.

Другое достижение французской системы — это внедрение частной медицины и частного финансирования в область оказания психиатрической помощи населению. Общее количество психиатрических учреждений в 2006 году составило 1871, из них 240 частных психиатрических учреждений, коммерческого и некоммерческого характера. Большинство таких (некоммерческих) структур активно принимает участие в государственной программе лечения, оказывая различный спектр услуг, от консультирования и отслеживания на дому и до круглосуточной госпитализации. В некоторых секторах, например в области работы с подростками и детьми или с лицами пожилого возраста, такие структуры являются просто незаменимыми.

После докладов французских коллег о правовых основах психиатрической помощи выяснилось, что в области гарантий прав пациента, в частности в случае недобровольной психиатрической госпитализации, российские законы не только не уступают французским по своей гуманности и уважению прав человека, но и являются даже более требовательными к психиатрам. Хотя в Европе, в том числе во Франции, до сих пор бытует мнение об авторитарных и попирающих права человека «русских законах». Скорее всего, данные стереотипы основаны на исторически сформированном восприятии России (Советского Союза) как тоталитарного государства во всех его областях, в том числе, и в области психиатрии.

Особое внимание французских специалистов привлек доклад профессора Е.М. Крупицкого, представивший результаты многолетних исследований применения препарата Налтрексон для лечения опиатной зависимости. Наркологическая помощь лицам, зависимым от опиатов, во Франции, в отличие от России, в основном опирается на полные или частичные агонисты опиатов, и препараты-антагонисты используются очень редко. Поддерживающая терапия агонистами опиатов имеет свои плюсы и минусы. Например, в случае первичной госпитализации для лечения опиумной зависимости у подростка или лица молодого возраста использование агонистов не всегда оправданно, так как их прием является долгосрочным мероприятием, рассчитанным на несколько лет. В случае, когда абстинентный синдром уже снят, когда у молодого пациента с небольшим стажем

употребления сохранился хороший уровень социальной интегрированности и семейных отношений, использование агонистов опиатов может надолго отложить во времени выздоровление. Французские коллеги, из-за преобладающей тенденции к использованию агонистов, не обладают достаточным опытом использования Налтрексона и поэтому часто затрудняются предложить альтернативу препаратам-агонистам. Именно поэтому доклад Е.М. Крупицкого вызвал неподдельный интерес. Что же касается опыта французских коллег в области лечения опиумной наркомании, то его использование в России, к сожалению, пока невозможно, так как поддерживающая терапия агонистами опиатов не является разрешенной.

Другой доклад затрагивал актуальную и печально популярную в России и Франции тему суицида в подростковом возрасте. Профессор Ю.В. Попов отметил, что изучение суицидального поведения у подростков в настоящее время наталкивается на ряд проблем методологического и практического

характера. Недостаточно разработаны методики, позволяющие выявлять среди подростков контингенты, которые подлежат профилактическому наблюдению на предмет суицидоопасности. А учитывая порой короткий промежуток времени, который занимает у подростка процесс с момента формирования суицидальных мыслей до непосредственно суицида, профилактика представляется еще более затруднительной.

Многие подростки, предпринявшие попытку самоубийства, поступают на соматические отделения больниц и, пройдя курс лечения, так и не попадают в сферу внимания психотерапевтов или психологов. Во Франции ситуация во многом схожая: уровень смертности среди подростков по причине суицида превышает лишь показателем смертности по причине дорожно-транспортных происшествий. Поэтому докладчик выразил надежду на то, что совместные наработки обеих стран в данном вопросе обеспечат в дальнейшем снижение печально высоких показателей.

О Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Мир аддикций: химические и нехимические зависимости, ассоциированные психические расстройства»

About the International Conference «World of Addictions: Chemical dependencies, non-chemical dependencies, and related psychiatric disorders»

Глубокоуважаемые коллеги, дорогие друзья!

Приглашаем вас принять участие в работе Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Мир аддикций: химические и нехимические зависимости, ассоциированные психические расстройства», которая состоится 29–30 ноября 2012 года в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева.

Феноменология болезней зависимости разнообразна. Аддиктивная патология включает зависимости от алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ — химические зависимости, разнообразные формы нехимических зависимостей, а также широкий спектр связанных с ними психических расстройств психотического и непсихотического регистров, заболеваний инфекционной (СПИД, гепатит и др.) и неврологической природы, находящихся в сложных коморбидных отношениях. На конференции планируется обсудить вопросы эпидемиологии и организации наркологической помощи, клиники и диагностики болезней зависимости, различные подходы к их лечению (фармако- и психотерапия), а также проблемы реабилитации наркологических больных и профилактики наркологических заболеваний. Особое внимание будет уделено парадигме доказательной медицины как методологической основе современной наркологии.

Специальный симпозиум будет посвящен формированию химической и нехимической зависимости при эндогенных психических расстройствах. Злоупотребление психически активными веществами и иные формы зависимости широко распространены среди больных шизофренией, шизотипическими, аффективными и тревожными расстройствами, другими психическими заболеваниями. В терапевтических программах при определении показаний для дифференцированного применения психотропных препаратов из различных классов (антипсихотиков, антидепрессантов, транквилизаторов и др.) фактор зависимости недостаточно учитывается. Отсутствие разработанных рекомендаций по терапии эндогенных психических расстройств, сочетающихся с наличием зависимости, вероятно, определяет сохраняющийся до настоящего времени разграничение между психическими и наркологическими заболеваниями. В ходе планируемой дискуссии предполагается сравнение мнений экспертов-ученых и врачей-практиков, что позволит сформировать направления дальнейших исследований для оптимизации диагностики и терапии таких психических расстройств.

