

- ▶ Психообразование и киноискусство. Обучающий тип реабилитационных стратегий в психиатрической практике
- ▶ Повышение комплаентности к реабилитации у пациентов с шизофренией
- ▶ Перспективы и возможности применения ипидакрина в психиатрии
- ▶ XI Межвузовская конференция «Психосоматическая медицина в России-2025: междисциплинарная симфония»
- ▶ 8-е Штульмановские чтения. Итоги конференции

<http://logospress.ru>

№ 4/2024

Современная терапия в психиатрии и неврологии

Содержание/Contents

ПСИХИАТРИЯ

Ушаков Ю.В., Головина А.Г., Кравченко Н.Е., Максимов В.И.
Психообразование и киноискусство. Обучающий тип реабилитационных стратегий в психиатрической практике

- Мистер Джонс
- Антихрист
- Лучше не бывает
- Что гложет Гилберта Грейпа
- Планета Ка-Пэкс
- Человек дождя
- Бобер
- Магия
- 127 часов5

Палин А.В.

Повышение комплаентности к реабилитации у пациентов с расстройствами шизофренического спектра, прошедших инновационную программу психообразования на стационарном этапе лечения23

Котова О.В., Акарачкова Е.С., Беляев А.А., Медведев В.Э.

Перспективы и возможности применения ипидакрина у пациентов с психическими расстройствами30

КОНФЕРЕНЦИИ И КОНГРЕССЫ

XI Всероссийская межвузовская научно-практическая конференция
«Психосоматическая медицина в России-2025: междисциплинарная симфония»
21–22 марта 2025 г., г. Москва36

Итоги научно-практической конференции
8-е Штульмановские чтения «Неврология в клинических примерах. «Красные флажки» основных неврологических синдромов38

PSYCHIATRY

Ushakov Yu.V., Golovina A.G., Kravchenko N.E., Maksimov V.I.
Psychoeducation and cinematography. Educational type of rehabilitation strategies in psychiatric practice

- Mr. Jones
- Antichrist
- As Good as It Gets
- What's Eating Gilbert Grape
- K-PAX
- Rain Man
- The Beaver
- Magic
- 127 Hours5

Palin A.V.

Increasing compliance to rehabilitation in patients with schizophrenia spectrum disorders who underwent an innovative psychoeducation program at the inpatient stage of treatment23

Kotova O.V., Akarachkova E.S., Belyaev A.A., Medvedev V.E.

Prospects and possibilities of using ipidacrine in patients with mental disorders30

CONFERENCES AND CONGRESSES

XI All-Russian Interuniversity Scientific and Practical Conference
«Psychosomatic medicine in Russia-2025: an interdisciplinary symphony»
March 21–22, 2025, Moscow36

Results of the scientific and practical conference 8th Shtulman readings
«Neurology in clinical examples. «Red flags» of major neurological syndromes38

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Левин О.С., докт. мед. наук, профессор,
зав. кафедрой неврологии РМАНПО, Москва

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Медведев В.Э., канд. мед. наук, доцент, зав. кафедрой психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФНМО Медицинского института РУДН им. Патриса Лумумбы, Москва

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Председатель — **Ушаков Ю.В.**, докт. мед. наук, врач-психиатр, Филиал ГБУЗ ПКБ N 1 им. Н.А. Алексеева ПНД N 13, Москва

Баранов П.А., канд. мед. наук, доцент, ведущий научный сотрудник ФГБНУ НЦПЗ, Москва

Боголепова А.Н., докт. мед. наук, профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики РГМУ, Москва

Васенина Е.Е., доктор мед. наук, доцент кафедры неврологии РМАНПО, Москва

Головина А.Г., докт. мед. наук, ФГБНУ НЦПЗ, Москва

Замерград М.В., докт. мед. наук, профессор кафедры неврологии РМАНПО, Москва

Захаров В.В., докт. мед. наук, профессор кафедры нервных болезней и нейрохирургии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

Иллариошкин С.Н., докт. мед. наук, профессор, зам. директора Научного центра неврологии РАМН по научной работе, Москва

Камчатнов П.Р., докт. мед. наук, профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики РГМУ, Москва

Кравченко Н.Е., канд. мед. наук, ФГБНУ НЦПЗ, Москва

Левин О.С., докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой неврологии РМАНПО, Москва

Медведев В.Э., канд. мед. наук, доцент, зав. кафедрой психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФНМО Медицинского института РУДН им. Патриса Лумумбы, Москва

Олейчик И.В., докт. мед. наук, профессор, главный научный сотрудник ФГБНУ НЦПЗ, Москва

Петрова Н.Н., докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского университета, Санкт-Петербург

Шмилович А. А., докт. мед. наук, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

EDITOR-IN-CHIEF

Левин О.С., Doctor of Medical Sciences, Professor,
Head of the Department of Neurology of the Russian Medical Academy Continuing Professional Education, Moscow

DEPUTY EDITOR-IN-CHIEF

Medvedev V.E., Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic Pathology of the FNMO Medical Institute named after RUDN. Patrice Lumumba, Moscow

EDITORIAL BOARD

Chairman — **Ushakov Yu.V.**, Doctor of Medical Sciences, psychiatrist, Branch of GBUZ PKB No. 1 named after N.A. Alekseev, PND No. 13, Moscow

Baranov P.A., Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Leading Researcher at the Federal State Budgetary Scientific Institution NCPZ, Moscow

Bogolepova A.N., Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Neurology, Neurosurgery and Medical Genetics of the Russian State Medical University, Moscow

Vaseniina E.E., Doctor of Medical Sciences, associate professor of the Department Neurology of the Russian Medical Academy Continuing Professional Education, Moscow

Golovina A.G., Doctor of Medical Sciences, FGBNU NCPZ, Moscow

Zamergrad M.V., Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Neurology of the Russian Medical Academy Continuing Professional Education, Moscow

Zakharov V.V., Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Nervous Diseases and Neurosurgery of the I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

Illarioshkin S.N., Doctor of Medical Sciences, Professor, Deputy. Director of the Scientific Center of Neurology of the Russian Academy of Medical Sciences for Scientific Work, Moscow

Kamchatnov P.R., Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Neurology, Neurosurgery and Medical Genetics of the Russian State Medical University, Moscow

Kravchenko N.E., Candidate of Medical Sciences, FGBNU NCPZ, Moscow

Levin O.S., Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Neurology of the Russian Medical Academy Continuing Professional Education, Moscow

Medvedev V.E., Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic Pathology of the FNMO Medical Institute named after RUDN. Patrice Lumumba, Moscow

Oleychik I.V., Doctor of Medical Sciences, Professor, Chief Researcher of the Federal State Budgetary Scientific Institution NCPZ, Moscow

Petrova N.N., Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Psychiatry and Narcology of St. Petersburg University, St. Petersburg

Shmilovich A.A., Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Psychiatry and Medical Psychology, GBOU VPO RNIMU named after N.I. Pirogov, Moscow

Журнал

«Современная терапия в психиатрии и неврологии»
№ 4, 2024

Свидетельство о регистрации СМИ:
ПИ № ФС77-50476
ISSN 2304-9707

Редакция журнала

Директор издательства: Гейне М.В.
Руководитель проекта: Шугурова И.М., к.б.н.
Руководитель отдела маркетинга: Лебедева Е.В.
Выпускающий редактор: Шугурова И.М.

Издательство «Логос Пресс»

Адрес: 111250, Москва,
ул. Красноказарменная, 12
e-mail: info@logospress.ru
http://logospress.ru
Тел.: +7/495/220-48-16

Тираж: 20 000 экз.

Воспроизведение материалов в любом виде, включая электронный, возможно только по письменному согласованию с издательством. Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов. Мнение редакции не всегда совпадает с мнением авторов статей.

Рукописи, принятые на рассмотрение, редакция не возвращает.

Психообразование и киноискусство. Обучающий тип реабилитационных стратегий в психиатрической практике

Ю.В. Ушаков¹, доктор медицинских наук, врач-психиатр;
А. Г. Головина², доктор медицинских наук, заведующая подростковым отделом;
Н.Е. Кравченко², кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник (*kravchenkone@mail.ru*);
В.И. Максимов³, кандидат медицинских наук, врач-психиатр.

¹ Филиал ГБУЗ ПКБ N 1 им. Н.А. Алексеева ПНД N 13, (117209, г. Москва, ул. Зюзинская, д. 1).

² Федеральное государственное бюджетное научное учреждение Научный центр психического здоровья (115522, г. Москва, Каширское шоссе, 34).

³ ГБУЗ ПКБ N 1 им. Н.А. Алексеева ПНД N 21 (119602, г. Москва, ул. Академика Анохина, д. 22, корп.2)

Психообразование представляет собой информирование психически больных или их родственников о проявлениях психических заболеваний, обучение основам психиатрической грамотности и навыкам совладания с болезнью. Данный подход является сравнительно новым в психиатрической практике и относится к так называемому обучающему типу реабилитационных стратегий. Психообразование преимущественно ориентировано на работу с конкретными проблемами, которые специалисты обсуждают с пациентом. Основная цель при этом заключается в попытке обеспечить больному максимально четкое представление о сути своего состояния с возможностью контроля его психопатологических проявлений.

Ключевые слова: психообразование, киноискусство, обучающие реабилитационные стратегии, комментарии психиатров.

Psychoeducation and cinematography. Educational type of rehabilitation strategies in psychiatric practice

Yu.V.Ushakov¹, Doctor of Medical Sciences, psychiatrist;
A. G. Golovina², Doctor of Medical Sciences, Head of the Adolescent Department;
N.E. Kravchenko², Candidate of Medical Sciences (*kravchenkone@mail.ru*);
V.I. Maksimov³, Candidate of Medical Sciences, psychiatrist.

¹ Filial GUZ PKB N 1 named after N.A. Alekseeva PND N 13 (117209, Moscow, Zyuzinskaya str., 1).

² Federal State Budgetary Scientific Institution Scientific Center for Mental Health (115522, Moscow, Kashirskoe shosse, 34).

³ GBUZ PKB N 1 named after N.A. Alekseev PND n. 21 (119602, Moscow, Akademika Anokhina str., 22, bldg.2).

Psychoeducation is the informing of mentally ill people or their relatives about the manifestations of mental illness, teaching the basics of psychiatric literacy and coping skills with the disease. This approach is relatively new in psychiatric practice and belongs to the so-called educational type of rehabilitation strategies. Psychoeducation is mainly focused on working with specific problems that specialists discuss with the patient. The main goal in this case is to try to provide the patient with the clearest possible understanding of the essence of his condition with the ability to control its psychopathological manifestations.

Keywords: psychoeducation, cinematography, educational rehabilitation strategies, comments of psychiatrists.

Термин «психообразование» стал международным названием, принятым для любых психосоциальных вмешательств, сочетающих получение знаний о психических расстройствах с психотерапевтическими методами. По мнению М.Е. Бурно, работа в психообразовательной группе предназначена, прежде всего, для того, чтобы помочь себе, чтобы пациенты для себя самих «стали психиатрами, психотерапевтами, понимающими происхождение своих расстройств и действие лекарств». Однако, отмечая высокую значимость внедрения специальных психообразовательных методик в клиническую практику, многие авторы отмечали, что недостаток финансирования для разработки пакетов программ тренинга и по-

стоянного усовершенствования специалистов, ориентированных на приобретение необходимой квалификации, затрудняет использование этих ценных техник. Психообразовательный метод, не требующий больших материальных затрат, возможный для использования как в амбулаторных условиях, так и в стационарах, особенно актуален в сегодняшней трудной экономической ситуации.

Психиатрическое просвещение в первую очередь должно быть тем фундаментом, на котором строится сотрудничество между пациентом и врачом. При этом врач -психиатр должен не только предоставлять информацию, но и стимулировать интерес больного (и его родственников) к ее получению. Наш многолетний опыт проведения

психообразовательных занятий по основам психиатрической грамотности с так называемыми потребителями психиатрической помощи — больными, их родственниками, смешанными группами — подтвердил значимость не только доступного изложения о природе и симптомах психической патологии, но и необходимость для лучшего усвоения приобретаемых знаний такого фактора, как заинтересованность. Активация интереса к занятиям у наших пациентов ассоциировалась с просмотрами фильмов мирового кинематографа. Значительная часть проблем, разбираемых на семинарах (в частности, таких как особенности организации психиатрической помощи и различные методы лечения на разных этапах истории развития психиатрии, психопатологические синдромы при различных нозологических формах, социальные коллизии, связанные с психическими расстройствами, вопросы стигматизации, жизнь семьи в условиях болезни одного из ее членов и т.д.) отражена в многочисленных художественных фильмах, снятых на киностудиях разных стран, что в итоге и дало нам возможность создать свою специально подобранную фильмотеку. Подбор произведений в ней отражает обсуждаемые на занятиях значимые психиатрические вопросы. Такое собрание художественных фильмов после создания было успешно нами использовано на нескольких психообразовательных циклах. Демонстрация кинокартин на семинарах с профессиональным психиатрическим комментарием являлась наилучшим иллюстративным материалом, способствующим усвоению необходимых для больных знаний, позволяя увидеть со стороны психопатологические феномены и проанализировать их. По нашим наблюдениям, этот метод информирования заметно увеличивал эффективность психообразовательного подхода, приводя к достижению основной цели — повышению комплаенса и возрастанию степени приверженности пациента проводимой терапии. Использование данного подхода в рамках психообразовательных семинаров с разной тематикой помогало психиатрам и психологам, проводящим соответствующие занятия, обсудить между собой собственный опыт, вызвать интерес к семинару, активизировать слушателей, организовать неформальную дискуссию, углубить понимание и усвоение преподаваемого материала.

Психопатологический анализ не всегда прост даже для профессионалов, ведь, как подчеркивает Братусь Б.С., когда имеешь дело не с описанием того или иного синдрома в учебнике, а с его конкретным носителем — живым человеком, вопрос, что есть норма, а что — патология, теряет свою ясность и простоту. Результаты такого «психопатологического анализа» представлены на примере некоторых фильмов из собранной нами фильмотеки с «психиатрической тематикой» с точки зрения

практикующих психиатров. Возможно, эти работы могут представлять интерес также для студентов медицинских вузов, начинающих врачей-психиатров, преподавателей психиатрии и всех лиц, интересующихся психиатрической наукой.

«МИСТЕР ДЖОНС»

Фильм британского кинорежиссера Майка Фиггиса по произведению американского киноценариста Эрика Рота «Мистер Джонс» создан в 1993 году. Сюжет фильма прост и мелодраматичен. Очаровательный и талантливый мистер Джонс страдает аффективным расстройством и попадает в психиатрическую клинику. Его лечащий врач — доктор Элизабет Боуэн проявляет к своему пациенту не только профессиональный интерес, но и влюбляется в него. В душе врача происходит борьба мотивов, она поставлена перед выбором — остаться отстраненным от эмоциональных переживаний профи или отдаться течению чувств. Побеждает любовь.

В фильме «Мистер Джонс» игрой великолепно представлен поведением человека, болеющего bipolarным аффективным расстройством.

Диагноз bipolarного аффективного расстройства основывается на совокупности клинических проявлений, данных об истории заболевания, анализе субъективных переживаний. Заболевание имеет рецидивирующее течение, выражающееся в сменяющихся друг друга подъемах и спадах настроения, сопряжено с высоким суицидальным риском. Болезнь затрагивает все стороны жизни, взаимоотношения с окружающими, приводит к социальной дезадаптации, но не деформирует личность.

Согласно рассказу героя о самом себе, можно предположить, что первые симптомы болезни (гипоманиакальное состояние) появились в подростковом возрасте. Проявлялись отчетливым повышением настроения, усилением активности, повышением творческих способностей. Он легко учился, обладал всевозможными талантами, все «схватывал на лету». Женясь на любимой с детских лет девушке, длительное время он воспринимался окружающими и женой как незаурядный и талантливый человек, способный достигнуть творческих вершин. В дальнейшем гипомания сменилась депрессией, сопровождающейся суицидальной попыткой, после которой мистер Джонс попал в поле зрения психиатров.

Депрессивные и маниакальные аффективные фазы сменяли друг друга, в маниакальных состояниях он становился непредсказуемым и импульсивным, в депрессивных — заторможенным и подавленным. Уход жены, по-видимому, убежавшей от нестабильности жизни с таким человеком,

расценился им как предательство. Желание уйти от невыносимой душевной боли, связанной с психотравмой, привело к отрицанию факта разрыва отношений по инициативе жены и попытке сохранить любимый образ прежним, убедить себя,



что она умерла, что только смерть разлучила их. В гипоманиях мистер Джонс легко верит в свои фантазии, в депрессиях душевная боль захватывает его с новой силой. Постоянного лечения он не получает, поэтому продолжает жить в болезненном ритме противоположных и сменяющих друг друга эмоциональных состояний. Личность героя фильма заметно не изменилась за долгий период болезни, но как бы застыла в развитии, он остается подростком, мечтателем, романтиком, все время пытается взлететь, взлететь над обыденностью, серостью, беспросветностью, бессмысленностью своей одинокой и неприкаянной жизни. С одной из таких многочисленных попыток «воспарить над реальностью» и начинается фильм.

Поведение мистера Джонса с самого начала картины неожиданно и рискованно. В его присутствии скучная реальность исчезает, он не похож на других, порывист, чрезвычайно общителен, любит всех вокруг, стремится делать добро. Рядом с ним мир искрится радостью, невозможное становится возможным, отбросив страх, можно даже летать, как птица. Однако попытка взлететь заканчивается помещением в психиатрическую больницу, где герой знакомится с психиатром Либи Боуэн, вокруг отношений с которой и строится весь фильм.

С клинической точки зрения показан развернутый маниакальный приступ, который сопровождался нарушением поведения, неадекватным, сопряженным с риском для жизни, поведением. Герой искрится заразной радостью, многоречив, подвижен, мышление его ускорено, внимание заострено, он подмечает мелочи, детали,

он склонен к чрезмерной трате денег и, не задумываясь, раздает последние. После кратковременной госпитализации, оставаясь в маниакальном состоянии, он продолжает вести себя необдуманно и бесшабашно, вмешивается в разговоры, легко знакомится, утрачивает

критичность к своим поступкам, что приводит к повторной госпитализации в психиатрическую клинику.

