

**ПСИХИАТРИЯ КАК НАУКА ВСТУПАЕТ В ФАЗУ ИНТЕНСИВНОГО РАЗВИТИЯ**  
(реалии и перспективы фундаментальной психиатрии)

*Академик РАМН Александр Сергеевич Тиганов — директор Научного центра психического здоровья РАМН, главный консультант по психиатрии Главного медицинского управления УД Президента РФ, член президиума Общества психиатров и наркологов России, эксперт Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по проблемам психического здоровья и последипломного образования, автор более 200 опубликованных научных работ.*

«В России испокон веков психические больные обретались при монастырях. Там их опекали, призирали — имелись институты общественного признания, — пытались лечить, если видели явные признаки сумасшествия. Про некоторых больных, разумеется, думали, что в них вселилась какая-то нечисть, не без этого. Что же касается Запада, там психических больных по большей части считали пособниками дьявола, и отношение к ним, особенно во времена инквизиции, было жестоким...»

(из начала беседы)

**— Александр Сергеевич, с какого времени о психиатрии можно говорить как о науке?**

— Я думаю, что первые действительно серьезные работы, которые не потеряли своего значения и в настоящее время, появились в XVIII в. Это, прежде всего, научные труды, создававшиеся в рамках психиатрии французской, немецкой и нашей, отечественной. Во Франции хорошо известен психиатр Филипп Пиннель, который в конце XVIII в. пришел в одно из психиатрических учреждений и снял с душевнобольных цепи. Это было начало эры гуманизма в психиатрии, гуманистического отношения к нашим пациентам. Далее психиатрия развивалась как медицинская дисциплина, следовавшая тем же принципам, которые исповедуются при исследовании любого больного: изучение состояния пациента в момент его контакта с врачом и динамики этого состояния, сбор анамнестических данных, а затем обоснование диагноза. Психиатры достаточно давно пытались оценить прогноз заболеваний. К примеру, когда психиатрическая наука делала свои первые шаги, психиатры вывели правило: если заболевание протекает остро, можно говорить о благоприятном прогнозе, если же «помешательство» не сопровождается возбуждением и развернутыми психотическими картинами, прогноз оказывается неблагоприятным. Эта оценка представляется достаточно примитивной, однако в ней есть определенное клиническое содержание.

**— Сегодня много говорят и пишут о школах в психиатрии. Насколько велики различия? И какие школы наиболее сильны?**

— Я бы был осторожен с оценкой значимости отдельных психиатрических школ. Имеется большое число направлений, но направление — это еще не школа. Лично мне представляется, что были две основные школы, значимые для развития психиатрии. Это французская психиатрия, которая занималась не столько клиникой отдельных психических заболеваний, сколько оценкой состояния больного, изучением психопатологической структуры синдромов. Французские психиатры преуспели именно в этом, в то время как немецкая психиатрия активно исследовала и психопатологию, и клинику психических заболеваний. Отечественная психиатрия не только восприняла ее основные каноны, но и получила импульс к развитию собственных оригинальных исследований.

Разумеется, школы очень связаны друг с другом идеями. Во французской психиатрии традиционно существует большой интерес к работам одного из наших крупнейших психиатров Сергея Сергеевича Корсакова. Корсаковский синдром традиционно приводится в качестве примера прекрасного психопатологического описания состояния. Некоторые психические расстройства были одновременно описаны во французской и русской психиатрии, например синдром Кандинского — Клерамбо. Что касается связей отечественной и немецкой психиатрии, то на рубеже XIX и XX вв. немецкий психиатр Эмиль Крепелин фактически впервые создал классификацию психических болезней, и уже в начале XX в. русская психиатрия не только приняла эту классификацию, но и использовала ее в отчетах земских медицинских учреждений.

В конце XIX — начале XX в. отечественные психиатры были образованными и сведущими в своем деле специалистами. Если мы вспомним блестящие руководства русских психиатров Корсакова, Ковалевского, Сербского, Чижана и др., то в них содержатся тщательные описания психопатологии и клиники психических заболеваний, которые не потеряли своей значимости до настоящего времени.

Когда сегодня мы изучаем те или иные психопатологические или клинические факты, мы в первую очередь опираемся на эти работы. Думаю, что суждения о том, что все они устарели и должны быть забыты, абсолютно несправедливы и непрофессиональны.



