

Новые тенденции развития психиатрии: взгляд молодого врача

Алексей Викторович Павличенко

К.м.н., доцент кафедры психиатрии
и медицинской психологии РНИМУ

11 ВСЕРОССИЙСКАЯ ШКОЛА МОЛОДЫХ ПСИХИАТРОВ



СМУ РОП

СУЗДАЛЬ,
22 АПРЕЛЯ 2013



ГОУ ВПО РНИМУ

План

- Психиатрический диагноз и классификации
(первичные психозы, аффективные расстройства, патология личности)
- Психиатрия как нейронаука
- Некоторые проблемы лечения психических расстройств
- Организация психиатрической помощи



Инновации DSM-5

- **Категориально-дименсиональный подход к диагностике**
- **Особенности категориального подхода:**
 - а) простота использования, в т.ч. при недостатке информации
 - б) интеграции различных элементов в одну структуру
 - в) выделение большого числа искусственных расстройств
- **Особенности дименсионального подхода**
 - а) оценка выраженности синдромов количественно
 - б) решение проблемы коморбидности
 - в) включение в классификации «подпороговых» состояний
 - г) отнесение сходных состояний в одну группу (спектр)
 - д) отсутствие консенсуса в отношении числа дименсий
 - е) трудности использования в клинической практике
- **Категориальный и дименсиональный подходы совместимы**

A. Jablensky, WPA Congress, Athens, 2012



Расстройства спектра в DSM-5

- **Критерии для объединения расстройств в спектр**
 - а) общий неврологический субстрат
 - б) общие биомаркеры
 - в) схожие изменения в когнитивной и эмоциональных сферах
 - г) общие генетические факторы риска
 - д) внешние факторы риска
 - е) похожие симптомы
 - ж) высокий уровень коморбидности
- з) ответ на терапию
- **Предложенные группы расстройств (спектры) в DSM-5:**
 - 1) обсессивно-компульсивные расстройства, 2) расстройства настроения, 3) фобические расстройства, 4) шизофрения, 5) аутизм, 6) аддиктивные расстройства

W.Gaebel, WPA Congress, Athens, 2012



Дихотомия или спектр: возможно ли окончательное решение?

- Недостаточно данных для введения новой систематики психозов
- Проявление SCZ гетерогенны (>100 комбинаций симптомов), связаны с разными отделами мозга, имеют разные этиологию и динамику
- Разные диагностические системы приводят разные диагностические критерии SCZ (напр., 1 или 6 месяцев)
- Много пациентов одновременно имеют симптомы SCZ и биполярного расстройства
- Принципиальный вопрос: как провести разграничительную линию между «психотическим» спектром и униполярными расстройствами
- Концепция дихотомия пока должна быть сохранена



Полевые исследования в МКБ-11

- **Протоколы полевых исследований:**
 - а) цели
 - б) актуальные исследовательские вопросы
 - в) методология, включающая статистику и интерпретацию
 - г) регулирование публикаций и распространение результатов
 - д) использования данных для составления рекомендаций в МКБ
- **Актуальные исследовательские вопросы**
 - 1) Насколько предложенные критерии легко понять в практике?
 - 2) Точно ли они отражают симптомы заболевания?
 - 3) Насколько они помогут составить план лечение у пациента?
 - 4) Способны ли они фиксировать все симптомы болезни?
 - 5) Существует ли параллельная валидность диагнозов?



Психотические расстройства в DSM-5

- **Основные нововведения главы**
 - а) изменение порядка расположения расстройств (от наименее к наиболее тяжелым)
 - б) замена форм шизофрении на дименсии
 - в) введение в главу «Attenuated Psychosis Syndrome» (Секция III)
 - г) модификация критериев шизоаффективного расстройства
 - д) введение шизотипического расстройства личности
 - е) выделение категории «кататоническое расстройство БДУ»
- **12 рубрик психотических расстройств:** 1) шизотипическое р-во личности; 2) бредовое р-во; 3) кратковременное психотическое р-во; 4) индуцированное приемом ПА психотическое р-во, 5) психотическое р-во, связанное с медицинским заболеванием; 6) кататоническое р-во; 7) шизофреноформное р-во; 8) шизоаффективное р-во; 9) шизофрения; 10) психотическое расстройство БДУ; 11) кататоническое расстройство БДУ; 12) аттенуированный психотический синдром



