

**Московский государственный университет
имени М.В. Ломоносова (МГУ)**
Департамент здравоохранения г. Москвы (ДЗМ)
Российский фонд фундаментальных исследований (РФФИ)
Национальная медицинская палата
Российское общество психиатров (РОП)
Российская ассоциация содействия науке (РАСН)
**Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского (НМИЦПН)**
Научный центр психического здоровья (НЦПЗ)



Междисциплинарные подходы к изучению психического здоровья человека и общества

Часть 2

Материалы научно-практической конференции

Под ред. Г.П. Костюка



УДК 159.9 + 364.4 + 616.8
ББК 88:56.14
П86

*Конференция проводилась при поддержке
гранта РФФИ 18-015-20039*

П86 **Междисциплинарные подходы к изучению психического здоровья человека и общества.** Материалы научно-практической конференции (29 октября 2018 г., Москва): Сборник материалов: Часть 2 / под ред. Г.П. Костюка. — М. : «КДУ», «Университетская книга», 2019. — 434 с., цв. вкл.

ISBN 978-5-91304-902-5

ISBN 978-5-91304-904-9 (Часть 2)

Данный сборник содержит материалы научно-практической конференции «Междисциплинарные подходы к изучению психического здоровья человека и общества», состоявшейся 29 октября 2018 г. в МГУ имени М.В. Ломоносова. Материал представлен в виде стенограмм выступлений и слайдов презентаций. Основными темами конференции стали вопросы психосоматики, военная психиатрия и психологическая помощь при чрезвычайных ситуациях, классификация психических расстройств, биологические маркеры психических расстройств. Отдельное внимание было уделено результатам работы в рамках гранта РФФИ «Фундаментальные проблемы в исследованиях психического здоровья человека и общества».

Сборник представляет интерес для специалистов в области психического здоровья, а также представителей смежных специальностей, интересующихся вопросами психиатрии и психологии.

УДК 159.9 + 364.4 + 616.8
ББК 88:56.14

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов докладов

ISBN 978-5-91304-902-5

© Авторы статей, 2019
© «КДУ» (оформление), 2019

**Психологическая и психиатрическая
помощь в современных вооруженных
конфликтах и при чрезвычайных ситуациях**

Приветствие Шойгу Ю.С.

Шойгу Ю.С.¹

– Добрый день, уважаемые коллеги. В первую очередь, хотелось бы выразить большую благодарность организаторам этого мероприятия за приглашение принять участие, а особенно в этой секции. Нужно сказать, что многолетний опыт неформального взаимодействия, а также взаимодействия в ряде случаев при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, показал актуальность такого рода профессиональных контактов, и я думаю, что сегодняшнее мероприятие станет первым в череде подобных событий. Надеюсь, что межведомственное и междисциплинарное взаимодействие даст плоды, в первую очередь, на благо тех людей, которые пострадали от чрезвычайных ситуаций и военных конфликтов.



Мне бы хотелось от души поприветствовать всех участников этого мероприятия, – пусть сегодняшнее событие станет интересным и полезным в профессиональной жизни каждого из нас, послужит отправной точкой для создания новой профессиональной группы, которая в ближайшее время покажет свою эффективность. Спасибо, всем удачного рабочего дня!

Военная психиатрия: этапы становления и развития



Фисун А.Я.¹,
Шамрей В. К.²

Уважаемые коллеги, прежде чем озвучить наш доклад, я бы хотел передать глубокую признательность организаторам конференции от руководства академии, лично Александра Яковлевича, за приглашение принять участие в данном научном форуме. А теперь, собственно, по докладу.

Спектр проблем, решаемых в настоящее время военными психиатрами, весьма широк — организационные, профилактические, клинико-диагностические, экспертно-прогностические, реабилитационные. Каждая из них может рассматриваться в рамках отдельной конференции. В нашем докладе мы остановимся преимущественно на организационных аспектах становления и развития военной психиатрии, являющихся, в историческом контексте, во многом, поучительными для сегодняшнего дня.

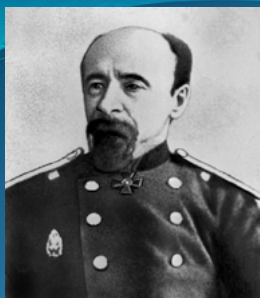
За более чем вековой период военная психиатрия прошла сложный путь развития, для которого были характерны как великие подъемы, так и определенные спады, обусловленные целым рядом субъективных и объективных факторов, в первую очередь — характером и спецификой прошедших войн. Исходя из этого обстоятельства, можно условно выделить несколько этапов ее развития, разделенных Первой и Второй Мировыми войнами. Важно отметить, что на протяжении всех представленных на слайде этапов, с удивительной закономерностью, в начальном периоде каждой из пережитых войн, как правило, не учитывался опыт оказания психиатрической помощи во время предыдущих боевых действий.

У истоков военной психиатрии стоял изумительный ученый, основоположник отечественной психиатрии, — Балинский Иван Михайлович. С его именем связано учреждение первой в стране и лучшей в Европе (по признанию современников) самостоятельной клинической кафедры душевных и нервных болезней в Медико-хирургической академии, а также организация значительного числа психиатрических отделений при воен-

1 *Фисун А.Я.* — член-корреспондент РАН, д.м.н., начальник ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации, заслуженный врач РФ.

2 *Шамрей В.К.* — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова», главный психиатр Министерства обороны Российской Федерации, заслуженный врач РФ.

ных госпиталях. К началу XX века такие отделения функционировали в 14 военных госпиталях. При этом, по мнению зарубежных специалистов, в российской армии была сформирована «гибкая система оказания психиатрической помощи, способная перестраиваться в зависимости от изменяющейся обстановки».



Балинский
Иван Михайлович
(1824-1902)

К началу 20 века начали функционировать психиатрические отделения в 14 военных госпиталях (на 1155 коек):

- в 1868 г. - в Киевском и Тифлисском ВГ;
- в 1881 г. — в Санкт-Петербурге (Морском ВГ);
- в 1893 г. — в Варшаве;
- в 1895 г. — в Риге и Ташкенте;
- в 1901 г. — в Екатеринодале;
- в 1903 г. — в Туркестанском ВО;
- в 1913 г. — в Омске и Хабаровске

17 января 1864 г. - открыто психиатрическое отделение 1-го военно-сухопутного Петербургского Николаевского военного госпиталя

1894 г. - завершено строительство нового здания кафедральной клиники, в течение многих лет считавшейся «лучшей в Европе»



По признанию зарубежных специалистов, в российской армии была сформирована «гибкая система оказания психиатрической помощи, способная перестраиваться в зависимости от изменяющейся обстановки»


№ 1. Истоки отечественной военной психиатрии

Вместе с тем, необходимость оказания психиатрической помощи в условиях боевых действий стала очевидной лишь в период Русско-японской войны. К тому времени, существующие планы медицинского обеспечения на военное время организацию такой помощи не предусматривали. Поэтому, в связи со значительным числом душевнобольных на театре военных действий, попытка организации психиатрической помощи практически полностью перешла в ведение Российского Красного Креста. При его Главном управлении весной 1904 года была создана специальная комиссия, которой руководил академик В.М. Бехтерев. Он же и сформулировал основные организационные принципы психиатрической помощи военнослужащим.

Именно в русско-японскую войну психиатрическая помощь была приближена к передовому этапу, создавались лечебные стационары и так называемые этапные пункты. Важно отметить, что сформулированные В.М. Бехтеревым и его учениками принципы оказания психиатрической

помощи в боевых условиях не потеряли своей актуальности и в настоящее время. При этом, каждая последующая война или военный конфликт лишь подтверждали их значимость, так как игнорирование основных из них, прежде всего принципа «кадрового обеспечения» и «приближенности» психиатрической помощи к передовым этапам, с неизбежностью приводило к значительному росту санитарных потерь психиатрического профиля. Основным итогом русско-японской войны явилось то, что **впервые в мировой истории была обоснована необходимость участия психиатров в медицинском обеспечении боевых действий войск.**

Русско-японская война 1904-1905 гг.



Бехтерев
Владимир Михайлович
(1857-1927)

«число душевнобольных на театре войны за 1904 и 1905 годы нужно считать равным 2373»
(Х.Ш. Боришпольский, 1910)

«...подготовка персонала для работы в психиатрических отделениях военных госпиталей на Дальнем Востоке была организована в Военно-медицинской академии при руководимой В.М. Бехтеревым кафедре»
(А.В. Шабунин, 1998)

В планах медицинского обеспечения на военное время оказание психиатрической помощи не было предусмотрено. Поэтому организация психиатрической помощи почти полностью перешла в ведение Российского Красного Креста. При его Главном управлении весной 1904 г. была создана специальная комиссия, которой руководил академик В.М. Бехтерев

Два типа лечебных заведений для душевнобольных военнослужащих:

- **лечебные стационары** (на 50 коек), вблизи от действующей армии, для больных, требующих непродолжительного лечения, с последующим возвращением их в строй или дальнейшей эвакуации;
- **этапные пункты** (вблизи железных дорог) для кратковременного размещения больных, нуждающихся в дальнейшей эвакуации (психиатрические отделения госпиталей тыла).

№ 2. Русско-японская война (1904–1905 гг.)

Опыт данной войны послужил основанием для В.М. Бехтерева, как руководителя III съезда отечественных психиатров 1910 года, включить в его программу отдельную секцию и доклады посвященные сугубо военной тематике. Развернувшиеся по докладам прения показали, что большинство выступавших (**П.М. Автократов, Х.Ш. Боришпольский, Л.М. Станиславский, Г.Е. Шумков**) использовали термин «военная психиатрия» как вполне привычный, несмотря на целый ряд критических замечаний, часть из которых носила откровенно предвзятый характер. Одни, к примеру, почти издевательски, сравнивали военную психиатрию с **учебной дисциплиной «гладиаторских школ»** (**П.П. Кашенко**), другие искусственно сужали проблемы новой дисциплины до «антиалкогольной борьбы» (**Э.В. Эрикссон**).

Русско-японская война 1904-1905 гг.

Организация психиатрической помощи во время Русско-японской войны предусматривала ее оказание не только в лечебных учреждениях, но и непосредственно в действующей армии («принцип приближенности» психиатрической помощи к району боевых действий)



С 1904 по 1905 г. **С.Д. Владычко** заведовал психиатрическим отделением Порт-Артурского госпиталя (на 45 мест), а затем сопровождал больных (на протяжении 70 дней) при эвакуации морем (из Порт-Артура в Одессу).

В апреле 1904 г. было открыто психиатрическое отделение в Первом Харбинском госпитале, которым заведовал **Х.Ш. Боршительский**. Прием, сортировку, лечение и эвакуацию первых больных **проводил Г.Е. Шумков**

В частях действующей армии работал психиатром **А.В. Ильин**

В прифронтовых районах **были развернуты специальные «полевые» лазареты**, с целью приближения психоневрологической помощи к передовому этапу;

№ 3. Русско-японская война (1904–1905 гг.)

В конечном итоге прения завершились принятием резолюции, в которой констатировалось, что съезд «признает недопустимым повторение неподготовленности к признанию и эвакуации душевнобольных, обнаружившейся в начале бывшей войны, и считает необходимым впредь выработать заблаговременно соответствующую организацию этого дела».

В сентябре 1914 г. В.М. Бехтерев, на основании резолюции съезда, предложил план оказания помощи душевнобольным военнослужащим, в котором, наряду с психиатрической предусматривалась и неврологическая помощь в условиях боевых действий. Организация такой помощи, по его мнению, должна начинаться с войскового района, так как в полевых условиях трудно разграничить функции психиатра и невролога. Наиболее полно эти вопросы В.М. Бехтерев отразил в своей работе «Война и психозы», в которой, отвечая своим «вечным оппонентам», он подчеркивал, что именно война является «непосредственной причиной появления психозов».

Данная работа вышла в разгар Первой мировой войны (в 1915 году) и стала заметным событием в истории военной психиатрии. Однако план В.М. Бехтерева не был принят, и в Первую мировую войну организация медицинского обеспечения также не предусматривала оказание психиатрической помощи в войсках. Военное руководство того времени полагало, что, в отличие от Русско-японской войны, процент психических

заболеваний будет значительно ниже, — «...в связи с запрещением употребления алкоголя». Такая, с позволения сказать, «профессиональная» оценка, в конечном итоге, отразилась не только на качестве оказания помощи, когда большая часть психически больных военнослужащих эвакуировалась с фронта и в дальнейшем в боевые порядки не возвращалась, но также на кадровом обеспечении и характере научных исследований.

Допущенная ошибка стала очевидной только к 1917 году, когда В.М. Бехтерев был уже уволен из армии. Проблему попытались решить вновь с помощью Красного Креста, который представляли лишь три уполномоченных — Н.Н. Реформатский, А.В. Тимофеев и Н.Н. Баженов. Как исключение из общего правила можно рассматривать лишь инициативу Г.Е. Шумкова, организовавшем в мае 1917 года на Северо-Западном фронте первые нештатные психоприемники. Последние, однако, просуществовали недолго, из-за начавшейся революции.

Первая мировая война 1914-1917 гг.

Уполномоченные Красного Креста, наделенные чрезвычайными правами:

- **Северо-Западный фронт** - Н.Н. Реформатский
- **Юго-Западный фронт** - А.В. Тимофеев
- **Кавказский фронт** - Н.Н. Баженов (позднее сменил А.И. Прусенко)



Шумков
Герасим Егорович
(1873 - 1931)

Г.Е. Шумков в мае 1917 г. на Северо-Западном фронте организовал первые **нештатные психоприемники**



Основной вывод предыдущей войны о целесообразности приближения психоневрологической помощи к передовым районам в русской армии **был проигнорирован**, что, в конечном итоге, привело к тому, что большая часть больных эвакуировалась с фронта и в боевые порядки не возвращалась


№ 4. Первая мировая война (1914–1917 гг.)

Еще более негативным образом на военной психиатрии отразились революционные потрясения. Даже попыток организовать психиатрическую помощь красноармейцам тогда отсутствовали. Считалось, что «психических заболеваний в армейском коллективе в эпоху великих преобразований быть не должно», а наличие психических расстройств у военнослужащих расценивалось, в основном, через призму симулятив-

ных действий. При этом, не только врачи, но и командиры призывались к «борьбе с нервно-психическими заболеваниями», нередко обсуждались вопросы дисциплинарной и даже уголовной ответственности «военнослужащих — невротиков». В результате, решением Наркомздрава, психиатрическая служба в армии была практически ликвидирована.

Единственная на тот период кафедра психиатрии Военно-медицинской академии, занимающаяся подготовкой кадров для войск и исследованиями военной направленности была близка к закрытию — значительная часть ее штата и научных лабораторий ликвидирована, а подготовка специалистов практически прекратилась. Тем не менее, уже в новых условиях, сотрудники академии продолжали научные исследования в области военной психиатрии. На слайде представлены лишь отдельные из них.

Единственная на тот период кафедра психиатрии Военно-медицинской академии, занимающаяся научными исследованиями военной направленности и подготовкой кадров для войск была близка к закрытию. Тем не менее, уже в новых политических условиях сотрудники академии продолжали научные исследования, заложенные В.М. Бехтеревым, в области военной психиатрии



ОСИПОВ
Виктор Петрович
(1871-1947)

- К.И. Поварнин «К вопросу о влиянии войны на возникновение душевных заболеваний»
- В.Я. Анфимов «Исследование работоспособности и ассоциаций при травматическом неврозе военного времени»
- А.Г. Иванов-Смоленский «Простая слуховая реакция при травматическом неврозе»
- А.В. Триумфов «О задачах психопрофилактики в армии», «К вопросу о военно-психиатрической гигиене и профилактике в Красной армии»
- Н.И. Бондарев «Опыт экспериментально-психологического исследования влияния боевых впечатлений на солдат».

«Психозы и психоневрозы войны» (1934)

Отсутствие кадрового заказа в предвоенный период негативно отразилось в начале Великой Отечественной войны, когда стали очевидными существенные недостатки в подготовке необходимых специалистов, недостаточное знание ими клиники пограничных психических состояний и, особенно, клиники закрытой травмы головного мозга

№ 5. Великая отечественная война (предвоенный период)

От полного закрытия кафедры спас лишь авторитет Виктора Петровича Осипова, который ранее был лечащим врачом В.И. Ленина. В 1934 г., под его редакцией вышел коллективный труд «Психозы и психоневрозы войны», который в начале Великой Отечественной войны был, по сути, единственным руководством для психиатров.

Отсутствие кадрового заказа в предвоенный период негативно отразилось в начале войны, когда стали очевидными существенные недостатки в подготовке психиатров и невропатологов, слабое знание ими клиники

боевой психической патологии и закрытой травмы головного мозга. Данное обстоятельство имело особое значение, так как значительную категорию пострадавших составляли раненые и т.н. «контуженные», понятие не столько медицинское, сколько клинично-организационное, включающее в себя самые разнородные контингенты больных: перенесших коммоцию, эмоциогенный шок, реактивное состояние и т.д.

Крайне негативно в начале войны, несмотря на весь предыдущий опыт, сказалось также отсутствие сети психоприемников в полевых госпиталях и психиатрических отделений в госпитальных базах армии. Чтобы каким-то образом исправить это положение на фронт срочно командировались сотрудники кафедры и гражданские специалисты. Однако проблеме кадрового дефицита, даже руководящего звена, решить не удалось. Так, к примеру, на Западном фронте было всего два психиатра (А.М. Свядош и А.А. Портнов), а на 1-м Украинском фронте — только один (В.Е. Макаров, совмещавший эту должность с должностью главного невропатолога). Психиатрическая же помощь в действующих частях начального периода войны, по оценке главного психиатра Советской армии Н.Н. Тимофеева, ограничивалась эвакуацией больных из армейского и фронтового районов в тыловые госпитали. Организовать полноценную психоневрологическую помощь удалось лишь к концу Великой Отечественной войны.

Опыт Великой Отечественной войны, а также интенсивное военное строительство и приоритет оборонных проблем в условиях «холодной войны» в послевоенные годы обеспечили благоприятные организационные, кадровые, материальные и прочие условия для интенсификации исследований в области военной психиатрии. С появлением новых видов оружия, в том числе и массового поражения (ядерное, химическое) сотрудниками Военно-медицинской академии активно изучались последствия их применения. Особое внимание, при этом, уделялось решению проблем психического здоровья военнослужащих, организации психиатрической помощи в войсках, подготовке кадров. Открывались новые психиатрические отделения в военных госпиталях округов и флотов. Так, например, в ходе реализации приказа МО СССР «О мерах по дальнейшему улучшению психоневрологической службы в армии и на флоте» численность военных психиатров и неврологов за 5 лет возросла практически вдвое.

Новым импульсом к пересмотру «традиционных» представлений о боевой психической патологии и организации психиатрической помощи явилась война в Афганистане (1979–1989 гг.). Специалистам пришлось иметь дело с иной, нехарактерной для предыдущих войн, психопатологией. Ее типичными чертами, по мнению проф. Е.В. Снедкова, были регрессивный характер симптоматики с отсроченным началом, острым чувством вины, агрессивностью, диссоциальным поведением, злоупотреблением алкоголем и психоактивными веществами.


Опыт, приобретенный во время войны в Афганистане и в последующие годы, при ликвидации последствий ряда аварий и катастроф, позволил обосновать, наряду с военной психиатрией, нового медицинского направле-

ния – «психиатрия катастроф». Понятие, которое впервые ввел в широкое употребление проф. Смирнов Виктор Ксенофонович после землетрясения в Армении. Были сформулированы основные клинико-организационные проблемы данной дисциплины. Они представлены на слайде. При этом, уже тогда, подчеркивалось, что их успешное решение возможно лишь при объединении усилий различных ведомств.



СМИРНОВ
Виктор Ксенофонович
(1933 – 2008)

Опыт, приобретенный во время локальных войн и ликвидации последствий крупномасштабных катастроф мирного времени, позволил обосновать, наряду с военной психиатрией, нового медицинского направления «психиатрия катастроф»



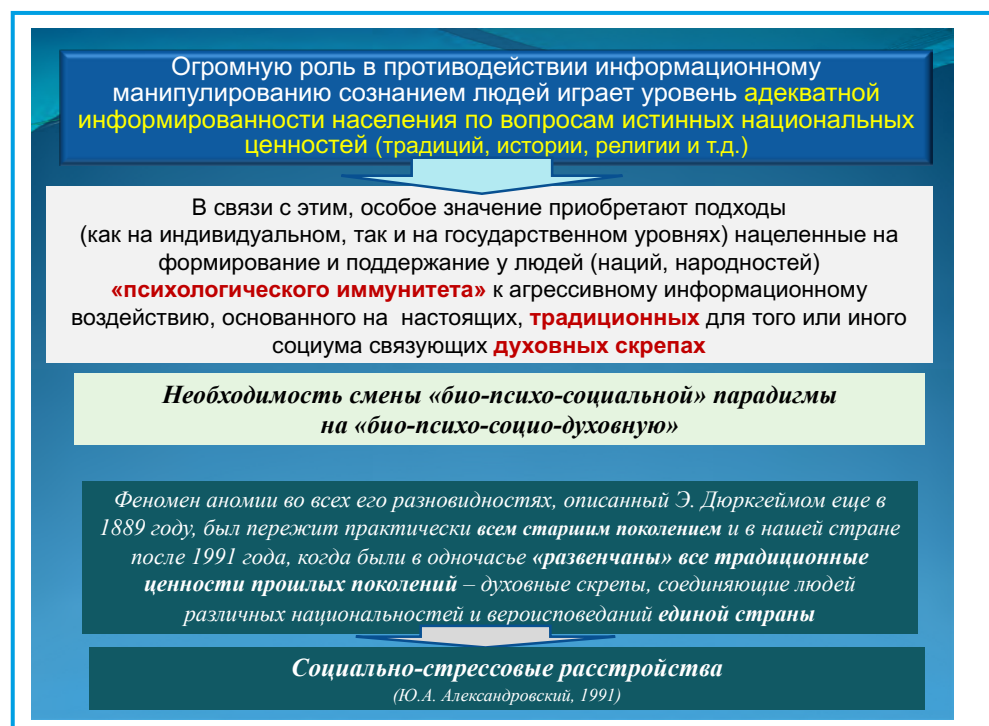

Проблемные вопросы «психиатрии катастроф»:

- структура, динамика, ближайшие и отдаленные последствия психических нарушений при ЧС;
- категории лиц, нуждающихся в медико-психологической помощи, ее характере, очередности и объеме на различных этапах ликвидации последствий ЧС;
- особенности организации медико-психологической и психиатрической помощи на разных этапах ликвидации последствий ЧС ;
- соотношение медицинских, юридических, социальных и экономических аспектов оказания помощи различным категориям пострадавших;
- характер взаимодействия специалистов различных ведомств, участвующих в ликвидации последствий ЧС;
- вопросы «информационного сопровождения» ЧС и т.д.;

№ 6. Психиатрия катастроф

Опыт, полученный в ходе ликвидации последствий локальных вооруженных конфликтов и чрезвычайных ситуаций мирного времени позволил разработать современную систему оказания психиатрической помощи военнослужащим, с использованием новых форм ее организации в войсковом звене, в том числе с использованием т.н. «мобильных групп усиления» – групп медико-психологического сопровождения. Последние были оснащены современными методами экспресс-диагностики и экспресс-коррекции психического состояния военнослужащих, позволяя максимально эффективно реализовать «почти забытый» принцип «приближенности психиатрической помощи» к передовому этапу. Вместе с тем, специфика современных войн, появление все новых видов оружия, военной техники и информационных технологий определяли необходимость пересмотра требований к качеству психического здоровья военнослужащих и, соответственно, проводимой в войсках психопрофилактической работы.

Одной из новых угроз современного мира стали информационные войны. Являясь составной частью гибридных войн, они направлены на **уничтожение национальной, государственной и гражданской идентичности** потенциального «противника» до степени его полного отторжения со стороны собственного народа и мировой общественности. И в этой связи, важно подчеркнуть, что одним из итогов негативного исторического опыта является не столько игнорирование опыта предыдущих войн, сколько неспособность в тот или иной период упреждающе отвечать на вызовы времени. В этом отношении проблема современной информационной агрессии является нашей общей, если хотите общенациональной проблемой, а не только военной психологии и психиатрии, потому что она в основном касается здоровья молодого поколения, а значит нашего будущего, являясь реальной угрозой для национальной безопасности государства.