Среди направлений работы конференции – актуальные проблемы исследования психологических аспектов аддиктивных нарушений, медико-психологические и социально-психологические вопросы превенции и реабилитации, психокоррекционные методы в комплексной терапии наркологических заболеваний. Предполагается обсуждение вопросов, связанных с созданием нового и адаптацией широко используемого психодиагностического инструментария, предназначенного для объективации различных аспектов аддиктивного поведения. Особое внимание будет уделено психологическим аспектам доклинических форм химических и нехимических зависимостей. Планируется также обсуждение вопросов, связанных с психической травматизацией родственников и членов семей больных с аддиктивной патологией.

Рассматривая аддикции с позиций биопсихосоциального подхода, на конференции планируется обсудить состояние, современные достижения и проблемы применения психотерапии при лечении и реабилитации больных с зависимостями, внедрение современных моделей психотерапевтической среды в практику работы наркологических учреждений, подходы к разработке индивидуальных психотерапевтических программ для пациентов с различными формами зависимостей, сопряженными с неврологическими, невротическими и личностными расстройствами, психотерапевтической поддержки их семейного окружения. В качестве отдельной задачи «психотерапевтического» направления конференции предполагается обсуждение методических особенностей индивидуальной, семейной и групповой психотерапии в наркологии.

В рамках конференции намечено проведение симпозиума «Неврологические расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ». Программа симпозиума предусматривает обсуждение проблем диагностики, механизмов развития и особенностей течения неврологических нарушений, связанных с наркологической патологией (острых и хронических энцефалопатий, деменций, полиневропатий, вегетативной, сосудистой, мозжечковой патологии, эпилепсии, черепно-мозговых травм, последствий воздействия психоактивных веществ на развивающийся плод и др.). Планируется рассмотреть вопросы фармакотерапии и профилактики неврологических расстройств при наркологических заболеваниях.

Отдельная секция в рамках конференции будет посвящена вопросам изучения биологических основ развития аддиктивных состояний. Предполагается обсуждение актуальных вопросов, касающихся физиологических и нейрохимических подходов к изучению формирования зависимостей в эксперименте и клинике, а также перспектив фармакотерапии наркологических заболеваний.

Организаторы конференции:

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева
Национальный научный центр наркологии
Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова
Российское общество психиатров
Национальное Наркологическое Общество
Российская Психотерапевтическая Ассоциация
Комитет по здравоохранению Правительства С.-Петербурга

Место проведения конференции:

Санкт-Петербург, улица Бехтерева, д. 3, Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, Конференц-зал.

Открытие конференции состоится 29 ноября 2012 г. в 10:00.

Заккрытие конференции – 30 ноября 2012 г. в 17:00.

Информация о конференции, направлении тезисов и формах участия будет размещена на сайте Санкт-Петербургского НИПНИ им. В.М.Бехтерева (www.bekhterev.ru), а также на сайтах Российского общества психиатров (www.psychiatr.ru) и Российской Психотерапевтической Ассоциации (www.rpa-russia.ru).

По вопросам публикации тезисов можно также обращаться по телефону: (812) 365-20-80, к Натальи Владимировне Семеновой.

В работе научной конференции ожидается участие более 500 научных сотрудников и врачей: наркологов, психиатров, неврологов, психотерапевтов и других специалистов, принимающих участие в научных исследованиях в области болезней зависимости и в оказании наркологической помощи, из всех регионов России, ближнего и дальнего зарубежья. Докладчики — ведущие российские ученые в области наркологии, психиатрии, фармакологии, психотерапии, неврологии.

В период проведения научной конференции будет организована выставка современных образцов медицинского оборудования и лекарственных препаратов.

Приглашаем вас принять участие в конференции.

Оргкомитет конференции

Круглый стол «Принудительное лечение наркозависимых: спасение или тупик?»

Round table «Compulsory treatment of drug addicts: Rescue or deadlock?»

Несколько десятков ведущих отечественных ученых и практиков в области психиатрии и наркологии обратились с открытым письмом в Российское общество психиатров. В нем они высказываются категорически против попыток ввести в российскую систему оказания помощи лицам с наркотической зависимостью так называемое принудительное лечение и недобровольную госпитализацию больных наркоманией и алкоголизмом.

В статьях, опубликованных в последние годы сотрудниками Национального научного центра наркологии и Московского научно-практического центра наркологии, отстаивается точка зрения о том, что патологическое влечение является психотическим синдромом (бредом, сверхценной идеей). И это утверждение, по мнению подписавших обращение в РОП, противоречит клинической реальности и базовым психопатологическим представлениям отечественной и мировой психиатрии. Мировая психиатрия рассматривает аддиктивное влечение исключительно как поведенческое (а не психотическое) расстройство (ICD-10, DSM-IV).