**— Что происходит в фундаментальной психиатрии сегодня? Меняется ли как-то в наше время классификация заболеваний?**

— К сожалению, в настоящее время в мире ослабевает, а порою и утрачивается интерес к психопатологии и клинической психиатрии, которые являются сутью нашей дисциплины. Последние десятилетия мировая психиатрия находится под влиянием психиатрии американской, которая достаточно эклектична. В современной американской классификации психических болезней представлены как отдельные нозологические формы, так и психопатологические синдромы. Международная классификация МКБ-10, которой мы пользуемся в настоящее время, была создана под влиянием американской классификации психических заболеваний. Мне пришлось принимать участие в разработке одного из разделов МКБ-10 совместно с группой экспертов ВОЗ. Американские психиатры — эксперты представляли собой большинство, что не могло не сказаться на результатах обсуждения вопросов классификации. У МКБ-10 имеется несомненное достоинство — благодаря ей психиатры разных направлений могут найти общий язык, — но она в значительной мере формальна и эклектична и, хотя принята в нашей стране, удовлетворяет нас далеко не полностью.

Потребность в новой классификации имеется, однако ее создание — дело очень непростое. Некоторые видные психиатры современности считают, что мы пока не созрели для этого. Такие мысли высказал, например, на недавнем Всемирном конгрессе психиатров в Праге профессор Джебленский — крупнейший ученый в нашей сфере. Разумеется, мы задумываемся над созданием собственной национальной классификации — это ни в коей мере не противоречит тому, что мы шифруем болезни в соответствии с МКБ-10. Российская и советская психиатрия — великолепный пласт в развитии нашей дисциплины, и выбросить его было бы непозволительным расточительством. Наше учреждение взяло на себя труд высказать свои соображения по этой классификации, мы призвали коллег к широкой дискуссии. К сожалению, пока такая дискуссия не состоялась. По-видимому, это объясняется тем, что в настоящее время недооценивается клиническое направление, традиционно свойственное отечественной психиатрии и представляющее собой основу нашей дисциплины, вместе с этим непропорционально возрос интерес к второстепенным проблемам психиатрии.

**— Чем обусловлена ситуация, сложившаяся в отечественной психиатрии, и каков выход?**

— В настоящее время наблюдается падение уровня клинических и психопатологических исследований в стране, что связано с тем, что ряд видных психиатров, ушедших из жизни, не оставили после себя учеников, способных развивать те или иные направления в психиатрии. Произошло смещение интереса в пользу второстепенных проблем психиатрии, в то время как психопатологический и клинический методы исследования больных отошли на второй план.

Изменилась и система усовершенствования врачей. В Советском Союзе она была идеальной. В свое время, когда я рассказывал о ней на пресс-конференции в Японии, моя информация сопровождалась смехом присутствующих: коллеги не верили в то, что у нас каждый врач в обязательном порядке один раз в три-пять лет должен пройти усовершенствование, причем ему предоставляется гостиница, выплачивается стипендия и сохраняется заработная плата.

В настоящее время неоправданно сокращена продолжительность циклов усовершенствования для врачей, в большинстве институтов системы последипломного образования из преподавания исключен разбор больных, что представляется абсолютно необоснованным и неадекватным. Проблема непрерывного образования психиатра в нашей стране сегодня не может считаться достаточно отработанной.

Вместе с этим нельзя не отметить значительных успехов, касающихся развития биологической психиатрии, психофармакологии, а также широкого круга разработок, посвященных организации психиатрической помощи в России и защите прав душевнобольных. Усилия специалистов, работающих в области биологической психиатрии, направлены на изучение патогенеза таких заболеваний, как шизофрения, болезнь Альцгеймера, детский аутизм.

Что касается психофармакологии, то речь идет как о расширении круга показаний к применению традиционных психофармакологических средств, так и о дифференцированном подходе к использованию нейрорептиков и антидепрессантов нового поколения.

**— В молодости Вы хотели стать историком. Как случилось, что Ваш выбор все-таки пал на медицину, психиатрию?**

— В юности я действительно серьезно увлекся исторической наукой и занимался в кружке при историческом факультете Московского университета. Помешала мне стать историком автобиографическая книга Вересаева, который, как известно, изучал историю в Дерпте, а потом перешел на медицинский факультет. Мне показалось, что будет правильнее, если я окончу медицинский институт, приобрету профессию, которая меня тоже очень интересовала, а уж потом займусь историей. Впоследствии я понял, что делить себя между медициной и историей невозможно.

**— Но интерес остался? И взгляд на жизнь как на перспективу, взаимозависимые процессы?**

— Разумеется. Если у меня бывает свободное время, я с удовольствием перечитываю труды Карамзина, Соловьева, Ключевского. Большой интерес вызывают у меня и современные публикации, посвященные истории России. Что касается связи истории с психиатрией... Совершенно ясно, что личность не может быть вырвана из контекста окружающей ее среды,

деятельность мозга детерминирована реальностью, историческая ситуация часто находит свое отражение в содержании психопатологических синдромов. Уже первые успехи в освоении космоса нашли свое отражение в структуре остро развивающихся психозов: изменилась фабула синдрома Кандинского — Клерамбо, суть которого заключается в ощущении болезненного воздействия на пациента посторонней физической силы. Если раньше это были колдовство, наговор, гипноз, то теперь воздействие электрического тока, атомной энергии, лазерного излучения.

