

# Підсумки року: психіатрія

**Про найбільш вагомі події в психіатрії у 2012 році, тенденції в цій галузі, а також про психічне здоров'я в цілому і фактори, які на нього впливають, кореспонденту «Медицинської газети «Здоров'я України» розповів завідувач відділення пограничних станів і соматоформних розладів Українського науково-дослідного інституту соціальної та судової психіатрії, професор кафедри загальної медичної психології та педагогіки НМУ ім. О.О. Богомольця, доктор медичних наук Олег Созонтович Чабан.**



О.С. Чабан

**?** У травні медичній громадськості буде представлено нову класифікацію DSM-V, яку вже зараз активно обговорюють і щодо якої надають як схвальні, так і критичні відгуки. Як, на Вашу думку, ця класифікація вплине на подальше функціонування психіатрії як галузі?

— Дійсно, настанови з діагностики та лікування психічних розладів 5-го перегляду (DSM-V) стали предметом жорсткої критики з початку роботи над ними. Незважаючи на те що DSM-V розробляють і публікують експерти Американської асоціації психіатрів, необхідно зазначити, що кожен документ такого рівня опрацьовується великим колективом авторів з усього світу. Такий підхід є цілком виправданим, адже сьогодні відбувається постійна міграція населення, що обумовлює необхідність уніфікованого підходу, в тому числі в такій галузі, як психіатрія. Так, будь-який автор з України чи Росії міг подати в комітет, що займався розробкою цих настанов, офіційний лист з власним баченням тих чи інших процесів, і ця думка була б врахована. Саме тому важливо розуміти, що нова класифікація не є ізольованим продуктом, результатом роздумів абстрактних персоналій, «психіатрів з Америки»; DSM-V фактично стала відображенням світових реалій, які необхідно враховувати в сучасних підходах до діагностики й лікування психічних розладів.

**?** Що змінилося в практичній площині і, відповідно, в DSM-V?

За заявою Американської психіатричної асоціації, існує дві принципові та суттєві зміни в загальній DSM: відмова від багатокласової системи та переорієнтація порядку рубрикації розладів. Лікарям України, як і пострадянському простору загалом, особливою оцінкою стану пацієнта за вісегою характеристикою менш відомі, але навіть фахівці, які в рамках клінічних досліджень були зобов'язані користуватися DSM, зазвичай оцінювали стан пацієнта лише за I та II вісями, ігноруючи інші. Такий підхід був властивий для більшості лікарів, які працювали в просторі офіційної діагностики та рубрикації за DSM. У новій класифікації вісі будуть об'єднуватися або, точніше кажучи, поглинатися (наприклад I, II, III з IV, V). З цієї причини, ймовірно, з'явиться нове пояснення розладів аутистичного спектра (поглинається синдром Аспергера). Замість терміна «розумова відсталість» скоріш за все з'явиться термін «інтелектуальна інвалідність». Деякі розлади харчової поведінки змінять своє місцезнаходження (з доповнення перемістяться в розділ II). Розширяться розуміння емоційних порушень у дитини, проте не в бік гіпердіагностики (наприклад БАР), а в першу чергу для зменшення категоричності діагнозу та розуміння розладу як ще не диференційованої дезадаптації. Зміни торкнуться і посттравматичного стресового розладу (ПТСР), сексуальних, обсессивно-компульсивних розладів; зміниться віковий ценз синдрому гіперактивності і дефіциту уваги та ін. Значно диференційованішим стане розділ наркоманії та пов'язаних із нею розладів. Тривала дискусія призвела до того, що інтернет-адикції, які попередньо мали бути включені в класифікацію, в новій редакції DSM згадані не будуть через «недостатність наукових даних». А жаль, хоча це моя особиста думка. Для біполярного афективного розладу будуть сформульовані більш чіткі критерії, особливо для субтипів. Як на мене, цікавим і перспективним є введення поняття «фізик-синдрому», що стосується когнітивно-мнестичних порушень та оцінюється як показник

ранніх маркерів різноманітних порушень, наприклад нейродегенеративних.

Таким чином, DSM нової редакції послуговується критеріями, які стосуються етіології та створюють певну категоріальну базу, об'єднуючи генетичні дослідження (щодо основних психозів), спадковість, вплив середовища на ранніх етапах, схильність за темпераментом та особистісними характеристиками, стан нервової системи, біомаркери, емоційні та когнітивно-мнестичні процеси, супутні розлади здоров'я. Усі ці критерії передбачають розуміння хвороби в динаміці.