№ 7. Противодействие информационному манипулированию сознанием

Для психического здоровья населения особую опасность приобретает **манипулирование** индивидуальным и массовым **сознанием** наших граждан. Насильственные попытки насаждения в социуме чуждых культуральных ценностей, сталкиваясь с традиционными ценностными императивами, неизбежно вызывают **интрапсихический конфликт** у значительного числа людей, а потому способны провоцировать увеличение числа психических расстройств, различных форм «отклоняющегося», правильнее сказать «саморазрушающего», поведения. Такое поведение включает в себя суи-

циды, агрессию, наркоманию и весь спектр разрушающих современную молодежь психических и поведенческих расстройств. Только слепой, как говорится, не видит эти угрозы, которые, если так можно выразиться, «сыграют» не сразу, а через одно или два поколения. Пример вам – Украина.

Поэтому огромную роль в противодействии манипулированию сознанием людей играет уровень адекватной информированности населения по вопросам истинных национальных ценностей и традиций. Особое значение, при этом, приобретают подходы ориентированные на формирование и поддержание у людей своего рода **«психологического иммунитета»** к агрессивному информационному воздействию, основанного на настоящих, **традиционных** для того или иного социума связующих **духовных скрепах**.

Именно духовных, так как их отсутствие в современной «био-психо-социальной» парадигме психического здоровья человека и общества приводит, по нашему мнению, к не вполне объективным его оценкам со стороны специалистов и т.н. «профессиональных экспертов», определяя соответственно, принятие неверных решений по его сохранению.

Разработка теоретических основ медико-психологической защиты в условиях информационного противоборства



К настоящему времени информационное воздействие приобрело черты **оружия массового поражения**, позволяя решать целый спектр военно-политических задач. Очевидно, что эти вызовы требуют реагирования, в том числе в рамках научной разработки и практического внедрения современных методов **информационной гигиены и медико-психологической защиты**.

- **Информационная гигиена** военнослужащих подразумевает привитие навыков разборчивости при «потреблении информации», обучение методам распознавания ангажированности ее источника, манипулятивного или недостоверного характера транслируемых сведений и формирования способности их игнорировать
- Информационно-гигиенические мероприятия должны включаться в план учебно-боевой и специальной подготовки и быть направлены на разъяснение задач, «мишеней» и методов информационного воздействия, формирование навыков распознавания агрессивных информационных воздействий и овладение приемами **медико-психологической защиты**.

№ 8. Информационная гигиена и медико-психологическая защита

К настоящему времени информационное воздействие приобрело черты **оружия массового поражения**, позволяя решать целый спектр сугубо военно-политических задач. Очевидно, что эти вызовы требуют адекватного реагирования, в том числе в рамках научной разработки и практического

внедрения современных методов **информационной гигиены и медико-психологической защиты военнослужащих**. К примеру, научную разработку **системы мер сетевого типа для индивидуальной, групповой и массовой** медико-психологической защиты. Участие в этой работе различных специалистов в области психического здоровья было бы крайне важным.

Как уже говорилось в начале нашего заседания, особое место в современной военной медицине занимает проблема боевого стресса. Исследования по данной проблеме ведутся практически во всех странах мира, особенно, в США. В основном они касаются поиска **биопсихосоциальных** детерминант **риска и устойчивости** к боевым и «профессиональным» стрессовым расстройствам у военнослужащих. Выделяются значительные ассигнования на подобные исследования. Примечательно, что в одном из докладов *Госдепартамента США сообщалось о том, что ни один из государственных институтов США не связан столь тесно с развитием и разработками в психологии и психиатрии, как военное ведомство.*



№ 9. Сетевая медицинская база данных

В нашей стране исследования в этом направлении касаются не только изучения стресс-устойчивости военнослужащих и прогностических технологий оценки их психического здоровья, но также патогенеза и клиники современной боевой психической патологии, вопросов экспресс-диагностики и экспресс-коррекции проявлений боевого стресса, лечения и профилактики стресс-ассоциированных расстройств, возможности дистан-

ционной оценки психофизиологического состояния военнослужащих. Особое внимание, при этом, уделяется профилактической направленности научных разработок. Это касается и телемедицинских технологий, с целью проведения онлайн оценки психического состояния военнослужащих, а также массовых психопрофилактических обследований, с использованием АПК, **основанных на принципе многоосевой оценки психического здоровья.**

Отдельным направлением совершенствования психопрофилактической помощи военнослужащим является разработка современных реабилитационных технологий для участников боевых действий. В этом отношении весьма обнадеживающие результаты демонстрирует метод «стресс-прививочной терапии», позволяющий на ранних этапах преодолевать последствия боевого стресса, отрабатывать навыки конструктивного поведения в наиболее типичных стрессовых ситуациях. Не буду подробно на них останавливаться, так как ряд из них будут рассмотрены в следующих докладах.

Наконец, особое внимание в настоящее время уделяется созданию единой централизованной сетевой медицинской базы данных, постоянно пополняющейся результатами обследований, в том числе биомедицинских, различного уровня и позволяющей, помимо прочего, осуществлять многоуровневый оперативный контроль за полнотой и эффективностью проводимых психопрофилактических мероприятий в войсках.

Сейчас мы входим в период шестого технологического уклада, включающего в себя нано-, био-, информационные и когнитивные технологии и определяющего, по мнению большинства ученых, научный прорыв в самых различных областях, в том числе и в области военной медицины и психиатрии. Однако, при отсутствии благоразумного отношения к клинической медицине и психиатрии, а также к духовной составляющей человека и общества, все эти технологии могут оказаться малопродуктивными и, в конечном итоге, бесполезными.

В заключении нашего доклада необходимо сказать, что каждое время ставит свои вызовы перед военной медициной, определяя общую направленность тех или иных научных исследований. Вместе с тем, без учета опыта прошлого нет движения и в будущее. Считается, что большинство войн начинаются внезапно. Однако, даже к «внезапным войнам» надо быть готовым заранее, используя как предыдущий, в том числе и негативный, опыт, так и научные достижения современного этапа. Научные же успехи отечественной военной психиатрии, о чем также не следует забывать, всегда опирались на достижения в других научных отраслях, тем самым обогащаясь и приобретая уникальный, не имеющий аналогов в мире, характер.

Доклад окончен, благодарю за внимание!

Концепция боевого стресса: основные итоги десяти всероссийских конференций в нулевые годы



Ушаков И.Б.¹, Бубеев Ю.А.²

Уважаемые дамы, господа, товарищи, коллеги и друзья! Очень хорошо, что мы начали свое пленарное заседание с вопросов истории психиатрии и психофизиологии, потому что именно история учит нас не только тому, что мы часто повторяем свои ошибки, но и все-таки учит и тому, что возможно взять для развития в будущем. Я хотел бы построить свой доклад на анализе докладов 11 всероссийских конференций, которые прошли с 2002 по 2015 год на различных научных площадках и были посвящены проблемам боевого стресса.

Иллюстрации доклада в основном будут построены на данных Государственного научно-исследовательского испытательного института военной медицины с его Центром авиационно-космической медицины и эргономики. Безусловно, будут учтены и другие работы, которые были опубликованы на этих конференциях. Почему нужен такой обзор? Да, потому что получен уникальный массив данных, и он не может быть утрачен, он должен быть проанализирован и экстраполирован в будущее.

В общей сложности это более тысячи сообщений разного уровня – от фундаментальных до чисто прикладных работ. Они важны и интересны потому, что проблема боевого стресса не является какой-то узкопрофессиональной проблемой военных или лиц опасных профессий, а это глобальная медико-биологическая проблема. Я попытаюсь в своем выступлении это показать. Давайте оттолкнемся от известных цифр. Дотошные швейцарские ученые посчитали, что за пять с половиной тысяч лет существования относительно цивилизованного человечества люди были вовлечены в 14 тысяч войн, в которых погибло в общей сложности три с половиной миллиарда человек.

Если мы возьмем уже XX век, то это две мировые войны, гибель 60 миллионов человек в общей сложности, причем большинство из них – это гражданское население. После 1945 г. произошло более 150 региональных военных конфликтов, в которых погибло в общей сложности 20 миллионов человек, что в два раза больше, чем в Первой мировой войне. Я привел эти цифры

1 Ушаков И.Б. – академик РАН, генерал-майор медицинской службы, главный научный сотрудник (ГНЦ РФ – Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна ФМБА России).

2 Бубеев Ю.А. – доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом (ГНЦ РФ – Институт медико-биологических проблем РАН).

только потому, что нет сомнения, что все люди, находившиеся какое-то время в условиях, угрожающих их жизни, конечно, подвергались боевому стрессу разной степени, и преимущественно как раз это гражданское население, которое всегда не готово к адекватной борьбе за собственную жизнь.

Другое дело, что более четко, более целенаправленно мы можем изучать проблемы боевого стресса на организованных контингентах, то есть, у тех людей, которые под более усиленным постоянным медицинским наблюдением – это военнослужащие, летчики, космонавты, пожарные, спасатели и представители других опасных профессий, о которых я буду говорить.

Часть из них представлена в международной шкале риска и классификации условий профессиональной деятельности (Рис. 1). На прошедших конференциях рассматривались преимущественно так называемые особо опасные профессии. Именно в них человек подвергается боевому стрессу или стрессу смертельно опасных ситуаций. Более драматично это проблема может встать и для обычных людей, которые могут быть в течение нескольких минут, если это террористический акт, или в течение какого-то чуть большего времени, если это война, вовлечены в ситуацию боевого стресса. Именно поэтому рассматриваемая проблема – проблема не только военных и лиц опасных профессий. Это общечеловеческая проблема, которая всегда, к сожалению, была и будет актуальна.

Международная шкала риска и классификация условий профессиональной деятельности			
Уровень летального риска на человека		Оценка приемлемости риска	Условия профессиональной деятельности
в час	в год		
10^{-3} — 10^{-2}	$> 10^{-2}$	Исключительно высокий уровень риска, когда необходимо применять меры защиты	Особо опасные (летчики-испытатели, истребительная и вертолетная авиация, военнослужащие в неядерной войне, пожарные, бокс, скачки, спортивные бои и автогонки)
10^{-4} — 10^{-3} 10^{-5} — 10^{-4}	10^{-3} — 10^{-2}	Очень высокий и высокий уровни риска, когда необходимо применять меры безопасности	Опасные (космонавты, летчики бомбардировочной авиации, верхолазы, производство горчичного газа, спасатели, военнослужащие в мирный период, ликвидаторы последствий аварий и катастроф, работающие с возбудителями первой группы, гребля, альпинизм, мотоспорт)
10^{-6} — 10^{-5}	10^{-4} — 10^{-3}	Относительно невысокий уровень риска	Относительно безопасные (гражданская авиация, автомобиль, рыбаки, шахтеры, железнодорожные рабочие, охота, горные лыжи, велосипед)
10^{-7} — 10^{-6}	$< 10^{-4}$	Пренебрежимо малый уровень риска	Безопасные (остальные профессии)

Рис. 1

Основные стрессоры, а точнее стимулы, воздействующие на участников военных конфликтов, включают: ясно осознаваемое чувство угрозы для жизни, здоровья, биологический страх смерти, ранения, плена; необходимость применения боевого оружия на поражение; вид трупов и обезображенных тел; воздействие специфических факторов боевой обстановки (дефицит времени, внезапность, неопределенность); невзгоды и лишения (отсутствие возможностей для отдыха, полноценного сна, сон в условиях потенциальной опасности и готовности к активным действиям, неадекватность водного режима и питания); климато-географические особенности зоны боевых действий; отсутствие районов спокойного тыла, постоянная реальная угроза нападения, трудности в различении мирных жителей и террористов, вероятность неожиданно оказаться на заминированном участке или под обстрелом и еще многие другие.

Мы видим, что все важнейшие факторы связаны с угрозами для жизни и здоровья, страхом смерти, ранения, пленения, то есть опасных для жизни ситуаций и существенно неблагоприятных для здоровья условий.

Итак, боевой стресс – это, прежде всего, стресс смертельно опасных ситуаций – системная многоуровневая реакция организма человека на воздействие комплекса факторов вооруженной борьбы с противником или иной борьбы человека за собственную жизнь и сопровождающих ее жестких социально-бытовых условий с реальным осознанием человеком высокого риска гибели или серьезной утраты здоровья, которая в той или другой степени проявляется на различных уровнях интеграции – личностном, психофизиологическом, эмоционально-вегетативном, соматическом, при значительной, а возможно и ведущей роли изменений в подсознательной сфере, заключающихся в грубой деформации базовых эго-структур человека.

Данные, которые будут представлены далее в основном получены на уникальной выборке высочайших профессионалов: летчики военно-воздушных сил, армейской авиации и военнослужащие различных специальных подразделений. В общей сложности они составляют половину от рассмотренного изученного контингента, включающего более двух с половиной тысяч человек.

Еще раз хотелось бы подчеркнуть, что боевой стресс – это чаще всего комбинированный стресс, который не связан с каким-то одним фактором, а чаще всего с комплексом факторов, достаточно жестких для организма человека. Классические стадии стресса по Гансу Селье, конечно, важны, но их длительность и амплитуда достойны отдельного исследования. Об этом, например, свидетельствуют работы Л.А. Китаева-Смыка (2009), посвященные так называемым психологическим субсиндромам стресса. Импонирует его подход, который отражает тот факт, что в реальной жизни и даже в эксперименте, мы чаще всего имеем дело не с классическими кривыми (фазы тревоги, резистентности, истощения), а с отклоняющимися от классических представлений несколькими вариантами реагирования в зависимости от времени воздействия стресса. Это надо знать и учитывать.

Очень важен вопрос влияния генома на стрессовые реакции, тем более при таком специфическом виде стресса как боевой. Можно уверенно полагать, что в основе всех процессов в организме лежат гены. Однако применительно к боевому стрессу в этом заключении есть и логическое противоречие. Ведь действительно, не гены создают стресс, и факторы боевой обстановки, гибель окружающих людей или какие-то другие вызывающие тяжелые психологические реакции у человека – не они воздействуют на гены. Эта информация поступает к человеку через мозг, и он уже «включает» эти гены через систему «гипоталамус-гипофиз-надпочечники». Необходимые гены экспрессируются и задействуют каскад стресс-индуцированных расстройств (Ридли М., 2009). Одним словом, такое не прямое воздействие генов на стрессовые реакции должны учитывать и исследователи, и тем более те, кто занимается коррекцией боевого стресса.

Характер реагирования в боевой обстановке свидетельствует о различных вариантах поведения, показанных в работах многих авторов. Характерны: резкое понижение организованности поведения, торможение адекватных действий и движений, изменения эффективности деятельности. **В критических и экстремальных ситуациях, при выполнении сложных видов деятельности до 20% специалистов не в состоянии правильно оценить обстановку и принять адекватное решение, 10% принимают неверные решения, 22% впадают в состояние ступора и бездействуют, 34% осуществляют ненужные действия и тем усугубляют ситуацию.**

В каких-то отдельных случаях возможно даже повышение эффективности деятельности человека в условиях стресса. В литературе, например, описан уникальный случай, в котором на минном тральщике два матроса умудрились в течение нескольких секунд, которые были отведены на принятие решения в этой ситуации, поднять и выбросить за борт большую мину. Когда потом их попросили повторить то же, что они сделали в стрессовых условиях, они и приподнять-то ее не смогли. Много аналогичных примеров содержит богатая история авиации и космонавтики, особенно испытательных полетов.

Для того чтобы систематизировать данные о боевом стрессе и фундаментальных основах функций мозга в этих условиях, стоит привлечь фундаментальные теории неосознаваемой деятельности мозга. Особенно подробно они представлены в работах школы академика П.В. Симонова. Во первых, это бессознательные (или досознательные) действия, осуществление витальных биологических потребностей, безусловных рефлексов, инстинктов и врожденных генетически закрепленных поведенческих актов.

Во-вторых, это подсознание – все то, что было осознаваемым когда-то в эволюции, или может стать осознаваемым в определенных условиях (в том числе, вероятно, и в стрессовых условиях?). Часто объединяют бессознательные и подсознательные явления. Это предмет теоретического спора и, наверное, не на нашей конференции, хотя вопрос очень интерес-

ный. В диагностическом плане можно объединить эти две большие группы актов. И, наконец, в третьих – сверхсознание, то есть какие-то эвристические элементы поведения. Такое творческое поведение в экстремальных условиях имеет место и часто спасает жизнь человеку и его окружению. Анализировать эти явления еще сложнее и вряд ли удастся сделать в этом докладе.

В этом году исполнилось 80 лет блестящей статье академика Леона Абгаровича Орбели «Психофизическая проблема», который удивительно точно указывал: «Отделаться от своего субъективного мира никто не может. Весь этот субъективный мир есть несомненная реальность, с которой каждый из нас должен считаться... чрезвычайно важный и чрезвычайно сложный вопрос: как проникнуть в чужой субъективный мир?»

Сегодня мы должны творчески анализировать эти работы, и исходить из того, что чувство страха и в целом страх является одним из главных феноменов, и в то же время причин боевого стресса. О страхе ярко высказывались военные, путешественники, разведчики, философы и писатели. Другое дело, что не надо путать его с трусостью, и не следует смешивать его с этим понятием. Страх – это инстинктивная реакция, о чем писал еще Аристотель, но это полезная реакция, это своеобразный барометр опасности, который нужно правильно использовать и правильно «управлять» этим чувством.

В целом, если синдром страха становится ведущим в картине стрессового расстройства, можно говорить о неврозе страха. Причин этому очень много. Это действительно та ситуация, которую уже должен диагностировать психиатр и которую необходимо соответственным образом корректировать и лечить.

Далее я хотел бы обратить ваше внимание на объективные характеристики боевых стрессовых расстройств, которые изучались во многих наших работах (Ушаков И.Б., Бубеев Ю.А. и соавторы, 2002–2015) (Рис. 2). Это так называемые параметры нейросемантической психодиагностики, которые позволяют на основе достаточно сложных, но недлительных по времени туров исследований вызванных потенциалов на классической ЭЭГ, формировать итоговые оценки стимулов (слов или образов), предоставленных человеку в режиме случайного порядка и на очень краткие подпороговые промежутки времени.

По рисунку 3 (см. ниже) нетрудно сделать вывод о том, что чем больше длительность боевого опыта (но при этом и боевого стресса!), тем, к сожалению, больше вероятность наличия «следов» страха у лиц, подверженных различным видам экстремальных ситуаций. Третья группа особая – это фактически контрольная группа, технический персонал, который не находился в условиях боевого стресса. По ее результатам мы видим, что выраженность стресса здесь минимальна. В остальных группах показатели стресса естественным образом, в результате более длительных и более осознаваемых профессионалами стрессовых условий, нарастают, достигая достаточно больших величин.

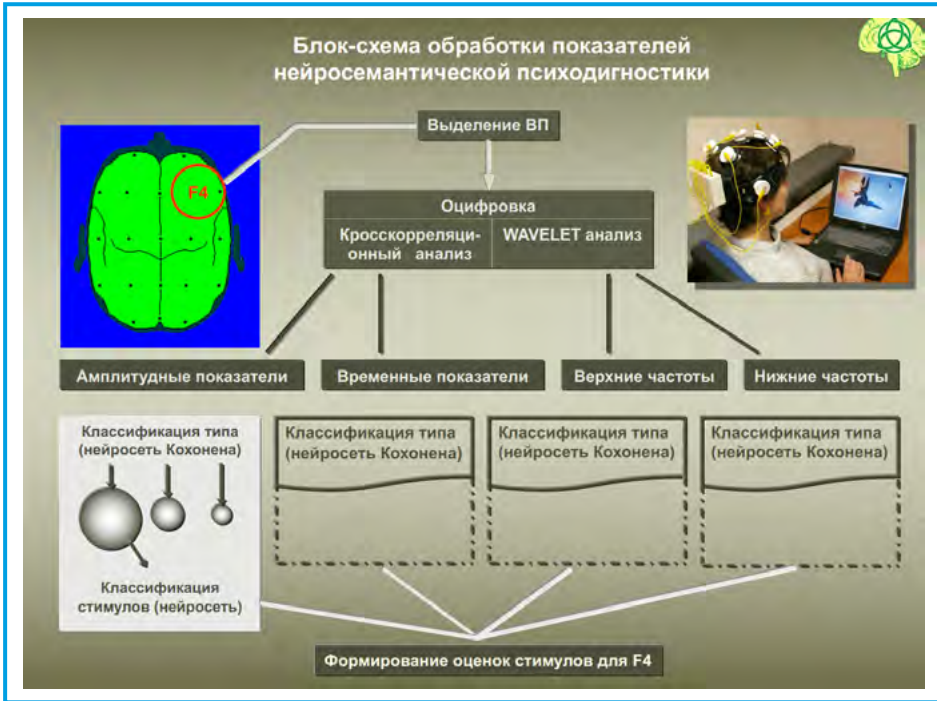


Рис. 2.

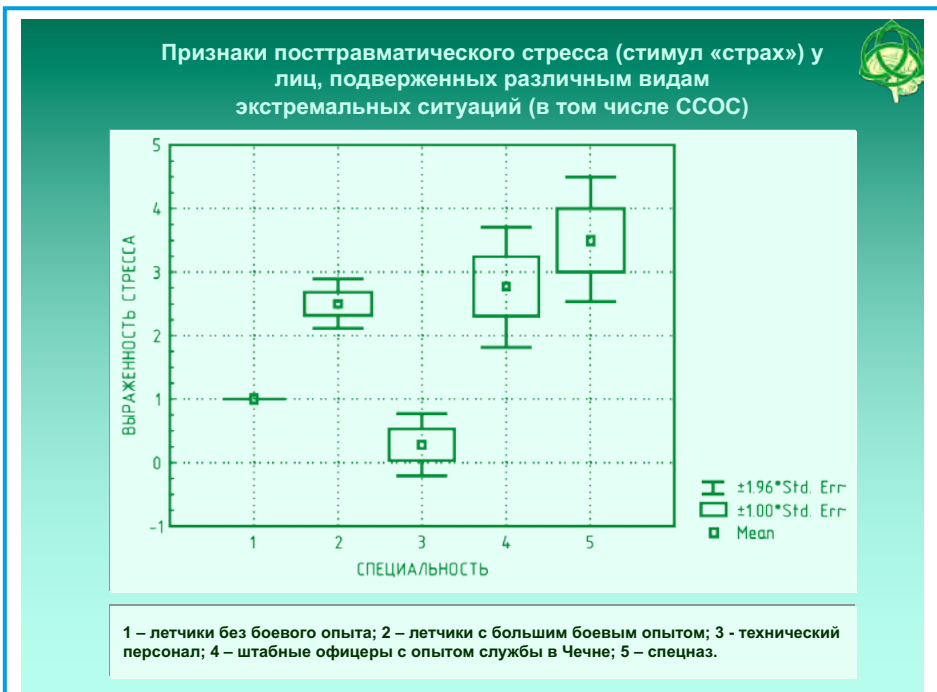


Рис. 3

С использованием такого нейросемантического подхода последствия боевого стресса функционально диагностируются на подсознательном уровне в различных областях мозга, реагирующих на стимулы «смерть, страх, гибель» (Рис. 4). Результаты тестирования участников боевых действий, побывавших в плену, свидетельствуют о высочайшей эмоциональной напряженности, связанной с военными действиями и с угрозой пленения в этих условиях. Вот какие результаты оценки бессознательного в условиях боевого стресса можно получить объективным методом, воспроизводимым в различных условиях и разными авторами.