Расстройства шизофренического спектра и другие первичные психозы в МКБ-11

- Предложенные экспертами категории (05B): 1) Шизофрения, 2) Шизоаффективное расстройство, 3) Острые и транзиторные психотические расстройства, 4) Шизотипическое расстройство 5) Бредовое расстройство, 6) Неспецифические первичные психотические расстройства, 7) Другие первичные психотические расстройства
- **Линейная структура психотических расстройств**
 - 4 уровень (динамика)
 - 5 уровень (дименсии)
 - 6 уровень (функциональное снижение)
 - 7 уровень (когнитивное снижение)

W.Gaebel, WPA Congress, Prague, 2012



Дименсии психотических расстройств

- **МКБ-11 (6 дименсий):** позитивные симптомы; негативные симптомы; депрессивные симптомы; маниакальные симптомы; психомоторные симптомы; когнитивные симптомы
- **DSM-5 (8 дименсий):** галлюцинации; бредовые идеи; дезорганизованная речь; ненормальное психомоторное поведение (включая кататонию); негативные симптомы; когнитивное снижение; депрессия; мания
- **Оценки степени тяжести дименсий В МКБ-11:**
 - а) *4-балльная* (кроме когнитивного снижения): 0- нет симптомов, 1- незначительная, 2- средняя, 3- значительная выраженность;
 - б) *Бинарная рейтинговая*: 0- нет, 1- значительная
 - в) *Когнитивное снижение* (нет, сомнительное, легкое, среднее, тяжелое): а) скорость выполнения тестов, б) вербальная память
- **Оценки степени тяжести дименсий В DSM-5:** все 8 дименсий по 4 балльной шкале



Динамика психотических расстройств

- **Варианты: первый эпизод, множественные, непрерывное**
- **Этапы: острый эпизод, частичная ремиссия, полная ремиссия**
- **Спецификатор «динамика» в МКБ-11 (4 знак)**
 - 5 В 0_0 Первый эпизод, текущее острое состояние
 - 5 В 0_1 Первый эпизод, состояние частичной ремиссии
 - 5 В 0_2 Первый эпизод, состояние полной ремиссии
 - 5 В 0_3 Множественные эпизоды, текущее острое состояние
 - 5 В 0_4 Множественные эпизоды, частичная ремиссия
 - 5 В 0_5 Множественные эпизоды, состояние полной ремиссии
 - 5 В 0_6 Непрерывное течение
 - 5 В 0_7 Неопределенное

W.Gaebel, WPA Congress, Prague, 2012



Определение «шизофрении» в МКБ-11

Характеризуется множественными нарушениями следующих психических функций:

- **Мышления** (например, бредовые идеи, формальные расстройства мышления)
- **Восприятия** (например, галлюцинации)
- **Самопознания** (например, утрата чувства деятельности (agency) или чувство вовлеченности в действительную жизнь)
- **Когниция** (например, снижение внимание, словесной памяти, социальной когниции)
- **Волевые способности** (например, утрата мотиваций)
- **Аффект** (например, притупленное эмоциональное выражение)
- **Психомоторное го возбуждение** (например, кататония)

По крайней мере, две из этих категорий должны присутствовать большую часть времени в течение 1 месяца и более

Хронические бредовые симптомы, галлюцинации, расстройства мышления и нарушения самопознания считаются ядерными симптомами. **По крайней мере, один из этих основных симптомов должен присутствовать в течение минимум одного месяца**

Расстройства могут быть связаны со **значительным дистрессом/или снижением функционирования** в нескольких сферах, таких как работа, межличностные отношения или независимого проживания



Отдельные психотические расстройства в МКБ-11 (1)

Шизофрения: основные изменения

- а) снижение значимости симптомов первого ранга
- б) введение 6 дименсий (групп симптомов)
- в) удаление клинических форм
- г) включение (признака) «течение заболевания»