У новій класифікації представлена низка психологічних інтерпретацій психічних розладів, і я в цьому бачу певну проблему, оскільки зазначений факт можна розцінювати як певний крок назад від доказової медицини — не в розумінні ігнорування даних досліджень, а в тому, що ідеї К. Ясперса, які є домінуючими на сьогодні для пересічного психіатра, знаходять нову інтерпретацію і не в найкращому варіанті. Разом із тим не можна сказати, що цей процес є негативним: кожна наука — і психіатрія не виняток — у своєму розвитку рухається за певною синусоїдою, накопичуючи дані (що й лежить в основі доказової медицини). На певному етапі ми розуміємо, що нинішні наші знання вже не здатні забезпечити покращення результатів лікування. Наприклад, сьогодні ми не можемо вилікувати жоден великий психічний розлад, такий як шизофренія чи маніакально-депресивний психоз. Це зумовлює пошук альтернативних шляхів допомоги таким хворим; йдеться, зокрема, про вплив на основні симптоми та адаптацію пацієнтів до життя в суспільстві.

У результаті ми звертаємо більше уваги саме на психологічний, а не на психічний компонент хвороби, відходячи від доказовості (і, відповідно, від уніфікованих протоколів) й оперуючи категоріями постпсихіатрії, тобто етико-культурального розуміння пацієнта, коли його потреби й особливості набувають пріоритету перед суто біологічним розумінням тих процесів, що з ним відбуваються. Так, якщо раніше основна функція психіатрів полягала в тому, щоб ліквідувати галюцинації як один з основних проявів шизофренії (як правило, безуспішно), то сьогодні все частіше ми чуюмо про необхідність не боротися з симптоматикою, а адаптувати такого хворого до нормального життя в колі сім'ї та близьких, покращити якість його життя навіть за наявності галюцинацій, як це, приміром, відбувається з хворими на цукровий діабет чи артеріальну гіпертензію. DSM-V фактично легалізує подібний підхід. Чи є цей процес негативним? У жодному разі!

Ще раз хотілося б підкреслити, що цей процес не є штучно індукованим, а отже, ми вже живемо в цих реаліях, і нова класифікація лише певним чином регламентує їх. Більш того, на мою думку, цей процес триватиме й надалі поглиблюватиметься.

**?** Які новації цієї класифікації можуть вплинути на практичну психіатрію?

— Перш за все, хотілося б відмітити значно більшу кількість нозологій порівняно з такою в попередній редакції, хоча окремі нозологічні одиниці зникли. Багато уваги приділено розділам, присвяченим депресивним розладам, проявам психічних розладів у дітей, адикціям, розладам особистості, класифікації шизофренії та ін. Так, виділено кілька нових критеріїв депресії, особливо прихованої, або ларвованої. Крім того, дві окремі нозології — депресія і тривожний розлад — були об'єднані

в тривожно-депресивний розлад. Насправді поєднана симптоматика цих порушень часто зустрічається в клінічній практиці, тож винесення її в окрему нозологію в першу чергу стандартизує підхід до медикаментозної терапії. Насторожує, що в DSM-V аутичні розлади зведені до єдиного спектра, тож межа між, скажімо, власне аутизмом і синдромом Аспергера стала менш вираженою; це може ускладнити їх діагностику і надання допомоги таким хворим, яка може стати менш індивідуалізованою.

Одним з найбільш очікуваних рішень стало винесення за межі класифікації малого психотичного епізоду. Незважаючи на те що у 22-36% випадків такі епізоди протягом 1-3 років переростають у власне психоз, все ж для переважної більшості осіб малий епізод не стає початком хвороби. Тож такий підхід дозволяє уникнути гіпердіагностики й зайвого медикаментозного навантаження.

**?** Наскільки ідеї постпсихіатрії є органічними для українського простору і вітчизняних спеціалістів у галузі психічного здоров'я?

— Перші публікації на тему постпсихіатрії з'явилися у Великобританії наприкінці 1950-х рр., і підтримані ці погляди були якраз на пострадянському, точніше слов'янському, просторі, у першу чергу професором В.М. Красновим (РФ); в українському осередку психіатрів ці ідеї також знайшли своє місце. Це пов'язано зі специфічною слов'янською ментальністю, яка, не побоююся цього слова, видається більш гуманною порівняно зі світоглядними засадами мешканців Західної Європи та США. Таким чином, у нас досі відсутній чисто прагматичний підхід як до хвороби, так і до хворого, що наразі спостерігається практично в усіх країнах цивілізованого світу. Нагадаю, що нова робоча класифікація, яка буде чинною й в Україні, — це DSM-V, а МКХ-11 (остання, як очікується, з'явиться у 2015 р.).