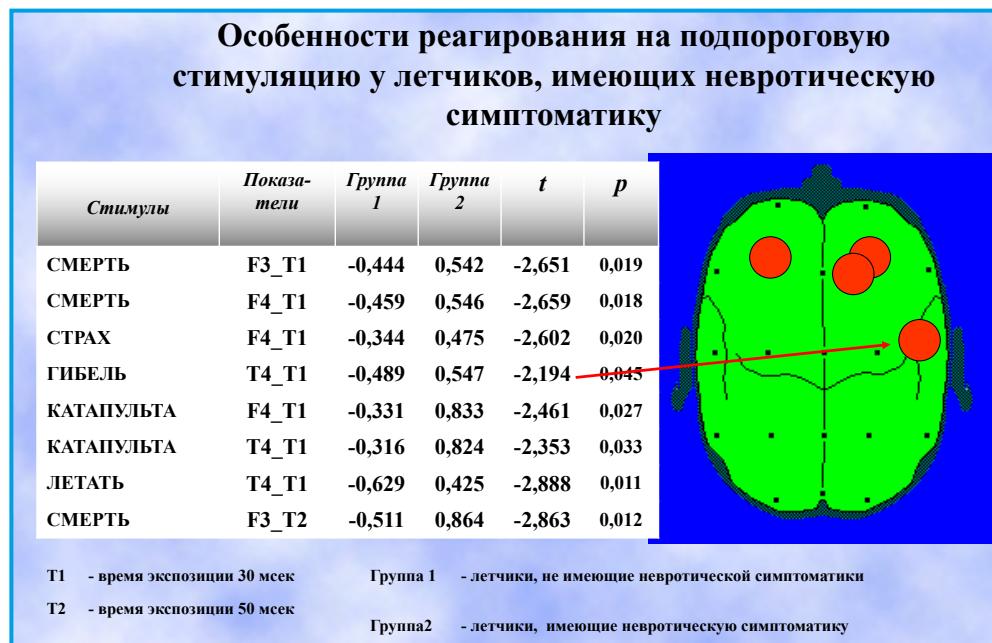


Рис. 4

Бессознательное – это не самостоятельная психическая реальность, противостоящая сознанию, а некоторые «нижележащие» уровни сознания с меньшей расчлененностью и рефлексивностью, причем важнейшее значение имеют смысловые структуры. Они определяют динамику и содержание психической реальности. Это наиболее глубинные и интимные структуры сознания.

Так как психическая сфера выступает регулятором многих функций организма, показатели изменений в ней, в том числе и бессознательных реакций, могут быть коррелятами характеристик боевого стресса, или стресса смертельно опасных ситуаций. Важно, что стресс у летного состава имеет отличия от других категорий опасных профессий и заключается в меньшей выраженности изменений в подсознательной сфере, чем у других людей. Это связано, скорее всего, с высочайшим уровнем профессионализма у летчиков.

Чем дольше стресс, тем больше вероятность, что он приведет к хроническому. Действие выявленных факторов боевого стресса приводило к развитию у 20% к концу первой недели и у 50—60% к концу первого месяца психосоматического синдрома, проявляющегося в раздражительности, тревожности, ухудшении сна, самочувствия, снижении активности, настроения, гипертензивных реакциях, нарушениях со стороны сердечно-сосудистой системы, обострении проявлений парциальной недостаточности здоровья, развитии утомления и переутомления. Выраженность данного симптомокомплекса и частота его выявления прогрессировали с увеличением сроков нахождения в условиях боевого стресса, что свидетельствует о необходимости непревышения психофизиологической нагрузки с учетом функциональных возможностей индивидуума.

Динамика профессионально важных качеств в течение двух месяцев боевого стресса по надежности деятельности снижается, физиологическая цена же ее увеличивается. Психомоторика комбатантов снижается до нулевых цифр и операторские качества «уходят в минус».



Рис. 5

Для коррекции боевого стресса у профессионалов реально использовать каскадную концепцию повышения устойчивости организма человека к действию неблагоприятных факторов (Рис. 5). Она способна «работать» и для боевого стресса, хотя с ним гораздо сложнее, чем с вредоносными

факторами профессиональной деятельности, с неблагоприятными экологическими и социальными факторами. Можно выделить шесть основных блоков противодействия неблагоприятным стрессовым эффектам. Они показаны на рисунке 5 цифрами: отбор профессиональный и медицинский; прогноз и различные уровни диагностики; нормирование факторов, эргономика рабочих мест, средства защиты; тренировка, обучение, развитие профессионально важных качеств и способы повышения переносимости; коррекция; восстановление и реабилитация. Все эти шесть блоков контрмер должны быть задействованы в обеспечении профессионалов, так как они все с тем или иным коэффициентом могут ослаблять действие стресса, в том числе и боевого.

Использование комплекса методов коррекции непосредственно в боевых условиях обеспечивает их максимальную эффективность по сравнению с отсроченным использованием. Это очевидная аксиома, которая, наверное, не требует доказательств, но она к тому же подтверждается с помощью объективных методов, в том числе и нейросемантических. Комплексы коррекции стресса могут быть различного уровня, все зависит от возможностей их использования в реальных условиях. Чем более мобилен человек, тем, естественно, антистрессовый комплекс должен быть более компактным и более лаконичным по содержанию.

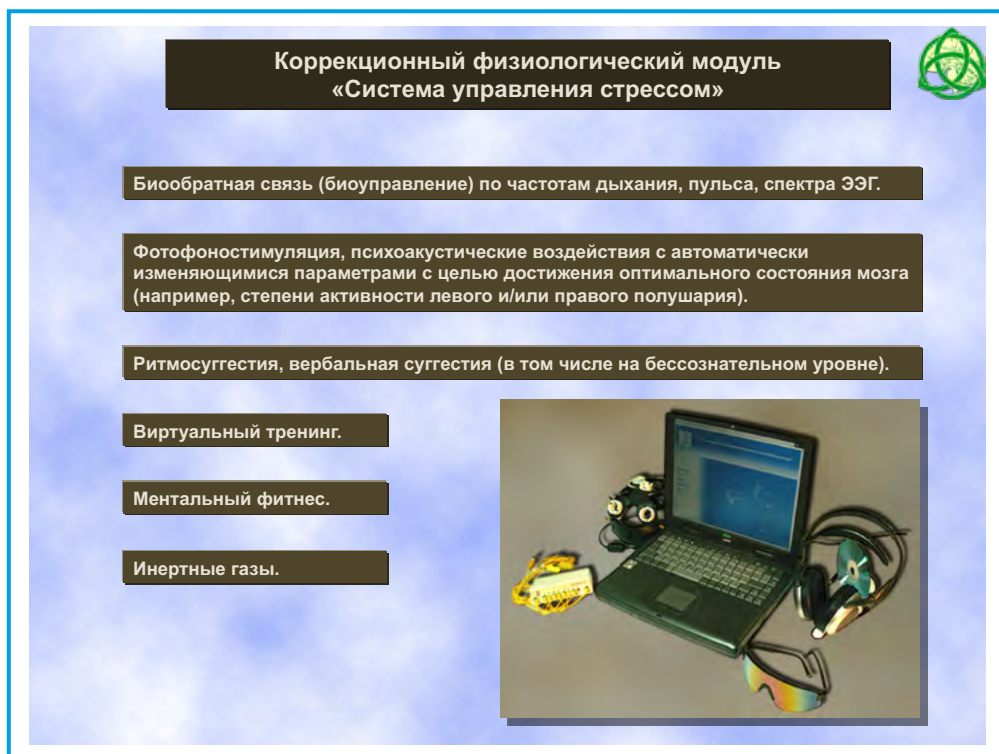


Рис. 6

Кратко доложу об инертных газах. Это очень эффективное средство — в частности, ксенон, действие которого было открыто Н.В. Лазаревым еще в 1941 году. Сейчас, с учетом привлекательно широкого спектра положительных свойств ксенона использование его в различных экстремальных условиях вполне возможно. Исследования свидетельствуют о благоприятности этих процедур у 75% испытуемых. Особенно это очевидно по динамике изменений и быстрого восстановления ЭЭГ (Рис. 7). Разработаны портативные варианты ксеноновых ингаляторов.

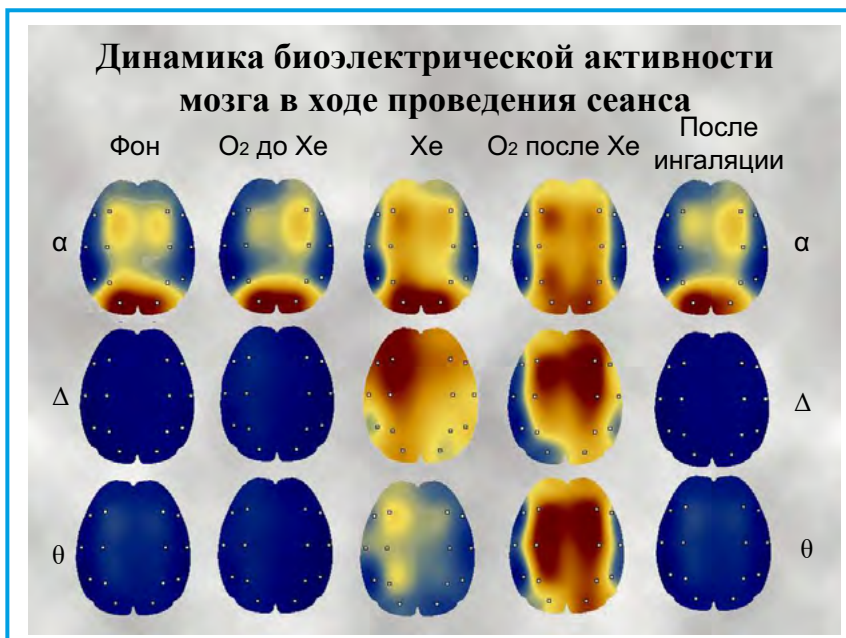


Рис. 7

В заключение я еще раз хотел бы подчеркнуть, что боевой стресс нельзя рассматривать как проблему какой-то профессиональной группы людей. Это глобальная проблема, так любой человек в любой момент жизни может оказаться в условиях борьбы за свою жизнь, в условиях необходимости сохранения своего места на этой планете. Хотел бы закончить словами Л.А. Орбели из его статьи «Физиология и психология» (1946). Актуальны они и сегодня как никогда. «Заканчивая доклад, я вернусь к своему основному положению. Мы сейчас достигли того уровня знаний, когда не может быть речи о раздельном изучении субъективного и объективного мира, и мы стоим перед моментом, когда физиология обязана включить в круг своих исследований не только объективно наблюдаемые явления, но и явления субъективного мира, когда физиологи для построения основных законов деятельности центральной нервной системы обязаны использовать как субъективный, так и объективный методы исследования. Мы достигли того уровня знаний, когда психологи не имеют права заниматься изучением

ем человеческой психики без изучения тех физиологических данных, которые имеются в настоящее время. Только путем одновременного изучения на одних и тех же объектах одними и теми же группами исследователей объективно и субъективно переживаемых явлений человеческой деятельности мы можем создать правильное представление о высшей нервной деятельности человека» (Л.А. Орбели, «Физиология и психология», 1946).

На нашем заседании мы стараемся объединить свои усилия – физиологов, психологов, психиатров и практических врачей, в понимании механизмов и способов коррекции и лечения такого глобального опасного недуга как боевой стресс и его последствия. Будем надеяться, что вместе у нас многое получится.

Благодарю за внимание и терпение, мой доклад завершен!

Социально-стрессовые расстройства: введение в проблему



Александровский Ю.А.¹

Психические заболевания, так же как и медико-психологическая служба, которая занимается психиатрической помощью, тесно связаны с социальными проблемами. Перед нами цитата Карла Ясперса. Эти слова сказаны им примерно 100 лет тому назад. Я их зачитаю. «Во время эпидемий, революций, войн эмоциональные потрясения затрагивают популяцию в целом, они воздействуют иначе чем потрясения личного свойства. Происходит девальвация целостности человеческой жизни и, наряду с этим, развивается неумная жажда наслаждений и моральная неразборчивость». Ясперс о социальных, макросоциальных, которые в обществе происходят, таким образом оценивал психологический статус общества.

Во время эпидемий, революций, войн эмоциональные потрясения затрагивают популяцию в целом, они воздействуют иначе чем потрясения личного свойства. Происходит девальвация целостности человеческой жизни и, наряду с этим, развивается неумная жажда наслаждений и моральная неразборчивость.

Карл Ясперс

Если вернуться к этому пониманию и посмотреть на то, что прошло за последние 100 лет, то можно увидеть множество примеров социально-стрессовых для больших групп населения значимых ситуаций. Перед нами на слайде синдромы или даже отдельные нозологические формы, которые предлагалось разными авторами рассматривать как следствие по существу макросоциальных жизненных обстоятельств.

В 1944 году было описано состояние патологического горя, потом — боевого утомления и истощения как отдельных синдромов или даже нозологических форм. Позже описан синдром узников концентрационных лагерей в качестве отдельной нозологической структуры и так далее. Что общего между этими описанными синдромами или состояниями? Прежде всего, выраженная связь с макросоциальными жизненными событиями.

¹ Александровский Ю.А. — заслуженный деятель науки Российской Федерации, член-корреспондент РАН, профессор, доктор медицинских наук, руководитель отдела пограничной психиатрии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского.

С точки зрения клинической практики, в основе этих состояний прежде всего имеется тревога, тревожное напряжение. В 1991 году мы на основе анализа состояния психического здоровья населения России и бывших республик СССР начали изучать структуру психического здоровья у лиц, которые находились в ситуации смены общественных отношений.

Примеры диагностических обозначений пограничных психических расстройств, связанных с социогениями, появившиеся во второй половине XX века

- Патологическое горе (Liderman E, 1944)
- Боевое утомление (истощение) (Bartemeor L, 1946)
- Синдром узников концентрационных лагерей (Franke V, 1959;Niederland,1964)
- Посттравматический невроз выживших (Leopold R, 1963)
- Большая стрессовая реакция (Bourne P, 1970)
- Военный («травматический») невроз (Levy C, 1971; Bourne P, 1972)
- Синдром изнасилованных (Burges A, 1974)
- Постэмоциональный синдром (Poiso Y, 1976)
- Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) (Figley CR, 1978; Wieson J, 1978; Horowitz M et al., 1980)
- Социально-стрессовое расстройство (ССР) (Александровский ЮА, 1991)
- Вьетнамский, Чеченский и др. синдромы

Должен сказать, что прежде всего мы обратили внимание на группу пациентов, которые обращались к неврологам, психиатрам, врачам разных медицинских специальностей, с жалобами на свое здоровье, связывая их с надломом жизненных позиций, сменой видения себя в мире и оценки ситуации, которая происходит вокруг.

В 1991г. на основе анализа состояния психического здоровья населения России и бывших республик СССР была выдвинута концепция о существовании особой группы непсихотических психических нарушений, так называемых социально-стрессовых расстройств, определяемых общей актуальной для большого числа людей социально-экономической и политической ситуацией. Ее основные положения были опубликованы в журнале им. В.М. Бехтерева и доложены на Всемирном конгрессе по социальной психиатрии в Вашингтоне

Вот основные причины возникновения и декомпенсации социально-стрессовых расстройств (мы так обозначили эти состояния, о которых сейчас пойдет речь). Это макросоциальные общегрупповые психогении, грамотнее, наверное, говорить социогении, которые меняют стереотип жизнедеятельности больших контингентов людей. Почему мы начали этим заниматься? К нам в клинику начали обращаться люди которые были определенными социально-значимыми в последний период Советского Союза.

Это партийные работники, сотрудники государственных учреждений, которые оказались не удел после развала страны. Идеологическая основа их

жизни оказалась в тупике. Это вызывало определенные невротические или неврозоподобные расстройства и давало основание изучать их с точки зрения клинической психиатрии. Представленные на слайде причины возникновения социально-стрессовых расстройств являются затянувшимися обстоятельствами, которые меняли стереотип жизни многих социально активных людей.

Основные причины возникновения и декомпенсации ССР

- макросоциальные общегрупповые психогении (социогении), изменяющие стереотип жизнедеятельности больших контингентов населения и опосредованно формирующие индивидуально значимые микросоциальные духовные, семейные, профессиональные и другие психотравмирующие факторы;
- социально-стрессовые обстоятельства, носящие хронический, растянутый во времени характер, их динамика непосредственно определяет компенсацию и декомпенсацию невротических нарушений;
- ухудшение соматического здоровья;
- декомпенсация невротических и патохарактерологических нарушений под влиянием «биогенного» воздействия экологических вредностей и соответствующего ухудшения болезненного состояния

С точки зрения клинической практики, у обратившихся к нам пациентов прежде всего наблюдалось тревожное напряжение, наряду с которым развивался целый ряд других расстройств невротического уровня, при этом часто скрывалась «внутренняя», идеаторная переработка складывающейся ситуации.

Тревожное напряжение – охранительная реакция способствующая психологической и биологической перестройке.

За фасадом тревожного аффективного расстройства скрывается «внутренняя», идеаторная переработка складывающейся ситуации.

Развитие болезненного состояния манифестирует дезорганизацией когнитивной сфера и вегетативно-эндокринной системы.

Биологической основой психических нарушений при наблюдавшихся стрессовых состояниях является совокупность нейрометаболических и эндокринных изменений. Эти механизмы достаточно хорошо изучены разными специалистами и определяют подходы к обоснованной профилактике и лечению социально-стрессовых расстройств.

Биологической (патофизиологической) основой психических нарушений при стрессовых состояниях является совокупность нейрометаболических и эндокринных изменений в организме

Если динамически проследить начало социально-стрессовых расстройств и их развитие, то легко убедиться, что оно определяется неврозогенезом, типичным для различных невротических расстройств – пред-

болезнь, острая психогенная реакция, невротические и соматоформные расстройства. Их вариантов достаточно много, они хорошо описаны в клинической практике, в различных руководствах, с ними встречается очень широкий круг врачей. Если эти расстройства затягиваются, формируется патологическое развитие личности. Итак, реакция, хроническое состояние — невроты и патологическое развитие личности.

Психогенные (социогенные) расстройства



Предболезненные проявления (феномены невротических нарушений)

Острые психогенные реакции

Невротические и соматоформные расстройства:

- посттравматические
- социально-стрессовое (в МКБ-10 не выделено)
- обсессивно-фобические
- соматоформные
- конверсионные
- другие

Патологическое развитие личности (приобретенные и спровоцированные психосоматические расстройства)

Критерии диагностики социально-стрессовых расстройств представлены на слайде. Их причины и особенности субъективных переживаний проявляются в коренном изменении общественных отношений, выходящим за рамки обычного опыта. При этом происходит смена системы культуральных, идеологических, моральных, религиозных представлений и норм, и изменение социальных связей и жизненных планов. Комплекс этих явлений, обрушивается на большое число людей, и определяет появление социально-стрессовых расстройств.

Особенности поведения лиц с социально-стрессовыми расстройствами определяется, во-первых, заострением личностно-типологических свойств характера. Это тоже общая закономерность невротогенеза. Под влиянием каких-то стрессовых воздействий, прежде всего декомпенсируется то, что имелось у человека. И прежде всего утрата «пластичности общения» и способности приспособляться к изменяющимся социальным условиям жизни. С точки зрения психологии это чрезвычайно важный фактор. На этом фоне наблюдается появление цинизма, склонности к антисоциальным действиям. Это то, о чем Ясперс писал, и то, с чем сталкиваются многие из присутствующих здесь коллег.

Клинические проявления ССР. Все психические расстройства невротического уровня не являются специфическими, они отражают патологию невротического уровня. Различные синдромы и симптомы, которые описаны в пограничной психиатрии, могут проявляться на фоне декомпенсации личностных основ.

Критерии диагностики ССР**А. Условия (причины) и особенности субъективных переживаний:**

- коренное изменение общественных отношений, выходящее за рамки обычного опыта;
- смена системы культуральных, идеологических, моральных, религиозных представлений, норм и ценностей, сохранявшихся неизменными на протяжении жизни прежних поколений;
- изменение социальных связей и жизненных планов;
- нестабильность и неопределенность жизненного положения

Б. Особенности поведения:

- Заострение личностно-типологических свойств характера;
- Развитие гиперстении (вплоть до саморазрушающих поступков), панических реакций, депрессивных, истерических и других нарушений;
- Утрата «пластичности общения» и способности приспосабливаться к происходящему с сохранением перспектив в целенаправленных действиях;
- Появление цинизма, склонности к антисоциальным действиям

Непатологические (психофизиологические) реакции еще не патология. Это реакции невротического уровня, которые выражаются в декомпенсации отдельных личностно-типологических особенностей. Причем, клиническое выражение психогенных реакций возникает под влиянием индивидуально значимого конкретного обстоятельства у каждого человека, но готовность к этой реакции определяется влиянием осознанного или неосознаваемого социально изменившегося «фона». В этих случаях небольшое для конкретного человека обстоятельство вызывает целую цепочку невротических расстройств.

Следующие варианты — различные невротические состояния. Динамика социально-стрессовых расстройств зависит прежде всего от социальной ситуации, в которой оказываются люди. Если непатологические реакции достаточно кратковременны, то психогенные адаптивные реакции, которые описаны в МКБ-10, могут наблюдаться до шести месяцев.

Невротическое развитие личности хорошо описано в литературе, в частности, в монографии профессора Лакосиной, «Невротические развития личности». Через 5—10 лет на фоне социально-стрессовых расстройств формируются негативные личностные особенности, о которых сегодня достаточно подробно говорилось на утреннем заседании.

Какова роль медицинской службы при социально-стрессовых расстройствах? С нашей точки зрения, она необходима примерно 15% людей, оказавшихся в стрессовых жизненных ситуациях. 60% занимает социальное устройство, позитивные изменения в социальной жизни лиц с социально-стрессовыми расстройствами. При этом очень важно врачам-психиатрам и медицинским психологам работать вместе с социологами, привлекая к решению проблем широкую общественность.

Варианты ССР

1. Непатологические (психофизиологические) предболезненные реакции:

К их основным проявлениям относятся:

- эмоциональная напряженность;
- декомпенсация личностных акцентуаций;
- вегетативная дисфункция;
- гипостения;
- гиперстения;
- инсомния.

Указанные проявления носят преходящий характер, непосредственно связаны с реакцией на социально-стрессовые обстоятельства

2. Психогенные адаптивные реакции, в том числе невротические расстройства с преобладанием:

- неврастении;
- депрессии;
- истерии;
- вегетососудистых дисфункций;
- других расстройств

Клиническое выражение психогенной реакции возникает под влиянием индивидуально значимого конкретного обстоятельства, но «готовность» к ней определяется влиянием на человека осознанного или неосознаваемого социально изменившегося «фона»

3. Невротические состояния (неврозы) с преобладанием:

- депрессии;
- тревожно-фобических расстройств;
- астении;
- других расстройств

Хронизация невротических расстройств при неразрешении вызвавших их социально обусловленных причин ведет:

- к невротическому (патохарактерологическому) расстройству личности;
- психосоматическим расстройствам;
- алкоголизму, токсикоманиям, наркоманиям;
- реакциям социального протеста с противоправными действиями

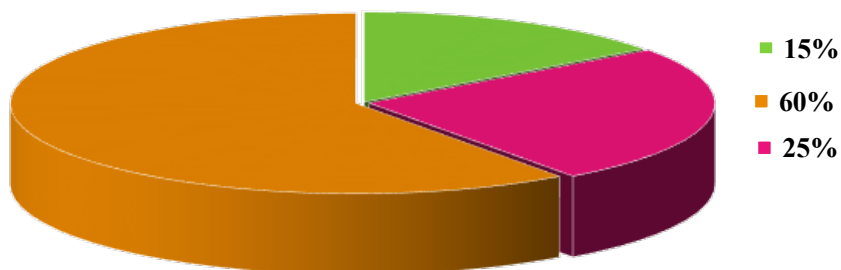
4. Острые аффективно-шоковые реакции, протекающие:

- с двигательным возбуждением;
- моторной заторможенностью;
- бредом;
- псевдодеменцией;
- другими расстройствами

В рамках ССР острые реакции на стресс наблюдаются редко.

Динамика ССР

- непатологические (психофизиологические) реакции длятся несколько дней. Их редукция во многом связана с исчезновением конкретной причины, вызвавшей состояние дезадаптации, и появлением возможности выхода из сложившейся ситуации;
- психогенные адаптивные реакции – до 6 месяцев;
- невротические и соматоформные расстройства существуют длительное время. При этом во многих случаях теряется непосредственная связь с имевшей место индивидуально значимой первопричиной ССР;
- невротическое (патохарактерологическое) развитие личности формируется при наличии стабильных невротических расстройств через 3-5 лет.