В ответ на это обращение, опубликованное на сайте РОП (www.psychiatr.ru), первым отреагировал профессор Е.А. Брюн, главный специалист-нарколог Минздравсоцразвития России и председатель Российской наркологической лиги; он в полемическом стиле вновь старался обосновать необходимость введения «недобровольной госпитализации» для больных наркоманией. Но если в кругу неспециалистов Е.А. Брюн объяснял важность подобного нововведения «социальным прессингом», без которого не снизить огромное количество наркоманов в стране, то в данном случае речь шла о принципиально новой трактовке диагноза «наркомания» — как разновидности психиатрического заболевания (сродни шизофрении). Именно этот постулат главного нарколога страны и вызвал, прежде всего, протесты профессионалов.

В дискуссии за «круглым столом» журнала «Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева» приняли участие: профессор **А.Г. Софронов**, главный специалист-психиатр и нарколог Санкт-Петербурга, зав. кафедрой психиатрии и наркологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова; профессор **А.Ю. Егоров**, профессор кафедры психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного университета и профессор кафедры психиатрии и наркологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова; профессор **Е.М. Крупицкий**, руководитель отдела наркологии НИПНИ им. В.М. Бехтерева, главный специалист-психиатр и нарколог Ленинградской области; **Д.П. Константинов**, главный врач городской наркологической больницы Санкт-Петербурга; **Л.И. Спизарская**, руководитель благотворительной общественной организации «Азария» («Матери против наркотиков»).

— Из собравшихся сегодня за нашим «круглым столом» трое подписали обращение в РОП (профессора Софронов, Егоров и Крупицкий).

Д.П. Константинов: И мы бы с Любовью Ивановной, несомненно, его подписали — если бы нам предложили.

А.Г. Софронов: Видимо, надо начать с кратко изложения сути проблемы, по поводу которой мы здесь собрались. Дело в том, что на протяжении последних лет главный нарколог страны Е.А. Брюн в своих интервью в СМИ и в прочих публичных выступлениях неоднократно обозначал позицию в пользу введения недобровольного лечения наркологических больных. Большая часть выступлений звучала в непрофессиональных изданиях, но в октябре прошлого года уже на совещании специалистов он обосновал концепцию так называемого «социального прессинга». «Прессинг», по представлениям главного нарколога, состоит в постоянной активной работе по пресечению потребления наркотиков (идея-то хорошая, да и не новая!). Начинать работать мы должны со здоровыми (тестирование в школах), далее человеку, которого заподозрили в употреблении наркотиков, дается шанс прийти к специалистам на анонимной основе, затем — на конфиденциальной основе. Если человек заболел, он становится членом учетной группы, и если медпомощь, оказанная ему, будет неэффективной, или человек от нее откажется, ему — как неисправимому потребителю — «светит» уголовное наказание.

Идея уголовного наказания за потребление наркотиков (отмененное, напомним, в 1991 году) высказывается постоянно — и представителями ФСКН, и представителями всевозможных общественных организаций, но мы, психиатры, воспринимали эти дискуссии спокойно: мы свободные люди в свободной стране — каждый может говорить, что хочет, если это не противоречит принципам демократии.

Однако вскоре в медицинском сообществе стали звучать предложения (в основном со стороны специалистов из Москвы и профессионалов далеко не «первой линии»), пытающиеся изменить наши представления о сущности наркотической и алкогольной зависимости. Строятся они на том, что патологическое влечение суть бред (аналогично такому расстройству при шизофрении), а сама зависимость суть психоз, сопровождающийся грубыми расстройствами психики. И из этого постулата делаются следующие построения: наркозависимые не осознают свои деяния, они не управляют своей жизнью и потому, говоря юридическим языком, невменяемы, а к невменяемым людям нужно принимать меры уже медицинского характера — недобровольную госпитализацию.

А.Ю. Егоров: Но, извините, даже если у человека бред — это еще не значит, что его можно лечить недобровольно!

А.Г. Софронов: Фактически — вместо использования принципов доказательной медицины, когда каждое положение подкрепляется научной литера-

турой или исследованием, — идет очень поверхностное и умозрительное обоснование «бреда наркозависимых», что подрывает основы нашей, устоявшейся годами, деятельности в области психиатрии. Замечу, что наркологические заболевания и классифицируются как психические расстройства — этого никто не отменял. И в психиатрии действует закон, которого тоже никто не отменял, согласно 29-й статье этого закона мы можем больного госпитализировать в недобровольном порядке — если он представляет реальную опасность для себя и окружающих. И становится совершенно непонятно, чего же хотят данные специалисты: расширения действия статьи 29-й на всех наркозависимых? Или принятия неких новых юридических документов?

Усиление «психиатрической» составляющей в концепции «социального прессинга» очень напрямую специалистов, далеких от наркологии: мы все еще помним, что советская школа психиатров была исклучена из мирового сообщества именно за подобные злоупотребления психиатрическими диагнозами.

— **Один из вступивших в дискуссию на сайте РОП психиатр-нарколог, директор Украинского института исследований политики общественного здоровья С.В. Дворяк, тоже напоминает об этом: «Кто следующий в списке на исключение из гражданской жизни?.. Может, пора разобраться с МСМ (мужчинами, имеющими секс с мужчинами)? Думаю, многие, как и я, помнят времена, когда таких субъектов уволить из рядов Советской Армии можно было только по статье «шизофрения»...**

А.Г. Софронов: Словом, мы подошли к опасной черте, когда надо принимать решения с позиций медицинских и правовых норм. Сегодня уже не все так безобидно, как нам кажется. Многие из нас участвовали в прокатившейся волной по стране дискуссии, связанной с делом Егора Бычкова из Нижнего Тагила, и большая часть людей заняла позицию, оправдывающую тактику насилия в отношении наркозависимых. Критикующая такие подходы сторона подверглась жесточайшей обструкции и осталась в меньшинстве.