Смена полюса аффекта происходит быстро, появляется апатия, тоска, душевная боль, утрата интересов. Ранее живой, веселый, незаурядный мистер Джонс в депрессии выглядит вялым, малоподвижным, заторможенным, неразговорчивым, видно, что ему трудно думать, преодолевать себя, с новой силой начинают мучать мысли о собственной никчемности, самоубийство рассматривается как единственно правиль-

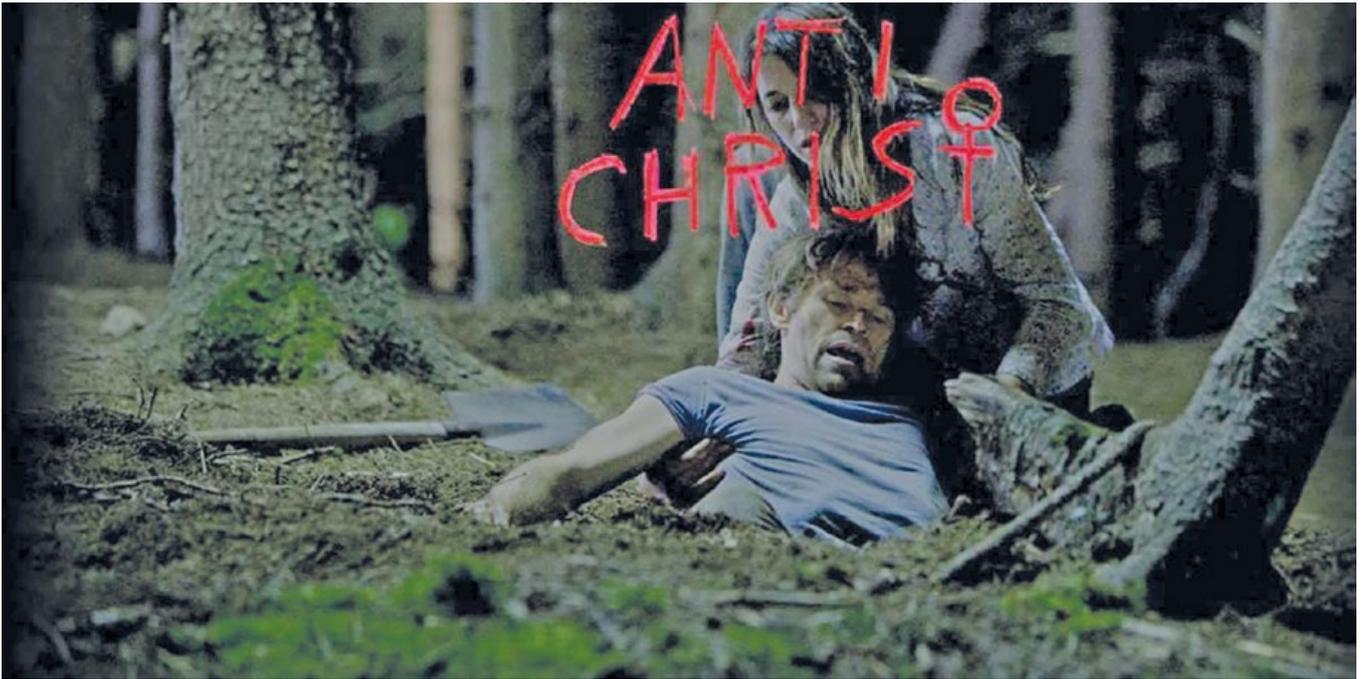
ный выход. На фоне лечения, наряду с редукцией симптомов депрессии, наблюдаются симптомы мании (завышенная самооценка, раздражительность), что позволяет думать о скорой инверсии аффекта и выходе из депрессии через смешанное состояние.

Можно отметить, что каждый из приступов, наблюдаемых у героя фильма, сложен по структуре и несет в себе признаки смешанного состояния. Сквозь маниакальные проявления «просвечивает» депрессия, а в депрессии сверкают искорки маниакального состояния, что весьма типично для клинической картины биполярного расстройства.

Завершение сюжетной линии фильма позволяет надеяться, что страдания героя все-таки завершатся, т.к. в лице новой возлюбленной он встретил человека, способного его понять и принять таким, каков он есть [1].

«АНТИХРИСТ»

Фильм Антихрист (в оригинале Анти Христ, режиссер и сценарист Ларс фон Триер, в ролях Шарлотта Гензбур и Уиллем Дефо) — рассказ о сравнительно небольшом промежутке времени, около месяца, повествующем о трагических переживаниях родителей, потерявших малолетнего сына. Родители на протяжении всего времени не могут смириться с происшедшим. Мать, находящуюся в реактивной депрессии, традиционная медицина не может вывести из патологического состояния, и тогда отец, не будучи по образованию врачом,



решает отказаться от лекарственной терапии и использовать психотерапевтические методики.

Надо сразу отметить сложность трактовки фильма Ларса фон Триера. Нельзя заподозрить фильм в излишней изошренности или новизне фабулы. Однако, он держит зрителя в напряженности по неизвестной ему, этому зрителю, причине. Фильм многоплановый, но триедин в одном лице. Первая ипостась бытовая, которая и предлагается зрителю на первый взгляд. Вторая — психопатологическая, лежащая за гранью понимания большинства реципиентов, но все же вызывающая некоторую фрустрацию. И третья — потусторонняя, богоборческая, назовем ее демонической, вызывающая страх и отторжение. И в свете трех ипостасей попытаемся проанализировать этот фильм. Еще следует добавить, что действие картины происходит в неизвестном географическом месте, а немногочисленные действующие лица не имеют собственных имен.

Пролог. Излагается бытовая фабула трагедии, когда на фоне взаимной страсти родителей, сын, оставшийся без присмотра, выбирается из кровати и выскальзывает в окно.

Обращают на себя внимание подвешено-напряженные моменты, которые мы относим ко второй, психопатологической ипостаси. Вот мальчик собирается беззвучно, целеустремленно, без лишних движений. Он взбирается на стол, освобождает себе место, и со строгим выражением лица выпадает вниз.

Чрезмерно-звонкие, почти непереносимые, звуки челюсти, снег в форме пышных, неправдоподобных, форм хлопьев снега исполняют потустороннюю партию и придают эффект дереализации. Эффект усиливается арией Альмилены «Позволь

мне поплакать о тяжелой судьбе, И что жажду свободы!..» из оперы Г.Ф. Генделя «Ринальдо».

Контраст между падением торжественного ребенка и музыкой Генделя создает изумленно-дискофортное чувство зрителей.

Скорбь (ее символ — олень), первая часть фильма, представлена обыденными бытовыми сценами. Обычная семья, мир привычных действий, умывание, прием пищи. Ничего не предвещает грозящего страшного будущего. Но нет, атмосфера наполнена неопределенно-угрожающими действиями. Аффективная патология очерчена периодами вялости с обеднением речевого запаса, стойкой дистонией моторных проявлений, утратой чувства течения времени, подчиняемостью.

По-видимому, по причине резистентности, или же не вполне продолжительной медикаментозной терапии, происходит демонстративный отказ от нерезультативных лекарств, которые, в символическом жесте, выброшены в унитаз. Вскоре за этим происходит обострение болезни, когда периоды вялости чередуются с эпизодами тревожной ажитации и усиления витального компонента депрессии и появления физического чувства боли.

Каждый раз, когда мы видим Шарлотту Гензбур, возникает мысль: А что она вытворит сейчас? И она нас не разочаровывает, демонстрируя нарастание тревоги с периодами возбуждения.

В этот период наблюдаются нетипичный признак, который заключается в отсутствии видимого чувства вины, направленного на себя. Практически нет флэшбэков и ретроспекции прошедшего.

Неожиданно обнаруживается дефект стоп ребенка, проявляющийся в том, что он может но-

сидеть разные ботинки как на левую, так и на правую ноги. Потребовался почти год, чтобы выявить патологию ступней, да и то случайно. Каково же было действительное внимание родителей, чтобы просмотреть такой дефект развития.

Наконец, художественное полотно фильма заполняется символическими, отсылающими к средневековой мистике образами. Возникают дьявольские игры, сопровождающиеся жестокими попытками женщины убить себя, и появляются периоды сексуального возбуждения, которые свидетельствуют о начале «козлиных игр». Появляется олениха с полуродившимся мертвым плодом.

Боль (ее символ — лиса, произносящая фразу: Хаос правит) — вторая часть рассказа. Супруги перемещаются в уединенную загадочную местность Эдем, где у них есть деревенский домик, в котором они провели прошедший год. Там, на фоне буколической природы и ухоженного ландшафта Шарлотта Гензбур признается, что окружающее имеет наиболее значимое для ее переживаний место. Ее тревога символизируется мистическими признаками отторжения: идет потопляющий дождь, градом падают желуди, рушатся деревья, а рука мужчины покрывается паразитами.

Несмотря на сеансы психотерапии, психическое состояние героини утяжеляется и модифицируется. Среди аффективных нарушений, помимо тревожных, появляются гипоманиакальные. Последние характеризуются вспышками возбуждения и повышенным сексуальным влечением.

Муж находит материалы диссертации жены, посвященной преследованию женщин, обвиняемых в колдовстве, попытках ведьм. С этого момента женщина становится как бы одержимой. Продолжаются дьявольские игры: сексуальные извращения, множественные мастурбации с мазохизмом, нападение на мужа, эякуляция кровью. Веет запахом серы. Появляется мертвая тушка птенца, расклеиваемая хищной птицей, а потрошенный труп лисенка произносит фразу: Хаос правит!

Отчаяние / убийство женщины (ее символ — ворона). Обыденные межличностные отношения не играют больше роли.

Состояние героини утяжеляется и помимо начальной депрессии с тревожными проявлениями происходит утрата связи с психотравмирующей ситуацией, появляются более выраженные гневливые маниакальные расстройства и идеаторные нарушения, неконгруэнтные изначальным аффективным проявлениям. Возникают параноидные включения по отношению к мужу, идеи его обвинения по отношению к ней лично, а также гомицидные тенденции. Она привинчивает к его ноге тяжелый точильный круг, а ключ выбрасывает (сцена напоминает Мизери С. Кинга).

Начинается чертовщина. Герой фильма (Уиллем Дефо) со своим, пронзившим ногу, пыточным инструментом тщится укрыться в подземной норе.

А героиня вне рамок всякой депрессии пытается добраться до него с монотонными возгласами: Подонок! — бегаёт в возбуждении по окрестностям. Возникает реминисценция с Хомой Брутом и Панночкой. Муж, замурованный вместе с живой вороной, тщетно пытается ее убить, чем выдает свое присутствие.

Трое нищих (все символы собрались вместе — олень, лиса, ворона). Исчезает бытовой план, депрессивному тоже нечего делать. Акты Дьявола продолжают. Жена выкапывает мужа из норы и он тяжелыми отчаянными попытками снимает точильный круг. В это время, в период дьяволостояния, супруга совершает после единичного флэшбэка акт клиторотомии и пытается причинить вред мужу посредством ударов ножами. В итоге оба обессилены и лежат в истоме. (Использована католическая версия фильма, авторский вариант предусматривает другой исход — убийство и уничтожение жены, женщины, то есть той, которая соотносится с продолжением жизни, рода человечества). Появляются трое нищих — олень, лиса и ворона, символизирующие исход всей проистекающей ситуации, имя которой — смерть.

Эпилог. Муж спускается со склона Эдема. Навстречу ему поднимаются сотни женщин. Но он утратил восприятие планов бытия, и лица сонма отдельных женщин он уже не различает.

Заключение. По итогам фильма психопатологическая картина заключается в реактивно спровоцированной депрессии среднего уровня, которая переходит в тревожные расстройства, затем в смешанное психотическое возбуждение, завершающиеся гомицидными действиями. Диагностически, на основе постепенного усложнения симптоматики — от адинамической депрессии, через тревожное состояние, до маниакально-бредового, течение болезни свидетельствует о нелеченном (недолеченном) приступе рекуррентной шизофрении. Дополнительную сложность картине расстройств с наличием выхолащенности и символизма, привносит присутствие мелких изуродованных полумертвых животных, как бы вышедших из фантастических полотен картин Иеронима Босха, добавляя фильму еще большую шизоаффективную весомость [2].

«ЛУЧШЕ НЕ БЫВАЕТ»

«Лучше не бывает» («As Good as It Gets»), фильм американского кинорежиссера Джеймса Брукса, создан в 1997 году. Согласно сюжету фильма, Мелвин Адделл (Джек Николсон) — преуспевающий и богатый писатель, предпочитающий жить замкнуто, одиноко, главное — по определенному распорядку, брезгливо и свысока относится к окружающим его людям. Единственный человек, без



которого он не может обходиться в своей жизни — это официантка Кэрол Коннелли (Хелен Хант), которая обслуживает его в ресторане, не обращая внимания на раздражающие всех чудачества и скверный характер писателя. Когда из-за тяжелой болезни сына, она хочет сменить место работы, Мелвин из эгоцентрических побуждений оплачивает за нее все медицинские издержки, только бы не лишиться привычного течения жизни. Кэрол из чувства благодарности соглашается на более близкое общение и сопровождает его в поездке в другой город (опасаясь мести покровителя своего соседа — художника-гея, к которому испытывает неимоверное отвращение, Мелвин вынужден помогать ему в жизненных перипетиях). Возникающие романтические чувства приводят главного героя к размышлениям о важности доверия и любви в его личной жизни, желанию измениться самому и по-другому смотреть на окружающих людей. Фильм заканчивается на оптимистической ноте, заставляющей предположить дальнейшее развитие более глубоких и интимных отношений между главными героями.

В фильме с изумительной убедительностью, благодаря великолепной игре актера Джека Николсона, показана психическая патология, которой страдает его герой — обсессивно-компульсивное расстройство. Именно «обслуживание» этого недуга делает главного героя невыносимым для других. Он сосредоточен на выполнении ритуалов, чрезмерно педантичен, осторожен, боится любых перемен, брезглив, упрям и эгоцентричен.

Эмоциональные переживания у подобных ему ананкастных личностей сведены до минимума, это люди, не позволяющие проявиться непосредственным чувствам, они никогда не чувствуют себя свободными. Герой Джека Николсона живет по расписанию, во всем следует правилам, поддерживая дома идеальный порядок, он никого не пускает к себе, не нуждается в дружеских контактах, его жизнь подчинена выполнению навязчивых действий, носящих защитный характер (ритуалов). Он по-особому ходит (переступая через трещины и пятна в асфальте), по-особому закрывает замки (пять раз поворачивая и возвращая ключ). Иногда заставляет других выполнять ритуалы (так, например, заставляет свою издательницу повторять, как заклинание, что «все будет хорошо», что часто делает сам в разных трудных для него ситуациях). Из страха заразиться пользуется одноразовыми приборами, моет руки кипятком, выбрасывая один раз использованное мыло, старается через одежду или в перчатках дотрагиваться до дверей и ручек в общественных местах.

Важной чертой Мелвина является ответственность, поэтому, когда ему приходится выполнять какое-либо дело, даже навязанное ему (уход за собачкой), он делает это со свойственной ему тщательностью.

Другими присущими ему чертами характера являются выраженная раздражительность, прямолинейность, бестактность, неумение вчувствоваться в эмоции других. Любое событие, приводящее к нарушению раз и навсегда заведенного порядка,

вызывает реакцию раздражения, вспышку гнева, при этом он легко оскорбляет окружающих, выражая свое недовольство, не сопереживает и не расценивает свое поведение, как неправильное и жестокое.

Навязчивости героя носят стойкий, однообразный характер, он сжился с ними и не испытывал желания что-либо менять в своей жизни, закоснел и засох. Однако есть еще в нем жизненный потенциал, о котором можно догадаться по его творчеству. В творчестве Мелвин свободен, сочиняя романы, он живет другой жизнью, переживает любовь и страдания, сочувствует героям, как бы восполняя свой собственный недостаток непосредственных эмоций. Если бы этой подспудной эмоциональной жизни не было в нем, он не мог бы писать столь убедительно о чувствах, особенно захватывающих женщин — о любви. Но Мелвин вытесняет осознание этой своей способности, т.к. непосредственные чувства могут затронуть его «свободную» и регламентированную жизнь. Об этом бессознательном вытеснении говорит диалог с почитательницей. Вопрос, как ему так хорошо удалось понять женскую душу, вызывает в нем реакцию протеста и гнева, т.к. женщины для него — олицетворение хаоса чувств и эмоций, в водоворот которых он боится попасть и захлебнуться. Бессознательно защищаясь, к женщинам он относится свысока, заявляя, что женщина, по сути — ущербный мужчина («я взял мужчину и лишил его разума и чувства долга»).

Однако именно любовь и делает героя свободным, переключая эгоцентрическую направленность взгляда с себя на личность и жизнь другого. Чувства, течению которых он отдался, «размягчают» и «смыывают» мертвящий «панцирь» обычно очень трудно курабельного психического недуга [3].

«ЧТО ГЛОЖЕТ ГИЛБЕРТА ГРЕЙПА»

Фильм «Что гложет Гилберта Грейпа» поставил известный шведский (и голливудский) режиссер Лассе Хальстрем в 1993 году, по вышедшему в США в 1991 году одноименному роману Питера Хеджеса. Автор романа и сценария по этой книге родился в небольшом городке в штате Айова в 1962 году. Он — известный в Голливуде сценарист (по его сценариям снято 6 фильмов), режиссер (на его счету 3 успешных картины) и актер (правда, трижды он сыграл самого себя). Его фильмы прекрасно известны, они пользовались и пользуются успехом, среди них «Мой мальчик», «Странная жизнь Тимоти Грина», «Влюбиться в невесту брата». Сам Хеджес еще в ранней юности задумался о проблемах одиночества человека, поисках своего пути, трудностях, с которыми сталкиваются в жизни все и особенно «странные», «необычные», «нестандартные» люди. Возможно, это связано

с профессиональной деятельностью его родителей — матери, работавшей с лицами, страдавшими зависимостями, отца, долгое время занимавшего пост министра и вынужденного возить семью на официальные мероприятия (в том числе, похороны, в приюты и дома престарелых). Оттуда родом многие его персонажи: женщина с избыточным весом, неспособная из-за него покинуть пределы собственного дома, или другая, влюбившаяся в глухого человека, лишенного всех четырех конечностей...

Режиссер картины, Лассе Хальстрем, близок ему по многим параметрам — тоже не только режиссер (хотя несравненно более масштабный и знаменитый), но и сценарист, оператор, продюсер, несколько раз сыгравший самого себя. Что еще более важно, родом он из чем-то похожей семьи — кроме матери-писательницы и отца, увлекавшегося любительским видео, был и дед — министр финансов Швеции. А уж интерес к «особым» людям и судьбам традиционен для шведской литературы и кинематографа.

Гилберта Грейпа (главного героя) играет блистательный Джонни Депп (вереница сыгранных им разнообразных и «не таких, как все» персонажей не нуждается в перечислении, да он и сам похож на них или они на него), лично настоявший на кандидатуре тогда еще совсем юного и малоизвестного Леонардо Ди Каприо для роли Арни.

Действие происходит в захолустном провинциальном городишке (в той самой, прекрасно знакомой Хеджесу, Айове) с одним-единственным супермаркетом, конкурирующим с мелким магазинчиком, где работает главный герой. Познакомимся с остальными действующими лицами. Мать, чудовищно растолстевшая, не просто не покидающая пределов дома, но и рискующая при любом неосторожном шаге провалиться сквозь громко скрипящие и ходящие ходуном доски пола. Две сестры: Эми (стремительно приближающаяся к перспективе остаться ничем не занятой старой девой, тем более что кандидаты в мужья отсутствуют, образования и нормальной работы нет) и 15-летняя Эллен, часами разглядывающая себя в зеркале. И, наконец, Арни, которому в фильме исполняется 18 лет, по интеллекту, интересам и манере держаться не дотягивающий даже до 7. Проблема мальчика не ограничивается дефицитом интеллекта и соответствующей ему психологической незрелостью. Ставить диагноз в данном случае некорректно, но попробуем перечислить факты. Врачи говорили о том, что срок его жизни ограничен — значит, речь идет о врожденной патологии, которую сразу (или очень рано) можно диагностировать — скорее всего, генетическом страдании, сопровождающемся психическими расстройствами. Арни в исполнении Леонардо Ди Каприо абсолютно достоверен. Особая мимика, однообразные интонации его голоса, нелепый



«всхлипывающий» смех, моторная неловкость, стереотипные движения — обратите внимание, как при этом вывернуты пальцы юного Арни, и действия (счет), пристрастие к одним и тем же поступкам (залезать на водокачку, деревья и крышу дома — влечение к высоте) наводит на мысль о психических нарушениях круга аутизма.

Кстати, используя психиатрическую терминологию, можно утверждать, что наследственность в этой семье психопатологически отягощена. Отец страдал депрессией и совершил суицид на высоте депрессивного эпизода. Что касается матери, то длительность и тяжесть реактивного состояния (7 лет), которое развилось после смерти мужа, учитывая глубину эндокринных расстройств и тотальную дезадаптацию (отказ не только от выхода из дома, но и от ведения домашнего хозяйства, воспитания детей), резкую смену поведения и семейной роли, наверное, речь идет о затяжном депрессивном эпизоде, но у личности истерического круга.

Гилберт задыхается в глуши, где нет никаких перспектив, но сделать ничего не может — нельзя бросить мать и больного брата. Изо дня в день он тянет ляжку: работает в маленьком, на глазах разоряющемся магазинчике, присматривает за постоянно сбегавшим куда-то Арни, выслушивает выговоры полицейских, заботится о матери и младших сестрах, разваливающемся доме, соглашается на отношения с нежеланной и неинтересной женщиной. Единственное, что связывает его с большим миром — это раз в год проходящий мимо караван трейлеров.