НАПРАВЛЕННОСТЬ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ СОЦИАЛЬНО-СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВАХ

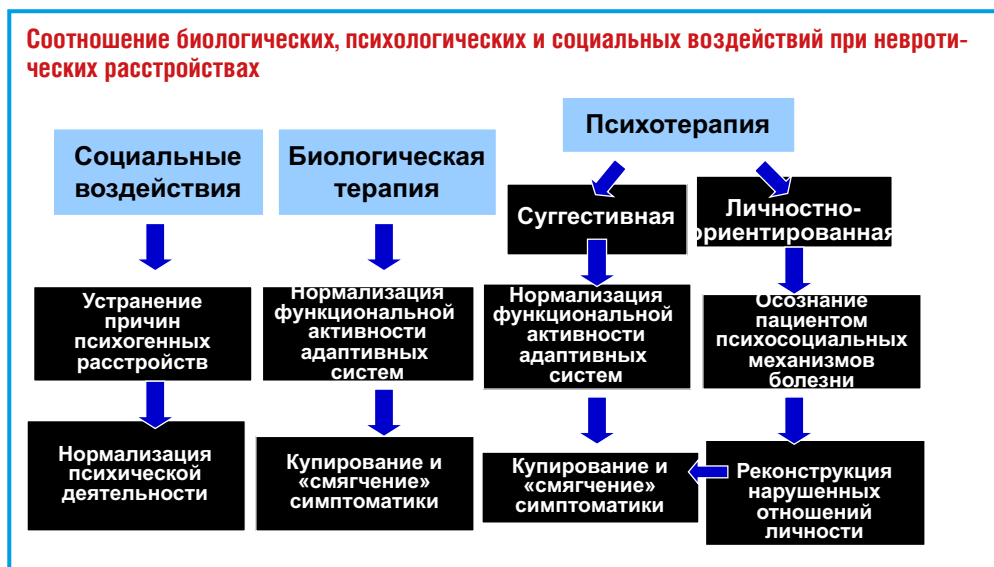
■ Медицинская помощь

■ Психологическая помощь, в том числе медико-психологическая и медико-реабилитационная помощь

■ Социальная, в том числе реабилитационная помощь

Я попытался представить на слайде соотношение биологических, психологических и социальных воздействий при невротических, в том числе стрессовых расстройствах. Социальные изменения могут устранить причину социогенных расстройств, это ведет к нормализации психической деятельности. Биологическая терапия, современные анксиолитики могут привести к нормализации функциональной активности адаптивных систем, включить какие-то резервные возможности. Это в свою очередь ведет к купированию или смягчению невротической симптоматики, которая развилась.

Психотерапия со своими очень широкими возможностями, конечно, необходима. Но только в единстве социального воздействия, биологической терапии и психотерапии, на наш взгляд, возможна наиболее рациональная помощь при социально-стрессовых расстройствах.



В заключении хочу напомнить слова Ганнушкина, сказанные в 1927 году. «В условиях социального стресса психиатры не только больничные врачи. Они должны оказывать помощь при чрезмерных психических и общесоматических нагрузках, приводящих к нажитой инвалидности». Потому что нажитая инвалидность – это по существу и есть социально-стрессовые расстройства. Спасибо.

– Спасибо, Юрий Анатольевич. Проблема, которая была затронута – неисчерпаемая. Следующий доклад наших коллег, Лидия Николаевна Тимофеева, «Авиакатастрофа самолета Як-42 в Ярославской области».

Организация оказания экстренной психологической помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях



Голубева О.Ю.¹

Добрый день, уважаемые коллеги. Очень рада приветствовать всех на этой конференции, и, конечно же, принимать в ней активное участие. Доклад, который я представлю вашему вниманию о системе оказания экстренной психологической помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях.

Работа специалиста психологической службы нашего министерства разделена на несколько направлений. Часть из них является традиционной для психологических служб силовых структур, она включает в себя психологическое сопровождение личного состава, включающее психодиагностические мероприятия, мероприятия по профессиональной психологической подготовке, а также реабилитационные мероприятия.

Направление, называемое «экстренное реагирование» или оказание экстренной психологической помощи является функцией МЧС России, реализуемой внутри ведомства силами психологической службы.

Чрезвычайная ситуация любая актуальная, прогнозируемая, всегда захватывает не только какую-либо территорию, но и оказывает непосредственное влияние на население, которое проживает или осуществляет трудовую или иную деятельность на данной территории.

Специалисты психологической службы привлекаются к ликвидации последствий чрезвычайной ситуации (далее – ЧС), которая характеризуется наличием пострадавших, погибших, пропавших без вести и их родственников, при которой был нанесен ущерб имуществу, имеется угроза жизни и (или) здоровью людей. Важнейшим элементом комплексного подхода к ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, а также деятельности, направленной на их предупреждение, является организация работы с населением.

Экстренная психологическая помощь (далее – ЭПП) – это целостная система мероприятий, направленных на оптимизацию актуального психического состояния пострадавших, а также родственников и близких погибших и пострадавших в условиях ЧС, снижение рисков возникновения массовых негативных реакций и профилактику отдаленных негативных психических последствий, включающая в себя как отдельные специальные методы психологического воздействия, так и организацию особой среды,

¹ Голубева О.Ю. – заместитель директора ФКУ Центр экстренной психологической помощи МЧС России; e-mail: golubeva_olesya@bk.ru.

окружающей пострадавших, а также родственников и близких погибших и пострадавших в ЧС, в процессе ликвидации последствий ЧС.

Целями работы специалистов психологической службы в зоне ЧС являются: создание психологической обстановки, обеспечивающей оптимальные условия для проведения аварийно-спасательных и других неотложных работ и минимизация негативных психических последствий ЧС.

Задачами работы специалиста психологической службы нашего министерства являются: нормализация актуального психического состояния пострадавших; снижение риска возникновения массовых негативных реакций; профилактика возникновения у пострадавших отдаленных психических последствий в результате воздействия травмирующего события; оказание психологической помощи участникам ликвидации последствий ЧС.

В работе специалистов, принимающих участие в ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, можно выделить два направления. Первое направление — собственно психологическое, это практическое направление. Содержанием данного направления является: работа с острыми стрессовыми реакциями; работа с состоянием острого горя; работа в толпе; урегулирование межличностных и межгрупповых конфликтов; профилактика суицидального поведения; снижение интенсивности негативных реакций.

Второе направление — это организационное направление. Оно включает в себя организацию взаимодействия с представителями служб, ведомств и организаций, принимающих участие в ликвидации последствий ЧС; участие в организации мероприятий с участием пострадавших, мероприятиях связанных с обеспечением минимальных условий жизнедеятельности пострадавших.

Работу специалиста психологической службы МЧС России, принимающего участие в ликвидации последствий ЧС, можно условно разделить на три этапа: организационно-подготовительный, основной, завершающий. Схема является общей организационной основой, подходящей для описания любого алгоритма организации работы специалиста вне зависимости от осуществляемого мероприятия. Каждому этапу свойственны свои конкретные цели, задачи, которые стоят перед психологом.

Организационно-подготовительный этап. Целями организационно-подготовительного этапа является организация взаимодействия со службами, которые задействованы в ликвидации последствий ЧС; сбор информации; организация работы оперативной группы (далее — ОГ) психологов.

Первый этап несет в себе важнейшую функцию, организационная составляющая (организация того или иного процесса) в любом мероприятии оказывает влияние на психическое состояние пострадавших; способствует нормализации психического состояния, профилактике негативных массовых реакций. Так же важно понимать, что от четкой и правильной организации процесса может зависеть успешность выполнения задач специалиста психологической службы в зоне ЧС.

Рассмотрим цели данного этапа подробнее.

1. Организация взаимодействия с представителями иных служб и ведомств, принимающими участие в ликвидации последствий ЧС.

В процессе своей работы, принимая во внимание особенности каждой конкретной ситуации, психолог может взаимодействовать с представителями различных ведомств и организаций. Наиболее часто в ходе ликвидации последствий ЧС специалист взаимодействует с представителями Министерства здравоохранения и социального развития РФ (в том числе, бригады скорой медицинской, психиатрической помощи); Министерства внутренних дел РФ; Прокуратуры РФ; администрации района, округа или города, в котором произошла ЧС; специалистами судебно-медицинской экспертизы; социальными работниками и т.д.

Вместе с тем важно отметить, что специалисты психологической службы, как правило, не общаются с представителями средств массовой информации напрямую, взаимодействие осуществляется через пресс-службу МЧС России, представителя администрации либо другое уполномоченное лицо. Психолог может выступать в роли консультанта для лица, уполномоченного на официальное обращение к средствам массовой информации: рекомендации относительно составления текста, расстановки интонационных акцентов, способа подачи информации и т.д.

Пример. При опознании тел погибших в авиакатастрофе (2010г.) сотрудники психологической службы тесно взаимодействовали с судебно-медицинскими экспертами. В каждую группу специалистов, сопровождающих процедуру опознания одного погибшего, входили: психолог, следователь, судебно-медицинский эксперт. Психолог помогал родственникам погибшего вспомнить и описать особые приметы, вещи; затем передавал полученную информацию судмедэксперту. Так как специалисты судебно-медицинской экспертизы осведомлены (как правило, «на память») о выявленных в процессе осмотра тел отличительных особенностях; в сильно деформированной вещи могут узнать изначально описанный пострадавшим предмет (ювелирное украшение и т.п.) — такое взаимодействие между психологом и экспертом в части обмена детализированной информацией помогает уменьшить количество времени поиска подходящего под описание тела, тем самым сокращая продолжительность процедуры опознания в целом.

2. Сбор информации.

Для психолога важно обладать подробной информацией как о сложившейся ситуации в целом, так и о деталях, которыми она может характеризоваться. Только имея точные, объективные данные о происходящем, специалист может правильно прогнозировать дальнейшее развитие ситуации, подготовить план действий, в том числе о необходимости усиления группировки психологов. По этим причинам сбор информации подразумевает получение данных по всем характеристикам и особенностям конкретной ЧС (происшествия), которые могут быть взаимосвязаны и (или) оказывать влияние на ход работы ОГ психологов. Источниками информации на месте, как правило, является оперативный штаб (далее — ОШ), комиссии по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций и обеспе-

чению пожарной безопасности (далее – КЧС), специалисты психологической службы или специалисты другого профиля, которые уже работают на месте происшествия.

3. Организация работы оперативной группы психологов – составление ориентировочного плана работ, определение места и порядка работы каждого специалиста.

Всегда есть старший оперативной группы психологов, который принимает участие в работе КЧС и ОШ, либо находится в постоянном взаимодействии со старшим руководителем от нашего министерства, работающим на месте. Это необходимая составляющая организации работы, так как в составе комиссии психолог может принимать непосредственное участие в разработке общего плана ликвидации последствий ЧС (вносит предложения старшему от МЧС в части, касающейся) и получает возможность оперативного доступа к новой информации, что помогает своевременно координировать действия и вносить изменения в план работы ОГ психологов. На основе текущего анализа ситуации старший ОГ психологов разрабатывает ориентировочный план работ; делит ОГ психологов на группы, назначает старших, определяет место и порядок работы каждого специалиста и т.д.

Основной этап. Целями основного этапа являются непосредственная психологическая помощь пострадавшим и участие в организации обеспечения минимальных условий жизнедеятельности пострадавших. Также на этом этапе, при необходимости – оказание психологической помощи участникам ликвидации последствий чрезвычайной ситуации.

В части организационного направления на данном этапе специалист психологической службы может консультировать ОШ по вопросам организации информирования, вносить предложения по обеспечению минимальных условий жизнедеятельности пострадавших; продолжает взаимодействие с представителями иных служб и ведомств, задействованных в ликвидации последствий ЧС, и т.д.

Психологическая помощь пострадавшим. Содержание деятельности психолога на данном этапе различно, определяется на организационно-подготовительном этапе и отражается в обязательном плане работ и зависит от специфики каждой конкретной ситуации. Оказание экстренной психологической помощи пострадавшим, а также родственникам и близким погибших и пострадавших в чрезвычайной ситуации – важнейшая задача специалистов, включающая основные направления – оценка и мониторинг состояния пострадавших, отслеживание суицидальных намерений, этапов горевания (помощь в переходе от одного этапа на другой), работа с острыми стрессовыми реакциями, групповой динамикой и работа в толпе и др.

Участие в организации обеспечения минимальных условий жизнедеятельности пострадавших тоже важное направление.

Специалист психологической службы, обладая знаниями об особенностях психического состояния пострадавших, отслеживает необходимость

и вносит предложения, в части касающейся, по организации обеспечения минимальных условий жизнедеятельности пострадавших. Это могут быть самые элементарные вещи — вода, питание, места размещения, какие-то необходимые лекарства.

Вместе с тем психолог может давать рекомендации относительно размещения информации (стенды, объявления и т.п.). Важно помнить: все моменты организации быта, информирования, работы служб могут оказывать влияние на стабилизацию психического состояния пострадавших, а также родственников погибших и пострадавших в ЧС. И именно психолог, используя свои профессиональные знания, способен прогнозировать, какие изменения в психическом состоянии людей повлечет то или иное изменение условий.

Основной этап, как правило, завершается окончанием работы оперативной группы психологов. Критерии завершения работы специфичны для каждой конкретной ситуации.

Следующий этап — завершающий. Цель данного этапа — это обобщение и анализ информации и составление дальнейшего прогноза.

Выезд оперативной группы психологов из зоны чрезвычайной ситуации и возвращение к месту постоянной дислокации регламентируется уже непосредственным распоряжением руководства министерства, старшим, кто руководит спасательной операцией. На данном этапе необходимо провести обобщение и анализ всей информации, которая получена в ходе работ по оказанию экстренной психологической помощи, составление прогноза развития ситуации на основании уже имеющихся каких-либо данных, а также подготовку сводного отчета о работе психологической службы, характере и количестве оказанной психологической службой.

Составление прогноза развития ситуации. Прогнозирование возможно по нескольким направлениям. Первое — это относительно психического состояния отдельных пострадавших или целых семей, второе — это относительно возможности возникновения массовых негативных реакций. Сам факт того, что специалисты психологической службы в течение какого-то определенного времени наблюдали пострадавших в остром периоде, позволяет составить более точный прогноз развития ситуации.

Составление прогноза может быть тесно взаимосвязано с построением пролонгированной системы работы с пострадавшими. Прогноз может включать описание возможного дальнейшего развития ситуации, перечня усугубляющих факторов и способов нормализации ситуации. Также возможно включение в прогноз предложений по социальным факторам, организации информирования населения. Прогноз передается председателю комиссии по чрезвычайным ситуациям для дальнейшего информирования администрации города, района, а также специалистам организаций, входящих в систему РСЧС для дальнейшей организации работы с пострадавшими на этапе пролонгированной помощи.



Можно выделить основные мероприятия, в рамках которых оказывается экстренная психологическая помощь:

- массовые мероприятия (психологическое сопровождение похорон, выезда родственников погибших на место трагедии, различные массовые собрания);
- ситуация массового скопления людей (пострадавших, родственников и близких погибших и пострадавших), ожидающих дальнейшего развития ситуации;
- психологическое сопровождение родственников при процедуре опознания погибших;
- психологическое сопровождение эвакуации пострадавшего населения;
- психологическое сопровождение в пунктах временного размещения пострадавшего населения;
- оказание экстренной психологической помощи родственникам пострадавших, чья судьба неизвестна;
- работа телефона «Горячая линия».

Важно отметить, что самыми сложноорганизованными направлениями, требующими от специалистов узкопрофильных знаний и сформированных навыков в области оказания экстренной психологической помощи может являться работа при сопровождении семей процедуре опознания погибших, на телефоне «Горячая линия», а так же участие наших специалистов в роли экспертов при организации массовых мероприятий с участием пострадавших.

Через все мероприятия, в рамках которых работают психологи неотъемлемой составляющей идет направление работы, которое можно обо-

значить как «выстраивание системы информирование населения» или «информационная работа».

Для проведения информационной работы существует несколько форм:

- Односторонняя передача информации: интернет-ресурсы (сайты); оповещение населения с использованием громкоговорителей; система «Оксион»; доски объявлений. При реализации такого вида информирования необходимо учитывать, что информационные сообщения должны быть короткими и однозначными, а скорость обновления информации не высока.
- Двусторонняя передачи информации включает: работу телефона «Горячая линия» и информационную работу путем очного информирования, которая может быть реализована двумя путям – это мероприятия по информированию, осуществляемыми в индивидуальном порядке специально подготовленными лицами и массовые мероприятия, такие как общие собрания с администрацией, официальными представителями ведомств и организаций.

При ситуациях, в которых предполагается длительный восстановительный период пострадавших или мы предполагаем необходимость пролонгированной психологической помощи пострадавшим или близким погибших, могут быть привлечены специалисты психологи различных организаций субъекта. В целях упорядочения этого взаимодействия была разработана и утверждена Межведомственная инструкция «О Порядке оказания экстренной психологической помощи пострадавшему населению в зонах чрезвычайных ситуаций и при пожарах» и утверждена на заседании Правительственной комиссии по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций и обеспечению пожарной безопасности от 19 декабря 2012 года.

В рамках межведомственного взаимодействия специалистами МЧС России при необходимости может быть организовано оказание пролонгированной психологической помощи пострадавшим и родственникам погибших.



Данным документом закреплён порядок взаимодействия федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, а также организаций, входящих в структуру РСЧС и других заинтересованных структур.

Инструкция применяется в период ликвидации последствий ЧС. А также подразумевает оказание пролонгированной, т.е. долгосрочной психологической помощи пострадавшим на территории соответствующих субъектов. Данные действия направлены и на реализацию системного подхода в области «психологической реабилитации региона на уровне субъекта РФ», с учетом прогноза развития социально-психологической ситуации.

– Олеся Юрьевна, вопрос. В перечне организационных мероприятий любая чрезвычайная ситуация, понятно, специфичная. Тем не менее, мы знаем, что существует ряд так называемых псевдоволонтеров, которые иногда эту организацию сводят на нет своей активностью и всем прочим. У вас предусмотрена какая-то работа с ними?

ГОЛУБЕВА О.Ю.:

– На сегодняшний день с волонтерами, которые приезжают на чрезвычайные ситуации, мы стараемся работать уже на месте, выстраивая необходимую работу, которую нужно, для того чтобы их деятельность была полезна. Ликвидация последствий чрезвычайной ситуации – это всегда сложноорганизованный процесс, поэтому, мы стараемся, чтобы с пострадавшими работали только специалисты, имеющие профильные знания и навыки. Для реализации этого нами выстроена система межведомственного взаимодействия с психологами организаций, находящихся на территории субъектов РФ.

**Организация психологического
сопровождения на примере ликвидации
последствий чрезвычайных ситуаций
на территории Российской Федерации**

Доклад о работе специалистов психологической службы МЧС России при взрывах на шахте «Распадская», май 2010 г.



Голубева О.Ю.¹

В ночь с 8 на 9 мая 2010 года в г. Междуреченск Кемеровской области на шахте «Распадская» произошла авария, которая унесла жизни 91 человека.

Междуреченск является ведущим городом Кузбасса по добыче каменного угля с населением около 100 тысяч человек. «Распадская» и на сегодняшний день остается одной из крупнейших угольных шахт в России. Взрывами, произошедшими в 2010 году, были уничтожены практически все выработки, а это

свыше 300 километров, несколько наземных строений шахты, в том числе ствол и вентиляционная система.

Первый взрыв произошёл 8 мая в 20:55 по московскому времени. В этот момент под землей находились 359 человек. Второй – 9 мая в 00:55 по московскому времени, уже после того, как в шахту спустились спасатели.

В результате поисково-спасательных работ были найдены тела 80 человек, 11 горняков длительное время считались без вести пропавшими. И в декабре 2010 года суд Междуреченска признал их погибшими.

На процесс организации психологического сопровождения пострадавших и родственников погибших шахтеров влиял ряд обстоятельств.

Первое – авария произошла накануне Дня Победы – праздника, который отмечает вся страна. В Междуреченске были запланированы праздничные мероприятия, в том числе салют. По рекомендации психологов ряд праздничных мероприятий был отменен в связи с аварией и гибелью большого количества людей.

Второе – на шахте было два последовательных взрыва. После первого взрыва на поверхность не вышли около 20% от общего числа горняков, работавших в забое в тот момент. Второй взрыв произошел несколькими часами позже, когда поисково-спасательная операция уже началась. При втором взрыве погибло 19 горноспасателей. На первый взгляд может показаться что эти две профессиональные группы схожи, однако каждая имеет свои специфические особенности, что необходимо учитывать при организации оказания экстренной психологической помощи пострадавшим и ближайшему окружению погибших.

¹ Голубева О.Ю. – заместитель директора ФКУ Центр экстренной психологической помощи МЧС России, 127055, г. Москва, Угловой переулок, 27, с2, e-mail: golubeva_olesya@bk.ru

Вообще, шахтеры – особая, достаточно закрытая, профессиональная группа с ярко выраженными культурными и профессиональными традициями, большая часть из которых неочевидна постороннему человеку. Среди шахтерских семей часто встречаются династии в трех-четыре поколениях. В подобных случаях при серьезных происшествиях на предприятиях, круг людей, эмоционально вовлеченных в ситуацию, значительно шире и не ограничивается близким окружением погибших или пострадавших. В городе Междуреченск добыча каменного угля является основной отраслью экономики, соответственно количество населения так или иначе имеющего отношение к шахтерской профессии и субкультуре достаточно значительное.

Большая часть горняков, не «вышедших на поверхность», находилась в нижних участках выработки, на глубине около километра. Разрушение вентиляционной системы не позволяло наладить подачу кислорода в шахту, а предельно высокая концентрация метана значительно затрудняла проведение поисково-спасательных работ, не оставляя возможности использования техники для быстрого разбора завалов.

Итого, с одной стороны – длительная спасательная операция, без видимого быстрого результата, разные профессиональные группы, сложная техническая информация, которая требует перевода. С другой стороны, вовлеченность большого количества пострадавших и родственников погибших, наличие у каждого из них знакомых и друзей, которые работают на шахте. Работа с родственниками была организована рядом с местом работы всех специальных служб и в непосредственной близости от места трагедии.

Таким образом, основной задачей психологов МЧС России было не только оказание экстренной психологической помощи родственникам погибших, но и организация системы информирования родственников «не вышедших на поверхность» шахтеров о мерах, предпринимаемых для спасения людей, ходе поисково-спасательных работ и прогнозе развития ситуации, что позволило в значительной степени снизить интенсивность острых стрессовых реакций и запустить процесс адаптации к изменившимся условиям жизни.

Доклад о работе специалистов психологической службы МЧС России при авиакатастрофе самолета Як-42 в Ярославской области, сентябрь 2011 г.



Тимофеева Л.Н.¹

Данная чрезвычайная ситуация произошла в 2011 году, и с того момента прошло уже несколько лет, однако, она является исключительной по ряду характеристик, и позвольте, я на них обращаю внимание в своем докладе.

7 сентября 2011 года в 16 часов 2 минуты на телефоны оперативных служб от очевидца поступила информация о том, что примерно в 3км от взлетной полосы аэропорта города Ярославль произошло падение самолета. Достаточно быстро стало известно, что этот самолет следовал по маршруту Ярославль – Минск, и на борту находился экипаж – 8 человек и 37 пассажиров. Пассажирами на этом борту были спортсмены и персонал х/к «Локомотив». В этой катастрофе пострадало 45 человек, из которых 44 человека погибло. В живых остался только один человек – это член экипажа, авиационный инженер. В течение нескольких часов после произошедшего в Ярославль вылетела группа психологов МЧС России из Москвы, были открыты два телефона «Горячая линия» – один на базе Центра экстренной психологической помощи МЧС России в Москве и еще один номер был открыт на базе Главного управления МЧС России по городу Ярославль.

В ходе ликвидации последствий этой чрезвычайной ситуации для оказания помощи близким, родственникам, знакомым погибших было привлечено 44 специалиста психологической службы МЧС России из Москвы, Ярославля, Костромы, Иваново, Самары. На месте работы в Ярославле группой руководила директор Центра экстренной психологической помощи – Ю.С. Шойгу. Совместно с психологами МЧС России работали 13 психологов Министерства здравоохранения, а также психологи МВД. Было организовано тесное взаимодействие и с психиатрическими бригадами.

В данной ситуации организация взаимодействия была очень широкой и с различными службами. Естественно, масштабы взаимодействия связаны и с тем, какой резонанс вызвала чрезвычайная ситуация. Специалистами психологической службы было организовано взаимодействие с представителями администрации г. Ярославль, администрации ХК «Локомотив»;

¹ Тимофеева Л.Н. – начальник отдела экстренного реагирования ФКУ Центр экстренной психологической помощи МЧС России, 127055, г. Москва, Угловой переулок, 27с2, e-mail: Lidiyat@list.ru

врачами психиатрами Минздравсоцразвития (Москва и Ярославская область), представителями следственных органов, судебно-медицинскими экспертами, психологами МВД.