Е.М. Крупицкий: Мне представляется, что проблема, ставшая поводом для дискуссии, — это частный случай. Так сложилось, что она получила большое звучание, но на самом деле это частный случай общей ситуации. А общая ситуация заключается в том, что отечественная наркология очень странная и своеобразная. Она отличается от наркологии развитых стран Европы и Америки. Это то, что я называю условно «галапагосским вариантом». Помните, Чарльз Дарвин описал своеобразный животный мир Галапагосских островов, кардинально отличающийся от того, что был на континенте. Наркология России, отделившаяся от мировой в 50-е годы прошлого века, стала именно «галапагосским вариантом».

Чем же отличается этот «свой» путь российской наркологии? Он характеризуется четырьмя обстоятельствами. Первое — у нас применяются ненаучные стандарты наркологической помощи, то есть стандарты, не основанные на строгих научных (доказательных) исследованиях. У нас есть устаревший 140-й приказ Минздравсоцразвития, но то, что

в нем рекомендуется, противоречит формулярам лекарственных средств, также утвержденных Минздравсоцразвития. Скажем, в показаниях к применению галоперидола вы нигде не найдете лечения наркомании и алкоголизма, а в приказе это есть.

Второе — у нас нет ряда методов лечения, эффективность которых доказана в строгих научных исследованиях за рубежом. И как следствие, возникают уродливые попытки решить проблему тем самым «галапагосским» путем. Так возникает тема принудительного лечения.

У нас, к сожалению, выходит значительное количество ненаучных по сути публикаций в научных наркологических журналах и звучит много непрофессиональных, не отвечающих критериям научности докладов на наркологических конференциях. Таких докладов, которые в студенческие научные общества нельзя представлять, так как они совершенно не соответствуют принципам научной (доказательной) медицины, принятым международным медицинским сообществом. У ряда российских ученых-наркологов нет правильного понимания того, как делаются научные (доказательные) исследования, и публикация научнообразно оформленных, но ненаучных по сути результатов совершенно сбивает с толку практических врачей-наркологов. Это третье.

И последнее — как известно, свято место пусто не бывает, и поскольку у нас в наркологии нет научно обоснованных стандартов лечения, то это место заполняется всякими шаманскими методиками (так называемое «кодирование», «химзащиты» и т. п.), идеями принудительного лечения и активностью религиозных организаций.

Такова общая панорама, в контексте которой встает этот частный вопрос о принудительном лечении. Нашим больным, получается, путь лежит либо в тюрьму, либо в церковь.

Л.И. Спижарская: У меня, как у представителя страдающей стороны, есть только один вопрос к авторам концепции: о каком лечении идет речь? Ну, схватили вы несчастного и принудительно привезли на лечение — куда? Как и кто лечить-то его «принудительно» будет? Мой сын 4 раза сидел в тюрьме — вот, казалось, возможности для принудительного лечения! Но ведь его не было...

Когда мы знакомимся с опытом работы с наркозависимыми в Швеции, то нас поразило, как там скрупулезно трудятся специалисты с больными. Если суд назначает человеку принудительное лечение, то специальный психолог-мотиватор будет работать с ним до тех пор, пока он не скажет «хочу лечиться»!

Е.М. Крупицкий: Надо заметить, что у нас постоянно путают альтернативное и принудительное лечение. Никто не возражает против существующего во всем мире лечения как альтернативы тюремному наказанию. Если человек совершил незначительное правонарушение в состоянии алкогольного либо наркотического опьянения или преступление было так или иначе связано с наркотиками (тут четко оговорен спектр правонарушений), в этом случае ему или ей предлагается вместо уголовного наказания пойти лечиться. Это АЛЬТЕРНАТИВНОЕ, а не принудительное лечение. ПРИНУДИТЕЛЬНОЕ лечение — это когда

человека изолируют от общества за то, что он болен, то есть в данном случае — за наличие у него диагноза «алкоголизм» или «наркомания». То есть предлагается, что человека «принудят» лечиться только потому, что он... зависим от наркотика.

А.Г. Сафонов: В США очень активно используется опыт вынесения условного приговора, обязательного посещения нарколога. Но это — альтернативное лечение!

Д.П. Константинов: На мой взгляд, мы имеем полную путаницу в трактовке понятия принудительного лечения. Что вообще имеется в виду? Лечение наркозависимых в неких изолированных учреждениях типа ЛТП, существовавших в советские времена? Или в условиях психиатрических больниц, что я считаю полным маразмом.

Кстати, Указ президента от 10 июня 2010 года, где сформулирована концепция государственной наркополитики, прописывает альтернативное лечение. Но — опять-таки — кто будет заниматься организацией такого вида помощи? Мы на днях получили из комитета по здравоохранению «бумажку», где нам рекомендовано разработать некие клинико-диагностические действия, направленные на раннее выявление детей и подростков, склонных к употреблению наркотических веществ. Простите, это мы, больница, оказывающая помощь зависимым людям, должны и профилактикой заниматься?