Что же гложет Гилберта?

Конечно, ему тошно в затхлом мирке крошечного городка, где даже «роман» с замужней женщиной старше себя лишен малейших признаков романтики, страсти или влюбленности, а представляет из себя лишь что-то вроде любезности по отношению к соседке, которой отвозишь продукты. Но самое главное, герою бесконечно тяжело в своей собственной семье. Существование вместе с двумя психически больными людьми — всегда проблема (мать больна депрессией, но не лечится, да и в доме витает беспокойство по поводу Арни: мало того, что он «особый» и житейски абсолютно беспомощный, еще врачи предрекают ему скорую смерть), но семья Гилберта давным-давно существует в системе искаженных координат. Корни проблемы кроются далеко в прошлом, когда еще был жив отец и мать не страдала депрессией. Гилберт невольно «проговаривается», что отец отгораживался от родных («мы не понимали его»). Он перекладывал весь груз моральной ответственности за семью на жену (дети тогда были еще маленькими), что особенно разрушительно, ведь в картине перед нами предстает американская «глубинка», для которой характерна хотя бы номинально главенствующая роль мужчины. После его смерти мать отказалась от своей материнской роли, переадресовав родительские права и обязанности старшему сыну. Обратите внимание, когда Арни в очередной раз лезет на крышу, мать не окликает его сама (что было бы логично, учитывая, как она его любит), нет, она автоматически зовет Гилберта и просит

«Сними его», хотя мальчик прекрасно выполняет просьбу брата слезть.

Сам миссис Грейп не только передоверила дочерей и младшего сына старшему, но и заняла в семье позицию маленького ребенка, которого нужно опекать и обслуживать, а главное, за которого нужно отвечать. Перед нами классический вариант того, что Вирджиния Сатир описывала как «проблемную» семью с ее атмосферой душевного дискомфорта при внешнем благополучии, бесконфликтности, невозможности признать существование сложностей и уж, тем более, поговорить о них. Джонни Депп в роли Гилберта бесподобно передает это — он как будто временно перестает видеть и слышать окружающих, его лицо застывает, превращаясь в маску с опущенными углами губ, его плечи напряжены — тяжесть, лежащая на них слишком тяжела, даже дышать трудно. Для совестливого, рано повзрослевшего Гилберта нет правильного выхода, он самому себе не смеет признаться в своих чувствах, ведь он должен, обязан... Даже глоток свежего воздуха — любовь к юной Бекки — лишь короткая передышка. Только трагедия — смерть матери способна изменить этот тягуче-застывший мирок, сломав его: Эми находит нормальную работу, Эллен (младшая сестра) меняет школу, Гилберт и Арни уезжают.

Трагизм этой истории в ее обыденности. Оставим в стороне проблему вполне излечиваемой современными препаратами депрессии (а действие происходит в начале 90-х гг., правда в маленьком городке, психология жителей которого традиционна и несовременна). Множество семей (где все члены семьи могут быть здоровы или кто-то болен) долгие годы существуют в дисфункциональных семьях с негармонично выстроенными отношениями, неправильно распределенными ролями и чувствуют себя несчастными. Дети, выросшие в удушающей атмосфере несчастья, нередко как под копирку воспроизводят обстановку родительского дома — они просто не умеют по-другому строить семейную жизнь. Помочь в этой ситуации вполне возможно, семейная терапия (в разных ее модификациях) способна решить проблемы семьи в целом и каждого из ее членов (при необходимости, предложив отдельные лечебные программы, если это нужно). Конечно, это потребует сил, желания, затрат времени и активного участия всех ее представителей, ведь не так-то просто перестроить годами складывающиеся стереотипы взаимодействий, скорректировать нередко существующие установки на получение вторичной выгоды (как в фильме, лишняя вес давал возможность матери героя устраняться от решения проблем, обеспечивая моральные дивиденды). Но результаты реально достижимы и бывают впечатляющими [4].

«ПЛАНЕТА КА-ПЭКС»

Фильм «Планета Ка-Пэкс» создан режиссером Иэном Софтли в 2001 году по мотивам фантастического произведения Джина Брюэра (сценарий Чарльза Ливитта). Сюжет фильма философско-фантастический: в психиатрический институт Манхэттена для решения вопроса о диагнозе поступает необычный пациент, почти никогда не снимающий темные очки, который называет себя Протом — существом с далекой планеты Ка-Пэкс, прибывшим на Землю в луче света. Согласно сюжету фильма, в один солнечный день Прот (Кевин Спейси) просто-напросто возникает из ниоткуда на вокзальной площади на глазах у ошеломленных свидетелей. В связи с тем, что он называет себя человеком с другой планеты, его помещают в психиатрическое учреждение. Поведение Прота спокойно, он всегда доброжелателен, внимателен к окружающим его больным и врачам, понимает, что его считают сумасшедшим, и без сопротивления позволяет себя лечить. Несмотря на огромные дозы нейролептиков, его убежденность в своем неземном происхождении сохраняется, и он продолжает называть себя жителем далекой планеты Ка-Пэкс.

Марк Пауэлл (Джефф Бриджес) — психиатр Манхэттенского института, питает к Проту доброжелательные чувства и повышенный интерес, и, в конце концов, начинает верить ему. Марк устраивает Проту встречу с именитыми астрофизиками, которые поражены точностью его ответов, особенно расчётом точной траектории Ка-Пэкс в его родной системе двойной звезды, ведь сама возможность существования там планет была совсем недавно открыта одним из этих ученых.

Прот рассказывает врачу, что уже давно посещает Землю, т.к. находится в дружеском общении с одним землянином. Этот друг силой мысленного обращения вызвал Прота в связи с особыми обстоятельствами, рассказать о которых Прот отказывается, ссылаясь на забывчивость. Марк Пауэлл прикладывает огромные усилия, чтобы раскрыть тайну личности человека, называющего себя Протом. С этой целью он подвергает Прота гипнозу и во время сеанса сталкивается с амнезированными воспоминаниями трагических событий, явно принадлежащими не инопланетянину, а человеку. Он узнает имя (Роберт Портер) и место жительства этого человека и разгадывает тайну его исчезновения. Судьба Роберта глубоко трагична. В одночасье Портер потерял семью — любимую жену и дочь, которые погибли от рук освободившегося из тюрьмы бродяги. Вернувшись домой и увидев убитых, Роберт Портер в состоянии аффекта убивает бродягу. После совершенного преступления, опустошенный и отчаявшийся Роберт пытается покончить собой — утопиться в реке. Видимо, в это мгновение в его тело и все-



ляется существо, называющее себя Прот. В конце фильма Прот, как и предсказывал, возвращается на свою планету Ка-Пэкс, но оставляет на Земле душу и тело Роберта, которые он использовал для пребывания на Земле. Одновременно, из закрытого помещения больницы исчезает одна из особенно страдающих пациенток, которую Прот забирает с собой. На этом фильм заканчивается, хотя после показа титров можно увидеть кадр, в котором психиатр Марк Пауэлл с интересом глядит вверх на звездное небо.

Автор фильма с иронией относится к психиатрам, которые упорно не хотят верить в существование инопланетян и прочие фантастические вещи. Ведь чудеса все-таки бывают на свете!

Несмотря на фантастическую подоплеку, с точки зрения психиатров интересным в этом фильме оказывается мастерски изображенное травматическое переживание, про которое Прот не может рассказать в связи с амнестическим вытеснением. Эта защитная реакция человеческой психики настолько сильна, что даже непробиваемый и невозмутимый инопланетянин не может проникнуть внутрь его! Такое явление называют «скотомизацией памяти». Его описал французский психиатр Пьер Жане. Травматические события продолжают существовать в прошлом, а амнезия развивается, как защитная реакция в связи со страхом вспомнить и снова пережить эти психотравмирующие обстоятельства. Когда человек оказывается в ситуации, отдаленно напоминающей обстоятельства трагедии, возникает произвольная эмоциональная реакция ужаса. В фильме это демонстрируется эпизодом непонятного и неожиданного для окружающих поведения Прота, когда он дает реакцию психомоторного возбуждения в ответ на то, что его обливают водой. Раскрытие воспоминаний не приводит к исцелению Роберта Портера: когда инопланетянин, живший в его теле, покидает его, Роберт остается пребывать в состоянии

психогенного ступора — обездвиженный, оцепенелый, с полным мутизмом, не реагирующий на внешние раздражители, неподвижно сидящий в кресле. Психогенный ступор — редкое явление в наше время, чаще всего он встречается в судебно-психиатрической практике [5].

«ЧЕЛОВЕК ДОЖДЯ»

Драма «Человек дождя», поставленная Барри Левинсоном, вышла на экраны в 1988 году.

Сначала поговорим о сюжете фильма. Внимательный зритель заметит, что при всей реалистичности он переключается со старой сказкой «Кот в сапогах». Итак, отец оставил сыновьям наследство: старшему — мельницу, среднему — осла, а младшему — кота... Кстати, фамилия, которую носят герои — Бэббит — тоже архетипическая, «говорящая», американцам она напоминает о герое романа Синклера Льюиса и ассоциируется с эталонным «средним», обыкновенным человеком, по профессии коммивояжером.

Чарльз Бэббит (в исполнении Тома Круза) — эгоистичный молодой красавец, торгующий автомобилями, не брезгающий мошенническими трюками, но несмотря на это, не вылезавший из долгов; после смерти отца неожиданно узнает, что из всего многомиллионного состояния ему достался только подержанный автомобиль «Бьюик» и несколько розовых кустов, все остальное огромное состояние переходит в распоряжение трастового фонда. Выясняется, что деньги предназначены для его старшего брата Рэймонда (Дастин Хоффман), о существовании которого Чарльз ничего не помнит. Рэймонд в течение многих лет находится в частной клинике, куда его поместили родители, после того, как он ошпарил кипятком младшего брата. После многолетней разлуки братья встречаются вновь — холодный, эгоцентрич-

ный младший, не забывший свои детские обиды, и по-детски наивный, нестандартный, неприспособленный к жизни старший.

Рэймонд страдает аутизмом. Первые же кадры демонстрируют его «особость», непохожесть на окружающих. Дастин Хоффман неподражаемо изображает человека, страдающего аутизмом, — обратите внимание на его глухой, невыразительный голос, звучащий на одной ноте, со скандированными интонациями (в недублированном варианте он производит особенно сильное впечатление). Характерно и то, как неловко он двигается, ходит неповторимой семенящей походкой, как сидит в одной позе, склонив голову к плечу и глядя вбок, как складывает руки, отстраняется, когда кто-то слишком близко подходит к нему. Он напоминает ребенка, но ребенка особого, живущего в собственном внутреннем мире, по раз и навсегда определенным правилам, ритуалам, малейшее отклонение от привычного расписания не просто пугает, ввергает его в состояние растерянности, заставляет проявлять агрессию к самому себе, поэтому он противится малейшим отступлениям от привычного распорядка. Вспомним трагикомичную сцену с трусами — герой не в состоянии оказывается их надеть из-за «неправильного» фасона, фарс приобретает черты драмы, когда зритель вспоминает, сколько лет Рэймонду. И только по мере развития сюжета стереотипные фразы наполняются глубоким трагическим содержанием, они звучат тем эмоциональнее, чем менее выразительно их произносит герой: «Горячая вода обожгла ребенка... Никогда не обижай Чарли Бэббита...».

При всей потрясающей памяти, фиксирующей мельчайшие детали событий, числа, факты,

он крайне инфантилен — не понимает мотивов, смысла чужих поступков, как и интимной сцены, свидетелем которой нечаянно стал, по-детски капризничает, строит фразы, пугается. Его интересы, представления, реакции, эмоции и способы общения с миром не просто незрелые — они искажены и лишены детской живости и непосредственности. Вспомните, как он безразлично реагирует на известие о смерти отца по контрасту с раздраженным Чарльзом, демонстрирующим целую палитру чувств, пусть и негативных — гнев, злость, обиду, боль...

Перед нами классическая для американского кинематографа «роадмуви» — история дороги / путешествия, в течение которой герои многое переосмысливают для себя. Шемящая правдивость фильма в том, что Чарльз по ходу истории меняется — холодный циничный авантюрист, забравший брата-наследника, чтобы использовать его для получения денег, открывает в себе способность сочувствовать и сопереживать. Он вспоминает, кто такой «человек дождя», которого он всегда считал выдуманным другом, певшим ему песни, когда в детстве ему было страшно и плохо. Это не был плод воображения, а реальный старший брат (имя Рэймонд и слова «Рэймэн» — «человек дождя» — звучат похоже). Как бы нам не хотелось, чуда не произошло, да и не могло произойти — поцелуй не «вылечил» персонажа Дастина Хоффмана (на вопрос, как ему понравился поцелуй, тот отвечает совершенно закономерно для аутиста: «Мокро»). Изменился младший брат, ощутивший душевную необходимость «приручить» кого-то, любить, заботиться, недаром он обещает старшему помнить о нем, навещать. Старший же чуточку эмоционально раскрылся, любовь и дружба, которых он



был лишен в течение многих лет, для него стали методом реабилитации. Чтобы Рэй душевно немного повзрослел, продвинулся в своем развитии, нужно очень много времени и терпения, не говоря уже о том, что помощь должна быть профессиональной; этот путь длинный и сложный и даже незначительные успехи требуют постоянных многолетних усилий. Выбор, сделанный Чарльзом грустный, но правильный, он впервые в жизни поступает не как эгоист — Реймонду предстоит вернуться в тесный, но знакомый и комфортный для него мир психиатрической клиники, где он будет в безопасности, получит помощь и уход. Чарльз, открывший для себя сочувствие и ответственность за близкого человека, возвращается к обычной жизни с ее суетой.

Надо сказать, что у Рэймонда Бэббита был прототип. Сценарист фильма — Барри Морроу был вдохновлен знакомством с Кимом Пиком, человеком, страдавшим savante-синдромом (помните, Рэймонда называют в фильме савантом) — синдромом феноменальных счетных способностей. Это расстройство было впервые описано в 1887 году английским врачом Джоном Лэнгдоном Дауном (да-да, тем самым, описавшим синдром Дауна и синдром Прадера-Вилли). Ким Пик был очень интересной личностью — он родился с гидроцефалией и отсутствием мозжечка, уже в 1,5 года он слово в слово пересказывал самый сложный текст, тогда же научился читать, но ходить смог только к 4-м годам и до конца жизни (дожив до преклонных лет) не в состоянии был самостоятельно застегнуть пуговицы, сохранял очень специфическую походку. Специалисты связывали это с выраженным снижением мышечного тонуса, обусловленным, среди прочего, врожденной патологией мозговых структур.

Пик, действительно, обладал потрясающей памятью: не только знал наизусть всего Шекспира, множество музыкальных произведений (включая даты их написания, первого исполнения), но и сохранял в памяти огромное число разрозненных фактов (международные коды всех штатов США, почтовые индексы, названия региональных телевизионных станций — за это получил прозвище «ким-пьютер»). В течение многих лет он работал бухгалтером, справляясь со своими обязанностями, несмотря на то, что ему было отказано в возможности сдать экзамены и получить диплом об образовании (дело происходило в 60-е гг.). При этом Ким не понимал пословиц, поговорок, хотя при тестировании его IQ составило 87 баллов по Векслеру, правда, показатели вербального и невербального интеллекта, да и сами результаты психологического обследования заметно различались.

Обследовавшие Пика психиатры и психологи, отрицали наличие у него синдрома аутизма (видимо, речь шла о парааутистическом состоя-

нии при ином расстройстве развития, вероятно, об FG-синдроме), ссылаясь на отсутствие проблем в общении.

Сама история, рассказанная в фильме, не имеет ничего общего с реальной жизнью Кима Пика, правдив лишь образ Рэймонда — странного, не похожего на других, дисгармоничного, дезадаптированного человека-ребенка с особыми способностями, не вписывающегося в мир стандартных представлений о человеческой личности, нормах ее развития, что характерно для пациентов, страдающих детским аутизмом [6].

«БОБЕР»

Фильм «Бобер» снят в 2011 году Джоди Фостер, не только поставившей его в качестве режиссера (это четвертая из режиссированных ею картин), но и сыгравшей одну из главных ролей. Как сама она объяснила, ей показалось важным показать зрителям историю крушения семьи и те эмоции, которые испытывают при этом ее члены. Сценарист картины, Кайл Киллен, довольно молод, он — автор четырех сценариев для сериалов и одного — для обсуждаемого сегодня фильма.

Главный герой — Уолтер Блэк (его роль играет Мэл Гибсон) еще недавно был составной частью глянцевого картинка из жизни счастливой семьи — собственный бизнес, унаследованный от отца (фабрика игрушек), красавица и умница жена Мередит (Джоди Фостер), двое детей, старший — подросток Портер (Антон Ельчин) и очаровательный белокурый малыш Генри (Томас Стюарт Райли). Однако все это осталось в прошлом, зритель лишь узнает, что так когда-то обстояли дела. К моменту начала фильма герой уже несколько лет страдает депрессией, «как чернила» пачкающей все вокруг, отравляющей существование не только Уолтера, но и всех его близких. Гибсон абсолютно достоверно играет свою роль: его мимика невыразительна, глубокие складки на лбу и около рта, уголки которого опущены и создают впечатление страдания, голос монотонный, интонации грустные.

В деловой сфере у героя черная полоса — фабрика, которой он не уделяет внимания, разоряется. Старший сын с ужасом наблюдает за состоянием отца и пытается стереть в себе малейшее сходство с ним, боясь повторения его судьбы. Поскольку он еще совсем юн, то делает это со свойственной подростковому возрасту категоричностью — педантично отмечает (в буквальном смысле: записывает на стикерах, расклеенных по всей комнате) малейшие нюансы патологического поведения отца, уговаривает мать бросить его, ставшего невыносимым. Младший же мечтает стать по-настоящему невидимым — «ведь отец все равно его не замечает». Жена, которая, в сущно-



сти, одна воспитывает сыновей, ведет хозяйство и работает, не выдерживает и выгоняет героя из дома. После попытки суицида Уолтер среди старого хлама находит растрепанную плюшевую куклу-марионетку, бобра. Он надевает ее на руку и начинает разговаривать с ней (самим собой), кукла-бобер обещает спасти «никчемную жизнь» Уолтера.

Посмотрим, как она выполнит обещанное.

Второе «я» героя отличается не только от него самого в состоянии депрессии, но и от личности, какой он был до болезни. Это специально подчеркнуто в картине тем, что Уолтер-бобер говорит совершенно по-другому, чем Уолтер-человек, у него иной тембр голоса и интонации, темп речи и манера говорить. Держится он напористо, самоуверенно, даже нагло, за словом в карман не лезет, вслух высказывая то, о чем ранее вежливый и молчаливый прототип предпочитал молчать. Балагурия и веселья окружающих, настойчиво руководя героем, бобер налаживает испорченные отношения с женой, сыновьями, смешит своих сотрудников и партнеров на работе и становится едва ли не национальным символом, он — на обложках журналов, даже выступает по телевидению.

История успеха? Рассказ о том, что надо поверить в себя? Совсем нет. Ведь довольно быстро становится заметно, что депрессия вовсе не исчезла, посмотрите, какое выражение принимает лицо Блэка, на нем вновь появляется скорбное выражение, когда он остается один на один со своим вторым «я», которое не просто доминирует, а «заставляет» героя вести себя не так, как тот хочет и считает нужным. Его аффективное со-

стояние поменяло знак, но не нормализовалось. Специалисты психоаналитического направления могут говорить об интрапсихическом конфликте, об Эдиповом комплексе, желании уничтожить в себе образ деспота-отца, но ситуация представляется клинически более тяжелой. Если попытаться оценить происходящее на экране с психопатологических позиций, то можно предположить, что на смену длительной тяжелой депрессии приходит кратковременное смешанное состояние, затем — психотическое. Он ссорится с плюшевой игрушкой, та злобно «отвечает». При неподчинении «злему началу» возникает сцена, когда Блэк бросает телефон, после попытки позвонить жене (не одобренной главенствующей частью личности), затем игрушечное «я» избивает Уолтера (мы видим, как он сам наносит себе удары, после которых остаются кровавые следы). Личность героя не расщепилась на депрессивную и маниакальную составляющие, нет, речь идет о психотическом состоянии, в котором, не находя приемлемого выхода из ситуации, не понимая болезненности того, что с ним происходит, но ощущая невозможность существовать под постоянным контролем извне (именно так теперь ощущает себя Блэк), герой ищет путь избавления. Очевидно, что адекватного варианта он найти не в состоянии.