Работа специалистов велась в круглосуточном режиме. Основными участками, где присутствовали психологи, стали: аэропорт города Ярославль, телефоны «Горячая линия», место чрезвычайной ситуации, сопровождение семей при процедуре опознания погибших, пункты размещения, где находились родственники, пребывающие в город (база «Локомотив» и загородная база отдыха «Сахареж»), а также специалистами осуществлялось сопровождение массовых мероприятий. И первые двое суток с момента трагедии стали самыми напряженными по количеству единовременно задействованных специалистов на различных участках. Так, например, с первой ночи и в течение суток были опознаны тела всех погибших в этой авиакатастрофе, что обусловило непрерывную работу специалистов судебно-медицинской экспертизы, следователей и психологов на базе Бюро судебно-медицинской экспертизы. Одновременно, естественно, продолжали работать специалисты по всем остальным направлениям с близкими, прибывающими в город и находящимися в городе.

Некоторые организационные аспекты при реализации мероприятий по оказанию экстренной психологической помощи в этой чрезвычайной ситуации схожи с теми, что происходят при ликвидации последствий других авиакатастроф. А именно, специалистам необходимо было предусмотреть организацию мероприятий таким образом, чтобы родственники погибших пассажиров и родственники погибшего экипажа не пересекались в одном пространстве ни в какой момент времени. Что обусловлено необходимостью снижения вероятности возникновения острых негативных реакций со стороны родственников пассажиров в адрес близких экипажа.

Второй момент, который тоже характерен для всех чрезвычайных ситуаций с гибелью людей, это организация процедуры опознания по разработанной схеме межведомственного взаимодействия, в которой мы работаем совместно с коллегами из Министерства здравоохранения и Следственного комитета уже много лет. Данная схема подразумевает формирование групп, включающих следователя, судебно-медицинского эксперта и психолога для того, чтобы осуществлять полный цикл сопровождения семьи с момента прибытия в бюро судебно-медицинской экспертизы, для участия в процедуре опознания, через допрос следователя, непосредственно на визуальном опознании погибшего и до завершения оформления всех необходимых документов и убытия семьи.

Однако, если говорить про эту ситуацию, то у нее есть две основные отличительные особенности, требующие внимания со стороны специалистов, а именно – широта общественного резонанса и наличие такой специфической социальной группы, как фанаты.

Данная ситуация вызвала широкий общественный резонанс, не только на территории Ярославля, потрясла жителей всей страны, но и включила в переживание спортсменов и любителей спорта по всему миру. Гордость

города, выдающиеся спортсмены, команда летела на матч, многие ставили на Локомотив, как на возможных чемпионов в открывшемся новом сезоне Континентальной Хоккейной Лиги 2011 – 2012. В самом городе находилось огромное количество людей, эмоционально включенных в трагедию, а также тысячами пребывали фанаты в Ярославль, которые хотели отдать дань уважения любимой команде.

Именно эти отличительные особенности данной катастрофы являлись одним из ключевых факторов, влияющих на организацию работы психологов. Как при сопровождении семей погибших при различных процедурах, так и при организации мероприятий с массовым участием людей.

Анализ проведенной нами работы позволил выделить некоторые особенности и специфику субкультуры фанатов, которые мы видели во время этих мероприятий:

- идентификация с командой. Все, что происходит с командой, воспринимается как абсолютно личное;
- демонстративное проявление реакций, очень яркое, зачастую агрессивное, следствие чего являлся высокий риск возникновения массовых беспорядков на территории города (сотрудниками полиции принимались меры по охране общественного порядка);
- склонность данной социальной группы к употреблению алкоголя, что, в том числе, влияет на проявление реакций;
- наличие специфических атрибутов в одежде, за счет чего фанаты могли с легкостью идентифицировать друг друга в любом пространстве.

Наиболее характерными особенностями данной большой группы можно считать, таким образом, склонность к развитию и проявлению агрессивных реакций, высокую внушаемость, заражаемость, низкую критичность, «сплоченность», т.е. объединение общими идеями и интересами (любовь к команде).

Поэтому при работе в этой ситуации возникла острая необходимость тщательно продумывать организацию мероприятий, в которых предполагалось участие фанатов и болельщиков. Естественно, обеспечивалась безопасность силами правоохранительных органов на территории всего города, были усилены дежурящие наряды в местах возможного скопления фанатов и болельщиков. Можно с уверенностью говорить, что фанаты как отдельная социальная группа требуют повышенного внимания, и если происходят подобные чрезвычайные ситуации, включающие эмоционально заряженную группу фанатов, то, конечно, эту особенность необходимо учитывать при выстраивании работы специалистов, в том числе психологической.

Принимая во внимание все эти особенности, мы понимали, что невозможно обойтись без процедуры массового прощания. Множество людей, и фанатов, и жителей города хотели отдать дань уважения и проститься с погибшими кумирами. Но при этом, важно было помнить, что родственникам и близким необходимо иметь возможность попрощаться в узком семейном кругу.

Таким образом, отличительной особенностью, стало проведение нескольких последовательных сложноорганизованных массовых мероприятий:

- ночная панихида в Успенском соборе, организованная без возможности допуска фанатов и жителей города в храм; на панихиде находились только семьи, что дало возможность на протяжении ночи, когда шла панихида, попрощаться в узком семейном кругу.
- массовая панихида прощания с погибшей командой, которая состоялась на базе Ледового дворца и длилась, в общей сложности, более шести часов. Эту панихиду как раз показывали по телевидению, в сети Интернет можно найти видеокадры; в ходе прощания, отдать дань уважения, прибывали многие высокопоставленные и известные люди страны — в их числе, председатель правительства Российской Федерации, советские и российские спортсмены.
- после этого прошли несколько последовательных сложно организованных процедур прощания, уже связанных с похоронами. Сопровождение похорон погибших членов экипажа с максимально возможным разделением от мест скопления фанатов; сопровождение массовых похорон погибших хоккеистов.

Вместе с тем, несмотря на слаженную работу служб и высокое качество организации проведения массовых мероприятий — состояние семей характеризовалось сильной степенью истощения (многие к моменту похорон были на ногах почти трое суток), что неизбежно повлекло за собой большое количество соматических жалоб и риск возникновения негативных массовых реакций.

Анализируя опыт нашей работы в данной ситуации, можно отметить:

- организованное взаимодействие со специалистами судебно-медицинской экспертизы, криминалистами, в части сбора информации об особых приметах погибших и заполнения карт признаков, что способствовало сокращению времени проведения процедуры опознания, обеспечило возможность провести процедуру опознания в кратчайшие сроки, минимизируя травматизацию родственников в общей организации процесса. В первую очередь речь о том, что для опознания семье предъявлялось только одно тело, и это было тело близкого.
- слаженное взаимодействие между специалистами психологической службы МЧС России и врачами психиатрами г. Ярославля позволило не только своевременно оказывать психиатрическую помощь (подобное внимание требовалось, как правило, людям из числа фанатов), но и передать семьи, нуждающиеся в долгосрочной плановой работе специалистам, наблюдавшим их в течение острого периода.

В завершении, хотелось бы обратить внимание, что, несмотря на то, что мы говорим про психологию, психиатрию, организация подобных массовых мероприятий, это то направление деятельности при ликвидации

последствий чрезвычайных ситуаций, которое требует внимания со стороны специалистов различного профессионального профиля, потому что любое массовое мероприятие несет в себе риски возникновения массовых негативных реакций. Поэтому наши специалисты зачастую, как эксперты, при организации массовых мероприятий с участием пострадавших принимают участие в организации на подготовительном этапе, внося свои предложения по организации пространства, взаимодействию с пострадавшими, а также по различным моментам, связанным с особенностями психоэмоционального состояния людей, принимающих участие в массовых мероприятиях.

Психологическое сопровождение граждан, вынужденно покинувших территорию Республики Украина в 2014 году



Толубаева Н.В.¹

– В апреле 2014 года в Республике Украина начался вооруженный конфликт, который затронул большую часть территории в Донецкой и Луганской областях. В июне 2014 года в связи с участвовавшими боями в жилых кварталах и случаями гибели мирного населения на территорию Ростовской области и Республики Крым хлынул массовый поток вынужденных мигрантов. Многие из прибывающих людей покидали свои дома в основном экстренно, поэтому чаще всего не имели с собой личных вещей и денег, некоторые даже документов.

В Ростовской области была организована работа четырех полевых пунктов временного размещения, которые располагались в районах приграничных контрольно-пропускных пунктов. Если говорить про протяженность границы с Украиной, то это практически вся Ростовская область, 80% территории. В каждом из этих пунктов в разные периоды времени находилось до трех тысяч человек. Численность граждан, пребывающих в них, увеличивалась пропорционально интенсивности обстрелов жилых кварталов Донбасса. В каждом полевом пункте была организована работа оперативных групп психологов МЧС России и психологов организаций, которые входят в состав российской системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций (далее – РСЧС).

В приграничной зоне работа по психологическому сопровождению граждан Украины велась более трех месяцев, до момента значительного уменьшения количества мигрантов и закрытия полевых пунктов. От психологической службы МЧС России для работы в Ростовской области было задействовано 88 специалистов, которые осуществляли работу посменно по две недели. Случаев оказания экстренной психологической помощи более 16-ти тысяч. В России в целом 532 психолога МЧС работали в 75-ти субъектах, куда граждане Украины направлялись из полевых пунктов временного размещения. Всего экстренная психологическая помощь за этот период оказана в 57-ми тысячах случаев, большую часть из которых состав-

¹ Толубаева Н.В. – заместитель начальника отдела экстренного реагирования ФКУ Центр экстренной психологической помощи МЧС России, 127055, г. Москва, Угловой переулок, 27, с. 2, e-mail: nat_tol@bk.ru

ляет такой вид помощи как информационно-психологическая поддержка, что обусловлено, прежде всего, спецификой психологического состояния, а также особенностями ситуации в целом. За многие годы это первая чрезвычайная ситуация, к ликвидации которой было привлечено такое беспрецедентное количество специалистов психологических служб разных министерств и ведомств.

В период проведения мероприятий по психологическому сопровождению граждан Украины перед нашими специалистами стояли несколько основных задач. Первое – это оказание экстренной психологической помощи; участие в обеспечении минимальных условий жизнедеятельности граждан с учетом тех условий, в которых они находились; сбор и сопровождение отправки граждан в регионы России, которая осуществлялась в основном централизованно спецрейсами МЧС России, автомобильным или железнодорожным транспортом.

В нашей стране миграционный статус людей, по каким-либо причинам покидающих территорию своего государства, определяется как вынужденные мигранты, статус беженца присваивается много позже. Миграция как процесс обязательно включает в себя адаптационный компонент, предполагающий активную деятельность по изменению собственных стереотипов, личностных установок, поведенческого компонента личности в соответствии с новыми стимулами. Однако, чтобы приспособиться к чему-то новому, вначале это новое нужно обнаружить. И в случае с гражданами Украины особенностью явилось то, что, переходя границу, люди подчас не осознавали, что находятся уже в другой стране. С одной стороны, может показаться, что им было проще ассимилироваться. С другой стороны, отсутствие явных этнических и языковых различий, схожесть культур и общая история государств создавали иллюзию того, что различий нет. И процесс их обнаружения и адаптации неестественно затягивался.

Еще одним фактором в работе, отмеченным нашими специалистами была агрессия по отношению к мужчинам призывного возраста. Мужчин, размещенных в полевых пунктах, было в разы меньше, большую часть составляли женщины и дети, чьи мужья, отцы или братья вступили в ряды ополченцев, и появление здорового молодого мужчины среди мигрантов вызывало как минимум непонимание.

В особую категорию следует выделить работу с детьми. Основным методом работы неизменно, как и в большинстве случаев, является арт-терапия, которая хорошо способствует процессу осмысления и эмоционального отреагирования происходящего. Так же внимание специалистов привлекло наблюдение за спонтанными играми детей, как индивидуальными, так и групповыми. Как известно игра для ребенка – это, прежде всего, способ выражения чувств, познания и моделирования окружающей действительности. К тому же игра обладает терапевтической функцией, поскольку в ней травмирующие жизненные обстоятельства переживаются в условном, а значит ослабленном виде. Основной тематикой игр детей мигрантов была война и защита своего дома от врага. Стоит отметить, что враг

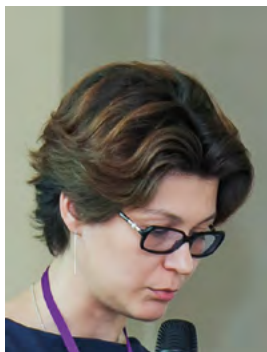
большей частью детей интерпретировался как некая сила, не оформленная в конкретный визуальный образ.

Важной организационной особенностью при работе на этой ситуации стало то, что на специалистов-психологов были возложены задачи не только по оказанию собственно психологической помощи, но и ряд других. Организация системной работы психологов МЧС России и специалистов-психологов организаций, входящих в структуру РСЧС в пунктах временно-го размещения, участие в решении ряда социально-бытовых вопросов; вопросов, связанных с трудоустройством; взаимодействие с представителями других заинтересованных ведомств – в том числе, с ФМС РФ, СК РФ, Министерством здравоохранения.

Важно отметить, что отдельное внимание было уделено привлечению психологов организаций РСЧС, в рамках реализации положений Межведомственной инструкции «О порядке оказания экстренной психологической помощи пострадавшим в ЧС и при пожарах». За период с мая по настоящее время было привлечено более 1500 специалистов на территории всех федеральных округов, а в 15 субъектах работа продолжается и на сегодняшний день.

Опыт привлечения такого большого количества специалистов РСЧС по всей стране показал важность внедрения и реализации положений Межведомственной инструкции на практике, необходимость дальнейшего совершенствования межведомственного взаимодействия, и не только в условиях ЧС, но и в режиме повседневной деятельности.

Стрельба в школе г. Ивантеевка Московской обл., сентябрь 2017 г.



Курилова Е.В.¹

Мой доклад будет касаться привлечения специалистов психологической службы МЧС России к оказанию экстренной психологической помощи после происшествий, произошедших на территории учреждений системы образования. За последние годы нашей службой накоплен опыт организации психологической работы и оказания помощи пострадавшим в подобных ситуациях — нападение на учителя географии в г. Отрадном в 2014г.; нападение на учеников младших классов во время занятия в г. Пермь и нападение в школе г. Улан-Удэ в 2018г.; недавние трагические события в городе Керчь, откуда наши специалисты убыли только в прошедшую пятницу. И, к сожалению, подобные ситуации не единичны. Анализ, систематизация, структурирование подобного опыта дает нам возможность выработать наиболее эффективные подходы в области оказания психологической помощи в острый период в подобных чрезвычайных ситуациях.

В сегодняшнем докладе остановлюсь на примере работы в школе г.о. Ивантеевка в сентябре 2017 года. Тогда старшеклассник, угрожая своим одноклассникам, устроил стрельбу из пневматического ружья и напал на свою учительницу, которая пыталась его остановить. Ребята, напуганные стрельбой, пытались укрыться в лаборантской. Некоторые из них в панике, пытаясь спастись, выпрыгнули из окна второго этажа. В соседних кабинетах от класса, где подросток совершил нападение, располагались первые и вторые классы начальной школы. Первоклашкам были слышны крики, стрельба, взрывы петард. В один из классов забежала раненая учительница, чтобы предупредить детей об опасности. Коридор и лестницы стали заполняться дымом от самодельных дымовых шашек, взрослые начали эвакуацию. Ученики школы ожидали родителей в оцеплении рядом со школой. И поэтому некоторые из них видели взятие под стражу ученика их школы, с которым многие из них были знакомы.

При оказании психологической помощи всем категориям пострадавших при чрезвычайной ситуации основные усилия психологов направлены на сохранение психического здоровья пострадавших и профилактику отсроченных негативных последствий травматического стресса. И с этой целью силы специалистов направлены на стабилизацию актуального

¹ Курилова Е.В. — психолог ФКУ ЦЭПП МЧС России.

состояния, построение временной перспективы, актуализацию ресурсов, необходимых для успешной реадaptации, в том числе организацию сети социальной поддержки.

Основными характеристиками состояния детей в чрезвычайной ситуации является потеря чувства безопасности, психоэмоциональное напряжение, тревога, страхи, возбуждение или апатия, дезориентация, трудность осмысления произошедших трагических событий, потребность помощи со стороны взрослого человека, ориентация на поведение, состояние и отношение к ситуации взрослых, находящихся рядом. Стоит подчеркнуть, что родители при этом чаще не осознают своего влияния на ребенка.

Итак, в данном случае в первые три дня как у родителей, так и у детей наблюдалась потребность в эмоциональном вербальном отреагировании случившегося. Основной запрос родителей был связан с вопросами обеспечения безопасности детей (в том числе целесообразности перевода в другую школу). А также вопросы относительно того, как правильно вести себя с ребенком дальше. Прежде всего, уточнения требовала сфера информирования детей о случившемся – как правильно говорить с детьми о происшествии, говорить ли правду, в каком объеме и какими словами. Еще одна категория вопросов касалась психологических последствий данного события в жизни детей.

У детей актуализировалась потребность в получении достоверной информации, оценке и прогнозе ситуации (что именно произошло; произошло ли это на самом деле; ожидать ли повтора такой ситуации; безопасно ли теперь в школе и соответственно вообще), а также потребность в объяснении причин поведения нападавшего. Озвучивались нежелание идти в школу, страхи.

У представителей педагогического состава школы наблюдался высокий уровень тревоги, чувства вины и неготовность говорить с учениками о произошедшем. После случившего некоторые учителя школы говорили детям о том, что это «новогодние фейерверки внезапно выстрелили», что «это розыгрыш», «шутка» и т.п.

Стоит подчеркнуть важность применения системного подхода при планировании работы с пострадавшими детьми, то есть включение в поле профессионального внимания всей окружающей детей социальной среды. И таким образом, в фокусе внимания специалистов должен оказываться весь широкий социальный контекст, на который данное происшествие оказало влияние. Я хочу подчеркнуть, что люди, впечатленные трагедией, размещают в сети Интернет информацию о происшествии, его причинах и последствиях, свое отношение и прогноз. И влияние этой информации на динамику состояния участников трагического события невозможно переоценить.

Для оказания не только экстренной, но и пролонгированной психологической помощи детям важно работать на возвращение течения их жизни в привычное русло. И поэтому, применяя системный подход к организации и оказанию экстренной психологической помощи с использованием раз-

ных форм работы, в данной ситуации было принято решение начать с проведения массовых собраний:

1. Психологическое сопровождение собрания администрации района и руководства школы с родителями учащихся детей.

1.1. План проведения собрания включал в себя информирование родителей о случившемся, обсуждение плана работы администрации района и руководства школы по данному происшествию, и в том числе доведение до родителей плана работы психологов.

1.2. С целью информирования родителей и учащихся об особенностях психологических последствий пережитой ситуации и вариативности этого переживания детьми и подростками на собраниях выступили эксперты в области экстремальной, возрастной клинической психологии факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова.

Благодаря чему: 1) был организован информационный обмен между родителями, представителями администрации; 2) удалось приостановить распространение слухов о причинах и последствиях этого происшествия; 3) были согласованы дальнейшие действия родителей администрацией школы и города; 4) родители повысили свои компетенции в области детской психологии, оказания психологической поддержки своим детям; 5) и как следствие, у родителей усилилась эта позиция «взрослого», снизилось психоэмоциональное напряжение; 6) было сформировано доверие к специалистам, администрации города, готовность к сотрудничеству.

2. Методическая работа с педагогическим составом школы и сотрудниками психолого-методического центра школы:

2.1. Экспертами-психологами были даны разъяснения об особенности реагирования детей и подростков в чрезвычайной ситуации, о динамике процесса переживания; даны методические рекомендации по взаимодействию с учащимися школы (для педагогического состава), об основных направлениях работы по оказанию психологической помощи ученикам и их родителям (сотрудникам психолого-педагогического центра школы).

В глобальном смысле проведение данных массовых собраний (пункт 1 и 2) было направлено на стабилизацию эмоционального состояния взрослых, ориентацию их деятельности на оказание психологической поддержки детям, т.е. формирование для них ресурсной среды, необходимой для успешного посттравматического роста. Поэтому большое внимание и в формате групповой работы уделялось задачам сплочения (внутри семьи и внутри детского коллектива).

3. Таким образом, следующий формат работы, который осуществлялся специалистами психологической службы МЧС России, это оказание экстренной психологической помощи школьникам и их родителям в групповом и индивидуальном форматах.

Уже на следующий день после трагедии к психологам стали обращаться семьи за помощью. Специалисты обратили внимание на то, что дети предпочитают работать с психологом, объединившись в мини-группы (от двух до пяти человек). Это друзья, которые решились на работу с психологом

исключительно вместе или дети, ожидающие в очереди к психологу, спонтанно объединившиеся в группы и настоявшие продолжить работу в таком составе. В последующие дни учителям и родителям было рекомендовано для первичной работы с детьми, организованно приводить их группами по пять человек. Группы составляли ученики одного класса (прежде всего, младших классов). Подобный формат оказания экстренной психологической помощи детям оправдал себя при работе на последующих происшествиях, происходивших на базе учебных учреждений, когда большое количество детей пережили одно трагическое событие.

3.1. Расскажу чуть подробнее о работе с детьми в мини-группах. Общий план работы: 1) традиционное знакомство группы; 2) обсуждение правил и цели этой встречи: обсуждение произошедшей в школе ситуации, помощь в ее осмыслении и преодолении возможных последствий. Когда ведущий сделал короткое сообщение о произошедшем, ребята начинали активно рассказывать о своем опыте (что видели, слышали, делали в этот момент), задавать друг другу вопросы («где они ожидали во время эвакуации», «по какой лестнице спускались вниз», «сколько выстрелов слышали», «кто видел арест нападавшего», «кто и что знают о причинах его поведения»). Ребята активно делились информацией, которую они почерпнули из средств массовой информации: высказывая «свои» версии события, рассуждая о противоречивости некоторых данных, задаваясь вопросами о возможных причинах и дальнейшем прогнозе ситуации. И таким образом проявляет себя потребность детей в информировании о произошедшем. Напомню, что преподаватели и родители в этот промежуток времени – после происшествия и до начала работы с психологами – в большинстве случаев говорили детям, что «ничего не случилось», «это была случайность». Дети при этом участвовали в эвакуации, некоторые видели раненую учительницу, арест и т.д. И поэтому информирование (в т.ч. ответы на вопросы детей) занимает важное место в работе с детьми в острый период. Подача информации строится с учетом возрастных особенностей детей – лаконично и понятно. 3) С прояснением имеющихся вопросов о самой ситуации происходило нарастание высказываний о своих переживаниях («мы залезли под парту и сидели так: было очень страшно»; «я плохо спал – трудно было заснуть»; «в школе как-то неприятно находиться, страшно»; «мне бывает страшно даже на улице» и т.д.). Дальнейшая работа с актуальными чувствами, образами чрезвычайной ситуации проводилась с использованием арт-средств. 4) И на протяжении всей встречи велась работа на актуализацию ресурсов и сплочение ребят.

Дальнейшую психологическую помощь (в том числе на пролонгированной основе) с пострадавшими ребятами важно продолжить в индивидуальном формате (работа со страхами, навязчивыми образами, психосоматическими изменениями, возбуждением, апатией и так далее), а также в формате семейного консультирования (направленного на адаптацию детско-родительских отношений к процессу интеграции опыта переживания чрезвычайной ситуации, психологическую поддержку детям и сплочение семьи).

3.2. Итак, на индивидуальных консультациях, работа с детьми носила более персонализированный характер. Большинство консультаций начиналось с запросов на работу со страхами, как вызванными происшествием, так и имеющихся у ребят с раннего детства («я теперь боюсь находиться в школе, с папой мне, правда, не так страшно», «я вообще боюсь темноты, и вчера, когда засыпал, со мной мама сидела, была открыта дверь и еще был включен свет в коридоре»). У двоих учеников третьих классов отмечалась повышенная чувствительность к резким звукам, темным частям пространства помещения и громким крикам на улице или в коридоре. Многие родители говорили, что отмечали подобную симптоматику у своих детей вечером после события, однако, уже на следующий день психологи наблюдали подобные проявления лишь дважды. Что говорит о пластичности детской психики, о ее компенсаторных, восстановительных возможностях.

3.3. Подростки приходили на консультацию в большинстве случаев по трое. Их запросы касались работы с собственным состоянием, страхами, тревогой; с непониманием со стороны родителей и друзей их состояния; с попытками понять поведение нападавшего; с навязчивыми мыслями о событиях того дня.