Е.М. Крупицкий: Мы же и говорим об отсутствии научно обоснованных подходов к профилактике и лечению в российской наркологии. Есть масса вариантов того, как удержать подростков от наркомании, как сделать клиники привлекательными для пациентов, но у нас эти подходы, к сожалению, не используются.

Л.И. Спижарская: А в это время матери с проблемным ребенком просто некуда пойти. В наркодиспансер она не пойдет — все знают, что, кроме постановки на учет, никакой помощи там не получишь.

А.Г. Софонов: При этом созданные в городе несколько лет назад реабилитационные центры пустуют — нет спроса на эту услугу. Пока мы не поняли, в чем дело: либо мало выявляют ребят из групп риска, либо плохо выявляют. Ну и очевидно налицо некий социальный процесс: наркозависимых подростков становится меньше, а бездомных детей практически в Петербурге нет.

А.Ю. Егоров: Полагаю, свою роль сыграла эпидемия наркомании в конце 90-х и смертей наркозависимых от передозировок. Когда гибнет не кто-то где-то, а близкий тебе человек или живущий по соседству, это вызывает страх. А страх удерживает от желания попробовать наркотик. Тут сработала, на мой взгляд, не чья-то работа по профилактике, а инстинкт самосохранения. Даже если он не так развит в подростковой среде. Иначе как объяснить трехкратное падение заболеваемости наркоманией с 2000 к 2002 году. Не нашими же усилиями!

П.Д. Константинов: Дорогая Любовь Ивановна, у наших людей совсем другой менталитет. Мы каждый день отписываем по 10–20 предписаний в учреждения исполнения наказаний, где находятся лица, которым суд предписал пройти лечение — они не приходят лечиться и никто их заставить не может... Но все равно это не значит, что нам нужна

некая дубина в виде некоего принудительного лечения. В конце концов, на какие миллиарды строить будем новые лечебные учреждения? Где возьмем профессионалов, которые будут там работать?

А.Г. Софонов: Давайте все же подчеркнем, что принудительное лечение есть в любой стране — оно применяется к человеку, совершившему тяжкое преступление в невменяемом состоянии, когда он не отдает отчета в своих действиях и их последствиях. Если судмедэкспертиза признает его больным и недееспособным, он направляется на принудительное психиатрическое лечение, необходимость и продолжительность которого определяет врачебная комиссия.

Для того чтобы человеку поставить диагноз, проводятся определенные манипуляции. Например, дается срок либо для стационарного, либо для амбулаторного наблюдения, и по совокупности данных применяется решение о дееспособности человека.

Е.М. Крупицкий: И 29-я статья закона о психиатрической помощи никогда не применялась по причине алкогольной или наркотической зависимости человека. Главный же нарколог страны предлагает, повторю, именно это: рассматривать диагноз зависимости как основание для принудительной госпитализации.

А.Ю. Егоров: В этом-то и хитрость! Признав влечение к алкоголю или наркотикам бредом, человека предлагают по сути признать больным шизофренией или другим ПСИХОТИЧЕСКИМ больным. В этом случае на него можно распространить 29-ю статью! Да, с оговорками, но можно. Казалось бы, мы вроде возражаем всего лишь против теоретических положений о сути патологического влечения, но в реальности этот спор ведет к принятию целого ряда юридических и правовых последствий на практике. Например, наркозависимого или алкоголика решат насильно госпитализировать в психиатрическую больницу, что, на мой взгляд, абсолютно бессмысленно, если не сказать противозаконно!

Е.М. Крупицкий: Нигде в мире влечение не рассматривается как бредовое расстройство. Это опять наш «галапагосский вариант».

Л.И. Спижарская: Это страшно еще вот чем: малообразованные и измученные своим больным ребенком родители, не знающие, у кого и какой помощи просить, могут с радостью откликнуться на предложение забрать их ребенка на лечение силой. Я и сама в самом начале была готова поймать сына и запереть дома. И было такое представление, что если он посидит дома, то у него все это пройдет — он поймет и перестанет принимать наркотики. Теперь-то я понимаю, как глупа я была, но для этого понимания мне понадобились годы, и специалисты-наркологи мне в этом помогли слабо...

Население очень мало знает о наркомании, об алкоголизме, о возможностях лечения, о выздоровлении, а мифов — масса. Я недавно слушала дискуссию о принудительном лечении на радио «Эхо Москвы». И что вы думаете? 98 процентов продвинутых слушателей этой радиостанции проголосовали... за принудительное лечение!

А.Ю. Егоров: Когда я выступал на радио «Эхо Москвы» против методов Егора Бычкова, мне никто из звонивших не сказал ничего хорошего...

Л.И. Спижарская: Мы и стараемся заниматься просвещением родителей. Мы ведь все — родом из детства. И если говорить о принудительном лечении, то только для родителей. Конечно, условно принудительном. Мы же знаем, что если дома все хорошо, дети не будут употреблять наркотики. А зависимому человеку можно помочь только если он сам этого страстно хочет.

А.Г. Софронов: В том-то и дело. И если в медицине появились деньги, давайте их направим

на строительство нормальной наркологической службы, отменив при этом наркологический учет.

— Под общие аплодисменты процитирую слова еще одного участника дискуссии на сайте РОП, профессора А.Г. Гофмана: «Надежда — не на какие-то изменения в отношении к больным, а на государственные мероприятия, которые реально могут изменить ситуацию в стране. И, конечно, никого не надо устрашать и стигматизировать».