В каком-то смысле финал предопределен. Просто сбросить марионетку с руки герой не в состоянии и решает убить её. Он слышит свой собственный голос: «Ты пожалеешь». И реализуется в самом начале звучавший как шутка слоган фильма (теперь совсем не смешной) «Нет худа без бобра». Герой отрубает себе руку, в буквальном смысле

воплощая библейское «Если правая рука искушает тебя...». В конце фильма мы видим Уолтера в больнице, где его навещают родные. Будем надеяться, там он наконец-то получит помощь, в которой так давно нуждался. Однако искалеченным герой останется на всю жизнь, не говоря уже о душевных травмах, нанесенных многолетним страданием всей семье (особенно детям).

Самое грустное во всей этой истории то, что она совершенно реалистична. Нежелание многих пациентов и их родственников принять факт собственной болезни и помощь врачей, попытки самостоятельно «преодолеть», «побороть» имеющиеся и усугубляющиеся без адекватной терапии расстройства, находя им упрощенные и искаженные «объяснения», стремление лично, не обращаясь к психиатрам (нередко самостоятельно читая и неправильно осмысляя специальную литературу) найти стратегию реабилитации и осуществить ее не могут закончиться хэппи-эндом.

К счастью, подобные трагические случаи редки. Третья психофармакологическая революция, давшая нам новые препараты для борьбы с психическими заболеваниями, и разработанные мультимодальные стратегии реабилитации пациентов позволяют предотвратить драматические исходы подобных состояний [7].

«МАГИЯ»

Человек призван быть цельным, гармоничным, прекрасным, умеющим различать добро и зло и давать правильные имена разным началам и силам в пространстве своей души. Не зря глагол



«исцелять» содержит в себе намек на некое движение, возвращение от расколотости, расщепленности в состояние целостности. Движение это включает в том числе интеллектуальную работу, освещение «лучом сознания» темных сторон

души, чтобы темное начало не получало власти над человеком. Вспомним слова Бога, обращенные к Каину, — «...у дверей грех лежит; он влечет тебя к себе, но ты господствуй над ним». Но не всегда человек побеждает в этой борьбе и остается свободным.

Идея противостояния осознаваемой, ясной и неразгаданной, неосвещенной и поэтому темной стороны личности человека воплощена, в частности, в картине британского режиссера Ричарда Аттенборо «Магия». Фильм, созданный по одноименному роману У. Голдмэна, вышел на экраны в 1978 году. В целом этот фильм можно отнести к жанру хоррор (англ. horror — ужас). Чувство неопределенности, неясной угрозы, тревожного ожидания возникает уже в самом начале просмотра, вероятно, это переживание можно объяснить появлением в первых кадрах фильма удивительного актера Энтони Хопкинса, знакомого нам по картине «Молчание ягнят», с его немигающим, непонятным и завораживающим, смотрящим внутрь себя взглядом.

В центре сюжета история Корки Уинтерса (Энтони Хопкинс) застенчивого и необщительного фокусника и чревовещателя, выступающего с куклой по имени Фэтс. Эта внешне гротескно похожая на главного героя кукла не только смешит и отвлекает пошлыми шутками внимание зрителей от хитростей фокусника, но и олицетворяет его alterego, трикстер-тень. Корки одинок, робок, неуверен в себе, а Фэтс — дерзок, нагл и прямолинеен. Связь Корки и Фэтса настолько тесна, что без диалога с куклой он не может обходиться, даже разговаривая с другими. Фэтс придает ему некую силу и уверенность в себе. Окружающие воспринимают это как невинное чудачество артиста. Несмотря на то, что Корки собирает аншлаги и имеет успех у публики, он неожиданно исчезает, решительно отказываясь пройти медицинский осмотр при заключении выгодного контракта. Поселившись в маленьком провинциальном городке, где провел детство, он встречает Пегги (Энн-Маргрет), в которую был влюблен в школьные годы. Пегги замужем, но несчастлива в браке. Детская любовь Корки вспыхивает с новой силой, Пегги не

сопротивляется ей и признается, что в прошлом тоже была влюблена, но не решалась открыть свои чувства. Таящаяся в душе Корки импульсивность и агрессивность временами выплескивается наружу, как лава из жерла спящего вулкана: гневные

реакции возникают и на Пегги, когда та не понимает и не может подыграть ему. Кроме того, в отношении Корки и Пегги все время вмешивается Фэтс, грубо выбалтывая тайные мысли Корки и побуждая его быть дерзким, прямолинейным. Фэтс воплощает темную и непроявленную ранее сторону души Корки, которую тот не до конца осознаёт, и которая постепенно захватывает его внутреннее психическое пространство и свободу, и в одиночестве Корки уже не может остановить диалог с куклой, советуется с ней, спрашивает и подчиняется ее указаниям. Фэтс всегда знает, что хочет Корки, вызывая и бесцеремонно озвучивает его сокровенные мысли и постепенно поглощает его волю и свободу. Неожиданно в городок приезжает Бен Грин (Берджесс Мередит) — разыскавший его продюсер, желая возобновить контракт. Грин с первого взгляда понимает, что Корки психически болен и пытается уговорить его обратиться за медицинской помощью, чтобы в дальнейшем продолжить выступления. Но Корки хочет только уединения и категорически отказывается от всех предложений Грина, а когда тот настаивает, неожиданно набрасывается и убивает его, послушавшись совета подчинившей его волю зловещей куклы. Муж Пегги Дюк (Эд Лотер), вернувшийся из командировки, догадывается об убийстве продюсера, тогда Корки по совету Фэтса убивает и его, чтобы скрыть преступление. В дальнейшем злобная кукла Фэтс предлагает убить и Пегги, но Корки с трудом сопротивляется приказу и в конце концов убивает себя. Уже умирая, он понимает, что темная и светлая стороны души сосуществовали в одном человеке, что Фэтс и он сам были одним целым.

Оценим состояние Корки с точки зрения психиатра. Конечно, интерпретировать психическое состояние героя фильма мы можем лишь с известной долей условности. Несомненно, нам придётся задуматься о схожести диссоциативных расстройств (в частности, расстройства множественной личности) и шизиса при шизофрении. Хотя природа этих состояний различна, психологические защиты, обеспечивающие снижение интенсивности разрушающих «я» непереносимых эмоциональных переживаний, включаются в обоих случаях. Вообще любые защиты призваны защищать «я» от реальности, создавая в разной степени искажённую картину мира внешнего и внутреннего. При диссоциативном расстройстве идентичности основой является диссоциация, связанная с механизмом психогенной амнезии, в результате которой вытесняются из сознания и «забываются» травмирующие воспоминания, тот же механизм «помогает» личностям «переключаться» и не сталкиваться между собой, когда одно эго-состояние сменяет другое эго-состояние. После такого «переключения» активная на данный момент личность (эго-состояние) не может вспомнить промежуток времени и события, происходившие с другой аль-

тернативной личностью. При развертывании шизофренических психотических состояний включается иной — «сугубо психотический механизм защиты» (В. Руднев), приводящий к тому, что внутренние психологические переживания воспринимаются больным как внешние явления. В. Руднев называет этот психотический механизм защиты «экстраекцией».

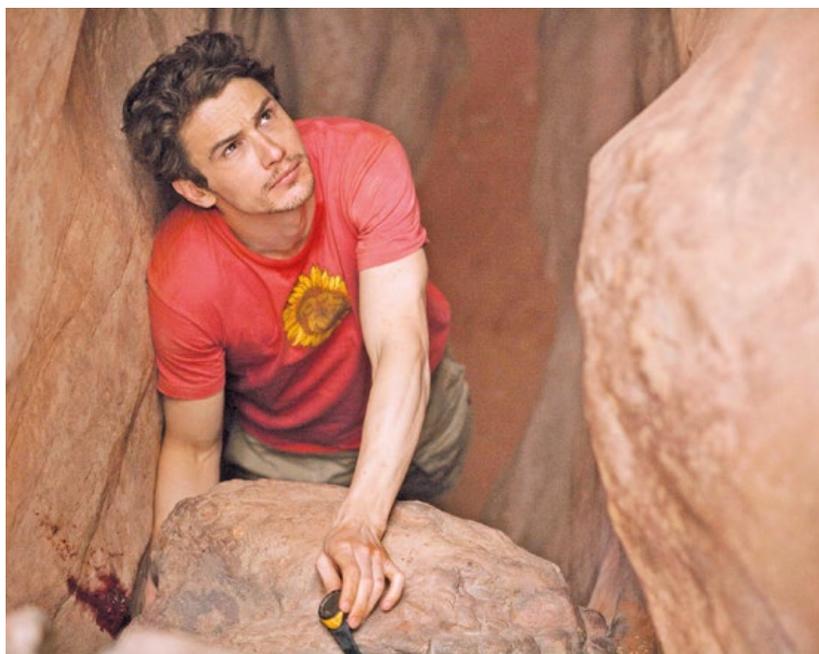
Альтернативное «я» Корки, олицетворенное в кукле, гротескно противоположно самому герою, оно вслух, безапелляционно проговаривает то, о чем тот не только сказать, но и подумать не решается. Это альтернативное «я» по-другому воспринимает окружающее, по-другому мыслит и действует, воплощает в себе скрытые стороны, является «тенью» души героя. Доминирование куклы-тени в жизни Корки означает некую утрату себя, утрату критических функций, потерю самостоятельности, свободы, в том числе свободы осознать факт собственной болезни. Убийства, совершенные Корки, импульсивны, не продуманы, реализуются без большой внутренней борьбы, эти убийства совершает как бы и не он. Мы видим, что формирования бредового умозаключения не происходит, есть нарушение критичности и безропотное подчинение как бы чужой воле, но при этом и о синдроме психического автоматизма тоже говорить нельзя. Можно отметить происшедшее в душе Корки размывание границ между «я» и «не я» и нарушение осознания себя как единого целого, собственные мысли, голос, чувства, выражаемые зловещей куклой, воспринимаются со стороны. Это можно назвать феноменом «расщепления «я», в психическом пространстве Корки появилось как бы два отдельных человека, каждый из которых по-разному воспринимает и оценивает окружающее. Однако в отличие от синдрома деперсонализации не наблюдается рефлексии и попыток анализировать свое состояние. Таким образом, сущность этого расстройства мы можем назвать схизисом, расщеплением и дезинтеграцией (А. Еу) личности. Фатальный исход (самоубийство) является по сути трагической попыткой защититься от власти темной стороны самого себя, отрицанием рабства, «не то делаю, что хочу, а что ненавижу, то делаю». В момент умирания происходит осознание факта своей темной стороны, как части своей души, и таким образом — избавление от расщепления.

В заключение хочется сказать о важности и положительной роли психообразовательных методов, которые в настоящее время начинают широко использоваться в процессе терапии психических расстройств наряду с психофармакологическими препаратами. Они призваны помочь пациентам развивать умение анализировать и распознавать признаки болезни, отделять свое здоровое «Я» от болезненных симптомов, осознавать необходимость обращения за помощью и формировать готовность к терапевтическому сотрудничеству [8].

«127 ЧАСОВ»

Немецкому психиатру и патопсихологу Курту Шнайдеру (1887–1967) принадлежит высказывание, что «...индивидуумы, в отличие от проявлений болезни, не могут быть четко классифицированы на манер клинического диагноза». Являясь представителем феноменологического направления в психиатрии, в своем труде «Психопатические личности» (Die psychopathischen Personalitäten, 1923 год) Шнайдер определил практический признак «психопатических личностей как таких ненормальных личностей, от ненормальности которых страдают либо они сами, либо их окружение». Герой фильма «127 часов» — яркая иллюстрация научного труда выдающегося немецкого психиатра.

Фильм английского кинорежиссера Дэнни Бойла «127 часов» был создан в 2010 году, сюжет основан на реальных событиях, описанных в ав-



тобиографической книге американского альпиниста Арона Ли Ралстона «127 часов. Между молотом и наковальней». Главную роль сыграл Джеймс Франко.

Сюжет фильма: одинокий альпинист, путешествуя по горам Юты, проваливается в расщелину, его правая рука оказывается зажатой огромным трехсоткилограммовым камнем. Никто из родных и знакомых не знает, где он, еды нет, вода на исходе. Чтобы выбраться и выжить, Арон сам «одной левой» проводит ампутацию зажатой правой руки «тупым китайским ножом». Совершенно обессиленный, прошедший много миль под палящим солнцем, он, наконец, встречает туристов, которые помогают ему и вызывают вертолет спасательной службы. Герой выживает, женится и продолжает по-прежнему увлеченно и бесстрашно покорять горные вершины.

Прототип главного героя — реальный человек, увлеченный экстремальными видами спорта (скалолазание, сёрфинг, маунтибайк), в ситуации, грозящей ему смертельной опасности, он не потерял мужества и сумел сделать без наркоза и необходимых хирургических инструментов одной левой рукой операцию ампутации правой верхней конечности. В настоящее время Арон Ралстон, несмотря на то, что его правую руку заменяет протез, продолжает покорять горные вершины в одиночку.

К какой категории относятся подобные люди? Несомненно, что такие личности — антиподы стандартных людей, удовлетворенных обычной жизнью и приверженных конвенциональным стереотипам поведения.

Психологи, как специалисты по «нормальной» психике, в отличие от психиатров, оценивают поведение человека с позиций соответствия норме, а

отклонения от некоей «среднестатистической нормы» расцениваются ими как проявления индивидуальных особенностей характера, как уникальный результат взаимодействия индивидуальности и специфических особенностей ситуации.

При рассмотрении этих особых личностей под углом зрения психиатра наоборот необходимо вычленить проявления психической патологии, оценить степень поражения, чтобы решить, имеем ли мы дело с психическим расстройством или вариантом нормы.

Оценивая героя фильма с точки зрения психиатра, необходимо ответить на ряд вопросов. Во-первых, можно ли в данном случае назвать рискованное поведение отклоняющимся и расценить как нехимическую аддикцию? Во-вторых, отнести ли такую структуру личности к кругу непатологических де-

виаций или определить, как патохарактерологическая?

Девиантное поведение не относится к кругу нозологически определенных понятий, таким термином принято обозначать отклоняющееся от общепринятых, наиболее устоявшихся и социально одобряемых норм поведение, которое может выступать и как проявление психического расстройства, так и не быть патологическим. К одному из видов поведенческих девиаций относится аутодеструктивное (саморазрушающее) поведение и деятельность с выраженным риском для жизни, в ряду которых — экстремальные виды спорта. Их характеризует высокая степень опасности для жизни и здоровья спортсмена, большое количество опасных акробатических трюков. К таким видам спорта относятся, в частности, скейтбординг, сноубординг, парашютизм, скалолазание,

спелеология. Число экстремальных видов спорта продолжает расти, как и число людей, увлеченных ими. С точки зрения некоторых исследователей (О.В. Дергунов, 2010) современный спорт строится на преодолении человеком тех естественных барьеров, которые поставлены перед его развитием самой природой, а в культурном пространстве спорта эпохи постмодерна в роли соперника выступает уже не конкретный спортсмен, а образ Человека, определяемый границами физических и духовных возможностей личности. При этом большинство спортсменов-экстремалов, согласно данным спортивных психологов, не соответствуют образу «спортсменов-самоубийц», склонных к необдуманному и импульсивному поступкам. Одной из наиболее частых индивидуальных переменных, связанных с рискованным поведением, является поиск новых ощущений, которые позволяют усилить чувство переживания полноты жизни через преодоление трудностей. Таким образом, мотивация спортсменов-экстремалов оказывается противоположной мотивации людей с патологическим (самоубийственным) рискованным поведением.

Исходя из анализа поступков героя фильма, его высказываний, можно предположить, что эта жажда новых ощущений, поиск чувства полноты и радости жизни через преодоление трудностей является для него одним из значимых мотивов увлечения экстремальным спортом. Он не депрессивен, испытывает особый эмоциональный подъем, активен, полон оптимизма, регистрирует происходящее с помощью видеокамеры, старается предвидеть возможные события и предотвратить неприятные неожиданности, найти выход в создавшейся опасной ситуации. Таким образом, определить его поведение, как рискованное самоубийственное патологическое невозможно. Это хобби, которое захватывает героя и во многом, по-видимому, обуславливает его жизнь. Однако, увлечение, которое становится определяющим жизнь вектором, часто соотносится с зависимым (аддиктивным) поведением. Континуум проявлений зависимого поведения распространяется от увлечений, способствующих развитию личности и совладанию с жизненной ситуацией (увлечение как копинг-поведение), до аддиктивного поведения, приводящего к дезадаптации.

В последние годы в ряду зависимостей выделяется феномен поведенческих аддикций. Объектом поведенческой зависимости может стать практически любая деятельность человека, «нехимические зависимости покрывают весь спектр поведенческих актов человека, все стороны его жизни» (А.Ю. Егоров, 2007). К нехимическим аддикциям относят гемблинг, интернет-зависимость, гаджет-аддикции, а также и так называемые «социально приемлемые» аддикции, к которым, в частности, причисляют аддикции спортивных достижений. Для диагностики нехимической зависимости обычно используются 6 критериев Брауна-Гриф-



Арон Ралстон записывает на видеокамеру прощальную речь.
Aron Ralston videotapes his farewell speech

фитса: сверхценность увлечения, модификация настроения в связи с этим поведением, рост толерантности, симптомы отмены, конфликт с окружающими и самим собой, рецидив.

Основываясь на фактах, представленных в фильме, можно отметить соответствие нескольким критериям Брауна-Гриффитса. Во-первых, сюжет фильма позволяет предположить, что хобби героя является для него сверхценностью, он тратит на него свободное время, увлечение сохраняется и после завершения экстремальной ситуации, т.к. герой, уже будучи инвалидом, продолжает рисковать и заниматься скалолазанием, покоряя новые вершины. Во-вторых, можно отметить эффект модификации настроения, подразумевающий его изменение в процессе занятия хобби. Считается, что при занятии экстремальными видами спорта возбуждение, достигнутое с помощью рискованного поведения, сопровождается выбросом в структурах мозга дофамина и норадреналина, что приводит к переживанию особого эмоционального подъема — состояния эйфории, сменяющейся умиротворением. На сложности в межперсональных отношениях у героя могут указывать случившиеся в экстремальной ситуации наплывы воспоминаний, в которых можно увидеть чувство вины перед матерью, а также упорное стремление героя заниматься альпинизмом и скалолазанием в одиночестве. Отказ от любви и последующее чувство вины перед девушкой, которой он был увлечен, возможно, указывает на ослабление мотивов, конкурирующих с объектом зависимости. Особенности семейной ситуации аддикта обычно характеризуются феноменом созависимости, а согласно сюжету фильма, значимую роль в формировании увлечения экстремальным хобби в жизни главного героя сыграл отец, также подверженный этой страсти.

Таким образом, можно говорить о сформированной социально приемлемой аддикции героя фильма.