3.4. Отдельно хочется отметить работу с друзьями, подругами и знакомыми нападавшего. Их основные запросы касались чувства вины (что не отговорили, не смогли ничем ему помочь) и амбивалентного отношения к его поступку. Ребятам сложно понять, объяснить себе причины его поступка. Также обращает внимание страх перед агрессивным поведением со стороны одноклассников, возможности объявления им бойкота из-за лояльности.

3.5. Поступило несколько запросов от классных руководителей на работу с классом: по информированию о случившемся и возможности получения психологической помощи.

3.6. Работа с педагогами имела характерную динамику: на первый план выступала потребность в эмоциональном вербальном отреагировании ситуации; затем — потребность в анализе собственного поведения, в прояснении собственного состояния, его «нормальности» и в прогнозе течения; все это проходило на фоне работы с чувством вины, работ по поиску ресурсов, как внутренних, так и внешних (построение социальной поддержки). Отдельно можно выделить запрос на прояснение дальнейшего взаимодействия педагогов с учениками после случившегося: «с чего начать свой первый урок?»; «говорить ли с детьми об этом?»; «как отвечать на их вопросы?»; «можно ли демонстрировать им свои чувства?» и пр. Нежелание обсуждать происшествие, и, напротив, желание рассказывать детям недостоверную, «сглаженную» информацию выявляет «слепую» зону в профессиональных компетенциях педагогического состава.

3.7. Индивидуальные консультации родителей также содержали в себе работу со страхом как потери детей, так и с актуальным переживанием тревоги за их жизнь, здоровье и благополучие в будущем; с потребностью в обеспечении максимальной безопасности их жизни; с возможностью

нивелировать последствия пережитого происшествия, как детям, так и родителям.

4. Как отдельную задачу специалистов-психологов важно отметить психологическое сопровождение детей в ходе реализации следственных действий. В нормативно-правовом поле — при ведении следственных действий с несовершеннолетними присутствие психолога является обязательным. И при проведении шестнадцати допросов по данной ситуации, на каждом из них присутствовали психологи. И вместе с этим оказание экстренной психологической помощи потребовалось лишь в трех случаях (с целью стабилизации состояния в момент вербальной реконструкции событий).

Таким образом, можно говорить о том, что при организации работы психологов по оказанию психологической помощи в острый период после подобных происшествий необходимо учитывать ряд особенностей:

4.1. Основными характеристиками *состояния детей* в первые часы и дни после ЧС является потеря чувства безопасности, психоэмоциональное напряжение, дезориентация, трудность осмысления произошедших внешних трагических событий, потребность в помощи со стороны взрослого человека, ориентация на поведение взрослого, потребность в сплочении с другими пострадавшими детьми. Подтвердилась также зависимость эмоционального состояния детей и их представлений о ситуации от состояния и представлений взрослых, находящихся рядом.

4.2. Как показывает опыт оказания экстренной психологической помощи детям различных возрастов, сплочение является эффективным способом адаптации к острой стрессовой ситуации. И в связи с этим рекомендуется использовать для работы с детьми, пережившими схожий травматический опыт (дети, сидящие за одной партой; дети, спасшиеся примерно в одно и то же время и т.п.), формат мини-групп (по три-пять человек).

4.3. Необходимость своевременного проведения массовых собраний: с педагогическим составом — в целях общего информирования о ситуации и особенностях восприятия информации детьми различного возраста, для ее дальнейшей грамотной подачи детям; с родителями, в том числе с привлечением в роли спикеров ответственных по разным направлениям — в целях профилактики возникновения слухов и удовлетворении потребности в актуальной информации.

В первые дни после подобного рода происшествий удовлетворение потребности в восстановлении целостной и достоверной картины произошедшего, в оценке и прогнозе событий, прояснении собственного поведения и специфических состояний решает задачу снижения психоэмоционального напряжения, повышение адаптационных возможностей, а также профилактики возникновения негативных психических последствий.

В заключении хочется отметить, что категория нуждающихся в психологической помощи в острый период не ограничивается непосредственно

пострадавшими и свидетелями события. И реализация того самого комплексного подхода в целях сохранения психического здоровья как детей, так и взрослых требует, безусловно, консолидации сил специалистов различных профилей.

ВЕДУЩИЙ:

– Один вопрос. Крайне интересная тема, которую вы затрагиваете, любая психотравма, неотрагированная в детском возрасте, закрепляется и в дальнейшем дает всякие соматические расстройства и так далее. Рассматривали ли вы катамнез тех детей, которым вы оказывали помощь, хотя бы за какой-то двух-трех-пятилетний период?

КУРИЛОВА Е.В.:

– В задачи психологов МЧС России входит оказание экстренной психологической помощи, а значит оказание помощи ребенку в острый период, минимально отдаленный от воздействия травмирующего события. Мы придерживаемся позиции, что психика ребенка достаточно пластичная структура, и своевременно оказанная помощь в остром периоде дает профилактику отдаленных негативных последствий. Плюс к этому мы стараемся информировать взрослых, находящихся рядом с ребенком о правильной стратегии взаимодействия с ним далее для того, чтобы минимизировать возникновения негативных последствий. Однако так же мы передаем взрослым контакты специалистов (местных, территориальных) для того, чтобы они могли при необходимости далее обратиться за пролонгированной помощью.

ВЕДУЩИЙ:

– Я почему задаю этот вопрос? По одной простой причине – потому что, по сути, катамнезно определяется эффективность помощи. И здесь крайне важна работа, известны публикации отечественные и зарубежные, что это чуть ли не на генетическом уровне откладывается у детей все психотравмы детского возраста. И эта важная работа, которую вы проводите, безусловно, было бы интересно проследить это.

– Было ли у вас опасение, что в процессе групповой работы, особенно для детей повторно переживать те состояния, которые они испытывали? Все это будет способствовать только консолидации в долговременной памяти следов этого травматического опыта, а следственно создаст предпосылку для формирования ПТСР. Все-таки, если разбирать критерий ОСР, типичные симптомы, то симптом избегания – это естественная защитная реакция. А вы, повторно вовлекая в ситуацию, фактически препятствуете функционированию этого механизма, почему и заинтересовался отдаленными последствиями, не было ли это вмешательство, напротив, что ли способствуя дальнейшему ухудшению состояния, и соответственно ПТСР повышается риск.

КУРИЛОВА Е.В.:

– Спасибо за вопрос. Возможно, Вы имеете в виду некоторые последние научные исследования, посвященные методу «дебрифинга». И тут я хотела бы обратить внимание, что подобные цели мы перед собой не ставим при работе с группой. И когда мы говорим о групповой работе в острый период, в первую очередь, мы говорим о том, что у детей есть актуальная потребность в достоверной информации. И психолог реализует эту потребность и удовлетворяет ее путем обмена детьми мнениями внутри группы и корректирует ход их размышлений, добавляя туда достоверную, проведенную информацию, подавая ее в том виде, в котором они готовы ее воспринять. Это первая задача групповой работы. Вторая же задача групповой работы – это эмоциональное отреагирование в остром периоде, что дает возможность детям как раз выплеснуть накопившиеся эмоции, структурировать свое понимание ситуации и, возможно, выработать некоторое отношение к этому. И это основные задачи, которые стоят перед нами на этапе острого периода при групповой работе. Также специалист при групповой работе методом наблюдения определяет тех детей, которые нуждаются в индивидуальном консультировании, и дальше через контакт с их родителями устанавливает это взаимодействие.

Военная и экстремальная психиатрия

Дискуссионные проблемы посттравматических стрессовых расстройств



Лыткин В.М.¹

Глубокоуважаемый президиум, уважаемые коллеги! Большая честь для меня принимать участие в работе столь представительной конференции в стенах прославленного Московского Государственного Университета имени М.В. Ломоносова, прошу поверить в искренность этих слов. Теперь по теме сообщения.

В работе «Очерк развития научной психопатологии» Карл Ясперс (1959) сравнивает т.н. «старую психиатрию», которая представлялась ему «чем-то целостным и исторически завершённым» и т.н. «современную психиатрию», для которой, в частности, характерны «...отсутствие господствующей научной идеологии», растущий не по дням, а по часам объём «...журнальных и книжных публикаций...» и ситуацию, при которой «...интересы специалистов странным образом рассеялись по разным частным областям, между которыми почти не обнаруживается связей...». Эти суждения представляются нам весьма своевременными при обсуждении проблемы ПТСР, которые, по мнению Ю.А. Александровского (1997, 1998), наряду с «вьетнамским», «афганским», «чеченским» и др. синдромами, радиационной фобией, боевым утомлением и ССР в русле современной психиатрии могут быть рассмотрены как «новые» пограничные расстройства, связанные с ЧС, вошедшие в практику во второй половине XX века.

Исследования ПТСР носят междисциплинарный характер (изучается клинический, психологический, биологический, социально-юридический и др. аспекты); в данном сообщении акцент делается на клиническом сегменте проблемы.

О дискутабельности проблемы свидетельствуют эпидемиологические данные о заболеваемости ПТСР, которые заметно варьируют в зависимости от различных факторов и методик исследования. Они составляют от 2,6% от общего числа обследуемого населения до 73–92% в группах риска (жители областей, пострадавших от стихийных бедствий, катастроф, военных конфликтов). При этом по данным ВОЗ (2001) частота вновь выявленных случаев ПТСР среди населения ежегодно составляет 0,37%, на протяжении жизни ПТСР обнаруживается у 1% населения. Клинически оформленными ПТСР страдают от 12,5 до 44% ветеранов войн, а частичные признаки этого

¹ Лыткин В.М. – кандидат медицинских наук доцент, доцент кафедры психиатрии ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им.С.М.Кирова».

симптомокомплекса в отдаленный период выявляются в 63,0–91,5% случаев (Чуркин А.А., 2005). Пребывание военнослужащих в «горячих точках» в 15–54% случаев ведут к формированию ПТСР (Литвинцев С.В., Снедков Е.В., 2006). Доля лиц с ПТСР у комбатантов неврологического профиля – 77,8% (2009 г.).

Одной из причин такого разброса показателей может быть отсутствие в настоящее время единого клинико-диагностического подхода к комплексной проблеме ПТСР (хотя количество стран, применяющих этот диагноз в практике с 1998 г. по 2002 г. возросло, по данным Ж.И. Цуциевой (2010 г.), с 7 до 39). Невольно возникает вопрос, в какой же классификационной системе (категориальные, многоосевые, многомерные системы) наиболее убедительно отражен клинико-диагностический аспект проблемы? Идет ли речь об Американской (DSM), Европейской (МКБ) или отечественной классификации психических болезней?

Диагностические критерии ПТСР, впервые изложенные в классификации DSM-III (1980), в дальнейшем подвергались и подвергаются, вплоть до настоящего времени, уточнению и дифференциации. В соответствии с DSM-III первая диагностическая категория включала этиологический фактор, вторая – симптомы репереживания, третья – «эмоциональную отстраненность», четвертая – появление ранее не наблюдавшихся симптомов. По этим критериям, диагностика ПТСР считалась правомерной при наличии этиологического фактора и, как минимум, одного симптома из второй и третьей группы и двух – из четвертой. Следует отметить, что именно такая трактовка отличалась, наряду с краткостью, клинической конкретностью и определенной психопатологической направленностью.

В классификации DSM-IV (1994) впервые появляется диагностическое понятие «острое стрессовое расстройство» (ОСР), под которым подразумевалось начальная стадия ПТСР. Также впервые были выделены «острый» и «хронический» типы течения, равно как и вариант ПТСР «с отставленным началом заболевания». В соответствии с данной классификацией все обусловленные стрессом расстройства объединялись в три этапа: ОСР, острое ПТСР и хроническое ПТСР. Наряду с психопатологическими симптомами в диагностические рамки ПТСР были введены и некоторые психологические понятия, выделены два типа травматических ситуаций, что существенно изменило стрессовые критерии, определяющий этиологическое событие. С незначительными поправками такая трактовка ПТСР с тенденцией к его психологизации приводилась и в последующей DSM-IV-R (2000).

Такая неопределенная квалификация психологической реакции как симптома болезни приводит, по мнению ряда авторов, к сужению границ нормального реагирования индивида на чрезвычайную ситуацию, что является одной из причин неоправданно высокой выявляемости ПТСР, в том числе – и в группах населения, не подвергшихся непосредственному воздействию патогенных факторов (Кекелидзе З.И., Портнова А.А., 2009). Можно вспомнить, что ранее в DSM-I (1952) ПТСР рассматривались

не как психическая травма, а как «синдром отклика на стресс», а в DSM-II (1968) – как «ситуационные расстройства». К настоящему времени в рамках DSM определенные изменения касаются как места ПТСР в классификации, так и ряда критериев определяющих это расстройство.

Согласно DSM-V (май 2013 г.) сам диагноз ПТСР из раздела «Тревожные расстройства» перешел в новый раздел «Расстройства, связанные с травмой и стрессором», причем главным условием включения в этот раздел является воздействие травматического или стрессового события в качестве диагностического критерия. Создание этого нового класса основывается на клиническом опыте, отражающим вариабельность психических нарушений, которые рассматриваются как последствия травматического опыта. Необходимыми критериями для включения в этот раздел служат также следующие симптомы: выражение беспокойства и/или страха, ангедония и дисфория, гнев или другие проявления агрессии, диссоциативные симптомы.

По сравнению с предшествующими модификациями, обращают на себя внимание следующие новшества:

- разделение трех ранее существовавших кластера (B, C, D) на четыре (+E, т.е. «навязчивое воспроизведение», «избегание», «негативные последствия для когнитивных и аффективных функций» + «повышение возбуждения и реактивности»;
- добавление трех новых и пересмотр ряда прежних симптомов для уточнения их выраженности;
- выделение новых подтипов ПТСР: у детей 6 лет и моложе (предшкольный подтип) и диссоциативный подтип (деперсонализация – «состояния вне тела», дереализация – «это всего лишь сон»).

Малоубедительной представляется в данной классификации клиническая трактовка как деперсонализации, так и дереализации. Кроме того, не определено окончательное отношение к ОСТ, в частности- по DSM-IV: при обнаружении тенденции к затяжному течению речь идет, вероятно, не о «реакции» как таковой на стресс, а о формировании определенного расстройства в т.н. «переходном» периоде, на диагностическую важность которого вполне правомерно, по нашему мнению, указывает З.И. Кекелидзе (2005): ведь именно в этом периоде происходит формирование последующих расстройств (ПТСР, ГТР, РА и др.) и именно от него зависит успех последующей реабилитации.

Акцентируем внимание на том, что в сложившейся ситуации у 37% пациентов, которым диагноз ПТСР был выставлен в соответствии с МКБ-10, последующего подтверждения по DSM-IV не получил.

По мере развития учения о ПТСР выяснилось, что в рамках МКБ-10, в отличие от DSM: наличие латентного периода для верификации расстройства становится обязательным; в течении ПТСР не выделяются острый и хронический этапы; нарушение социального функционирования как проявление ПТСР не нашло отражения в европейской классификации болезней. Представляется сомнительной и не вполне правомерной обяза-

тельная констатация патологического состояния при чрезмерном психическом воздействии. Как раз отсутствие такого состояния, т.е. стрессовой реакции при экстремальном психогенном воздействии, может говорить об аномальном ответе психики. В таких ситуациях невозможно разделять реакции пострадавших на нормативные (адекватные) и патологические. Отсутствие стрессовых переживаний, равно как и психотические психогенные реакции не являются нормой (Кекелидзе З.И., Портнова А.А., 2009).

В настоящее время практический опыт убедительно свидетельствует о высокой частоте необъяснимой путаницы критериев, микста критериев МКБ и DSM, что «размывает» границы клинического диагноза. Кроме того, многим врачам недостаточно известны более четкие критерии, приведенные в ИДК-10 («Исследовательские Диагностические Критерии»).

В сложившейся ситуации дискуссионными представляются следующие вопросы (Рис. 1):

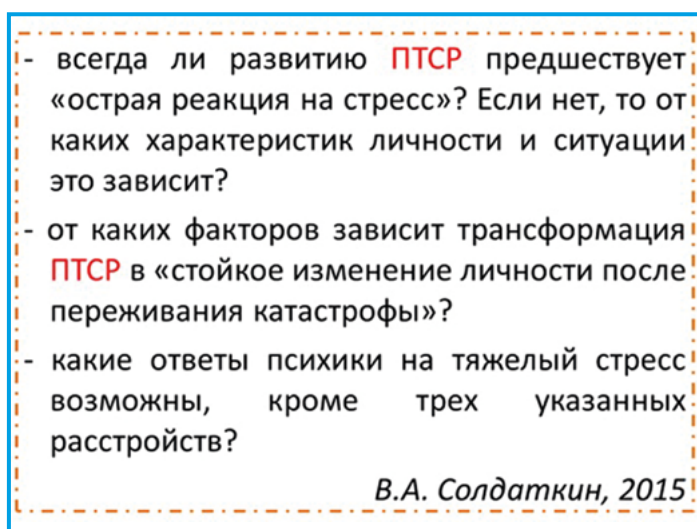


Рис. 1. Некоторые дискуссионные вопросы проблемы ПТСР

Возвращаясь к тексту МКБ-10, автором предлагается вариант трактовки ПТСР как: «Расстройство приспособительных реакций» (F43.2).

Таким образом, ПТСР в современных форматах МКБ и DSM противоречит анозогностическому подходу, который является ведущим в этих классификациях, в силу того, что его этиология определена и даже вынесена в качестве основного критерия. На статус отдельной нозологической единицы ПТСР претендует с большой натяжкой. Он легко гипердиагностируется в тех случаях, когда в анамнезе пациента есть указания на перенесенный дистресс (ПТСР от посещения дантиста, от просмотра телепередач, от реакции обиды, медикаментозного прерывания беременности и т.д.). Активное использование данной номинации патологизирует нормальные переживания ситуации потери, а каждый не совсем удачно определенный конструктор обрывает авторскими вариациями и типами течения.

Как прозвучало на одном из конгрессов ВПА: «...ПТСР есть ни что иное, как удобная амальгама психических расстройств, так или иначе спровоцированных чрезмерной психологической травмой...».

Помимо феноменологического сходства ПТСР с другими расстройствами (тревожными, диссоциативными) возникают проблемы социально-этического и правового характера, что отражено в Рис. 2.

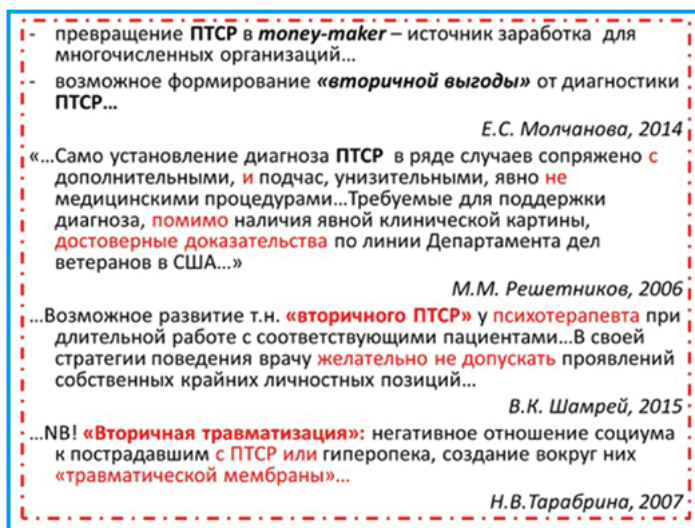


Рис. 2. Социально-правовые аспекты проблемы ПТСР

При сравнении диагностических трактовок ПТСР по зарубежным и отечественным классификациям акцентируется внимание на том обстоятельстве, что большинство русскоязычных психиатров, ориентирующихся на МКБ-10, «критически рассматривают слишком широкое распространение клинического диагноза ПТСР. Значительная часть состояний, относимых в англоязычных публикациях к PTSD, в российских источниках интерпретируется иным образом: преимущественно, как затяжные депрессии или полиморфные состояния, как комбинации дистимических расстройств, легкого когнитивного расстройства, личностных девиаций и психосоматических дисфункций, иногда – с чрезмерным употреблением алкоголя или приемом наркотиков...» (Краснов В.Н., 2010).

Отечественный подход к диагностике ПТСР также отличается определенной дискуссионностью, в частности, речь идет об отечественных определениях ПТСР, некоторые из которых представлены в Рис. 3.

Дискуссионными представляются и следующие (как минимум – три) клинические характеристики ПТСР:

1. Уровень расстройств:

- невротический (F.43., Александровский Ю.А., 2005 и др.),
- психотический («особый подтип ПТСР» М.В. Hamner et.al., 1999; анализ феномена флэшбэк Крылов В.И., 2011), дементный (?).

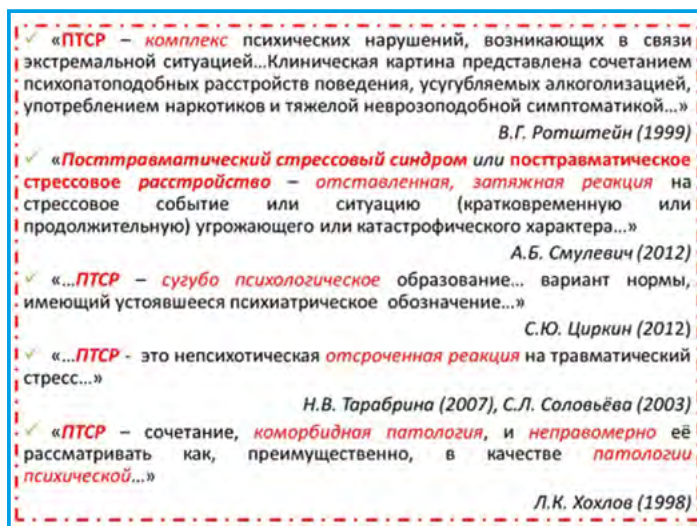


Рис. 3. Отечественные определения ПТСР

Определенная полемика ведется по клинической трактовке и значимости феномена флэшбэк («обратная вспышка»); речь идет о полисемантической термина (наркология, пароксизмальность сознания в нейрохирургии, психогении), клиническом аспекте «реперезиваний», включающих в себя навязчивые и сверхценные нарушения, об основных точках зрения по поводу специфичности реперезиваний при психогенных состояниях. В этом плане одни авторы рассматривают флэшбэк как «ключевое» проявление ПТСР (Краснов В.М., 2005; Вельтишев Д.Ю., 2006); другие подчеркивают неспецифичность данного феномена, указывая на возможность возникновения симптоматики реперезивания при различных вариантах психогений (Александровский Ю.А., 2008; Волошин В.М., 2005; Жмуров В.А., 2008).

Различные подходы используются и при психопатологической квалификации феномена флэшбэк: одни авторы относят флэшбэк к нарушениям памяти (парамнезиям) – визуализированным или эйдетическим экмнезиям (Жмуров В.А., 2008), визуализированным эхомнезиям (Крылов В.И., 2010; Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Резник А.М., 2005); другие подчеркивают близость феномена флэшбэк к состояниям нарушенного сознания (Кекелидзе З.И., 2009). Вспомним, что еще в 2000г. в «Trauma Disorders Glossary» было описано 4 типа «флэшбэков».

В настоящее время феномен флэшбэк рассматривается как сложный многоуровневый симптомокомплекс, включающий в себя облигатные и факультативные признаки. «Классический» и «атипичный» варианты, клиническая общность феноменов «флэшбэк» и «флэшфорвард» («взгляд вперед»): произвольность возникновения аффективно насыщенных представлений и т.д (Крылов В.И., 2015). По нашему мнению, диагностическая проблематика ПТСР начинается, возможно, с диагностической верификации одного отдельного феномена.

2. Моно, полисиндромальность:

- сочетание двух групп феноменов: навязчивые воспоминания + избегающее поведение (Kinzie J., 1989);
- клиническая картина ПТСР представлена сочетанием психопатоподобных расстройств поведения, усугубляемых наркологической и тяжелой невротоподобной симптоматикой (Ротштейн В.Г., 1999);
- полиморфизм клиники ПТСР: облигатные (деперсонализационно-дереализационные, обсессивно-компульсивные, тревожные) и факультативные (соматизация, депрессивные, фобические, паранойяльные) синдромы (Бундало Л.Н., 2008).

3. Стадийность ПТСР (речь идет об этапах единого процесса или клинической самостоятельности отдельных таксонов), представленная на Рис. 4, отражает дискуссии по поводу вариантов течения заболевания и правомерности выделения его этапов.