Заседание «круглого стола» вела Ольга Островская

Место психотерапии в современной России

Интервью с к. м. н. Р.К. Назыровым, руководителем Отдела новых технологий и внебольничной психотерапии СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Президентом Российской Психотерапевтической Ассоциации

The place of psychotherapy in modern Russia

Некоторое время назад в журнале Европейского колледжа нейробиофармакологии (ECNP), был опубликован доклад, где сообщалось о результатах многоцентрового исследования, в ходе которого было обследовано более 500 миллионов европейцев — взрослых и детей из 27 стран Евросоюза, а также Швейцарии, Исландии и Норвегии. И у 165 миллионов (38%) были обнаружены различные психические отклонения, включая бессонницу, депрессию, а также алкогольную и наркотическую зависимость.

Можно было бы посочувствовать непростой жизни современных европейцев, но подоспевший недавно другой доклад, Фонда народонаселения ООН, о продолжительности жизни в странах мира, еще раз всем продемонстрировал, что именно Россия пребывает в крайне сложной психосоциальной ситуации. Поскольку именно мы занимаем почти все первые места по отрицательным показателям: 1-е место в мире по количеству самоубийств среди пожилых людей, детей и подростков; 1-е место в мире по числу разводов и рожденных вне брака детей; 1-е место в мире по потреблению спирта и спиртосодержащих продуктов и, наконец, 1-е место по потреблению героина (21% мирового производства).

И никого уже не удивляет бурный рост у россиян пограничных психических расстройств, являющихся, как говорят специалисты, закономерным следствием социально-экономических событий в нашей стране. Словом, психиатры, судя по всему, еще долгое время без работы не останутся — напротив, в России по-прежнему остро не хватает специалистов, и прежде всего в области психотерапии.

— По результатам проведенного нами исследования, в настоящее время специализированная психотерапевтическая помощь осуществляется в 76 субъектах Российской Федерации, и во все учреждения, оказывающие такую помощь, ежегодно обращаются более 200 тысяч россиян. Но это, по меньшей мере, в 10 раз ниже реальных потребностей! — утверждает наш собеседник Равиль Каисович НАЗЫРОВ, президент Российской Психотерапевтической Ассоциации, руководитель отдела

новых технологий и внебольничной психотерапии Санкт-Петербургского НИПНИ им. В.М. Бехтерева. — Сегодня укомплектованность кадрами врачей-психотерапевтов по стране составляет лишь 28%, а в Санкт-Петербурге — вообще 17%.

— **Возможно, проблема будет решена, когда определенные функции будут переданы врачам общей практики?**

— Отчасти это верно, врачи общей практики получают возможность — после прохождения специальной подготовки — назначать своим пациентам психотропные препараты. Но верно это именно отчасти!

С одной стороны, наша психиатрия по-прежнему стигматизирована, и людям, несомненно, будет проще обращаться за помощью к врачу общей практики, нежели идти на прием к психиатру. Но с другой стороны, понимают ли врачи общей практики всю ответственность подобного решения? Ведь известно, что сам по себе препарат, даже самый современный, навряд ли вылечит человека, если он сам не будет к этому стремиться — с помощью того же врача.

Сегодня общемедицинская парадигма формулируется как единство трех равноправных составляющих, интегрированных в биопсихосоциальный подход к пониманию болезни и лечения, но на поверку выходит, что активным образом продвигается, по сути, только одна ее часть — биологическая. В современной медицине наблюдается явный «биоцентрический» всплеск, когда предполагается, что болезнь можно вылечить чудо-лекарством. Это касается области лечения пограничных психических расстройств, неврозов, да и многих других направлений медицины. Объявляется, что создан, наконец, препарат 3-го поколения, который вылечит любую депрессию и решит все проблемы. Да не решит он ничего!

Я, как психотерапевт, воспитанный нашей петербургской психотерапевтической школой, искренне переживаю этот «реванш» биологии и химии. Понятно, что это проще — выписать препарат, который действительно уберет симптомы заболевания, нежели месяцами упорно работать вместе с пациентом над причинами расстройства.

Но вы знаете, как, например, работают международные бригады врачей, приезжающие на борьбу с эпидемиями в слаборазвитых странах? Они заботятся не только о выявляемости и нераспространении инфекции — они должны учитывать психологические особенности того населения, на помощь которому приехали. Иначе люди, если врачи будут воспринимать их только как больные тела, перестают за этой помощью обращаться! В области инфекционных болезней, при изучении высококонтагиозных заболеваний доказано, что их распространенность и эпидемиология, оказываются, зависит от психологического фактора. И тогда — учитывает бригада врачей психологический фактор — одни показатели заболеваемости, не учитывает — совершенно другие. И это область медицины, где возникновение заболевания определяется исключительно биологическими причинами! При терапии психических расстройств успех лечения на 70–80% определяется индивидуально-психологическими особенностями больного. «Органические» факторы, генетическая база, эндогенные механизмы — это всего лишь 2–7%, а все остальное — это личность человека, его образ жизни, отношение к своей болезни и лечению, реакция ближайшего окружения. Все это и определяет исход лечения.