**?** Щодо генетично детермінованих рис, чи можна відзначити також певну схильність тієї чи іншої нації до психічних розладів?

— На IV Національному конгресі неврологів, психіатрів і наркологів України (2012) я представляв цікаву роботу, присвячену транскультуральній психіатрії. Ми порівнювали перебіг типового депресивного розладу в жителів центральних областей України та центральних кантонів Швейцарії, а саме суттєві розходження як у перебігу психічних хвороб, так і в частоті їх виникнення; безумовно, такі відмінності спостерігаються і в інших етнічних групах. Так, відмічається, що представники монголоїдної раси генетично більш схильні до депресивних розладів порівняно з європеоїдами, хоча в клініці має місце діаметрально протилежна ситуація. Саме в країнах з переважно європеоїдним населенням частота виникнення депресії є найбільшою.

Цей факт можна пояснити саме культурально-психологічними особливостями; наприклад, у Японії існує таке поняття, як колективне щастя, чого не відмічається в європейських країнах, тому орієнтуватися лише на генетичну інформацію, виявлену дослідженнями, було б неправильно. Важливо розуміти контекст тих чи інших наукових знахідок і правильно їх інтерпретувати. Разом із тим вивчення і розуміння генетичних особливостей тих чи інших хвороб є вкрай важливими,

оскільки можуть сприяти персоналізації і, відповідно, покращенню результатів лікування. Виявлені певні алелі генів, що відповідають за повільне входження в епізод депресії і такий самий повільний вихід. Цілком логічно, що алгоритм лікування такої людини має відрізнятися від терапії особи, у якої немає зазначеної алелі і для якої притаманний більш швидкий вихід із депресії.

**?** Генетична роль у виникненні психічних захворювань стала однією з найцікавіших тем останніх публікацій. Як біологічний підхід узгоджується з ідеями постпсихіатрії?

— Наразі є два найбільш фінансово затратні та перспективні напрями наукового пошуку в психіатрії: виникнення та механізми розвитку психічних хвороб (генетичний напрям) і пошук шляхів їх лікування (нейротрансмітерний напрям). За своїм змістом обидва вони є біологічними, при цьому необхідно зауважити, що саме генетичні дослідження характеризуються суттєвим прогресом. Так, на сьогодні представлена велика кількість публікацій, у яких підтверджується роль генетичного компоненту у виникненні шизофренії, депресії, епілепсії та інших розладів.

Безумовно, як і будь-які генетично обумовлені прояви, ці явища можуть як підсилюватися, так і нівелюватися сукупною дією інших факторів, таких як виховання, середовище, життєві обставини, нарешті, впливом інших генів. Кілька років тому в м. Москві на конференції були представлені цікаві результати генетичних обстежень хворих на шизофренію. Абсолютно несподіваними виявилися дані про наявність чіткої асоціації між похилим віком батька і ризиком розвитку шизофренії або поєднаної патології аутизм + шизофренія в дітей. Повертаючись до питання поєднання біологічного напрямку та постпсихіатрії, хотілося б відмітити, що сьогодні розвиток психіатрії як науки, на жаль, не сприяє покращенню результатів лікування вищезазначених захворювань, адже ми не здатні модифікувати генетичну інформацію, тож змушені вдаватися до засобів, які можуть вплинути не на саму хворобу, а в першу чергу на якість життя хворих, тобто до ідей постпсихіатрії.

**?** Яким захворюванням сьогодні приділяється найбільша увага в дослідженнях?

— Незважаючи на те що існує велика кількість захворювань, які ще дуже мало вивчені, найбільша увага сьогодні приділяється дослідженням депресії і тривожних розладів. Це обумовлено в першу чергу їх зростаючою поширеністю в сучасному світі. На відміну від, наприклад, шизофренії, захворюваність на яку дуже мало залежить від зовнішніх умов і в усі часи не перевищувала 1%, кількість нових випадків депресії, психосоматичних розладів щороку зростає, що зумовлює необхідність пошуку шляхів боротьби з ними. Безумовно, це біологічний, зокрема нейротрансмітерний, підхід. Так, на сьогодні нам відома активність трьох основних нейротрансмітерів, порушення обміну яких призводить до розвитку зазначених розладів. Однак існує велика кількість інших біологічних факторів, у тому числі нейротрансмітерів, які ще тільки належить вивчити, оскільки без розуміння механізму їх впливу говорити про якісне моделювання хвороби неможливо.

Підготувала Тетяна Спринсян