- Шизоаффективное расстройство

- а) шизофренические симптомы и аффективные симптомы встречаются одновременно или отставлены на несколько дней
- б) длительность каждого симптомов не менее 4 недель
- в) нет динамического критерия (в DSM-5 есть!), т.к. трудно проследить за больным долго, а память ненадежна

Отдельные психотические расстройства в МКБ-11 (2)

- Шизотипическое расстройство

а) стойкие странностями в речи и внешнем виде, нарушения, восприятия и когнитивных процессов, необычные убеждения

б) Формы шизотипии: «негативная» (ангедония, неадекватный аффект), «позитивная» (краткие бредовые идеи, галлюцинации)

- Острые и транзиторные психотические расстройства

а) удаление отдельных подтипов острых психозов

б) F23.0 («*Острые полиморфные психотические расстройства без симптомов шизофрении*») в МКБ-11 перейдет в рубрику «*Острые и транзиторные психотические расстройства*»

в) F23.1 («*Острые полиморфные психотические расстройства с симптомами шизофрении*»), перейдут в «*бредовые состояния*»

г) F23.3 («*Другие острые, г.о. бредовые расстройства*»)- перейдут в «*Другие первичные психотические состояния*»

Основные различия между DSM-5 и МКБ-11

Категория	DSM-5	МКБ-11
Бредовое расстройство	Включает подтипы	Нет подтипов, только отдельные дименсии
Краткое психотическое расстройство	Включается	«Острые и транзиторные психозы» (критерии частично перекрываются, такие как бредовые идеи и галлюцинации с острым началом), «Другие психотические расстройства»
Шизоаффективное расстройство	Включается критерий длительности (longitudinal)	- Нет критерия длительности
Шизофреноформное р-во	Включено	Не включено
Шизофрения	-Временной критерий: 6 мес. -Функциональное снижение-обязательный признак	- Временной критерий: 4 недели -Функциональное снижение - необязательный признак
Кататония	Отдельное психическое расстройство; дименсия	Дименсия



Основные изменения группы «аффективные расстройства» в DSM-5

- **Введение шкалы суицидального риска:** 1) суицидальные попытки в анамнезе, 2) мысли об уходе из жизни, 3) утрата близкого в недавнем прошлом, 4) чувство тревоги и безнадежности; 5) одиночество; 6) депрессия; 7) вспышки ярости
- **Рубрика «смешанная тревожная депрессия»**
4 депрессивных и 2 тревожных симптома
- **Дименсия «тревога» в любом аффективном расстройстве**
балльная оценка от «0»(нет тревоги) до «4»(выраженная тревога)
- **Субсиндромальные аффективные расстройства состояния**
 - а) гипомания (кратковременная и бедная симптомами)
 - б) продромальная депрессия 1 типа (не <5 дней, 1 эпизод в прошлом)
 - в) продромальная депрессия 2 типа (> 2 нед., 2 обязат. симптома)
 - г) тревожно-депрессивное состояние

N.Narasimhan, IGPI, Kochin, 2012



Расстройства личности в DSM-5

- **Личностные типы (нет в проекте МКБ-11):** антисоциальное, избегающее, пограничное, ОКРЛ, антисоциальное, шизотипическое, нарциссическое (не было в первой версии)
- **Критерий А личностных расстройств**
 - а) А1: личностная дезадаптация (нарушение идентичности)
 - б) А2: снижение функционирования (нарушение эмпатии и интимности)
 - в) А1 и А2 оценивается по Шкале личностного функционирования (5 уровней: «0» - не снижения, «5»- выраженное снижение)
- **Критерий В личностных расстройств (личностные домены):** негативная аффективность (В1), отрешенность (В2), антагонизм (В3), расторможенность (В4), психотицизм (В5)
- **Алгоритм диагностики:**
 - а) 1 этап (пациент): самоопросник, Шкала расстройств личности (МДЧ)
 - б) 2 этап (врач): оценить выраженность критериев А1 и А2, определить личностный тип, определить личностные домены (3 диагноза)
- **Исключение отдельных типов расстройств в проекте МКБ-11**