Арон Ралстон
Aron Ralston

Оценивая особенности характерологического склада героя можно опираться на его высказывания. Он любит и ценит одиночество, самодостаточен («только я, музыка и ночь, супер»), избегает путешествовать в компании даже симпатичных девушек, после увечья продолжает предпочитать заниматься спортом в одиночестве. Экстремальный спорт занимает центральное смыслообразующее, сверхценное место в его жизни, эмоционально обновляет, возрождает желание жить и творить. В экстремальной ситуации он не теряет самообладания, находит один возможный путь выхода и проходит по нему до конца. Он социально адаптирован, самостоятелен, независим, но не нашел по-настоящему близких людей, с которыми бы он хотел разделить свое увлечение. У него, однако, не возникает проблем с формированием межперсональных контактов. В дальнейшем он женится, пишет книгу, в которой описывает пережитое им. Скорее всего, можно думать о непатологической шизоидной девиации

характерологического склада. Галлюцинаторные эпизоды, возникшие на фоне переутомления, возможной интоксикации продуктами распада, длительной бессонницы, по-видимому, можно квалифицировать как неспецифический экзогенный тип реакции по Бонгефферу.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Практически все клинические проявления психиатрической патологии нашли свое отражение в многочисленных художественных фильмах, многие из которых — широко известные мировые шедевры, а некоторые знакомы только небольшому кругу ценителей. Талант режиссеров и виртуозная игра актеров позволяют зрителям совершенно по-новому увидеть главных героев, жизнь которых осложнена психиатрическим диагнозом. Это имеет особую ценность для прямых потребителей психиатрической помощи, пациентов и их родственников, так как кинематографическая визуализация помогает им в выборе оптимальных решений в терапии и реабилитации, что, в итоге, помогает целым семьям вернуться к нормальной жизни.

Литература

1. Кравченко Н.Е. Фильм «Мистер Джонс»: комментарий практикующего психиатра. Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2011 (2): 33-34.
2. Максимов В.И. Фильм Ларса фон Триера «Антихрист»: комментарий практикующего психиатра. Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2012 (1): 38-39.
3. Кравченко Н.Е. Фильм «Лучше не бывает»: комментарий практикующего психиатра. Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2012 (2): 39.
4. Марголина (Головина) А.Г. Фильм «Что гложет Гилберта Грейпа»: комментарий практикующего психиатра. Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2014 (2): 53-54.
5. Кравченко Н.Е. Фильм «Планета Ка-Пэкс»: комментарий практикующего психиатра. Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2013 (1): 52-53.
6. Марголина (Головина) А.Г. Фильм «Человек дождя»: комментарий практикующего психиатра. Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2014 (3): 70-71.
7. Марголина (Головина) А.Г. Фильм «Бобер»: комментарий практикующего психиатра. Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2016 (2): 49-50.
8. Кравченко Н.Е. Фильм «Магия»: комментарий практикующего психиатра. Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2016 (2): 45-46.
9. Кравченко Н.Е. Фильм «127 часов»: комментарий практикующего психиатра. Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2013 (3-4): 59-61.

Повышение комплаентности к реабилитации у пациентов с расстройствами шизофренического спектра, прошедших инновационную программу психообразования на стационарном этапе лечения

А.В. Палин^{1,2}, психиатр, психотерапевт, заведующий медико-реабилитационным отделением ПКБ № 4 им. П.Б. Ганнушкина; ассистент кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФНМО МИ РУДН (pavelpalin@yandex.ru)

¹ ГБУЗ ПКБ №4 им П. Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения г. Москвы, (107076, г. Москва, ул. Потешная, 3, корп. 8);
² Факультет непрерывного медицинского образования Медицинского института РУДН имени Патриса Лумумбы (117198, РФ, Москва, ул. Миклухо-Маклая, 21).

Резюме: В статье автор обосновывает программу лечения с использованием психосоциальных вмешательств для пациентов с расстройствами шизофренического спектра (РШС) на стационарном этапе оказания психиатрической помощи. Полученные в эмпирическом исследовании данные позволили подтвердить эффективность предложенной программы для достижения пациентами реалистичного понимания своего заболевания, возможных путей получения помощи. Особенно значимым представляется достижение пациентами, прошедшими инновационную программу психообразования, готовности взаимодействовать со специалистами, осуществляющими мероприятия психосоциальной реабилитации.
Ключевые слова: расстройства шизофренического спектра, психосоциальные вмешательства, психообразование, отношение к заболеванию, комплаентность.

Increasing compliance to rehabilitation in patients with schizophrenia spectrum disorders who underwent an innovative psychoeducation program at the inpatient stage of treatment

A.V. Palin^{1,2}, psychiatrist, psychotherapist, head of the medical rehabilitation department of PKB No. 4 named after P.B. Gannushkin; assistant of the Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic Pathology of FNMO MI RUDN (pavelpalin@yandex.ru)

¹ GBUZ PKB No. 4 named after P. B. Gannushkin of the Moscow Department of Health, (107076, Moscow, 3, Poteshnaya str., building 8);
² Faculty of Continuing Medical Education of the Patrice Lumumba RUDN Medical Institute (21 Miklukho-Maklaya str., Moscow, RF, 117198).

In this article, the author justifies a treatment programme using psychosocial interventions for patients with schizophrenia spectrum disorders (SSD) at the inpatient stage of psychiatric care. The data obtained in the empirical study allowed us to confirm the effectiveness of the proposed programme for patients to achieve a realistic understanding of their illness and possible ways of getting help. It is especially significant that patients who have undergone the innovative psychoeducation programme are ready to interact with specialists who carry out psychosocial rehabilitation activities.

Keywords: schizophrenia spectrum disorders, psychosocial interventions, psychoeducation, clinical insight, compliance.

АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Технологии психообразования в психиатрии утвердили себя как часть комплексного лечения пациентов с расстройствами шизофренического спектра (РШС), и как отдельный метод терапии, сумели доказать эффективность и целесообразность [1–5]. За последние годы сложились несколько направлений (моделей) психообразо-

вания, и оно стало важным элементом широких программ лечения и реабилитации пациентов с РШС [6, 7]. Необходимо подчеркнуть, что данный тип интервенций продолжает совершенствоваться и новые варианты программ становятся все более точными, мишене-ориентированными, способными решать многие задачи помощи больным и в значительной степени предопределять результативность работы служб охраны психического

здоровья, обеспечивать персонализированный подход к пациентам с РШС. Параллельно с ними создавались специализированные методы психотерапии для решения задачи соблюдения пациентами с шизофренией лечебных рекомендаций на этапе формирования ремиссии [8]. Достижение высокой комплаентности позволяет значительно увеличить эффективность и качество проводимого лечения, обеспечивает сокращение сроков пребывания в стационаре, уменьшение частоты повторных госпитализаций, повышение качества жизни пациентов данной нозологической группы. Менее изученными представляются аспекты участия пациентов в мероприятиях психосоциальной реабилитации, без которых невозможно восстановление после психоза. Ряд работ отечественных авторов посвящен данной теме, были предложены некоторые ее решения [9, 10]. При этом представляется, что сохраняется ряд проблем организации и проведения психообразования для пациентов с РШС [5, 6] и необходимость совершенствования методов психообразования, постановки более амбициозных, психотерапевтических целей отвечает задаче оптимизации и персонализации помощи пациентам с РШС [7, 9, 11]. В частности, важно при создании и проведении психообразовательных программ не ограничиваться акцентированием исключительно биологической обусловленности и медикаментозного лечения психических расстройств, но уделять внимание психологическим факторам в генезе заболевания, в терапии и профилактике ухудшения психического состояния пациентов.

Цель исследования: оценить возможность изменения отношения к своему заболеванию и к проводимому лечению с использованием психофармакотерапии и мероприятий психосоциальной реабилитации у пациентов с РШС, прошедших специализированную психообразовательную программу на стационарном этапе оказания психиатрической помощи, в сравнении с пациентами, получавшими психофармакотерапию и терапию занятостью.

Дизайн исследования: натуралистическое открытое сравнительно-проспективное исследование, проведено на базе ГБУЗ ПКБ № 4 департамента здравоохранения г. Москвы, получило одобрение Этического комитета учреждения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клиническая группа включала пациентов в возрасте от 18 до 55 лет, страдающих расстройствами кластера F.20 — F.25 по МКБ-10. Пациенты давали добровольное информированное согласие на участие в исследовании и психосоциальных мероприятиях; участие больных одобрено специалистами полипрофессиональной бригады (лечащим

врачом-психиатром, медицинским психологом, специалистом по социальной работе), фиксировалось в медицинской документации. В исследование приглашались пациенты без признаков острого психоза (что определялось клинически, а также по шкале PANSS, значение по которой не превышало 80); не включались пациенты с признаками псевдоорганического или иных вариантов слабоумия, либо находящиеся на режиме усиленного наблюдения (I), а также с коморбидными заболеваниями (черепно-мозговые травмы, эпилептиформные приступы в анамнезе, наркологические заболевания, с серьезной сопутствующей соматической патологией), физически ослабленные. За время пребывания в отделении пациенты проходили лечение в соответствии со «Стандартом специализированной медицинской помощи при шизофрении, острой (подострой) фазе с затяжным течением и преобладанием социально-реабилитационных проблем» (Приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 1400н).

В основную и контрольную группы включены 117 пациентов; распределены по группам методом чет-нечет с опорой на день госпитализации. Пациенты основной группы принимали участие в специализированной программе «Психообразование», разработанной для больных, находящихся на стационарном лечении. Пациенты контрольной группы — в занятиях с использованием методов арт-терапии, целью которой стали психологическая поддержка пациентов, содействие их активности и организация досуга. В основную группу включены 66 человек, 32 (48 %) мужчины и 34 (52 %) женщины, средний возраст составил $34,9 \pm 10,7$ лет, длительность заболевания $8,6 \pm 8,4$ лет. В группу сравнения вошли 51 пациент, 18 (35 %) мужчин и 33 (65 %) женщины, возраст $33,1 \pm 10,3$ и длительность заболевания $10,7 \pm 9,1$ лет. Большая часть пациентов обеих групп имела диагноз F20.0. Параноидная шизофрения (36 и 30 человек, суммарно 56 % выборки), также вошли пациенты с диагнозами: F25. Шизоаффективные расстройства, F21. Шизотипическое расстройство, F23. Острые и преходящие психотические расстройства. Данные свидетельствуют о большом разбросе длительности заболевания в обеих группах, что отражает особенности контингента пациентов в отделениях стационарной помощи в обычной клинической практике. Социально-демографические параметры здесь не приводятся, но они были типичными для больных данной нозологической группы: отмечались признаки социальной дезадаптации и обусловленное психическим расстройством снижение качества жизни.

Методы клиничко-психологической оценки состояния

Для обследования пациентов на этапе вхождения в реабилитационные мероприятия и после

их завершения использовался ряд психометрических инструментов, как доказавших свои хорошие психометрические характеристики, так и апробируемых. Оценка клинического состояния проводилась с использованием Шкалы клинической оценки тяжести симптомов психоза — CRDPSS (Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity) [12, 13]; оценку состояния пациента проводил лечащий врач с использованием инструкции и специального бланка. Шкала CRDPSS включает 8 показателей, оценивающих тяжесть следующих симптомов: бред, галлюцинации, дезорганизованную речь, аномальное психомоторное поведение, негативные симптомы, нарушение когнитивных функций, проявления депрессии и проявления мании. Краткий опросник восприятия болезни — Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) [14] — использовался для оценки многокомпонентной структуры субъективного восприятия пациентами с РПС разных аспектов своего заболевания. Для оценки комплаентности применены «Опросник для оценки отношения к лекарственным препаратам» — DAI-10 (Drug Attitude Inventory-10) [15] и оригинальный скрининговый инструмент — «Комплаентность к (психосоциальной) реабилитации». Статистические методы включали подсчет средних арифметических и среднеквадратичного отклонения, для сравнения групп — Z-критерия Вилкоксона для зависимых выборок, корреляционный анализ r-Спирмена и подсчет альфа Кронбаха (программный пакет SPSS for Windows, Standart Version ..., Copyright © SPSS Inc., 2020).

Программа психообразования, проведенная с пациентами основной группы, ранее обосновывалась в публикациях [7, 11] и основной идеей было раннее начало работы — на этапе стационарного лечения, с информированием пациентов не только о психофармакотерапии, но и о значении, способах и достигаемых результатах групповой работы в рамках мероприятий психосоциальной реабилитации. Программа включала разработку на основе новых знаний индивидуального маршрута возвращения пациента к социальному и профессиональному взаимодействию, с ревизией жизненных планов, обучением новому стилю жизни, учитывающему реальность психического расстройства, и повышение осведомленности в способах и путях получения психосоциальной поддержки (с использованием ресурсов как ближайшего окружения, так и специализированных служб). Предлагались и иные темы, связанные с личным опытом пациентов, такие как клинически значимые симптомы постпсихотической (или шизофренической) депрессии, проявления негативной симптоматики, феномены самостигматизации и ощущения собственной несостоятельности в решении проблем повседневной жизни, когнитивные искажения в отношении заболевания. Сеттинг: пациенты (основной группы) приняли

участие в 10 занятиях, в закрытой группе 2 раза в неделю, продолжительность 60 минут. Ведущими были врач-психотерапевт или медицинский психолог, имеющие подготовку в когнитивно-поведенческом подходе, в качестве со-ведущего выступал пациент, который имеет опыт преодоления болезни, находится в состоянии ремиссии на амбулаторном этапе, ранее прошел программу психообразования, имеет достаточную мотивацию и желание быть со-ведущим.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Статистическому анализу были подвергнуты данные пациентов основной и контрольной группы, полностью завершивших программу исследования. В табл. 1 приведены значения показателей по шкале клинической оценки CRDPSS для пациентов обеих групп до и после лечения с использованием психосоциальных вмешательств.

Как видно из табл. 1, по степени выраженности клинических симптомов пациенты обеих групп сопоставимы (значимость различий подсчитана, здесь не приводится). Для некоторых субшкал отмечены различия небольшие, причем степень выраженности таких симптомов как «бред», «галлюцинации», «дезорганизованная речь», «негативные симптомы» немного выше у пациентов основной группы; можно говорить, что в соответствии с оценкой, осуществленной лечащим врачом, клиническое состояние пациентов основной группы несколько хуже, нежели в контрольной (по указанным параметрам). Поскольку при планировании исследования разделение на основную и контрольную группу производилось независимо от клинического состояния пациентов, незначительные различия нельзя было исключить; на наш взгляд, они не столь значительны и не являются препятствием для проведения запланированного исследования и сравнительно-сопоставительного анализа динамики клинической картины.

Более существенное значение имеет в рамках исследования оценка значимости достигнутых в ходе лечения клинических улучшений для пациентов каждой группы исследования. Как можно видеть из табл. 1, в обеих группах присутствуют более отчетливые положительные изменения в клинической картине, отражающие улучшение психического состояния пациентов. Поскольку все больные принимали психофармакотерапию, динамика клинической картины объясняется эффектами комплексного лечения с использованием психосоциальных вмешательств. Полученный результат позволяет говорить о несколько большей положительной динамике пациентов основной группы, значимые изменения клинического состояния у которых достигнуты по всем измеренным CRDPSS параметрам.

Таблица 1

Показатели по CRDPSS пациентов обследованных групп до и после лечения с использованием психосоциальных вмешательств, и значимость различий (Z-критерий Вилкоксона)
CRDPSS indicators of patients in the examined groups before and after treatment using psychosocial interventions, and the significance of differences (Wilcoxon Z-test)

Показатели шкалы CRDPSS	Обследованная группа	До лечения Mean ± SD	После лечения Mean ± SD	Значимость различий
Бред	Основная	1,02 ± 1,28	0,50 ± 0,88	p < 0,001
	Контрольная	0,61 ± 1,12	0,43 ± 0,90	p < 0,05
Галлюцинации	Основная	2,09 ± 1,12	1,38 ± 0,97	p < 0,001
	Контрольная	1,39 ± 1,30	0,86 ± 1,11	p < 0,001
Дезорганизованная речь	Основная	1,83 ± 0,90	0,82 ± 0,86	p < 0,001
	Контрольная	0,73 ± 1,00	0,41 ± 0,73	p < 0,005
Аномальное психомоторное поведение	Основная	1,39 ± 1,28	0,53 ± 0,90	p < 0,001
	Контрольная	1,00 ± 1,23	0,61 ± 0,94	p < 0,01
Негативные симптомы	Основная	1,89 ± 1,20	1,38 ± 1,02	p < 0,001
	Контрольная	1,22 ± 1,08	1,08 ± 1,09	p = 0,112
Нарушение когнитивных функций	Основная	0,59 ± 0,94	0,47 ± 0,79	p < 0,01
	Контрольная	0,57 ± 0,96	0,41 ± 0,80	p = 0,07
Проявления депрессии	Основная	1,71 ± 1,19	1,36 ± 1,00	p < 0,01
	Контрольная	1,37 ± 1,31	1,04 ± 1,10	p < 0,01
Проявления мании	Основная	0,44 ± 0,88	0,17 ± 0,45	p < 0,001
	Контрольная	0,75 ± 1,07	0,43 ± 0,76	p < 0,01

Примечание: Mean — среднее арифметическое; SD — стандартное отклонение.

Оценка установок пациентов с РШС по отношению к собственному заболеванию и проводимому лечению проведена с использованием методик IPQ-R, DAI-10, скринингового опросника «Комплаентность к реабилитации». В табл. 2 приведены данные оценки значимости различий показателей тестов до и после лечения, и значимости различий.

Как можно видеть из приведенных в табл. 2 данных, значения измеряющих отношение к заболеванию и комплаентность показателей у пациентов с РШС основной и контрольной групп не различаются или минимально отличны в период до лечения. Иное дело — различия после лечения с использованием психосоциальных вмешательств, динамика которых в первую очередь отражает эффекты использованной программы.

Анализ полученных результатов свидетельствует, что на начальном этапе исследования для пациентов обеих групп характерно восприятие своего заболевания как тяжелого, имеющего серьезные последствия, сопровождающегося ощутимыми симптомами, вызывающего выраженные негативные эмоциональные переживания, беспокойство (субшкалы «Последствия заболевания»,

«Идентификация болезни», «Обеспокоенность болезнью», «Эмоциональная реакция на болезнь»). Немного ниже показатель по шкале «Течение болезни», что может свидетельствовать о неготовности пациентов с РШС признать свое заболевание как хроническое. Указанное дает высокий показатель интегративного фактора «Восприятие болезни как угрозы», и свидетельствует о значимости эмоциональной поддержки пациентов с РШС для совладания с болезнью. Показатели по субшкалам «Личный контроль», «Контроль лечения» и «Понятность болезни», в сумме составляющие фактор «Контролируемость болезни и лечения», средне-высокие; можно полагать, что пациенты с РШС считают себя хорошо осведомленными о заболевании и симптомах, способными контролировать свое состояние. Показатель теста DAI-10 довольно высок у пациентов, что вполне объяснимо ухудшением их психического состояния и высокой же нуждаемостью в лечении.