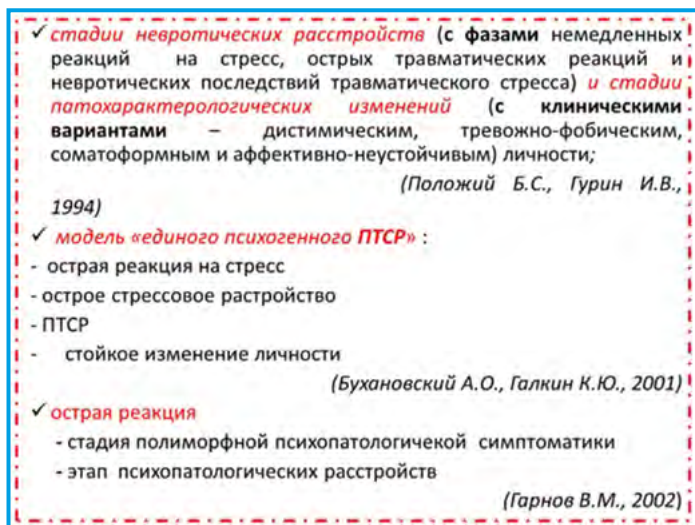


Рис. 4. Некоторые варианты стадийности ПТСР

В настоящее время считается, что обязательным условием (критерием) возникновения ПТСР является наличие чрезвычайного стресса, но, одновременно, имеет место и воздействие ряда патогенных факторов, определяющих клинический характер расстройства (психогенных, экзогенных, экзогенно-органических, эндогенных, конституциональных и др.), которые осложняют картину заболевания, вызывая сочетанные (коморбидные) расстройства. Естественно, возникает ряд вопросов:

- является ли травма наиболее существенным фактором для развития ПТСР или это один из более или менее значимых факторов?
- что именно относится к рисковым факторам ПТСР (к «предикторам персональной уязвимости»)?

- какова валидность изученных на сегодня предикторов развития ПТСР?

Современная систематизация изученных на сегодня предикторов развития ПТСР представлена в Рис. 5.

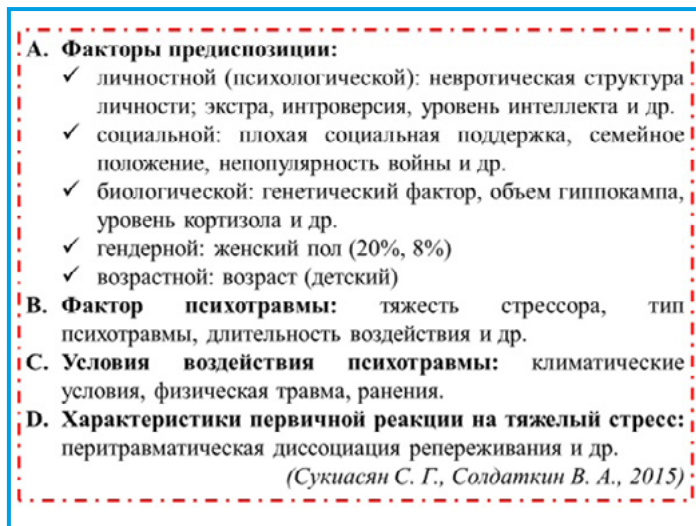


Рис. 5. Предикторы развития ПТСР

По мнению Н.В. Тарабриной (2009), есть все основания говорить о том, что в ряду факторов риска ПТСР (средовые, демографические, анамнестические, диссоциативные, биологические, генетические, когнитивные и др.) наиболее значимыми предикторами являются факторы биологические (состояние гиппокампа, нейроэндокринные изменения, уровень кортизола и т.д.) и факторы генетические (генетическая основа выявлялась в 30% (!) случаев, исследования по наследственной предрасположенности).

Примечательно, что в отечественных классификациях психических болезней Б.Д. Цыганкова, С.А. Овсянникова (2011), А.С. Тиганова (2012) ПТСР относится в группу «психогенные заболевания», т.е. вопрос о первопрочине ПТСР решается в пользу психогенеза, а не его многофакторной природы, в то время как по МКБ-10 термин «психогения» вообще исключен из официального списка понятий.

В настоящее время в описании ПТСР Ю.А. Александровским (2015) к его основным критериям относятся:

- установление факта перенесенного стресса;
- наплывы навязчивых воспоминаний;
- мучащие сновидения с кошмарными сценами пережитого;
- стремление избегать эмоциональные нагрузки;
- страх появления реперезиваний, следствием чего является неуверенность и неконтактность с окружающими;

- комплекс неврастенических расстройств со стигматизацией отдельных патохарактерологических симптомов и тенденцией к формированию психопатических нарушений с эпизодами антисоциального поведения.

Как отмечает автор, наиболее часто клиника ПТСР представлена тремя группами симптомов (реперезивания, избегание, повышенная возбудимость). Выделяются три варианта течения ПТСР: острое ПТСР (1–3 месяца), хроническое ПТСР и ПТСР с отсроченным началом. Каждый из изложенных критериев не специфичен только для ПТСР, однако вместе они составляют достаточно типичную картину. С клинической точки зрения ПТСР может включать весь «феноменологический набор» основных психопатологических непсихотических проявлений. Следует акцентировать внимание, на наш взгляд, на клинической направленности отечественного подхода к диагностике ПТСР, равно как и на мнении А.С. Тиганова (1999), констатирующего два главных направления систематик современной психиатрии (при разном понимании значения клинической картины психических расстройств): синдромологическая направленность, тяготеющая в сторону МКБ, и направленность нозологическая – в сторону национальных классификаций.

Во многом дискуссионной представляется и проблема боевых ПТСР, которые, по мнению отечественных военных психиатров, представляют собой затянувшиеся или отсроченные условно адаптивные психические изменения и психические расстройства, возникающие вследствие воздействия факторов боевой обстановки. Неизбежным компонентом боевых действий является снятие запрета на убийство и насилие (и в юридическом, и в моральном смысле). Некоторые из этих психических изменений на войне могут носить приспособительный характер, а в мирной жизни ведут к различным формам социальной дезадаптации (Литвинцев С.В. с соавт., 2005).

Следует отметить, что первые клинические описания, аналогичные современным боевым ПТСР, были изложены С.Д. Владычко, учеником В.М. Бехтерева, доцентом кафедры психиатрии ВМедА, в его работе «Душевные заболевания в Порт-Артуре во время осады» (1907). Клинические описания, во многом соответствующие современным ПТСР, намного раньше их официального признания принадлежат и проф. В.М. Морозову, 100-летний Юбилей со дня рождения которого недавно достойно отметила российская психиатрическая общественность.

Распространенность боевых ПТСР весьма вариабильна: 3–58% (Тарабрина Н.В., 2001); 10%–50% (Литвинцев С.В. с соавт., 2005); 12,5–44% (Чуркин А.А., 2005). На очередной «Школе военных психологов», прошедшей в Санкт-Петербурге в октябре 2018 года, была озвучена цифра 20–22%. По мере изучения боевых ПТСР обнаружались следующие дискуссионные моменты (Рис. 6).

Дискуссионным представляется и вопрос о типах течения боевых ПТСР. В своих работах М. Friedman (1990, 2000) выделяет варианты «не требующие терапии», «прогредиентное (инкурабельное) течение», «интермит-

тирующее течение», «течение с отсроченным началом». По классификации W.P. Nash (2011) выделяются следующие разновидности течения этих расстройств: хронический, отсроченный (при боевых ПТСР – в 4,5 раза чаще!), регрессионный, резистентный, инокулятивный (трансформация ОСР в ПТСР) с личностным ростом.

Особая стадийность боевых ПТСР отражена в работах Г.А.Фастовцова, В.Г. Василевского (2005, 2010): «острая реакция на стресс», «расстройство адаптации», «комбатантная акцентуация», «хронические изменения личности».

- тяжелое психическое расстройство (Т.А.Меллман, 1992) или чисто психологическая реакция на чрезвычайный стресс (D.A.Bille, 1993)?
- боевые ПТСР как частный случай психической травмы (в понимании Дональда Калшеда, 2001) М.М. Решетников 2006?
- боевые стрессоры: основные этиологические факторы или дополнительные катализаторы в возникновение боевых ПТСР (Y.I.Escobar, 1987)?
- боевые ПТСР: самостоятельная или коморбидная патология (K.E.Callen, 1985; В.Г. Василевский, Г.А. Фастовцев, 2005; Л.К. Хохлов, 1998)?
- теоретическая модель боевых ПТСР: психодинамический, психобиологический, мультифакторный, психосоциальный, мультифакторный подходы (с учетом различных взглядов на природу ПТСР отечественных исследователей) – какой предпочтительнее?
- боевые ПТСР: излечимое или малокурабельное расстройство? (С.Л. Соловьева, 2003; van der Kolk, Duseu, 1993)

Рис. 6. Некоторые дискуссионные моменты в исследованиях боевых ПТСР (combat-related PTSD)

Диагностические особенности боевых ПТСР отражены в Рис. 7.

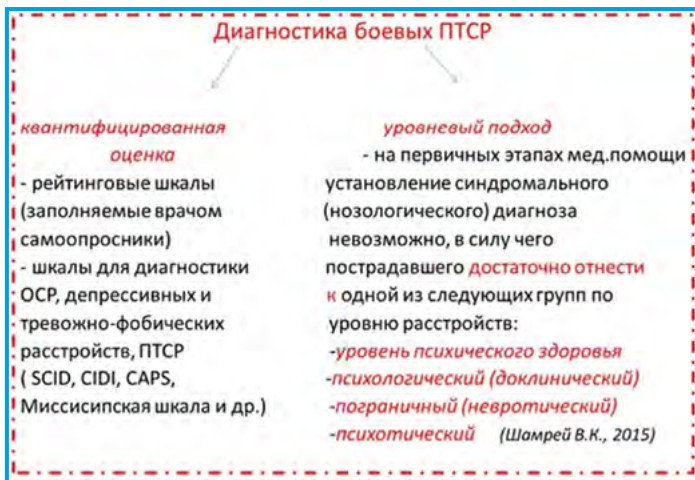


Рис. 7. Виды диагностики боевых ПТСР

Следует акцентировать внимание на том обстоятельстве, что диагностика боевых ПТСР осуществляется, как правило, одновременно с оказанием экстренной психологической помощи, своеобразии которой обусловлено особыми условиями ее оказания, изложенными в работах Ю.С. Шойгу (2007). К этим условиям относятся их необычность, наличие психотравмирующего события (внезапность!), фактор времени (сжатые сроки!), непривычные условия для работы специалиста-психолога, сконцентрированность в одном месте большого количества людей, нуждающихся в психологической помощи. Субъектами экстремальной ситуации являются: специалисты, жертвы, пострадавшие, очевидцы или свидетели, наблюдатели (зеваки) и, подчас, телезрители.

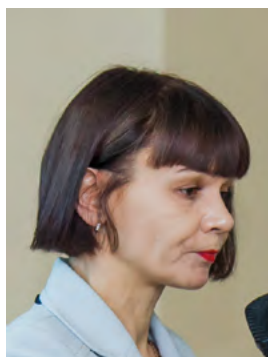
И, наконец, дискуссионным представляется и вопрос о «новизне» и «нозологической самостоятельности» ПТСР. По мнению Е.В. Снедкова (2009), диагностические критерии ПТСР, введенные в DSM-III, DSM-IV и МКБ-10, вряд ли можно расценить как значительный прогресс в теоретическом понимании психогении: по существу, они идентичны критериям диагностики реактивных состояний, сформулированным еще К. Ясперсом в 1913 г. Как считают В.Г. Василевский, Г.А. Фастовцов (2005), нозологическая самостоятельность ПТСР является клинической реальностью и подтверждается не только внесением этой патологии в МКБ-10, но и специфическими особенностями феноменологии боевых ПТСР. Согласно взглядам Ю.А. Александровского (2005) ПТСР, по существу, является современным определением известных в прошлом психогений у лиц, переживших чрезвычайную ситуацию, описывавшихся в рамках психогенных реакций, состояний и личностных развитий. Тенденция определять психические расстройства в условиях ЧС не как собственно психическую патологию, а как патологические формы адаптивных реакций и состояний, имеющих, в том числе, и положительное значение в плане расширения диапазона приспособительных свойств организма и личности (Коханов В.П., Краснов В.Н. 2008).

Дискутабельными остаются и представления о патогенезе ПТСР: является ли природа ПТСР многофакторной или исключительно психотравмирующей (Краснов В.Н., 2010)? Каковы основные модели ПТСР (в частности, в русле исследований «Антропогенного психо-эмоционального стресса», отражающего специфику реагирования на психотравмирующий фактор внешнего или внутреннего генеза)?

К сожалению, на сегодняшний день, ни одна из существующих концепций не объясняет, почему у одних людей, подвергшихся травме, ПТСР развивается, а у других — нет; равно как и не объясняет индивидуальные особенности переживания травматического стресса. В заключении, хотелось бы выразить надежду, что высокая степень дискутабельности проблемы ПТСР отнюдь не является поводом для научного пессимизма, а, напротив, послужит мощным катализатором интенсификации проводимых исследований в этой области.

Благодарю Вас за внимание!

Психическое здоровье комбатантов Министерства внутренних дел в экстремальных условиях оперативно-служебной деятельности



Ичитовкина Е.Г.¹, Соловьев А.Г.²

Целью исследования являлась динамическая оценка состояния психического здоровья комбатантов Министерства внутренних дел России на фоне медико-психологического сопровождения в экстремальных условиях оперативно-служебной деятельности для создания модели системного мониторинга психического здоровья.

Проведено сплошное обследование более полутора тысяч мужчин, комбатантов строевых подразделений Министерства внутренних дел после возвращения из командировок в зоны с особыми условиями служебной деятельности. Отобрано 954 сотрудника и выделено три группы по критерию уровня профессиональной пригодности. Первая группа: 338 человек – здоровые комбатанты, которым реабилитационная помощь не оказывалась. Вторая группа: 311 человек – психически здоровые, но имевшие в анамнезе кратковременные транзиторные аффективно-поведенческие реакции. Третья группа: 315 человек – лица с пограничными психическими расстройствами, получавшие комплексную полипрофессиональную терапию.

Применялся клинический метод, который проводился в динамике, после возвращения, через месяц и через четыре года; и катamnестический – анализировался катamnез комбатантов более чем за десять лет службы. Экспериментально-психологический с использованием базовых тестовых методик, рекомендованных МВД России [3].

Проведено катamnестическое обследование 118-ти комбатантов пенсионеров МВД России, уволенных на пенсию, в период с 2006 по 2012 год, имевших на момент увольнения выслугу, дающую право на пенсию. 58 человек – лица с психическими расстройствами. 61 человек – комбатанты пенсионеры без психических нарушений [4].

1 *Ичитовкина Е.Г.* – д.м.н., начальник Центра психофизиологической диагностики ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Кировской области», 610998, Киров, ул. К. Маркса, 112. e-mail: elena.ichitovckina@yandex.ru, 89127247257.

2 *Соловьев А.Г.* – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и клинической психологии ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, Архангельск, 163000, Архангельск, Троицкий пр., 51. e-mail: ASoloviev1@yandex.ru, т. 89217203458.

Анализировались протоколы Центра психофизиологической диагностики, акты военно-врачебной комиссии и амбулаторные карты пациента. Нозологическая структура пограничных психических расстройств у действующих комбатантов полицейских была представлена преимущественно расстройствами адаптации и посттравматическими стрессовыми нарушениями в различных клинических вариантах. Применялась медикаментозная терапия с использованием антидепрессантов, анксиолитиков, нейролептиков, солей лития по показаниям. Психотерапия с применением кризисной, позитивной, гипносуггестивной, арттерапии и семейной психотерапии. Арттерапия являлась дополнительным способом диагностики эмоциональных нарушений. На данном слайде представлены работы, пациенты с диагнозом посттравматического стрессового расстройства: после участия в боевых действиях в клинике преобладали выраженные агрессивные тенденции. Картина называется «Горящая бабочка» (рисунок 1). Через месяц после начала терапии на фоне выравнивающегося эмоционального состояния картина называется «Двое в лодке» (рисунок 2).



Рис. 1. Работа комбатанта М., с диагнозом ПТСР, после участия в боевых действиях



Рис. 2. Работа комбатанта М., через месяц после начала терапии

Через месяц после начала терапии произошла существенная редукция всех основных психопатологических симптомов в структуре, выявленных заболеваний. Через четыре года чаще увольнялись по негативному мотиву и имели дисциплинарное взыскание те лица, которые не получали медико-психологической реабилитации в межкомандировочный период, а зачислялись в кадровый резерв руководящего состава, и повышались в должностях комбатанты, которые прошли лечение в связи с наличием пограничных психических расстройств в анамнезе.

Структура психических нарушений у комбатантов пенсионеров Министерства внутренних дел характеризовалась различными по структуре

нарушениями от органических расстройств личности до неврастении и эндогенных заболеваний [1]. Было выявлено, что 38% лиц, уволенных на пенсию в связи с психическими расстройствами, имели инвалидность. При этом причинная связь – военная травма была только у 11. По количеству суицидов достоверных различий выявлено не было. Пагубное употребление алкоголя и алкогольная зависимость в течение года были выставлены официально в наркологических учреждениях у 22-х и 5% обследованных лиц. Более половины не работали, и 21% были разведены (табл. 1).

Таблица 1

Социальные показатели	Уволенные в связи с психическими расстройствами		Психически здоровые	
	п	%	п	%
Имеют инвалидность	22	38,6**	3	4,9
Причинная связь «военная травма»	7	11,5	0	0
Суицид	1	1,7	1	1,6
Пагубное употребление алкоголя	13	22,8**	6	9,8
Алкогольная зависимость	3	5,3	0	0
Не трудоустроены	31	54,4**	2	3,3
Разведены	12	21,1*	10	16,4

Примечание: р рассчитывалось с помощью Хи-квадрат Пирсона; уровень статистической значимости $p < 0,001$

В 2018 году была утверждена Концепция развития психиатрической службы в системе Министерства внутренних дел России, где предусмотрено совершенствование оказания психиатрической помощи в медицинских ведомственных организациях не только личному составу органов внутренних дел, но и иным лицам, обеспечение которых возложено на Министерство внутренних дел России в соответствии с законодательством [2]. Было предложено организовать Центр психического здоровья в качестве функционального подразделения в трех региональных медико-санитарных частях МВД России, в том числе, и в Кировской области, путем объединения всех специалистов в области психического здоровья в едином структурном подразделении, созданном на базе Центра психофизиологической диагностики.

Структура центра представлена двумя большими направлениями – экспертиза в рамках военно-врачебной комиссии и второе большое направление – психопрофилактика, терапия и реабилитация, куда вошли три бригады специалистов, психиатры и клинические психологи. Отдельно выделена лабораторная диагностика, с проведением предварительных химико-токсикологических исследований при ежегодной диспансеризации личного состава органов внутренних дел. Образованы три участка психиатрического приема.

Нозологическая структура психических расстройств лиц, обратившихся за психиатрической помощью, представлена преимущественно невротическими состояниями, но имеются и расстройства личности, эндогенные заболевания. В процессе эксперимента удалось существенно преодолеть барьер стигматизации. Действующие сотрудники и пенсионеры Министерства внутренних дел сами обращались за помощью, но не только они, но и сотрудники, и военнослужащие Федеральной службы войск национальной гвардии, и сотрудники МЧС России.

Если проанализировать нагрузку, видно, что в сравнении с 2017 годом, удалось ее распределить практически равномерно между всеми специалистами психиатрами, относящимися к медико-санитарной части. Таким образом, первые результаты региональной апробации системы реорганизации психиатрической службы МВД России на базе медико-санитарной части по Кировской области показывают, что комплексный полипрофессиональный подход с бригадно-участковым методом работы способствует интеграции психиатрической службы в общесоматическую ведомственную систему здравоохранения. Уменьшает стигматизацию пациентов, повышает качество оказания психиатрической, психопрофилактической, психотерапевтической помощи контингентам, прикрепленным на медицинское обслуживание.

Уважаемые коллеги, на основании полученных положительных результатов апробации, первого этапа концепции развития психиатрической службы в системе МВД России, считаем возможным приложить использование опыта для организации психиатрической помощи представителям других силовых структур. Координацию работы всех специалистов в области психического здоровья, на межведомственном уровне, для повышения эффективности первичной и вторичной профилактики формирования пограничных психических расстройств; укрепление личностной, профессиональной и функциональной надежности сотрудников.

Литература

1. *Ичитовкина Е.Г., Злоказова М.В., Соловьев А.Г.* Системный мониторинг психического здоровья комбатантов – сотрудников полиции / монография. Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2017. – 205с.
2. Концепция развития психиатрической службы МВД России. – Письмо ДТ МВД России 10.04.2018 № 29/ЦЧ/9–2098. – Москва, 2018. – 12 с.
3. Методические рекомендации № 22/29/ЦПД-2467 от 22 июня 2007 года «Организация внеплановых медицинских и психодиагностических осмотров (обследований) сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации, принимающих участие в выполнении оперативно-служебных и иных задач, сопряжённых с опасностью для жизни и причинением вреда здоровью». М.: ЦПД ФКУЗ «ЦМСЧВД России», 2007. – С. 38.
4. *Соловьев А.Г., Ичитовкина Е.Г., Злоказова М.В.* Анализ катамнеза комбатантов – пенсионеров Министерства внутренних дел с психическими расстройствами // Успехи геронтол. 2016. Т. 29. № 5. С. 836–838.

Современные возможности использования биомаркеров в диагностике психических расстройств у военнослужащих



Курасов Е.С.¹

Глубокоуважаемый президиум, уважаемые коллеги!

В своем сообщении я попытаюсь представить связующее звено между общим названием нашей конференции, которое звучит как «Междисциплинарные подходы к изучению психических расстройств», и тем направлением диагностики психических расстройств, которое интенсивно развивается в стенах нашей кафедры, а именно — поиска

именно биомаркеров в диагностике психических расстройств, в том числе у военнослужащих.

На сегодняшний день мы знаем, что, несмотря на бурное развитие различных направлений медицины, основными методами обследования в психиатрии остаются клинико-психопатологическое обследование и психометрические шкалы. Но ни для кого не секрет, что данные подходы в повседневной деятельности несколько себя исчерпали, и у большинства специалистов есть некая неудовлетворенность их использованием. В связи с этим, все большую и большую актуальность приобретает необходимость объективизации психопатологических нарушений. Особенно это касается диагностики психических расстройств непсихотического (пограничного) уровня.

Сегодня неоднократно звучало и в пленарном заседании, и прозвучит дальше факт того, что все чаще и чаще в нашей специальности звучит понятие «биомаркеров» — тех измеряемых биологических характеристик, которые указывают на патогенетический процесс или восприимчивость к лечению.

На сегодняшний день в этом определении, которое было дано, на самом деле, относительно недавно, обращает на себя внимание сдержанный его характер, поскольку, по всей видимости, по мере развития и накопления наших знаний о биомаркерах, это определение будет только расширяться.

Говоря о теме биомаркеров на сегодняшний день, я сразу бы хотел упредить тот момент, что это не только лишь некие показатели, которые мы получаем из пробирки с биохимическими исследованиями. Это более

¹ Курасов Е.С. — доктор медицинских наук доцент, доцент кафедры психиатрии ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им.С.М. Кирова».

широкий комплекс подходов, который позволяет нам объективизировать ту или иную патологию.

В настоящее время выявление биомаркеров является одной из важнейших задач современной медицины. Их выявление может способствовать: 1) появлению новых подходов в диагностике; 2) лучшему пониманию патогенеза и патофизиологических механизмов заболеваний и психических расстройств; 3) прогнозу прогрессирования заболевания, его динамики и исхода.

Предполагается, что разработка концепции биомаркеров даст возможность обнаружения мишеней медикаментозного лечения, что со временем даст возможность развивать направления так называемой «персонафицированной медицины» или «персонафицированного лечения».

В современной клинической медицине выделяются следующие группы биомаркеров: имеющие определенную степень синдромальной специфичности, биомаркеры, не имеющие синдромальной специфичности, определенные конкретные маркеры болезни, маркеры уязвимости к болезни и маркеры прогрессирования заболевания (так называемые, маркеры эпифеномена).