J.Oldham, IGPI, Kochin, 2012



Психические расстройства в Индии

- **Шизофрения:** редкость симптомов 1 ранга, выраженность кататонии, магические бредовые идеи, благоприятный прогноз
- **Острые психозы:** длятся до 6 мес., предшествуют экзогении
- **Депрессии:** соматические расстройства, практически нет когнитивных симптомов, идеи «повторного рождения»
- **Неврозы:** трансы, диссоциативные г.о. двигательные р-ва, редкость нервной анорексии (религиозные мотивы)
- **Соматоформные р-ва:** жжение рук, ног, головы, дискомфорт
- **Расстройства личности:** редкость пограничного расстройства, не рассматриваются как болезнь
- **75% врачей считают, что рубрики МКБ-10 не адаптирована к Индии и нужны добавочные культуральные критерии**

Миф о шизофрении как о прогредиентном заболевании

- Нет разницы между тенденциями к ухудшению или к улучшению (M.Bleuler, 1974)
- «Иллюзия неизлечимости»: клиницисты не видят выздоровевших больных
- Когнитивное снижение существуют во время первого психоза и не прогрессируют
- Причины прогрессирования Scz: прием антипсихотиков; каннабиоиды; стресс и дисфункция кортизола; курение и ожирение; отсутствие физической активности
- Тенденция к снижению функционирования связана с ограниченным доступом к помощи, стигмой, социальными проблемами

План

- Психиатрический диагноз и классификации
(первичные психозы, расстройства личности)
- **Психиатрия как нейронаука**
- Некоторые проблемы терапии психических расстройств
- Организация психиатрической помощи



Основные вызовы психиатрии

- **Диагностические рубрики** – предмет консенсуса экспертов, но не валидные биологические категории
- **Поиск молекулярных механизмов:** полиморфизм генов, немоноаминовые пути, трофические, эпигенетические факторы
- **Поиск новых мишеней терапии** (*депрессия*: социальная тревога, дефицит внимания, мотивация, ангедония, суицидальные мысли)
- **Новая политика в сфере психиатрии:** институты, фонды (правительственные и неправительственные), фарминдустрия
- **Эра клинической нейронауки** – сближение психиатрии и медицины: молекулярные, клеточные и системные механизмы

Животные модели в психиатрии (1)

- **Типы моделей:** генетические, возрастные, с поражением определенных зон ГМ, индуцированные ЛС
- **Признаки валидных моделей:** схожесть симптомов, нейробиологии и предсказательная ценность (ответ на ЛС)
- **Изучение прогрессирования болезни, контроля морфологических изменений и оценки действия новых ЛС**
- **Животные модели больше помогут понять ПРИЧИНЫ и улучшить ПРОФИЛАКТИКУ болезней, а не лечение**

B. Deakin (UK), ECNP Congress, Vienna, 2012



Животные модели в психиатрии (2)

- **Моделирование негативных симптомов** (изоляция, утрата пищевого рефлекса) – модифицированный глутамат
- **Блокада NMDA-рецепторов** – уменьшение социальной изоляции (ингибитор транспортера глицина)
- **Выделение специфических мишеней и прогнозирование побочных эффектов ЛС** (трансляционная медицина)
- **Индукция мозговой дисфункции** → моделирование поведенческих и когнитивных р-в → создание новых ЛС



Мозговые механизмы риска болезней (1)

- **Привлечение здоровых лиц, имеющих генетические риски и подвергающихся действию неблагоприятных факторов**
- **Акцент на выявление начальных симптомов мозговой дисфункции (первичная профилактика) ДО дебюта расстройства**
 - а) выявление генетических мутаций, повышающих риск болезни
 - б) составление плана мероприятий для ДАННОГО пациента
 - в) решение вопроса о профилактической лекарственной терапии
- **Глобальные психопрофилактические мероприятия**
 - а) положительная связь между жизнью в городе и риском болезней (снижение плотности населения, увеличение зеленых насаждений)
 - б) повышение риска шизофрении среди мигрантов: тонкие изменения в мозге находят даже у второго поколения мигрантов
 - в) просоциальные нейропептиды- просоциальная фармакотерапия