Оценка динамики свидетельствует, что у пациентов основной группы исследования произошли значительные изменения показателей, оценивающих разные аспекты отношения к заболеванию и оба типа комплаентности — к психофармако-

Отношение к заболеванию и лечению (IPQ-R, DAI-10, «Комплаентность к реабилитации») пациентов обеих групп до и после лечения с использованием психосоциальных вмешательств, и значимость различий (Z-критерий Вилкоксона).
The attitude to disease and treatment (IPQ-R, DAI-10, "Compliance to rehabilitation") of patients of both groups before and after treatment using psychosocial interventions, and the significance of differences (Wilcoxon Z-test)

Показатели	Обследованная группа	До лечения Mean ± SD	После лечения Mean ± SD	Значимость различий
1. Последствия заболевания	Основная	6,53 ± 3,12	6,23 ± 1,57	p = 0,139
	Контрольная	6,61 ± 3,34	6,31 ± 3,43	p = 0,277
2. Течение болезни	Основная	4,65 ± 3,4	5,80 ± 1,48	p < 0,01
	Контрольная	5,78 ± 3,62	5,12 ± 3,49	p < 0,05
3. Личный контроль	Основная	6,09 ± 2,99	7,32 ± 1,43	p < 0,05
	Контрольная	6,35 ± 2,67	6,95 ± 2,44	p = 0,642
4. Контроль лечения	Основная	6,83 ± 2,91	8,74 ± 2,91	p < 0,001
	Контрольная	6,84 ± 2,77	7,08 ± 3,17	p = 0,272
5. Идентификация болезни	Основная	5,17 ± 3,1	6,17 ± 1,61	p < 0,05
	Контрольная	6,08 ± 3,17	6,25 ± 2,99	p = 0,885
6. Обеспокоенность болезнью	Основная	6,09 ± 3,75	6,71 ± 1,75	p = 0,269
	Контрольная	5,80 ± 3,74	5,27 ± 3,57	p = 0,328
7. Понятность болезни	Основная	6,70 ± 3,15	8,23 ± 1,48	p < 0,001
	Контрольная	6,31 ± 2,92	7,08 ± 2,59	p < 0,05
8. Эмоциональная реакция на болезнь	Основная	6,00 ± 3,36	5,88 ± 1,48	p = 0,572
	Контрольная	6,35 ± 3,54	5,80 ± 3,34	p = 0,196
Фактор 1 — Восприятие болезни как угрозы	Основная	28,44 ± 12,15	30,79 ± 5,37	p = 0,104
	Контрольная	30,63 ± 14,66	28,76 ± 13,31	p = 0,089
Фактор 2 — Контроль болезни и лечения	Основная	19,62 ± 6,36	24,29 ± 2,91	p < 0,001
	Контрольная	19,51 ± 4,89	20,75 ± 5,17	p = 0,058
Шкала DAI-10	Основная	6,77 ± 2,29	8,97 ± 0,94	p < 0,001
	Контрольная	6,61 ± 2,57	6,92 ± 2,75	p = 0,161
Тест «Комплаентность к реабилитации»	Основная	6,94 ± 2,29	10,14 ± 1,89	p < 0,001
	Контрольная	7,02 ± 2,19	7,84 ± 2,17	p < 0,01

терапии и к реабилитации. Как можно видеть (табл. 2), существенного изменения показателей у пациентов контрольной группы не произошло (немного выше стал балл субшкалы «Понятность болезни»); ожидаемо лечение с использованием арт-терапевтических мероприятий не повлияло на представление пациентов о своем заболевании, на отношение к нему и к психофармакотерапии. При этом у пациентов с РПС основной группы были достигнуты существенные изменения. Так, удалось добиться значимого повышения ключевого показателя «Контролируемость болезни и лечения», особенно по параметрам «Понятность болезни» и «Контроль лечения». Повышение показателей «Идентификация болезни» и «Понятность болез-

ни» в основной группе также трактуются нами как скорее положительные изменения, как свидетельство лучшей осведомленности пациентов о своем заболевании, его динамике, симптомах. Но особенно важным представляется повышение уровня комплаентности к терапии (показатель DAI-10), что подтверждает эффективность и целесообразность предлагаемой психообразовательной программы для пациентов с РПС на стационарном этапе помощи. Полученный результат перекликается с данными иных исследований [9, 10].

Отдельно рассмотрим результаты до скрининговой шкалы «Комплаентность к (психосоциальной) реабилитации». Поскольку шкала проходила апробацию в настоящем исследовании, был про-

веден ряд процедур психометрической оценки, в том числе надежности через определение внутренней согласованности теста (использовались данные, полученные на начальном этапе обследования, чтобы не исказить имеющегося в клинической выборке разброса балла). Часть пунктов, не показавших достаточной согласованности с результатами шкалы, были исключены из окончательной редакции опросника, и число удовлетворительных по психометрическим показателям пунктов составило 12 (данные подробно не приводятся). Результаты распределения балла отражены на рис. 1; значение альфа Кронбаха, который составил 0,748, можно считать удовлетворительным для теста с указанным числом пунктов.

При повторном проведении теста после прохождения пациентами обеих обследованных групп лечения с использованием психосоциальных вмешательств, была проведена повторная оценка (рис. 2 и рис. 3). Значимость достигнутых изменений также отражена в данных табл. 2, и можно видеть, что для пациентов обеих групп удалось добиться некоторого улучшения показателя готовности к реабилитации, но в основной группе положительные его изменения были существенно более отчетливыми.

Анализ данных свидетельствует, что в основной группе произошел резкий рост числа лиц с максимальным показателем по готовности к реабилитации. Данный результат можно считать основным эффектом проведенной инновационной программы

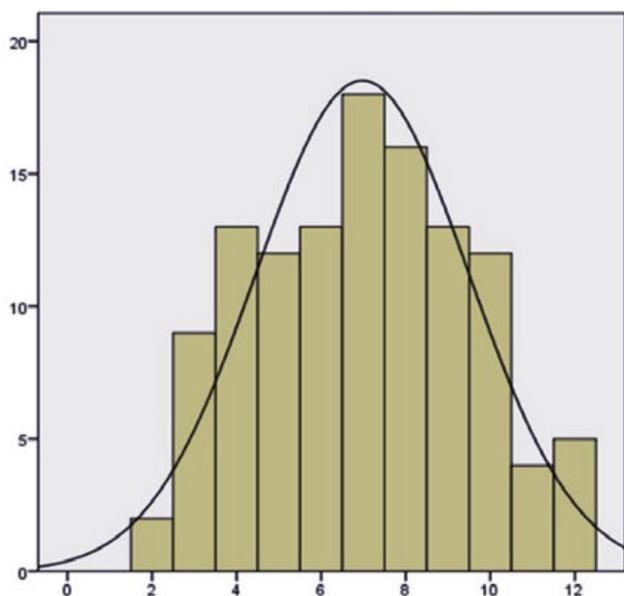


Рисунок 1. Гистограмма распределения балла шкалы «Комплаентность к реабилитации» в выборке исследования (основная и контрольная группы) до проведения интервенций

Histogram of the distribution of the score of the “Compliance to rehabilitation” scale in the study sample (main and control groups) before the intervention.

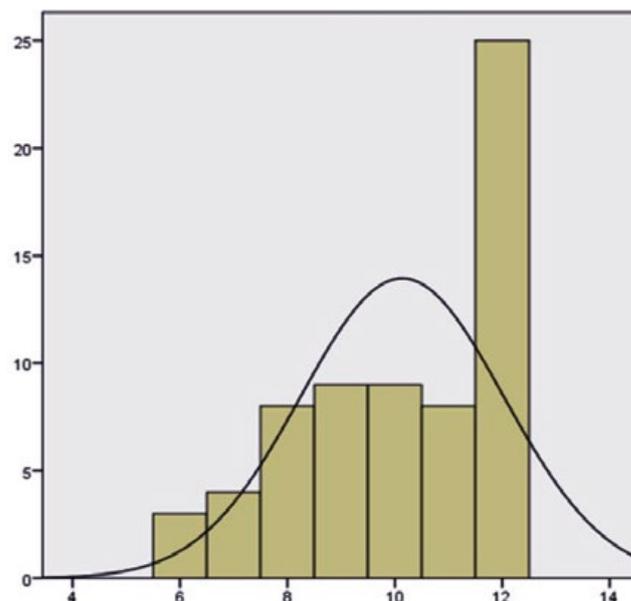


Рисунок 2. Гистограмма распределения балла шкалы «Комплаентность к реабилитации» в основной группе исследования после проведения интервенций.

Histogram of the distribution of the score of the “Compliance to rehabilitation” scale in the main study group after interventions

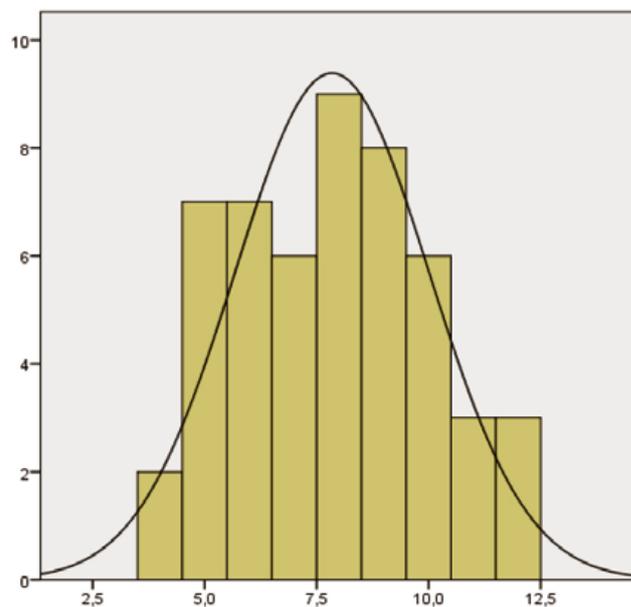


Рисунок 3. Гистограмма распределения балла шкалы «Комплаентность к реабилитации» в контрольной группе исследования после проведения интервенций

Histogram of the distribution of the score of the “Compliance to rehabilitation” scale in the control group of the study after the interventions

психообразования, и такое изменение установок в отношении последующих мероприятий психосоциальной реабилитации имеет большое значение для организации помощи больным с РШС.

ВЫВОДЫ

Проведенное эмпирическое исследование позволяет утверждать, что динамика клинических симптомов у пациентов с РПС, участвующих в психосоциальных мероприятиях на раннем стационарном этапе оказания психиатрической помощи, в незначительной степени зависит от типа использованной реабилитационной программы, скорее отражает общий результат комплексной терапии, включающей как психофармакотерапию, так и методы психосоциального лечения.

У пациентов из программы раннего вмешательства с использованием психообразования отмечены существенно выраженные позитивные изменения отношения к своему заболеванию, проводимому лечению, с повышением комплаентности ко всем видам лечебных интервенций. Особо ценным результатом представляется то, что удалось достичь значительного повышения комплаентности к реабилитации, что делает возможным проведение для больных этой группы широкого круга мероприятий на последующих этапах амбулаторной помощи.

Использованные в работе, новые для отечественной практики и оригинальные психометрические инструменты — шкала CRDPSS и скрининговый тест «Комплаентность к реабилитации», доказали свою адекватность задачам исследования и пригодность для оценки измеряемых параметров.

ОГРАНИЧЕНИЯ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Обе использованные в исследовании программы — психообразовательная и арт-терапевтическая или досуговая — были краткими, но данное ограничение обуславливалось сроками госпитализации, отвечающими современным стандартам ведения пациентов (в среднем около 1 месяца), а также — динамикой состояния пациентов в период стационарного лечения. Вследствие критериев невключения не удалось оценить эффективность программы для пациентов с когнитивными нарушениями или сопутствующим диагнозом зависимости от психоактивных веществ. Использованные методы — CRDPSS и тест «Комплаентность к реабилитации» — хорошо себя зарекомендовали в данном исследовании, могут считаться перспективными для практического использования, хотя и нуждаются в продолжении работы по их психометрической оценке в разных клинических группах.

Литература

1. Гурович И.Я. Сберегающе-превентивная психосоциальная реабилитация. Социальная и клиническая психиатрия. 2007;17(1):5–9.
2. Pekkala E., Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia. Cochrane Rev Cochrane Data Base Syst Rev [serial online]. 2002; No.CD002831:1–41.
3. Xia J., Merinder L.B., Belgamwar M.R. Psychoeducation for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev. 2011;(6):CD002831. doi: 10.1002/14651858.CD002831
4. Zhao S., Sampson S., Xia J., Jayaram M.B. Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. Cochrane Database Syst Rev. 2015;9:CD010823; doi: 10.1002/14651858.CD010823.pub2
5. Keepers G.A., Fochtmann L.J., Anzia J.M., Benjamin S. et al. (Systematic Review). The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. Focus (Am Psychiatr Publ). 2020;18(4):493–497. doi: 10.1176/appi.focus.18402
6. Семенова Н.Д., Кузьменко А.Ю., Костюк Г.П. Психообразование: проблемы и направление исследований // Обзорные психиатрии и мед. психологии. 2016. № 4. С. 3–11.
7. Палин А.В. Психотерапевтический потенциал психообразования в реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра // Консультативная психология и психотерапия. 2024. Том 32. № 3. С. 96–115. doi:10.17759/cpp.2024320306
8. Шлафер А.М., Бабин С.М. Комплаенс-терапия больных шизофренией. ИД «Городец», 2020, 160 с.
9. Карпенко О.А. Влияние психообразования на комплаентность пациентов с первым психотическим эпизодом в условиях стационара. Журнал невр. и психиатр. им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2020;120(6 2):92–98.
10. Семенова Н.Д., Гурович И.Я. Модуль формирования мотивации к реабилитации больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Том 24. № 4. С. 31–36.
11. Палин А.В., Рычкова О.В. Ранние психосоциальные вмешательства у больных с шизофренией — условие эффективности лечебно-реабилитационного процесса // Социальная и клиническая психиатрия. 2020. Том 30. № 2. С. 96–103.
12. Berendsen S., Van H.L., van der Paardt J.W., et al. Exploration of symptom dimensions and duration of untreated psychosis within a staging model of schizophrenia spectrum disorders. Early Intervention in Psychiatry. 2021;15:669–675. doi: 10.1111/eip.13006
13. Morozova, A., Zorkina, Y., Pavlov, K., et al. Association of rs4680 COMT, rs6280 DRD3, and rs7322347 5HT2A with clinical features of youth-onset schizophrenia. Frontiers in Psychiatry, 2019;10:830. doi.org/10.3389/fpsy.2019.00830
14. Ялтонский В.М., Ялтонская А.В., Сирота Н.А., Московченко Д.В. Психометрические характеристики русскоязычной версии краткого опросника восприятия болезни. Психологические исследования. 2017;10(51):1. doi.org/10.54359/ps.v10i51.407
15. Nielsen R.E., Lindström E., Nielsen J., Levander S. DAI-10 is as good as DAI-30 in schizophrenia. European Neuropsychopharmacology, 2012;22(10):747–750. doi: 10.1016/j.euroneuro.2012.02.008

Перспективы и возможности применения ипидакрина у пациентов с психическими расстройствами

О.В. Котова^{1,2}, кандидат медицинских наук, врач-невролог, психиатр, доцент кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии; вице-президент Международного общества «Стресс под контролем»;

Е.С. Акарачкова^{1,2}, доктор медицинских наук, врач-невролог, Президент Международного общества «Стресс под контролем», заместитель главного врача реабилитационного центра Rehaline;

А.А. Беляев³, невролог, младший научный сотрудник отделения неотложной сосудистой хирургии, НИИ СП им. Н.В. Склифосовского;

В.Э. Медведев¹, кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФНМО МИ РУДН имени Патриса Лумумбы (medvedev_ve@pfur.ru).

¹ Факультет непрерывного медицинского образования Медицинского института РУДН имени Патриса Лумумбы (117198, РФ, Москва, ул. Миклухо-Маклая, 21);

² Международное общество «Стресс под контролем» (115573, РФ, Москва, ул. Мусы Джалиля, д. 40);

³ ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ» (129090, РФ, Москва, Большая Сухаревская площадь, д. 3).

Психические расстройства вносят значительный вклад в глобальное бремя болезней, при этом на распространенные психические расстройства, такие как депрессия, тревога и посттравматическое стрессовое расстройство, приходится 41,9 % этого бремени. У пожилых или соматически отягощенных пациентов разнообразные патогенетические факторы (повреждение сосудов головного мозга, дезинтеграция и разрушение миелиновой оболочки головного мозга и др.) способствуют развитию не только когнитивных и астенических расстройств, но и депрессии и тревоги. Тревога и депрессия часто сопровождаются хроническим болевым синдромом. При этом тревожно-депрессивные расстройства усиливаются, если в течение длительного времени не удается выяснить причину болевого синдрома или эффективно купировать боль. Таким образом, тревога, депрессия, хроническая боль, нарушение когнитивных функций часто сочетаются между собой у пациентов разного возраста, в том числе пожилых, имеющих соматические заболевания, и наиболее часто — сердечно-сосудистые заболевания и сахарный диабет 2 типа. Необходимо отметить, что современные антидепрессанты, воздействующие на нейротрансмиттеры, менее эффективны и имеют больше побочных эффектов у пожилых пациентов, чем у молодых. Более 50 % пожилых пациентов не реагируют на такое лечение. Поэтому при сочетанной патологии, для профилактики полипрагмазии, необходимо искать препараты, которые воздействуют комплексно, влияя на многие компоненты патогенеза психических и соматических заболеваний. Антихолинэстеразный препарат ипидакрин, доступный российским врачам под торговым названием Ипидакрин-СЗ (Северная Звезда), является клинически перспективным для коморбидных пациентов психосоматического профиля. Комплексный механизм действия ипидакрина активирует регенерацию и реиннервацию, а в исследованиях по изучению клинической эффективности ипидакрина отмечается обезболивающее действие и достоверное уменьшение симптомов депрессии и тревоги на фоне улучшения когнитивных функций при хорошей переносимости препарата.

Ключевые слова: психические расстройства, депрессия, сосудистая депрессия, когнитивные нарушения, хроническая боль, сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, ипидакрин, Ипидакрин-СЗ (Северная Звезда).

Prospects and possibilities of using ipidacrine in patients with mental disorders

O.V. Kotova^{1,2}, Candidate of Medical Sciences, neurologist, psychiatrist, psychotherapist, Associate Professor of the Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic Pathology; Vice-President of the International Society “Stress under Control”;

E.S. Akarachkova^{1,2}, Doctor of Medical Sciences, neurologist, President of the International Society “Stress under Control”, Deputy Chief Physician of the rehabilitation center Rehaline;

A.A. Belyaev³, Neurologist, Junior Researcher at the Department of Emergency Vascular Surgery;

V.E. Medvedev¹, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic Pathology of the Patrice Lumumba National Research Institute of Medical Sciences.

¹ Faculty of Continuing Medical Education of the Patrice Lumumba RUDN Medical Institute (21 Miklukho-Maklaya str., Moscow, RF, 117198);

² The International Society “Stress under Control” (40 Musa Jalil str., Moscow, RF, 115573);

³ GBUZ “Research Institute of SP named after N.V. Sklifosovsky DZM” (3 Bolshaya Sukharevskaya Square, Moscow, RF, 129090).

Mental disorders contribute significantly to the global burden of disease, with common mental disorders such as depression, anxiety and post-traumatic stress disorder accounting for 41.9% of this burden. In elderly or somatically burdened patients, a variety of pathogenetic factors (damage to cerebral vessels, disintegration and destruction of the myelin sheath of the brain, etc.) contribute to the development of not only cognitive and asthenic disorders, but also depression and anxiety. Anxiety and depression are often

accompanied by chronic pain syndrome. At the same time, anxiety and depressive disorders increase if for a long time it is not possible to find out the cause of the pain syndrome or effectively relieve the pain. Thus, anxiety, depression, chronic pain, and cognitive impairment are often combined in patients of different ages, including the elderly with somatic diseases, and most often cardiovascular diseases and type 2 diabetes mellitus. It should be noted that modern antidepressants that affect neurotransmitters are less effective and have more side effects in elderly patients than in young ones. More than 50 % of elderly patients do not respond to such treatment. Therefore, in case of combined pathology, for the prevention of polypragmasia, it is necessary to look for drugs that act comprehensively, affecting many components of the pathogenesis of mental and somatic diseases. The anticholinesterase drug ipidacrin, available to Russian doctors under the trade name Ipidacrin-SZ (Severnaya Zvezda), is clinically promising for comorbid patients with a psychosomatic profile. The complex mechanism of action of ipidacrine activates regeneration and reinnervation, and in studies on the clinical effectiveness of ipidacrine, an analgesic effect and a significant decrease in symptoms of depression and anxiety are noted against the background of improved cognitive functions with good drug tolerance.

Keywords: mental disorders, depression, vascular depression, cognitive impairment, chronic pain, cardiovascular diseases, diabetes mellitus, ipidacrine, Ipidacrine-SZ (North Star).