Иногда бывает трудно отличить проявления психического заболевания от суеверия, национальных обычаев. Коллеги из Африки рассказывали, что психиатры, работавшие в этой стране, начинали свою деятельность вдвоем с аборигеном-шаманом, который пояснял, какие особенности психической деятельности следует считать национальной традицией, а какие — проявлением психического заболевания.

Психиатр должен быть образованным человеком, по роду своей деятельности ему нередко приходится сталкиваться с пациентами интеллигентными, широко образованными, крупными специалистами в своей области — это могут быть ученые, поэты, художники, композиторы. Первая встреча с врачом очень важна, именно здесь закладывается доверие к нему, его рекомендациям. Иногда больные с большим недоверием относятся к личности врача, его компетентности; в этих случаях беседу часто приходится начинать с тем, не имеющих отношения к проявлениям болезни. Умелая и тактичная беседа с больным, касающаяся его специальности, интересов, помогает врачу найти общий язык с пациентом, вызывает его на откровенный разговор, это крайне необходимо для понимания особенностей его состояния и оценки заболевания в целом.

**— Что изменилось в структуре психической заболеваемости в связи с бурными событиями последних 15–20 лет в России?**

— Социальные изменения в нашей стране не могли не отразиться на психическом состоянии населения. Так называемые эндогенные заболевания встречаются с той же частотой, что и ранее (кроме тех, которые несут в себе радикал «симптоматической лабильности»), и каждый очередной приступ болезни или обострения заболевания провоцируется экзогенно. Но увеличилось количество невротических реакций, депрессивных состояний, связанных с изменениями, происходящими в обществе, ухудшением материального положения, потерей работы. В этих случаях люди редко обращаются к психиатрам, вместе с тем им может быть оказана достаточно успешная психологическая и психиатрическая помощь. Это относится и к жертвам многочисленных катастроф, имевших место в последние годы.

**— Расскажите, пожалуйста, подробнее о проблеме депрессивных состояний. Связано ли большое внимание к ней с самим стилем жизни современного человека?**

— Это очень серьезная проблема. По данным ВОЗ, в 2003 г. в мире страдали депрессией 340 миллионов человек. Предполагается, что к 2020 г. депрессии будут занимать второе место в мире как причина инвалидизации.

Депрессии развиваются в различных возрастных категориях, но в основном ими страдают лица среднего возраста. Потеря работоспособности, утрата интереса к жизни, суицидальные тенденции — далеко не полный перечень признаков депрессии.

В последнее десятилетие были описаны атипичные формы депрессивных состояний, в первую очередь так называемые ларвированные депрессии, среди которых значительное место занимают депрессии соматизированные, особенностью которых является имитация того или иного соматического заболевания. Врач общего профиля, не осведомленный в этом вопросе, подозревает то или иное заболевание, назначает различные обследования, медикаментозное лечение, а в ряде случаев рекомендует и оперативное вмешательство.

Швейцарский психиатр Пауль Кильхольц, один из тех, кто подробно описал соматизированные депрессии, считал, что в соматических стационарах больных с такими депрессиями больше, чем в стационарах психиатрических.

Диагноз соматизированной депрессии должен быть тщательно обоснован, неоправданное расширение диагностики этих состояний может привести к грубым врачебным ошибкам. Если недостаточно компетентный психиатр диагностирует соматизированную депрессию, не распознав соматического заболевания, а сниженное настроение объясняет реакцией пациента на болезнь, это создает угрозу здоровью, а подчас и жизни больного.

**— Что ждет нас в будущем? Какие психиатрические заболевания будут тревожить социум? И каковы основные перспективы развития психиатрии?**

— Думаю, что в будущем нас ждет дальнейшее развитие психофармакологии — появление новых лекарственных средств, как нейрореплетиков, так и антидепрессантов. Наши надежды связаны с созданием новых нейрореплетических средств, которые были бы эффективны не только для купирования подлинной психопатологической симптоматики, но и для лечения негативных расстройств. Бесспорно, будут продолжены интенсивные исследования и изучение головного мозга методами интроскопии и картирования.

Все это ни в коей мере не зачеркивает необходимости дальнейшего развития клинической психиатрии как науки.

*Беседовала Юлия Ленченко*