Мозговые механизмы риска болезней (2)

- Стресс влияет на разные участки мозга в разных возрастах
 - а) отлучение от матери → гиппокамп → ↑↑ выброса ГК
 - б) подростковый период → фронтальная кора → ↑↑↑ выброса ГК
 - в) зрелый возраст → амигдала → ↑ выброса ГК + депрессия
 - г) пожилой возраст → разные участки мозга → ↓ ГК + деменция
- **Нейропсихотерапия – новый подход в психиатрии**
 - а) у здоровых (социальная тревога, стресс): психотренинг и просоциальные пептиды активируют изменения в коре и амигдале
 - б) у пациентов: психотерапия + ЛС (циклосерин, окситоцин)

A. Meyer-Lindenberg (Germany), ECNP Congress, Vienna, 2012



Иммунологические исследования при SCZ

- **Патогенные иммунологические факторы при SCZ**
 - а) ↑ уровня ИЛ-8 и инфекции у матери при беременности
 - б) тяжелые воспалительные и аутоиммунные болезни в детстве
 - в) активация иммунного ответа 2 типа и клеток микроглии
 - г) ↓ маркеров иммунного ответа 1 типа
 - д) ↑ уровня моноцитов и γ -интерферона у нелеченых больных
- **Противовоспалительные ЛС как добавочная терапия**
 - а) **Целекоксиб и аспирин** (ингибиторы ЦОГ-2)- эффективны на ранних стадиях (↓уровень провоспалительных веществ)
 - б) **Миноциклин** (антибиотик) – улучшение г.о. когнитивных и позитивных (небольшое) симптомов (↓ активацию микроглии)
 - в) **Rh-эритропоэтин** улучшает когнитивное функционирование
 - г) **Омега-3** кислоты – профилактика SCZ при высоком риске



Корсаковский синдром: новые данные

- **Предрасполагает к развитию специфический генотип**

- **Нейропатологические изменения:**

а) утрата нейронов, геморрагические участки в мозге

б) антероградная амнезия - атрофия таламической области

б) ретроградная амнезия - атрофия лобной доли

- **Ретроградная амнезия (20 лет до дебюта) – основной признак**

- **Забывание информация возникает ~ между 20 сек. и 10 мин.**

- **Виды конфабуляций**

1) ошибочные (в контексте амнезии): Корсаковский синдром

2) спонтанные: энцефалопатия Вернике

3) моментальные (при тестировании): здоровые, Корсаковский с-м

M.Kopelman (UK), WPA Congress 2012, Athens



План

- Психиатрический диагноз и классификации
(первичные психозы, расстройства личности)
- Психиатрия как нейронаука
- **Некоторые проблемы терапии психических расстройств**
- Организация психиатрической помощи



Перспективы фармацевтической индустрии

- Принципы терапии базируются на ЛС 10-15 летней давности
- Животные модели себя не оправдали (пластичность мозга)
- Объем инвестиций в нейронауки в Европе ~1,7 млрд €
- Сейчас изучаются 42 молекулы как перспективные ЛС
- Проблемы создания новых ЛС:
 - а) трудно создать ЛС, действующие на мозг селективно
 - б) «точная» медицина, основанная на генетике, в психиатрии не пока не работает (много генов – небольшой вклад)
- Плюрипотентные стволовые клетки:
 - а) помогут в понимании природы болезней (г.о. деменции)
 - б) не влияют на создание ЛС (фенотипический уровень мишеней)
- Акцент на волонтеров и тех, кто несет риск (гены) болезней
- Надежда на информационные и компьютерные технологии