Психические расстройства вносят значительный вклад в глобальное бремя болезней, при этом на распространенные психические расстройства, такие как депрессия, тревога и посттравматическое стрессовое расстройство, приходится 41,9 % этого бремени [1]. Распространенные психические расстройства в популяции взрослых, фиксируемые в течение 12 месяцев, наблюдаются у 17,6 %, а за всю жизнь — у 29,2 % [2]. Результаты исследований свидетельствуют, что частота патологических изменений психики растет в странах с низким и средним уровнем дохода, в связи с увеличением численности населения и старением [3]. Такие отягчающие обстоятельства, как опыт войны, конфликтов, вынужденное перемещение населения, повреждение инфраструктуры и безработица приводят к резкому росту депрессии, тревоги и постстрессовых расстройств. Это наблюдается на примере стран, расположенных в регионе Восточного Средиземноморья, где по оценкам ВОЗ распространенность психических расстройств за 12 месяцев наблюдений выросла с 11,0 до 40,1 % [4, 5].

Депрессия вносит значительный вклад в глобальную инвалидизацию населения в целом и пожилых людей в частности. Большая депрессия встречается у 2 % взрослых в возрасте 65 лет и старше, и ее распространенность увеличивается с возрастом. Депрессия, не достигающая степени глубокой, встречается у 10–15 % пожилых людей [6]. Тяжелая депрессия и депрессия средней степени тяжести у пожилых пациентов связана с более низким качеством жизни и более высоким риском смерти (в 1,5–2 раза), что определяет актуальность диагностики и лечения этого состояния [7]. При этом, современные антидепрессанты, воздействующие на нейротрансмиттеры, менее эффективны и имеют больше побочных эффектов у пожилых пациентов, чем у молодых. Более 50 % пожилых пациентов не реагируют на такое лечение [8, 9]. Отчасти это связано с неоднородностью депрессии.

Депрессия — гетерогенный синдром, обусловленный различными генетическими и нейрофизиологическими механизмами развития, которые приводят к многообразным клиническим проявлениям, прогнозу и результатам лечения [10, 11].

Некоторые авторы выделяют сосудистую депрессию, характеризующуюся отчетливой клинической картиной и ассоциацией с поражением сосудов головного мозга [12]. Предлагаются следующие критерии сосудистой депрессии:

- 1) наличие сосудистой патологии у пожилых пациентов с когнитивными нарушениями или без них;
- 2) отсутствие депрессивных эпизодов, предшествующих очевидному цереброваскулярному заболеванию;
- 3) наличие факторов цереброваскулярного риска;
- 4) совпадение депрессии по времени с манифестацией факторов цереброваскулярного риска;
- 5) клинические симптомы, характерные для сосудистой депрессии (снижение исполнительных функций, снижение скорости обработки данных и вялость);
- 6) данные нейровизуализации, подтверждающие цереброваскулярное заболевание.

Однако диагностические критерии сосудистой депрессии до сих пор не получили широкого признания, и сосудистая депрессия не включена в официальные руководства по психиатрии [12].

Пожилые пациенты с депрессией представляют собой неоднородную группу, включающую лиц с «поздней» депрессией, у которых первый депрессивный эпизод возникает после 60 лет, и лиц с «ранней» депрессией, у которых уже был депрессивный эпизод в жизни.

Повреждение сосудов головного мозга может способствовать развитию депрессии через нарушения в областях, участвующих в регуляции настроения, в частности, подкорковых областей [13, 14]. Этот механизм может быть особенно актуален у пожилых людей без депрессии в анамнезе (депрессии с поздним началом), предполагая наличие сосудистой депрессии, как специфического подтипа, хотя, стоит отметить, что такого рода исследования в основном были сосредоточены на поздних стадиях цереброваскулярных заболеваний, когда необратимое повреждение мозга уже было очевидным [12, 15].

Сахарный диабет 2 типа (СД-2) и депрессия в позднем возрасте — еще одно частое сочетание: у лиц с СД-2 риск депрессии в два раза выше, по сравнению с лицами без СД-2. Более того, у людей с депрессией в 1,5 раза выше риск развития СД-2 [16].

Механизмы, лежащие в основе взаимосвязи между СД-2 и депрессией в позднем возрасте, включают психосоциальные факторы, такие как, бремя диабета и дистресс, а также биологические факторы, включая центральную резистентность к инсулину и микрососудистую дисфункцию [17, 18].

Взрослые пациенты с СД-2 подвергаются повышенному риску развития определенных церебральных или психических расстройств, таких как инсульт, деменция и депрессия [19]. Хотя эти нарушения обычно не считаются классическими микрососудистыми осложнениями СД, появляется все больше доказательств того, что микроциркуляторное русло участвует в регуляции многих церебральных процессов, при нарушении которых повышается риск развития лакунарных и геморрагических инсультов, когнитивной дисфункции и депрессии. Все большее количество данных наблюдательных исследований свидетельствуют о том, что связанная с диабетом микрососудистая дисфункция связана с более высоким риском инсульта, когнитивной дисфункции и депрессии и является одним из ключевых механизмов, лежащих в их основе [20].

Микрососудистая дисфункция является широко распространенным явлением у людей с СД и сердечно-сосудистыми заболеваниями. Так, церебрально-микрососудистая дисфункция проявляется уже у пациентов с преддиабетом, что позволяет предположить, что процессы церебрально-микрососудистых заболеваний начинаются до развития СД. Основными факторами церебрально-микрососудистой дисфункции, связанной с диабетом, являются гипергликемия, ожирение, резистентность к инсулину и гипертония.

Микрососудистая дисфункция, независимо от причины возникновения, может способствовать развитию депрессии. Она включает повышенную гематоэнцефалическую проницаемость и нарушенную регуляцию перфузии крови с нарушением нейрососудистого взаимодействия и церебральной ауторегуляции. А именно:

— повышенная проницаемость элементов крови для мозга приводит к утечке воспалительных белков и других компонентов плазмы в периваскулярное пространство;

— нейрососудистое взаимодействие включает сложное взаимоотношение между различными клетками (нейронами, астроцитами, эндотелиальными, гладкомышечными клетками) и различными нейромедиаторами;

— дисфункция каждого из этих компонентов может способствовать нарушению нейрососудистой связи, как эндотелиальная, так и нейрональная дисфункция может приводить к снижению высвобождения оксида азота эндотелиального или нейронального происхождения, что приводит к нарушению расширения сосудов;

— церебральная ауторегуляция — это способность цереброваскулярной сети поддерживать по-

стоянный уровень глобальной перфузии головного мозга, несмотря на изменение артериального давления [21–23].

Доказательства наличия повышенной проницаемости гематоэнцефалического барьера при депрессии у людей получены при биохимических исследованиях, в которых оценивается отношение альбумина спинномозговой жидкости к уровню сывороточного альбумина, который известен как коэффициент альбумина. В исследованиях обнаруживается более высокий коэффициент альбумина среди пожилых пациентов с депрессией, чем среди пожилых людей без депрессии, а более высокий коэффициент альбумина был связан с суицидальным поведением. Кроме того, посмертные исследования выявляют наличие структурных изменений гематоэнцефалического барьера при депрессии [24–26]. Такого рода нарушения могут привести к очаговому повреждению головного мозга, которое может нарушить нейронные цепи, участвующие в регуляции настроения, способствовать возникновению клинических симптомов депрессии и негативно влиять на действие антидепрессантов [27].

В литературе обычно обсуждают умеренные и тяжелые когнитивные расстройства, тогда как субъективное когнитивное снижение (СКС) упоминается нечасто, хотя на данной стадии когнитивного снижения пациенту возможно помочь максимально эффективно. СКС относится к субъективным ощущениям пациента, может вызывать беспокойство у пациентов, приводя к ухудшению качества жизни и увеличению использования медицинских услуг [28]. Очень важно, что СКС связано с депрессией, тревогой и психосоциальными стрессорами, что определяет некоторую общность патогенетических механизмов развития. Сообщается, что при СКС наблюдаются изменения в мозге, аналогичные тем, которые наблюдаются при болезни Альцгеймера [29, 30].

Нейровизуализация используется для неинвазивной диагностики изменений структуры головного мозга, в частности, у пациентов с СД-2, и демонстрирует уменьшение объема серого вещества и потерю целостности аксонов [31]. Диффузионно-тензорная визуализация (ДТВ) — это метод обследования, который позволяет оценивать пучки волокон белого вещества головного мозга (БВМ), оценивать их целостность и выявлять микроструктурные аномалии [32]. По сравнению с традиционной магнитно-резонансной томографией (МРТ), ДТВ, по-видимому, является более чувствительным биомаркером снижения когнитивных способностей, вызванного старением и аксиальной диффузией [33]. ДТВ демонстрирует, что у пациентов с СД-2 имеются структурные изменения в БВМ на ранней стадии, которые могут лежать в основе СКС. С увеличением продолжительности заболевания степень повреждения БВМ увеличивается. Оценка параметров ДТВ у пациентов с СД-2 демонстрирует корреляцию с уровнем

гликированного гемоглобина, когнитивными показателями и продолжительностью заболевания, и это отражает изменения БВМ у пациентов с СД-2 до того, как им будут диагностированы когнитивные нарушения по результатам обычных нейропсихологических тестов [34].

Нейрокогнитивные нарушения при СД-2 проявляются снижением производительности вербальной и невербальной памяти, как непосредственной, так и отсроченной памяти, исполнительных функций, внимания, зрительно-пространственных и психомоторных показателей, скорости обработки информации [35, 36]. Это связано с такими патологическими процессами, как:

- токсичность глюкозы
- воспаление
- окислительный стресс
- резистентность к инсулину
- разрушение гематоэнцефалического барьера
- церебральные макро- и микрососудистые заболевания.

В совокупности эти процессы приводят к дезинтеграции и разрушению миелиновой оболочки, вызывая изменения когнитивных функций [37, 38].

По данным исследователей, тревога и депрессия часто сопровождаются хроническим болевым синдромом. При этом тревожно-депрессивные расстройства усиливаются, если в течение длительного времени не удается выяснить причину болевого синдрома или эффективно его купировать [39]. Усиление тревоги и депрессии способствует усугублению болевого синдрома, формируя патологический порочный круг [40]. Известно, что у пациентов, страдающих от боли, депрессия встречается в 5–85 % случаев, а депрессия без боли встречается в 5–10 % случаев. Сочетание тревоги и депрессии у пациентов с хронической болью достигает 23 % [41].

Тревога, депрессия, хроническая боль и нарушение когнитивных функций часто сочетаются между собой у пациентов разного возраста, в том числе пожилых, имеющих соматические заболевания, и наиболее часто это сердечно-сосудистая патология и СД-2. Как ранее отмечалось, у таких пациентов вызывает сложности лечение депрессивных и тревожных расстройств, ввиду многофакторности патогенеза и низкой эффективности антидепрессантов. Поэтому при сочетанной патологии, для профилактики полипрагмазии, необходимо искать препараты, которые воздействуют комплексно, влияя на многие звенья патогенеза развития когнитивных нарушений и тревожно-депрессивных расстройств.

В этом отношении очень перспективным представляется ипидакрин (Ипидакрин-СЗ, Северная Звезда) — антихолинэстеразный препарат, активирующий регенерацию и реиннервацию. Применение ипидакрина стимулирует регенераторный спраунтинг, который необходим для образования новых синапсов, восстановления нервно-

мышечной передачи и улучшения проведения по нерву [42]. Благодаря оригинальному механизму действия, ипидакрин оказывает как периферическое, так и центральное влияние. Избирательная блокада калиевых каналов, а также активности ацетилхолинэстеразы, способствует увеличению вхождения ионов кальция в пресинаптическую терминаль аксона. Это обеспечивает выход большего количества ацетилхолина в синаптическую щель, что облегчает передачу возбуждения в синапсе. За счет удлинения периода реполяризации пресинаптической мембраны ипидакрин способен блокировать эктопические очаги и эфалгическую передачу возбуждения, являющиеся причиной развития парестезий, крампи и других компонентов нейропатической боли [43].

В исследованиях по изучению клинической эффективности ипидакрина у больных с заболеваниями периферической нервной системы, в том числе у пациентов с СД-2, отмечается не только выраженное обезболивающее действие на фоне хорошей переносимости препарата, но и уменьшение проявлений симптомов депрессии, тревоги, улучшение когнитивных функций [42–47].

В работе Авакяна Г.Н. и соавт. продемонстрирована обезболивающая эффективность ипидакрина у пациентов с мононейропатиями [42]. В исследовании Живолупова С.А. и соавт. доказана клиническая значимость применения ипидакрина в комплексном лечении радикулопатий [43]. В работе Суслиной З.А. и соавт. рекомендовано назначение ипидакрина пациентам с неврологическими проявлениями опоясывающего герпеса [44].

Эффективность ипидакрина оценивалась в российском исследовании при добавлении его к традиционной терапии пациентам с туннельными синдромами (ТС). В исследование вошли 92 пациента с верифицированным диагнозом ТС. Методом простой рандомизации пациенты были разделены на основную группу (n = 50), в терапию которой был включен ипидакрин, и группу сравнения (n = 42), получавшую традиционную терапию. Пациентам проводилось обследование, включающее клинический неврологический осмотр, провокационные тесты, опросники для оценки боли (ВАШ, DN4, Pain Detect, Pain Disability Index), оценку по шкале депрессии Бека, опроснику Спилбергера для оценки реактивной и личностной тревоги, электронейромиографию. Большинство (80 %) обследованных пациентов — с легкими ТС без мышечной слабости и амиотрофий. В основной группе отмечалось статистически значимое снижение гипестезии, нормализация результатов провокационных тестов, увеличение амплитуд S-ответов, а также скорости распространения возбуждения по моторным и сенсорным волокнам исследованных нервов. У пациентов, получающих традиционную терапию в сочетании с ипидакрином, при исследовании через 4 недели была зарегистриро-

вана достоверная положительная динамика как по клиническим, нейрофизиологическим, так и по психоэмоциональным показателям, не требующая применения психоактивных препаратов [48].

В другом исследовании с участием 56 пациентов (средний возраст $61,7 \pm 4,3$ года) коллектив авторов изучал повышение эффективности лечения когнитивных нарушений у пациентов с артериальной гипертензией и СД-2. В качестве дополнительной терапии к стандартному базисному антигипертензивному и гипогликемическому лечению для коррекции когнитивной функции у этой категории коморбидных пациентов была добавлена комбинация ипидакрина и фенибуты. Через месяц после начала терапии выявлено улучшение психоэмоционального состояния и психометрических показателей, что проявлялось повышением концентрации внимания, памяти, психомоторных функций, речевой активности вместе с нормализацией артериального давления и метаболических показателей [49].

Таким образом, для эффективного вмешательства в такие патологические процессы как тревожно-депрессивное расстройство или когнитивное снижение, крайне важно определить механизмы, на которые можно воздействовать на ранней стадии заболевания, прежде чем произойдет необратимое повреждение. Перспективным лекарственным средством для такого многогранного вмешательства у пациентов с коморбидной патологией можно считать ипидакрин. В российской клинической практике применяется препарат с торговым наименованием Ипидакрин-СЗ (Северная Звезда) в таблетированной лекарственной форме с содержанием действующего вещества 20 мг, по 50 и 100 таблеток в упаковке. Ипидакрин-СЗ (Северная Звезда) демонстрирует клиническую эффективность и благоприятный профиль безопасности у коморбидных пациентов с болевым синдромом на фоне психосоматической патологии. В мировом медицинском сообществе продолжают масштабные молекулярно-биологические и клинические исследования ведущей роли ацетилхолина в комплексном сохранении ментального здоровья и поддержании активного долголетия. И есть все основания предполагать, что клинические сферы применения ингибиторов антихолинэстеразы будут расширяться.

Литература

- Whiteford H.A., Degenhardt L., Rehm J., Baxter A.J., Ferrari A.J., Erskine H.E., et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. (2013) 382:1575–86. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61611-6
- Steel Z., Marnane C., Iranpour C., Chey T., Jackson J.W., Patel V., et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *Int J Epidemiol*. (2014) 43:476–93. doi: 10.1093/ije/dyu038
- Patel V., Saxena S., Lund C., Thornicroft G., Baingana F., Bolton P., et al. The lancet commission on global mental health and sustainable development. *Lancet*. (2018) 392:1553–98. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31612-X
- Ghosh N., Mohit A., Murthy R.S. Mental health promotion in post-conflict countries. *J R Soc Promot Health*. (2004) 124:268–70. doi: 10.1177/146642400412400614
- Charara R., Forouzanfar M., Naghavi M., Moradi-Lakeh M., Afshin A., Vos T., et al. The burden of mental disorders in the Eastern Mediterranean region, 1990–2013. *PLoS ONE*. (2017) 12:e0169575. doi: 10.1371/journal.pone.0169575
- Kok R.M., Reynolds 3rd, C.F. Management of depression in older adults: A review. *JAMA*. 2017; 317: 2114–2122.
- Chachamovich E., Fleck M., Laidlaw K., Power M. Impact of major depression and subsyndromal symptoms on quality of life and attitudes toward aging in an international sample of older adults. *Gerontologist*. 2008; 48: 593–602.
- Calati R., Salvina Signorelli M., Balestri M., Marsano A., De Ronchi D., Aguglia E., Serretti A. Antidepressants in elderly: Metaregression of double-blind, randomized clinical trials. *J Affect Disord*. 2013; 147: 1–8.
- Coupland C., Dhiman P., Morriss R., Arthur A., Barton G., Hippisley-Cox J. Antidepressant use and risk of adverse outcomes in older people: Population based cohort study. *BMJ*. 2011; 343: d4551.
- Taylor W.D., Aizenstein H.J., Alexopoulos G.S. The vascular depression hypothesis: Mechanisms linking vascular disease with depression. *Mol Psychiatry*. 2013; 18: 963–974.
- Котова О.В., Беляев А.А., Акарачкова Е.С. Современные методы диагностики и лечения тревожных и депрессивных расстройств. *Русский медицинский журнал*. Медицинское обозрение. 2021. Т. 5. № 10. С. 648–653.
- Aizenstein H.J., Baskys A., Boldrini M., Butters M.A., Diniz B.S., Jaiswal M.K. et al. Vascular depression consensus report — A critical update. *BMC Med*. 2016; 14: 161.
- Alexopoulos G.S., Meyers B.S., Young R.C., Campbell S., Silbersweig D., Charlson M. 'Vascular depression' hypothesis. *Arch Gen Psychiatry*. 1997; 54: 915–922.
- Taylor W.D., Steffens D.C., Krishnan K.R. Psychiatric disease in the twenty-first century: The case for subcortical ischemic depression. *Biol Psychiatry*. 2006; 60: 1299–1303.
- Alexopoulos G.S. Mechanisms and treatment of late-life depression. *Transl Psychiatry*. 2019; 9: 188.
- vanSloten T., Schram M. Understanding depression in type 2 diabetes: A biological approach in observational studies. 2018; 7 (F1000 FacultyRev–1283).
- Lyra E Silva N.M., Lam M.P., Soares C.N., Munoz D.P., Milev R., De Felice F.G. Insulin resistance as a shared pathogenic mechanism between depression and type 2 diabetes. *Front Psychiatry*. 2019; 10: 57.
- Котова О.В., Акарачкова Е.С., Беляев А.А. Неврологические осложнения сахарного диабета. *Медицинский совет*. 2019. № 9. С. 40–44.
- Degen C., Toro P., Schönknecht P., Sattler C., Schröder J. (2016). Diabetes mellitus Type II and cognitive capacity in healthy aging, mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Psychiatry Res*. 240 42–46. doi: 10.1016/j.psychres.2016.04.009
- vanSloten T.T., Sedaghat S., Carnethon M.R., Launer L.J., Stehouwer C.D.A. Cerebral microvascular complications