Современная психотерапия — это не изустное творчество самих психотерапевтов, это часть психиатрии. Предметом клинической психотерапии как складывающейся научной медицинской специальности является сложная многоуровневая система, с одной стороны, опирающаяся на существующие естественнонаучные классификации в психиатрии, а с другой, отражающая особенности индивидуального реагирования (адаптации) человека в психических и психологических феноменах. И все это тесно связано с социальной средой и социальными процессами. Каким-то больным — с рунинированными стадиями психоза — могут помочь только препараты. Но там, где теплится душа, человек с помощью врача может обратить ее в сторону активного противодействия болезни. Это кстати, в полной мере относится и к наркологии.

Мои переживания вызваны конкретной практикой: среди пациентов все чаще встречаются люди, которые приходят за помощью, пройдя уже несколько курсов лечения современными антидепрессантами. Препараты нового поколения более эффективно работают, но в некоторых случаях лишают пациента возможности самостоятельно искать выход.

— **Тем не менее, они же к вам пришли...**

— Пришли те, кто нашел в себе силы увидеть, что происходит что-то неладное, что срывы происходят все чаще, и длются они все дольше. Но обычно человек, принимая современные препараты, перестает обращать внимание на свой образ жизни, на признаки развития депрессии, он живет и работает, как делал это и до болезни, не оберегая себя и будучи уверенным, что в случае чего доктор назначит препарат. И рано или поздно он ломается.

— **Мы вновь возвращаемся к тому, с чего начали разговор: с нехватки специалистов.**

— Можно уверенно говорить, что в России есть психотерапевтическая служба, и в некоторых регионах она очень мощная. Так называемая служ-

ба 5-й категории включает в себя все необходимые составляющие: на территории есть главный специалист, созданы психотерапевтические центры, стационарные психотерапевтические отделения и психотерапевтические кабинеты, а в медицинских вузах открыты кафедры психотерапии. Когда существует подобная инфраструктура, психотерапия как направление эффективно развивается, и у нее есть запас прочности.

Отличные службы сегодня работают в сибирских городах, в Оренбурге, Краснодаре, Уфе, Казани. Но, как ни странно, приходится признать, что у нас в Санкт-Петербурге, где есть и главный специалист России по психотерапии, и несколько кафедр в вузах, и головной НИИ, служба психотерапии слабая.

— **Ваш идеал — психотерапевтическая служба в США?**

— Ни в коем случае! Как известно, в США психотерапевтическая помощь — в силу разных причин — чрезмерно развита. А это дает человеку иллюзию полной защищенности со стороны врача, и ему самому, выходит, уже ни к чему бороться за себя и за свое психическое здоровье. Там вполне нормальной считается ситуация, когда, например, муж и жена ведут совместное хозяйство, строят финансовые планы, воспитывают детей, но личными переживаниями друг с другом никогда не делятся — для этого у них есть «свои» психотерапевты...

Между тем психотерапия — это же не волшебство, а медицинская специальность, и далеко не каждому человеку и не в каждой ситуации нужна помощь врача. В этом плане, на наш взгляд, в России как раз баланс соблюдается. Люди должны помнить, что психотерапия — это помогающая (!) медицинская специальность, то есть она помогает человеку делать шаги на пути борьбы с болезнью, но не подменяет его самого.

— **Но если существует и стационарная помощь, значит, болезнь иногда берет над человеком верх?**

— У стационарной помощи есть свои преимущества и недостатки — использовать ее необходимо действительно в самых острых, критических ситуациях, когда показан тесный контакт с пациентом, необходим надзор в случае суицидальной готовности и важно «вырвать» человека из психотравмирующих обстоятельств. Но надо помнить, что помощь в условиях стационара крайне затратна с финансовой точки зрения, и при этом происходит выключение человека из реальной жизненной ситуации, что затрудняет ее объективный анализ и проведение более обоснованного вмешательства. К тому же даже краткосрочная психотерапия невротических расстройств продолжается не менее 6 месяцев, это возможно в амбулаторных условиях, но затруднено в стационаре.

— **И сколько, с Вашей точки зрения, должно быть психотерапевтов в нашей стране?**

Мы проводили специальное исследование, чтобы понять, какой по минимуму должна быть эффективная сеть психотерапевтических кабинетов. Получилось, что 1 психотерапевт должен обслуживать 16 тыс. жителей, и у него должен быть хотя бы кабинет для индивидуальной работы, создающий специальное пространство, куда человек в случае необходимости смог бы обратиться.

Обновленные требования к содержанию и оформлению статей

Общие требования

1. К рассмотрению принимаются работы, ориентированные на тематические рубрики журнала (психиатрия, психотерапия, медицинская психология, наркология) и соответствующие настоящим требованиям. Все материалы рецензируются. Не принимаются статьи, которые уже напечатаны в других изданиях или направлены для публикации в другие издательства. В печатных экземплярах рукописей в конце статьи должны быть подписи всех авторов.

2. В конце статьи должна быть представлена следующая информация: ФИО всех авторов полностью, ученая степень и звание (если есть), должность и место работы полностью (на русском и английском языках), а также координаты каждого автора для обратной связи: рабочий телефон, электронная почта.

3. Присылаемые статьи должны быть написаны на русском языке и представлены в печатном экземпляре и в электронном виде на компьютерном диске или флэш-карте (страница А4, через 1,5 интервала, шрифт Times New Roman, кегль 12, автоматическая расстановка переносов). Поля страницы: слева — 3 см, справа — 1 см, сверху и снизу — по 2 см, нумерация страниц внизу справа.