Индивидуальная психофармакотерапия

- **Изменения представлений о мишенях терапии (ex., соли Li)**
 - а) 70-е гг.: предотвращение гиперсенситивности ДА-рецепторов
 - б) 80-е гг.: ингибируют вторичные мессенджеры (аденилатциклаза)
 - в) 90-е гг.: влияние на определенные гены
 - г) 2000-е гг.: нейрогенез, нейропротекция
- **Проблемы психофармакотерапии**
 - а) многие пациенты не отвечают критериям включения в исследования → как результаты применимы ко всем больным?
 - б) достижения нейронаук противоречивы → кому доверять врачу?
 - в) результаты исследований говорят о средних значениях → как лечить **КОНКРЕТНОГО** пациента?
- **Основные компоненты терапии:** 1) знание механизмов действия ЛС; 2) проспективные эпидемиологические исследования; 3) рандомизированные клинические исследования; 4) знание анамнеза и предшествующего лечения (байесовский подход)

H.Belmaker, WPA Congress 2012, Athens



Систематики психотропных средств (1)

- **Использование акронимов (ТЦА) нецелесообразно, т.к.**
 - а) создает неправильное мнение, что препараты похожи
 - б) не дает информации о конкретном препарате
 - в) разные препараты имеют схожую химическую структуру

- **Непонятно, какие рецепторы обуславливают эффекты препаратов (антипсихотический, антидепрессивный)**
 - а) насколько антипсихотики являются «антидепрессантами»?
 - б) насколько новые препараты, действующие лишь на негативные симптомы, являются «антипсихотиками»?

- **Приблизить классификацию психотропных средств и соматотропных средств**
 - а) действующие на нейротрансмиттеры
 - б) связанные с рецепторами
 - в) связанные с определенными энзимами



Систематика психотропных средств (2)

	Эсциталопрам	Агомелатин
Ось 1 А) Класс Б) Подтип	А) Блокатор реаптейка Б) Селективный ингибитор реаптейка серотонина	А) Рецепторный агент Б) Агонист М1 и М2 мелатониновых и антагонист 5-НТ2С рецепторов
Ось 2 Название	СИОЗС	Мелатонинергический /5-НТ2С рецепторный агент
Ось 3 Нейробиологическая активность	Повышает 5-НТ	Нормализация циркадных ритмов
Ось 4 Клинические эффекты	Эффективен при тревоге и депрессии	Эффективен при тревоге и депрессии. Есть сведения об изменениях ферментов печени
Ось 5 Показания	Большая депрессия и ГТР	Большая депрессия (ГТР: 3 фаза)



Неудовлетворенные потребности в лечении шизофрении

- **Основные проблемы в лечении SCZ с т.з. пациентов:**

- 1) Как лечить резистентных больных?
- 2) Как научиться распознать симптомы обострения?
- 3) Как лечить сексуальную дисфункцию?
- 4) Психофармакотрепия: польза или вред?
- 5) Есть ли преимущество стационарного лечения над амбулаторным?
- 6) Как уменьшить повышение веса?

- **Неэффективность лечения негативных и когнитивных р-в**
- **Неизученность в исследованиях полифармакотерапии**
- **Суицидальные попытки и коморбидные расстройства**
- **Профилактика алкогольной и наркотической зависимости**
- **Социальные проблемы: отсутствие жилья, безработица**



Неудовлетворенные потребности в лечение депрессии

- Изменения концепции депрессии

Ситуационная или эндогенная	Взаимодействие биологии и среды
Как правило, высокий уровень ответа на фармакотерапию и полная ремиссия	Прогрессирующее заболевание с постепенно ухудшающимся прогнозом
Незнание клеточной патологии, возможен «химический дисбаланс»	Существуют доказательства клеточной патологии
«Ждем и наблюдаем», назначение ЛС в зависимости от предпочтений врача	Агрессивное, индивидуализированное лечение, направленное на ремиссию

- **80% - не получают адекватного лечения, 20% - резистентны к терапии, у 60% - не формируется ремиссия**
- Индивидуализировать терапию: данные нейровизуализации, психологические особенности, биологические маркеры