- of type 2 diabetes: stroke, cognitive dysfunction, and depression. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2020 Apr;8(4):325-336. doi: 10.1016/S2213-8587(19)30405-X. Epub 2020 Mar 2. PMID: 32135131.
21. Wardlaw J.M., Smith C., Dichgans M. Small vessel disease: Mechanisms and clinical implications. *Lancet Neurol.* 2019; 18: 684-696.
 22. Kisler K., Nelson A.R., Montagne A., Zlokovic B.V. Cerebral blood flow regulation and neurovascular dysfunction in Alzheimer disease. *Nat Rev Neurosci.* 2017; 18: 419-434.
 23. Novak V., Hajjar I. The relationship between blood pressure and cognitive function. *Nat Rev Cardiol.* 2010; 7: 686-698.
 24. Gudmundsson P., Skoog I., Waern M., Blennow K., Pálsson S., Rosengren L., Gustafson D. The relationship between cerebrospinal fluid biomarkers and depression in elderly women. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2007; 15: 832-838.
 25. Bechter K., Reiber H., Herzog S., Fuchs D., Tumani H., Maxeiner H.G. Cerebrospinal fluid analysis in affective and schizophrenic spectrum disorders: Identification of subgroups with immune responses and blood-CSF barrier dysfunction. *J Psychiatr Res.* 2010; 44: 321-330.
 26. Menard C., Pfau M.L., Hodes G.E., Kana V., Wang V.X., Bouchard S. et al. Social stress induces neurovascular pathology promoting depression. *Nat Neurosci.* 2017; 20: 1752-1760.
 27. Empana J.P., Boutouyrie P., Lemogne C., Jouven X., van Sloten T.T. Microvascular Contribution to Late-Onset Depression: Mechanisms, Current Evidence, Association With Other Brain Diseases, and Therapeutic Perspectives. *Biol Psychiatry.* 2021 Aug 15;90(4):214-225. doi: 10.1016/j.biopsych.2021.04.012
 28. Котова О. В., Зуйкова Н. Л., Палин А. В., Фролова В. И., Гушанская Е. В., Салынец И. В., Медведев В. Э. Психопатологические расстройства при хронической ишемии мозга: возможности профилактики // *Лечащий Врач.* 2021; 5 (24): 22-26. doi: 10.51793/OS.2021.15.98.005
 29. Hong Y. J., Park K. W., Kang D. Y., Lee J. H. (2019). Prediction of Alzheimer's Pathological Changes in Subjective Cognitive Decline Using the Self-report Questionnaire and Neuroimaging Biomarkers. *Dement. Neurocogn. Disord.* 18 19–29. doi: 10.12779/dnd.2019.18.1.19
 30. Vale F. A. C., Balieiro A. P., Jr., Silva-Filho J. H. (2012). Memory complaint scale (MCS). Proposed tool for active systematic search. *Dement. Neuropsychol.* 6 212–218. doi: 10.1590/s1980-57642012dn06040004
 31. Li Y., Liang Y., Tan X., Chen Y., Yang J., Zeng H., et al. (2020). Altered Functional Hubs and Connectivity in Type 2 Diabetes Mellitus Without Mild Cognitive Impairment. *Front. Neurol.* 11:1016. doi: 10.3389/fneur.2020.01016
 32. Vaeggemose M., Haakma W., Pham M., Ringgaard S., Tankisi H., Ejlskjær N., et al. (2020). Diffusion tensor imaging MR Neurography detects polyneuropathy in type 2 diabetes. *J. Diab. Compl.* 34:107439. doi: 10.1016/j.jdiacom.2019.107439
 33. Schiavone F., Charlton R. A., Barrick T. R., Morris R. G., Markus H. S. (2009). Imaging age-related cognitive decline: A comparison of diffusion tensor and magnetization transfer MRI. *J. Magn. Reson. Imag.* 29 23–30. doi: 10.1002/jmri.21572
 34. Karvani M, Simos P, Stavrakaki S, Kapoukranidou D. Neurocognitive impairment in type 2 diabetes mellitus. *Hormones (Athens).* 2019 Dec;18(4):523-534. doi: 10.1007/s42000-019-00128-2
 35. Котова О.В., Акарачкова Е.С., Беляев А.А., Сахарный диабет и диабетическая полиневропатия: роль витаминов группы В. *Терапия.* 2021. Т. 7. № 4 (46). С. 147-154. DOI: 10.18565/therapy.2021.4.147-154
 36. Sanjari Moghaddam H., Ghazi Sherbaf F., Aarabi M. (2019). Brain microstructural abnormalities in type 2 diabetes mellitus: A systematic review of diffusion tensor imaging studies. *Front. Neuroendocrinol.* 55:100782. doi: 10.1016/j.yfrne.2019.100782
 37. Viazzi F., Piscitelli P., Giorda C., Ceriello A., Genovese S., Russo G., et al. (2017). Metabolic syndrome, serum uric acid and renal risk in patients with T2DM. *PLoSOne* 12:e0176058. doi: 10.1371/journal.pone.0176058
 38. Барулин А.Е., Курушина О.В., Калинин Б.М., Черноволенко Е.П. Хроническая боль и депрессия. *Лекарственный вестник.* 2016;10(1):3-10.
 39. Кукушкин М.Л. Механизмы развития хронической боли. Подходы к профилактике и лечению. *Consilium Medicum.* 2017;19(2):110-117.
 40. Williams D.A. The importance of psychological assessment in chronic pain. *Curr Opin Urol.* 2013;23(6):554-559. <https://doi.org/10.1097/MOU.0b013e3283652af1>
 41. Шаров М.Н., Степанченко О.А., Суслина З.А. Современный опыт применения антихолинэстеразных препаратов в неврологии. *Лечащий врач.* 2008;5:91-94.
 42. Авакян Г.Н., Авакян Г.Г. Клинико-электроэнцефалографическое исследование эффективности ипидакрина у пациентов с мононевропатиями. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2015;115(9):9-17.
 43. Живолупов С. А. и соавт. Инновации в дифференциальной диагностике и мониторинге терапии пояснично-крестцовых радикулопатий. *Журнал неврологии и психиатрии,* 8, 2014. с. 25–31.
 44. Суслина З. А., Максимова М. Ю., Синева Н. А., Водопьянов Н. П. Неврологические проявления опоясывающего герпеса. Пособие для врачей. – М.: Практика, 2014. – 72 с.
 45. Живолупов С.А., Шапкова Е.Ю., Самарцев И.Н. и др. Влияние нейромидина и церебролизина на нейродинамические процессы при травматической болезни головного мозга. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2011; 111: 4: 31–36.
 46. Широков В.А., Бахтерева Е.В., Лейдерман Е.Л. Фокальные невропатии: новые возможности лекарственной терапии. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2011; 111: 6: 49–52.
 47. Зиновьева О.Е., Егоров П.Д., Пенкина А.И., Гусейнов С.С. Эффективность ипидакрина в комплексной терапии диабетической полиневропатии. *Consilium Medicum.* 2022;24(2):123–127. DOI: 10.26442/20751753.2022.2.201554
 48. Меркулов Ю.А., Магомедова А.М., Биглова А.Н., Гамбург А.М., Ташанова Б.А., Меркулова Д.М. Компрессия нервов и чувств: ипидакрин как свет в конце туннеля. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2021;121(2):31–37. <https://doi.org/10.17116/jnevro202112102131>
 49. Osovskaya N.Y., Knyazkova I.I., Kuzminova N.V., Mazur Y.V., Shchepina N.V. Therapeutic approaches to the correction of cognitive impairment in patients with hypertension and type 2 diabetes. *Wiad Lek.* 2020;73(11):2438-2442.



РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ДРУЖБЫ НАРОДОВ
имени Патриса Лумумбы
ФАКУЛЬТЕТ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ
Медицинский институт
**КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ, ПСИХОТЕРАПИИ
И ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ**



ПРИ ПОДДЕРЖКЕ:

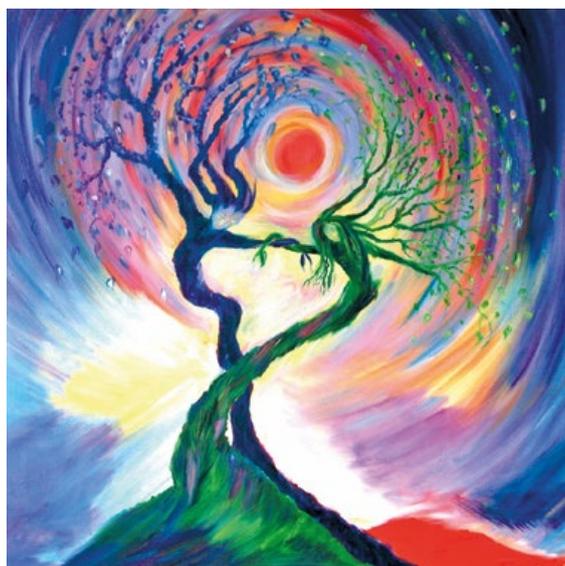
Российское общество психиатров (РОП)
Профессиональное медицинское объединение
психотерапевтов, психологов и социальных работников
г. Москвы

Ассоциация молодых медицинских специалистов (АММС)

Московский областной научно-исследовательский
клинический институт (МОНИКИ) им. М.Ф. Владимирского

Международный институт психосоматического здоровья
(МИПЗ)

**Приглашают Вас
21–22 марта 2025 г.
принять участие в
XI Всероссийской межвузовской научно-практической конференции
«ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА В РОССИИ-2025:
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ СИМФОНИЯ»**



ФОРМАТ: гибридный — 21 марта онлайн, 22 марта — очно с трансляцией на регионы

АУДИТОРИЯ: врачи психиатры, терапевты, неврологи, ВОП (семейные врачи), кардиологи, гастроэнтерологи, пульмонологи, дерматологи, эндокринологи, психотерапевты, наркологи и др.

РЕГИСТРАЦИЯ: предусмотрена предварительная электронная регистрация участников

ПОСЕЩЕНИЕ: свободное

АККРЕДИТАЦИЯ: программа конференции подается на аккредитацию в Координационный совет НМО при МЗ РФ для получения зачетных единиц (кредитов) в рамках Программы по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию.

ВЫСТАВКА. В рамках конференции будет организована выставка и/или видеопрезентация достижений фармацевтической отрасли, медицинских издательств и журналов.

ИНФОРМАЦИЯ о конференции будет размещена
НА САЙТАХ

Российского общества психиатров <https://psychiatr.ru/>

Мероприятия <https://www.forum-moscow.com>

Кафедры <https://esystem.rudn.ru/faculty/mi/departments/kafedra-psihiatrii-psihoterapii-i-psihosomaticheskoi-patolog-5d63c93d7514a/21-22032025-xi-vserossiiskaya-mezhvuzovskaya-nauchno-practic>

В ЖУРНАЛАХ

“Психиатрия и психофармакотерапия”

“Современная терапия в психиатрии и неврологии”

“Архивъ внутренней медицины”

”Клинический разбор в общей медицине”

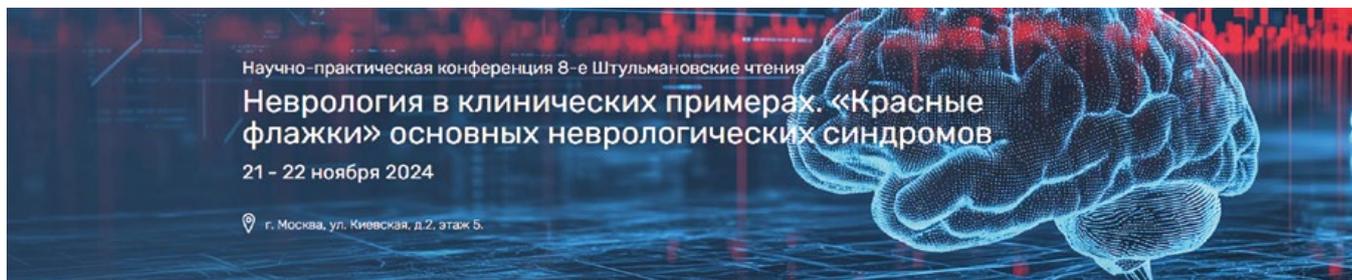
ПРОГРАММА:

Симпозиум 1. Психокardiология “Болезни сердца и сосудов — психосоматический подход”	Кардиолог
	Психиатр
	Психотерапевт
Симпозиум 2. Психозндокринология “Сахарный диабет, метаболический синдром и гиперпролактинемия”	Эндокринолог/ терапевт
	Психиатр
	Психотерапевт
Симпозиум 3. Психогастроэнтерология “Язвенная болезнь, диспепсия, раздраженный кишечник и ГЭРБ”	Гастроэнтеролог/ терапевт/ ВОП
	Психиатр
	Психотерапевт
Симпозиум 4. Психодерматология “Зуд, дерматит, аллергия”	Дерматолог/ иммунолог/ аллерголог
	Психиатр
	Психотерапевт
Симпозиум 5. Психогинекология “Репродуктивное здоровье и психические расстройства: от предменструального синдрома до постменопаузы”	Гинеколог/ эндокринолог
	Психиатр
	Психотерапевт/ клинический психолог
Симпозиум 6. “Психические расстройства в общей медицинской практике (БАР, шизофрения, тревога и депрессия)”	Психиатр
	Психиатр
	Психиатр
	Психиатр
Симпозиум 7. “Нездоровый “здоровый” образ жизни (ЗОЖ)”	Терапевт/ ВОП/ др.
	Психиатр
	Психиатр
Симпозиум 8. Психоневрология “Когнитивные расстройства”	Невролог/ гериатр
	Психиатр
	Психотерапевт/ клинический психолог
Симпозиум 9. Психоневрология “Расстройства сна”	Невролог/ сомнолог/ клинический фармаколог
	Психиатр
	Психотерапевт
Симпозиум 10. Психоневрология “Боль — междисциплинарная проблема”	Невролог
	Психиатр
	Психотерапевт
Симпозиум 11. Психоневрология “Хроническая усталость, астения и синдром выгорания”	Невролог
	Психиатр
	Психотерапевт
Симпозиум 12. Психоневрология “Тревожные, функциональные расстройства, вегетативная дисфункция”	Невролог/ терапевт/ ВОП
	Психиатр
	Психотерапевт
Симпозиум 13. Психоневрология “Психические расстройства при неврологических заболеваниях (травма, инсульт, эпилепсия, деменции)”	Невролог/ гериатр
	Эпилептолог
	Психиатр

ТЕХНИЧЕСКИЙ ОРГАНИЗАТОР: компания ООО «СИНАПС»
 Контакты: Руководитель отдела продаж Новикова Екатерина
 +7(985)048-80-88, ekaterina.novikova@medarhive.ru

**Председатель Организационного комитета:
 Заведующий кафедрой психиатрии, психотерапии
 и психосоматической патологии ФНМО МИ РУДН**

В.Э. Медведев



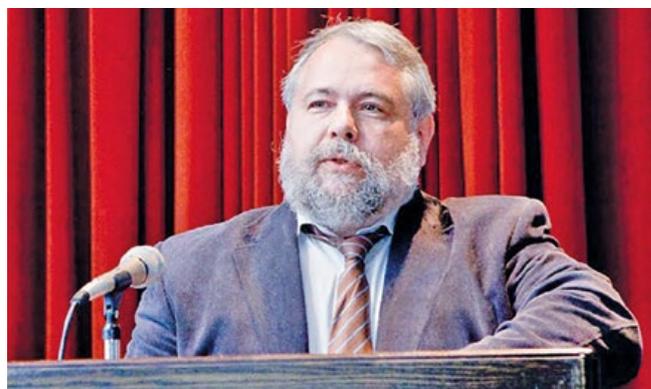
Итоги научно-практической конференции 8-е Штульмановские чтения «Неврология в клинических примерах. «Красные флажки» основных неврологических синдромов*

21–22 ноября 2024 года в Москве состоялась, ставшая уже традиционной, научно-практическая конференция 8-е Штульмановские чтения «Неврология в клинических примерах. «Красные флажки» основных неврологических синдромов».

Организатор конференции — Кафедра неврологии с курсом рефлексологии и мануальной терапии ФГБОУ ДПО Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Минздрава России. Бессменный председатель и научный руководитель конференции — Олег Семенович Левин, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой неврологии с курсом рефлексологии и мануальной терапии ФГБОУ ДПО РМАНПО. Мероприятие прошло в очном формате с возможностью удаленного подключения к трансляции и вызвало живой интерес врачей — неврологов и специалистов смежных дисциплин. Всего в течение двух дней интенсивной работы было сделано 27 докладов и организован ряд дискуссий по ключевым вопросам психоневрологии. В секции «Нейропсихиатрия» были представлены последние данные о «красных флажках» в диагностике и лечении дисциркуляторной энцефалопатии (проф. Федорова Н.В.), послеоперационного делирия (проф. Боголепова А.Н.), тревоги и депрессии в позднем возрасте (д.м.н. Васенина Е.Е.). Также в рамках этой секции поднимались проблемы психотических расстройств в позднем возрасте (Никитина А.Ю.), функциональных неврологических расстройств (проф. Дюкова Г.М.), когнитивных нарушений различной степени тяжести (проф. Соловьева Э.Ю.), демиелинизирующих заболеваний пожилого возраста (Шемякина А.В.).

Пирамидные и экстрапирамидные синдромы рассматривались как важная часть клинической картины при инсульте (проф. Смоленцева И.Г.), при паркинсонизме (проф. Левин О.С.), при нарушениях ходьбы (к.м.н. Ганькина О.А.) и хорее (к.м.н. Скрипкина Н.А.).

На симпозиуме под председательством проф. Левина О.С. «От алгоритмов терапии болезни Паркинсона к «красным флажкам» особые акценты были сделаны на ранние стадии болезни (проф. Катунина Е.А.), на поздние стадии (к.м.н. Артемьев Д.В.), на немоторные симптомы (д.м.н. Васенина Е.Е.) и озвучены диагностические критерии для нейрохирургической помощи пациентам с болезнью Паркин-



Олег Семенович Левин

сона (к.м.н. Бриль Е.В.). Были приведены данные мировой статистики, что только 2 % пациентов этой категории подходят под эти жесткие критерии и получают хирургическую помощь. Несмотря на неуклонный прогресс в медицине, основной инструмент для лечения пациентов с болезнью Паркинсона — индивидуально подобранные схемы фармакотерапии.

Докладчики уделили внимание быстро прогрессирующим когнитивным расстройствам (д.м.н. Васенина Е.Е.), обморокам (к.м.н. Скрипкина Н.А.), судорожным приступам (к.м.н. Кулуа Т.К.), нарушениям сна и бодрствования (к.м.н. Яковлева О.В.).

На секции, посвященной вопросам периферической неврологии и вегетативным расстройствам, освещалась тема «красных флажков» при головокружении (проф. Замерград М.В.), возможности нейротрофической терапии (проф. Левин О.С.), диагностические аспекты «астении» (Чимагомедова А.Ш.), полинейропатий (к.м.н. Чеботарева А.Д.), тазовых нарушений (д.м.н. Небожин А.И.), «красные флажки» при боли в спине (проф. Камчатнов П.Р.).

Конференция 8-е Штульмановские чтения послужила слушателям площадкой для получения новых знаний и обмена опытом, а также для формирования новых подходов, направленных на повышение качества медицинской помощи пациентам неврологического профиля.

* Видеозаписи всех докладов в открытом доступе: https://med-praktikum.ru/event/Shtulmanovskie_chneniya_2024

Ипидакрин-СЗ

Ингибитор холинэстеразы

Северная
ЗВЕЗДА
Нам доверяют!

Улучшает и стимулирует проведение импульса в нервной системе



20 мг
№50, 100

- ✓ Улучшает мозговую деятельность - повышает внимание, мышление, память, речь, двигательные навыки, тормозит прогрессирующее течение деменции*
- ✓ Разрешен к применению длительным курсом до 6 месяцев, а при необходимости повторный курс
- ✓ Для лечения боли в шее, конечностях, пояснице (полирадикулопатия), при снижении чувствительности (различные нейропатии), мышечная слабость (миастения)*
- ✓ Лечение и профилактика атонии кишечника*

*Общая характеристика лекарственного препарата Ипидакрин-СЗ

*Листок-вкладыш Ипидакрин-СЗ 20 мг, таблетки



ns03.ru

ОТПУСКАЕТСЯ ПО РЕЦЕПТУ. ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.
НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