4. Обязательно должны быть представлены (в начале или в конце статьи) на русском и английском языках: аннотации статьи (не более ½ страницы), включающие ее название, авторов, название учреждения, кратко изложенные результаты работы и ключевые слова к статье.

5. Статья, информация об авторах и аннотации подаются одним файлом. Название файла состоит из фамилии первого автора.

Структура статьи

1. Название статьи по центру жирным шрифтом.

2. Инициалы и затем фамилия (фамилии) автора (авторов) по центру жирным шрифтом.

3. Полное название учреждения (учреждений) по центру курсивом с указанием города, если из названия учреждения этого не следует.

4. В случае, когда соавторы представляют более одного учреждения, рядом с фамилией каждого автора должна стоять цифровая сноска (или звездочка), указывающая на его принадлежность к конкретному учреждению.

5. Оригинальные исследования должны иметь разделы: введение, цель (задачи), материалы и методы, результаты (обсуждение), выводы. Теоретические, проблемные, дискуссионные и обзорные работы могут иметь иные разделы. Краткие сообщения печатаются без подразделения их на части и без рисунков.

6. После текста статьи приводится список литературы (примечательный библиографический список) согласно действующему ГОСТ Р 7.0.5—2008 «Библиографическая ссылка». Общие требования и правила составления. Цитируемая литература нумеруется и приводится в алфавитном порядке. Не допускаются ссылки на неопубликованные работы. При использовании большого количества литературных источников номер ссылки в тексте статьи заключается в квадратные скобки и должен соответствовать нумерации в списке литературы.

Таблицы, рисунки, диаграммы

1. Таблицы должны быть оформлены корректно и включаются в текст самой статьи. Таблицы нумеруются и имеют название.

2. Рисунки (диаграммы, графики) нумеруются, имеют название, не должны повторять материалы таблиц и включаются в текст самой статьи.

3. Статья не должна изобиловать таблицами, рисунками и графиками. Эти формы включаются лишь при настоятельной необходимости для полноты изложения материала.

Прочие условия

Статья, не соответствующая требованиям, к публикации не принимается. Редакция оставляет за собой право редактировать текст при обнаружении технических или смысловых дефектов либо возвращать статью автору для исправления или сокращения, в том числе при наличии значительного количества грамматических ошибок. Датой поступления статьи считается день получения редакцией окончательного текста. Отклоненные работы и прочие материалы не возвращаются. Автору может быть предоставлен текст отрицательной рецензии на статью. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов. Плата с аспирантов за публикацию рукописей не взимается.

Объем публикации

Вид публикации	Кол-во печатных страниц	Кол-во источников литературы
Научный обзор	до 12	до 70
Проблемная статья, статья в «Дискуссионном клубе»	до 12	до 25
Оригинальное исследование	до 10	до 20
Статьи в другие разделы	до 6	до 10
Краткое сообщение	до 5	до 5
Рецензия на монографию, учебник	до 3	-

С материалами выпусков журнала можно ознакомиться на сайте www.bekhterev.ru

Справки в Санкт-Петербурге:

Тел./факс: +7 (812) 412-72-53, E-mail: ppsy@list.ru — Макаров Игорь Владимирович.

Статьи направлять по адресу: 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, НИПНИ им. В.М. Бехтерева — ответственному секретарю журнала «Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева», д.м.н. И.В. Макарову (отделение детской психиатрии).



Ципралекс – МЕЛОДИЯ ЖИЗНИ

За более подробной информацией о препарате Ципралекс обращайтесь в Представительство компании Лундбек в России:
123007, Москва, Хорошевское шоссе, 32 А
Тел. (495) 380 31 97; факс (495) 380 31 96
e-mail: russia@lundbeck.com
www.lundbeck.ru; www.depressia.ru

Lundbeck  Ciprallex®
escitalopram

**ПО КАКИМ КРИТЕРИЯМ ВЫ ОЦЕНИВАЕТЕ
УЛУЧШЕНИЕ СОСТОЯНИЯ
ПАЦИЕНТА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ?**

ИНВЕГА®
ПАЛИПЕРИДОН
*Таблетки пролонгированного действия,
покрытые оболочкой*



ИНВЕГА®
**ПОМОГАЕТ ВЕРНУТЬ ПАЦИЕНТОВ
К НОРМАЛЬНОЙ СОЦИАЛЬНО
АКТИВНОЙ ЖИЗНИ^{1,2}**

**ИНВЕГА® ЭФФЕКТИВНО
КОНТРОЛИРУЕТ ШИРОКИЙ СПЕКТР
ПСИХОТИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ^{1,3}**

**ИНВЕГА® ОБЛАДАЕТ
ХОРОШЕЙ ПЕРЕНОСИМОСТЬЮ^{4,5}**

Ссылки:

1. Meltzer H et al. *J Clin Psychiatry* 2008; 69(5): 817-829.
2. Emsley R et al. *Int Clin Psychopharmacol* 2008; 23(6): 343-356.
3. Turkoz I et al. *Neuropsychiat Dis Treat* 2008; 4(5): 949-958.
4. Spina E, Cavallaro R. *Expert Opinion On Drug Safety* 6 (6); P.651-662, 2007.
5. Инструкция по препарату ИНВЕГА®.

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

Перед назначением внимательно прочитайте инструкцию
по применению препарата Инвега®
РУ: ЛСР-001646/07