S. Kasper (Austria), ECNP Congress, Vienna, 2012



Йога-терапия

- Занятия йогой повышают уровень пролактина и снижают уровень кортизол у здоровых
- Йога-терапия и депрессия
 - а) эффективна при легких и средних депрессиях как в комбинации с АД, так и в качестве монотерапии
 - б) через 3 мес. после йога-терапии: ↓↓ кортизола и ↑ BDNF (его снижение ассоциируется с развитием депрессии)
- Йога-терапия и шизофрения
 - а) уменьшают анергию и улучшают социальный интеллект
 - б) повышают уровень окситоцина (ассоциируется с положительными исходами SCZ в целом)

J. Gangadhar, IGPI, Kochin, 2012



План

- Психиатрический диагноз и классификации
(первичные психозы, расстройства личности)
- Психиатрия как нейронаука
- Некоторые проблемы терапии психических
расстройств
- **Организация психиатрической помощи**



Терапевтический парадокс

- **Увеличение вовлеченности населения в лечебный процесс**
 - а) увеличение выписанных рецептов в США за 10 лет вдвое (рынок АД и АП~30 млрд \$)
 - б) абилифай, сероквель и симбалта – в ТОП-10 всех ЛС
 - в) увеличение расходов на сферу психического здоровья
- **Неизменность и ухудшение значимых показателей сферы ПЗ**
 - а) психические болезни возглавляют список бремени болезней
 - б) количество суицидов в США за 30 лет не изменилось
 - в) смертность при психических болезнях увелиливается
- **Основные причины «терапевтического парадокса»**
 - а) лечение эффективно, но есть рост психических расстройств
 - б) лечение эффективно, но организация помощи неправильная
 - в) терапия неэффективна, ЛС не влияют на прогноз и исходы

T.Insel (USA), ECNP Congress, Vienna, 2012



Государственная психиатрия в США

- **Снижение числа больниц (281- 1986 г., 55 – 2010 г.)**
- **Разрыв между числом лиц с психическими расстройствами (58 млн.) и теми, кто обратился за помощью (23 млн.):**
 - а) большинство больных не получают лечение
 - б) ~ 20% заключенных и бездомных- психически больные
- **Проблемы организации психиатрической помощи**
 - а) длинный лист ожидания (до месяцев)
 - б) низкая профессиональная подготовка многих врачей
 - в) качество помощи отличается в разных штатах
 - г) снижение роли психиатра в условиях «командного» методы (диагностика расстройства, выписка рецептов)



Государственная психиатрия в Англии

- Удовлетворенность системой помощи (~60% населения)
- Непродолжительный лист ожидания (1-2 дня)
- Преемственность между разными видами службы (врачи знают о лечении и диагностике пациентов в прошлом)
- Низкий процент неправильного выбранного ЛС и неправильной тактики лечения (2% и 8%, соответственно)
- Высокая стоимость финансовых затрат на 1 пациента (~700£)
- Низкое развитие т.н. пациент-центрированной помощи

S.Dave, IGPI, Kochin, 2012



Выводы

- Ревизии DSM и МКБ должны изменить основные принципы классификации психических расстройств
- Достижения нейронауки меняют наши представления о механизмах развития основных психических расстройств
- Клиническая психиатрия на современном этапе нуждается в новых ЛС, основанных на иных механизмах действия
- Большие слои населения в развитых странах остаются без квалифицированной психиатрической помощи



Основные публикации

- 1) Третья международная научная конференция «Индийская глобальная психиатрическая инициатива

А.В.Павличенко, Д.А.Смирнова *Психиатр. и психофармакотер.*, 2012, №2, с.73-78

- 2) Конгресс «Мультидисциплинарные лики психиатрии: первый симпозиум русских молодых психиатров»

А.В.Павличенко, Д.А.Смирнова, О.А.Карпенко *Дневник психиатра*, 2013, №1, с.73-78

- 3) Будущие классификации психотических расстройств (по материалам Конгресса ВПА в Праге, октябрь 2012 г.)

А.В.Павличенко *Психиатр. и психофармакотер.*, 2013, №1, с.67-72

- 4) Некоторые тенденции развития психиатрии как нейронауки (по материалам 25 Юбилейного Конгресса ЕСНР в Вене, октябрь 2012 г.)

А.В.Павличенко *Психиатр. и психофармакотер.*, 2013, №2 (в печати)

Спасибо за внимание