Биомаркеры могут отражать казуальные механизмы (это, например, генетические предикторы) либо какие-то патофизиологические последствия. Некоторые биомаркеры могут отражать и те, и другие механизмы. Ряд показателей (например, данные нейровизуализации или некоторые обменные показатели) могут служить нам для формирования некоторой прогностической и диагностической значимости.

На сегодняшний день исследование биомаркеров достигло значительных результатов в различных областях клинической медицины. В первую очередь, это кардиология и ряд других направлений терапии. Если мы говорим о кардиологии, то классический биомаркер (например, абсолютный предиктор инфаркта миокарда или острого коронарного синдрома) — это, так называемый, тропониновый тест.

К сожалению, в психиатрии до сегодняшнего дня не найдено ни одного потенциального биомаркера, который бы обладал свойствами предиктора, то есть однозначно бы указывал на наличие той или иной психической патологии и был внедрен в клиническую практику.

В настоящее время биологическая психиатрия сфокусирована на использовании всех доступных современных подходов и методов, которые позволили бы выявить биологические маркеры. Они включают в себя эпигенетику, геномику, протеомику, липидомику, метаболомику, а также ряд других нейрофизиологических подходов и инструментальных способов диагностики (например, этологические и окулографические). В результате всего этого и должна сформироваться некая концепция наиболее чувствительных биомаркеров.

Направлениями исследований, которые представляются перспективными в определении психических расстройств, на сегодняшний день являются: когнитивные маркеры, мозговые структурные маркеры, мар-

керы, основанные на исследованиях по негативной рассогласованности, маркеры сна и хронобиологические маркеры, и нейрогуморальные показатели.

Что на сегодняшний день мы знаем в отношении уже найденных биомаркеров? Есть определенные находки в отношении диагностики шизофрении, и одним из них являются цитокины. Это вещества, которые модулируют активность, дифференцировку и выживание нейрональных клеток на ранних стадиях развития мозга.

Так, установлено, что несколько аллелей (в частности, интерлейкина-1), достоверно повышены у больных с первым психотическим эпизодом. Повышение интерлейкина-2 в спинномозговой жидкости, как правило, говорит о нарастании выраженности психотической симптоматики.

Появление продуктивной психопатологической симптоматики совпадает с одновременным повышением не только уровня интерлейкина-2, но и метаболитов дофамина. Повышенный уровень интерлейкина-6 коррелирует как с развитием устойчивой негативной симптоматики, так и с длительностью эндогенного процессуального заболевания.

Несколько слов о глутаматергической системе. Здесь тоже есть находки, которые были сделаны еще в 80-е годы прошлого века. Было выявлено, что уровень глутамата в спинномозговой жидкости у больных шизофренией значимо ниже, чем у здоровых людей. В связи с этим, была сформулирована гипотеза о том, что нарушения в дофаминергической системе являются следствием поражения глутаматергических механизмов.

Еще одна находка, которая была сделана в плане выявления биомаркеров шизофрении, это поиск в области средних молекул. Они представляют собой фракцию различных соединений плазмы с молекулярным весом от 300 до 6000 дальтон. В значительной степени они проявляют свое токсическое действие в более низких концентрациях, чем мочевины, мочевая кислота и ряд других метаболитов.

Средние молекулы в плазме крови отражают процессы катаболизма, а при патологических состояниях они отражают и степень процессов деструкции. В этом отношении было установлено, что, например, у больных с первым психотическим эпизодом повышение молекул средней массы отмечается на 124%. Это было выявлено не только при шизофрении. У больных с тревожной депрессией также были выявлены значимые повышения данного показателя. Предполагается, что развитие психической патологии ассоциируется с активацией катаболических процессов, что повышает концентрацию тех самых молекул средней массы.

Протеомика и липидомика спинномозговой жидкости также имеют ряд характерных изменений. И повышенная концентрация глюкозы, и другие метаболические нарушения в спинномозговой жидкости могут являться определенными предикторами развития шизофрении.

Но в этом направлении были сделаны определенные находки не только по шизофрении, но и в отношении аффективных расстройств. Если мы

говорим о тревоге и депрессии, то на сегодняшний день наиболее распространенной и известной является моноаминовая гипотеза (серотониновая) гипотеза, которая в своей основе говорит о снижении серотонина в определенных эмоциогенных структурах мозга, а также в периферических носителях, то есть в тромбоцитах крови.

Моноаминовая гипотеза на сегодняшний день расширяется — это не только серотонин, это еще и норадреналин, и дофамин. Со снижением каждого из этих метаболитов — нейротрансмиттеров — связывается развитие той или иной симптоматики.

Если говорить о поиске биомаркеров, то была отмечена, как я уже говорил, связь между тяжестью депрессии и снижением серотонина. Но, как оказалось, серотонин содержится не только в определенных эмоциогенных структурах мозга, но еще и в тромбоцитах крови. И в этом отношении несколько лет назад было проведено исследование, которое показало, что содержание серотонина в тромбоцитах в 25 тысяч выше, чем в плазме.

В ряде других исследований была показана определенная прогностическая значимость в изучении тромбоцитарного серотонина как возможного маркера или вещества, которое может указывать на определенную степень или глубину выраженности того или иного аффективного расстройства. В связи с этим, данный подход может быть использован для диагностики степени выраженности нейропсихологических аффективных нарушений.

Также определенная роль отводится катаболическим гормональным биомаркерам, и при депрессивных расстройствах выявляется повышенный кортизола и тироксина, которые также коррелируют с тяжестью депрессии.

Если говорить об общем междисциплинарном подходе, то, в целом, приведенный здесь слайд говорит о том, что в целом сегодняшнее состояние науки на правильном пути, потому что есть определенные нарушения в гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, которые являются характерными для депрессии, и схожие проблемы отмечаются в соматической сфере и определяют те или иные конкретные характерные нарушения, которые встречаются у больных с депрессиями (Рис. 1).

В этом отношении мы также провели ряд исследований, направленных на поиск определенных биомаркеров, и одно из них было посвящено поиску как раз серотонинового звена и катаболических гормонов, а также возможности их использования при диагностике различных депрессий, в первую очередь «невротической» и «классической эндогенной», как мы ее называем, то есть депрессивного эпизода по МКБ-10.

Для этого мы использовали три группы пациентов — с эндогенной депрессией (депрессивным эпизодом), с кратковременной невротической депрессией и с пролонгированной депрессией — и попытались проанализировать у них уровни катаболических гормонов (а именно — кортизола) и тромбоцитарного серотонина.

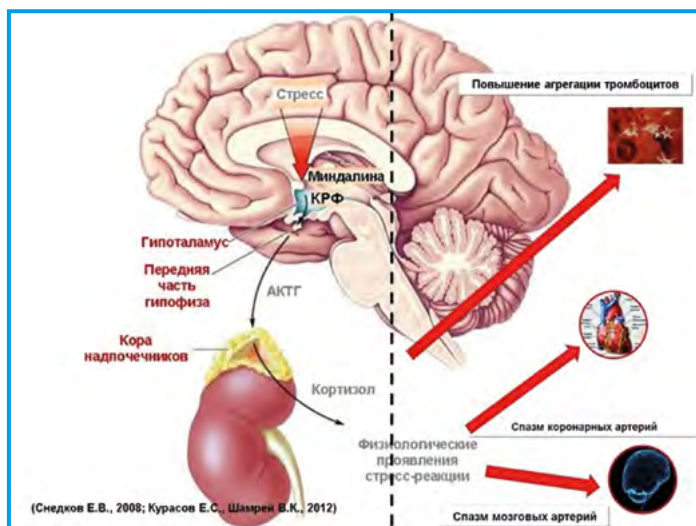


Рис. 1. Метаболические и соматические нарушения при депрессивных расстройствах

В этом отношении мы также провели ряд исследований, направленных на поиск определенных биомаркеров, и одно из них было посвящено поиску как раз серотонинового звена и катаболических гормонов, а также возможности их использования при диагностике различных депрессий, в первую очередь «невротической» и «классической эндогенной», как мы ее называем, то есть депрессивного эпизода по МКБ-10.

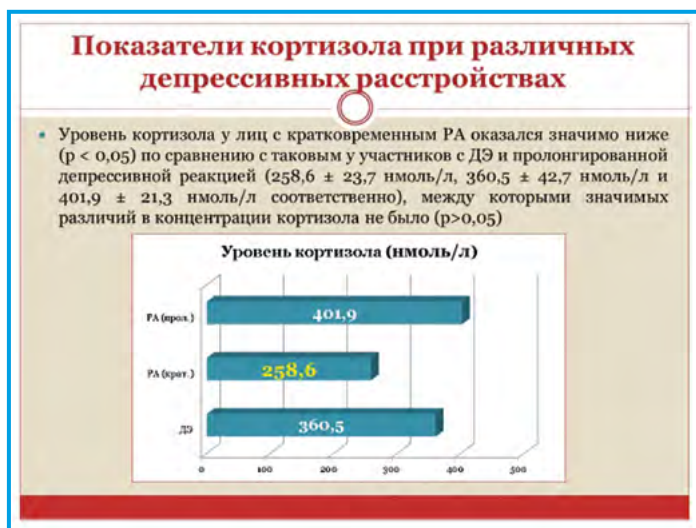


Рис. 2. Показатели кортизола при депрессивных расстройствах разной этиологии

Для этого мы использовали три группы пациентов – с эндогенной депрессией (депрессивным эпизодом), с кратковременной невротической депрессией и с пролонгированной депрессией – и попытались проанализировать

зировать у них уровни катаболических гормонов (а именно – кортизола) и тромбоцитарного серотонина.

Идя на это исследование, мы, в общем-то, не испытывали особенного «шапкозакидательского оптимизма» и не надеялись на какие-то «сверхнаходки», но в чем-то наши ожидания оправдались. Да, мы определили, что при кратковременных невротических депрессиях уровень кортизола ниже. Но при пролонгированной невротической депрессии и при эндогенной депрессии его уровни, в принципе, особенно ничем не отличались, что не дало нам возможности использовать кортизол как некий маркер эндогенной или невротической депрессии (Рис. 2).

Изучение уровня тромбоцитарного серотонина показало, что при депрессивном эпизоде, конечно же, его было поменьше у всех, хотя, в общем-то, сложно сказать, что он у кого-то уходил за нижний предел референтных значений. Только у небольшой группы пациентов действительно это было «со звездочкой» и значительно ниже нормы. У большинства это было в пределах нормы, но поближе к ее нижней границе (Рис. 3).



Рис. 3. Показатели тромбоцитарного серотонина при депрессивных расстройствах

При невротических депрессиях, в зависимости от длительности, краткосрочной или пролонгированной, были различия, но опять же незначимые, что тоже вызвало ряд вопросов. И, в связи с этим, мы обратились к другому нашему исследованию, которое проводилось ранее и было посвящено дифференциальной диагностике эмоциональных нарушений при невротических расстройствах и предболезненных состояниях, в которых мы использовали так называемый пиктополиграфический подход, который является нейрофизиологическим исследованием.

По сути, это предъявление стимульного материала и регистрация некоторых показателей при ответе на вопросы госпитальной шкалы тревоги и депрессии. Изучение эмоциональной значимости при ответах на вопро-

сы позволило нам тогда дифференцировать тех военнослужащих, которые предъявляли несколько утрированные жалобы к состоянию, от тех, у которых это состояние было уже более клинически сформировано.

Проведение такого же исследования в нашей работе показало, что действительно при эндогенных депрессиях ответ пациентов на стимульный материал был более значим, и показатели вегетативной сферы давали большее отклонение, а при невротических депрессиях этот ответ был менее значим, при кратковременных невротических — в наименьшей степени.

Собственно говоря, что дало наше исследование, что мы можем сказать? Изолированное применение лабораторных биомаркеров позволяет сделать определенные различия между нормой и патологией, но не дает возможности все-таки конечно и однозначно ответить на вопрос: какой клинический тип депрессии перед нами.

В связи с этим, на сегодняшний день нам представилось наиболее оптимальным то, что для повышения эффективности диагностики необходимо создание клинических моделей депрессивных расстройств, в том числе синдромально-дифференцированных, в которые должны входить показатели клинические (психопатологические), психометрические, нейровизуализационные, нейрофизиологические и так далее. Этот спектр может дополняться.

В итоге все выходит на формирование определенных дискриминантных моделей, которые на сегодняшний день, на данном этапе, нам могут дать ответ на вопрос, какая депрессия перед нами — невротическая либо эндогенная. Подчеркиваю: это только этап пути. В перспективе это синдромальная ориентация данной модели, то есть разбитие уже на определенные подтипы.

Это возможность привлечения в модель других биохимических и иммунологических показателей, это возможность привлечения других способов, других подходов в диагностике: окулографических, этологических и так далее. И все это может способствовать созданию неких аппаратных (либо даже — мобильных приложений), чтобы можно было бы врачу, имея под рукой банальный гаджет, ввести исходные данные и получить определенный ответ на интересующий его вопрос.

Что в мире есть перспективного на сегодняшний день? Это, безусловно, домен исследовательских критериев, который с 2013 года был анонсирован Институтом психического здоровья США (NIMH). Данное направление научной деятельности будет интегрировать в себе исследования в области генома, нейробиологии и станет основой инновационных классификационных подходов.

Оно основано на трех основных принципах: то, что психические расстройства являются заболеванием головного мозга, но в их основе лежит патология нейрональных связей. Патология на уровне нейронов может быть определена с помощью нейробиологических методов, а данные генетических и нейробиологических исследований будут уточняться в качестве биологических признаков, которые дополняют данные клинические проявления.

И, в заключение, хотелось бы сказать, что в настоящее время ни биомаркеры, ни другие методы и факторы риска не способны дать однозначно определенные профили и методы, способствующие достоверно точному диагнозу. Стратифицированная или персонифицированная терапия остается на сегодняшний день все-таки потенциально, но я считаю, что достижимой. Необходим дальнейший поиск биомаркеров психических расстройств, которые бы прямо были связаны с патофизиологическими механизмами и обладали возможностью проследить выраженность болезненного процесса и возможностью влиять на его лечение.

Мой доклад окончен, благодарю Вас за внимание!

Инструментальные методы объективизации и диагностики стрессовых расстройств у военнослужащих



Марченко А.А.¹, Лобачев А.В.²

Известный американский психиатр Ричард Габриель писал, что «государства обычно оценивают «затраты войны» в долларах, утраченной продукции или количестве убитых и раненых солдат. Но действительно редко военный истеблишмент пытается измерить их в категориях индивидуального страдания. Психические расстройства остаются одними из самых дорогостоящих результатов войны...». Последнее положение показывает всю

остроту проблемы психических нарушений у военнослужащих.

По статистике различных войн и разных армий, психиатрические потери на театре военных действий составляют 6,6–12,7% от численности войск и до 30% от общего числа санитарных потерь.

Отдельно рассматриваются реакции боевого стресса, развивающиеся в разные периоды боевых действий примерно у 15–25% личного состава. Вместе с тем, в зависимости от специфики боевых действий, этот показатель может быть и существенно выше и достигать почти половины личного состава.

- ❖ Психиатрические потери составляют 6,6-12,7% от численности войск и до 30% от общего числа санитарных потерь и обусловлены, в основном, расстройствами адаптации, а также стресс-обусловленным аддиктивным поведением.
- ❖ Реакции боевого стресса отмечаются у 15-25% личного состава, но этот показатель обнаруживает зависимость от специфики боевых действий:
- ❖ БД на о. Окинава (1945 г.) – эвакуировано по поводу боевой психической травмы 48,8% от общего числа раненых в армии США.
- ❖ Корейская война – доля эвакуированных по поводу БПТ - 20-25%.
- ❖ Война во Вьетнаме – доля эвакуированных по поводу БПТ - 35%.

В.К. Шамрей, 2015

Рис. 3. Распространенность психических расстройств в условиях войн

1 Марченко А.А. – д.м.н., профессор, профессор кафедры психиатрии ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны РФ.

2 Лобачев А.В. – к.м.н., старший преподаватель кафедры ОТМС ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны РФ.

Считается, что психиатрические потери в основном представлены расстройствами адаптации, а также стресс-обусловленным аддиктивным поведением. Вместе с тем, огромное значение в условиях локального вооруженного конфликта приобретают и различные формы девиантного поведения, число и характер которых заметно усугубляются по мере затягивания длительности войны. Поэтому далее мы рассмотрим современное состояние диагностики именно этих форм нарушений, и начнем с расстройств невротического спектра.



Рис. 4. Структура психических расстройств и поведенческих девиаций у военнослужащих в период войны в Афганистане

Казалось бы, что наиболее изучено в этом контексте посттравматическое стрессовое расстройство. Однако, при анализе работ по эпидемиологии этой патологии выявляются поразительные различия в оценках его распространенности даже в сходных выборках. Например, по данным Национального исследования реадaptации ветеранов Вьетнама полное соответствие критериям ПТСР выявлено у 31%, частичное – у 23%, всего – 53%. В тоже время опыт последних войн показывает существенно меньшие цифры: среди ветеранов США она варьирует в диапазоне от 4 до 17%, а среди военнослужащих Великобритании – 3–6%.

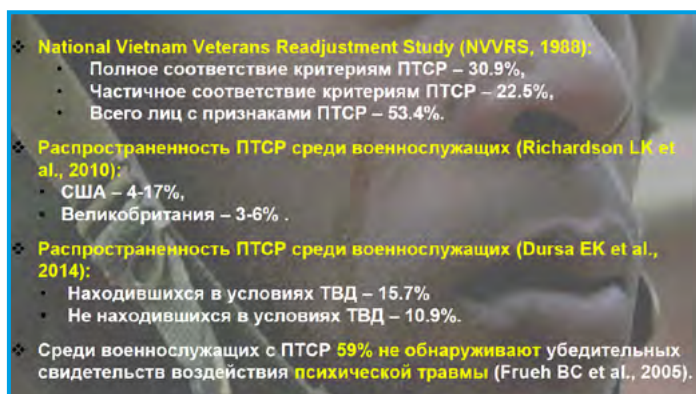
С другой стороны, заболеваемость ПТСР среди лиц, находившихся в зоне боевых действий (16%) лишь незначительно отличается от таковой среди нонкомбатантов (11%).

Более того, по данным Фрюе в 59% случаев ПТСР убедительных свидетельств воздействия травмы вообще выявить не удавалось.

Наиболее емко концептуальные сложности понятия ПТСР сформулированы, на наш взгляд, в работе Rosen, Spitzer и McHugh (2008), которые выделили три основных аспекта: размытые представления об этиологии, спорность синдромологической самостоятельности ПТСР и неоднозначность диагностических критериев. За годы, прошедшие с момента публикации этой работы, в теоретическом плане мало что изменилось.

Если такая чехарда наблюдается в отношении диагностики, причем даже одной довольно оформленной клинической сущности, то в плане

прогноза психических расстройств у военнослужащих положение обстоит еще хуже. Как показывает сопоставительный анализ, доля лиц с низкой устойчивостью – III и IV группы НПУ – достигает 25–30% от личного состава, тогда как заболеваемость психическими расстройствами варьирует в пределах 10–15%. Т.е. разница между группой возможного риска и группой реализовавшегося риска составляет 1 порядок! Точный же расчет прогностической ценности результата при оценке риска развития психических расстройств для показателя НПН составил всего 6,0%, что в совокупности с низкими показателями отношения правдоподобия свидетельствует о невозможности разделить лиц с риском психического заболевания и без риска с помощью данного подхода.



- ❖ **National Vietnam Veterans Readjustment Study (NVVRS, 1988):**
 - Полное соответствие критериям ПТСР – 30.9%,
 - Частичное соответствие критериям ПТСР – 22.5%,
 - Всего лиц с признаками ПТСР – 53.4%.
- ❖ **Распространенность ПТСР среди военнослужащих (Richardson LK et al., 2010):**
 - США – 4–17%,
 - Великобритания – 3–6% .
- ❖ **Распространенность ПТСР среди военнослужащих (Dursa EK et al., 2014):**
 - Находившихся в условиях ТВД – 15.7%
 - Не находившихся в условиях ТВД – 10.9%.
- ❖ Среди военнослужащих с ПТСР **59% не обнаруживают** убедительных свидетельств воздействия **психической травмы** (Frueh BC et al., 2005).

Рис. 5. Противоречия в эпидемиологии ПТСР

- Доля лиц с III и IV группами НПУ среди военнослужащих по призыву достигает **25-30%**, тогда как заболеваемость психическими расстройствами варьирует в пределах **10-15%**. Разница более чем в **1 порядок** свидетельствует о низкой прогностической ценности концепции НПУ в современной интерпретации.

- При оценке риска развития психических расстройств на базе показателя НПН прогностическая ценность результата составила всего **6,0%**, а отношение правдоподобия для отрицательного результата – **1,0 (=50%:50%)!**

Операционные характеристики	4 НПУ	3 НПУ	2 НПУ	1 НПУ
Чувствительность	0,02	0,59	0,2391	0,15
Специфичность	0,99	0,60	0,4687	0,94
ПЦР+	0,06	0,05	0,0143	0,08
ПЦР-	0,97	0,98	0,9501	0,97
LR+	1,9	1,5	0,5	2,5
LR-	1,0	0,7	1,6	0,9

Гончаренко А.Ю., 2017

Рис. 6. Взаимосвязь нервно-психической устойчивости и увольняемости военнослужащих в связи с психическим расстройством

Схожая картина наблюдается и в сфере профилактики болезней зависимости в армии. Наши результаты от 2014 г. показали, что распростра-

нённость употребления НСПВ среди военнослужащих по контракту составляла в среднем 25,6‰. Значительные различия между официальной статистикой заболеваемости (0,89‰) и данными результатами свидетельствуют о низкой эффективности системы мер по противодействию распространения НСПВ в ВС РФ, которые сейчас основаны на поголовном тестировании с помощью тест-полосок, что позволяет выявить лишь свежие, как правило, не более 1–3 дней, случаи употребления НСПВ, и вовсе не позволяют доказать наличие злоупотребления или зависимости.

Показатель	Данные военной полиции		Собственные результаты	
	2012 г. (N=61761)	2014 г. (N=39212)	сержантский состав (N=393)	офицерский состав (N=411)
Распространённость, ‰	4,61	0,89*	33,1	12,1 [#]
Предварительные положительные результаты, %	0,9	1,2	12,9	19,5
Ложноположительные результаты, %	46,6	92,5*	85,2	90,7 [#]
ПЦР «+», %	53,4	7,5*	16,2	9,1 [#]

Примечание: * – различия достоверно значимы в 2012 г. и 2014 г. при $p \leq 0,05$; [#] – различия достоверно значимы у сержантского и офицерского состава при $p \leq 0,05$

Собственные результаты (2014 г.) показали, что распространённость употребления НСПВ среди военнослужащих по контракту составляла в среднем 25,6 ‰. Значительные различия между официальной статистикой (0,89 ‰) и данными результатами свидетельствуют о низкой эффективности системы мер по противодействию распространения НСПВ в ВС РФ.

Гончаренко А.Ю., 2017

Рис. 7. Сравнительные результаты наркоскрининга военнослужащих

Не менее остро стоит и проблема прогноза девиантного поведения у военнослужащих. В настоящее время в этих целях применяется опросник, разработанный военным институтом на основе методики «Прогноз» и введенный в действие отдельной временной инструкцией. По итогам медицинского освидетельствования врачами-психиатрами граждан в ходе осенней призывной кампании 2016 года в связи с выявлением склонности к девиантному поведению на повторное медицинское освидетельствование было направлено только 0,96% призывников, при этом у половины из них (54%) были выявлены психические расстройства. Однако, девиантное поведение – это не психическое расстройство. Это отдельная категория, которая требует соответствующих методов выявления. Более того, даже в такой трактовке действующий инструмент не отличается высокой надежностью. Так, по итогам проведенного нами проспективного исследования (Кувшинов К.Э. и соавт., 2017) в частях ЗВО признаки отклоняющегося поведения выявляются у 14,3% военнослужащих!

Очевидно, что эти данные свидетельствуют об неадекватности используемого метода. И действительно, несколько отойдя в сторону, позволю себе напомнить, что большинство прогностических методик – это, по сути,

дериваты ММРІ (Рис. 9).



Рис. 8. Проблема прогноза девиантного поведения у военнослужащих

- ❖ методика определения нервно-психической устойчивости, риска дезадаптации в стрессе «Прогноз» (Баранов Ю.А. и др.);
- ❖ методика «Прогноз-2» (В.Ю. Рыбников);
- ❖ многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» (Маклаков А.Г., Чермянин С.В.);
- ❖ опросник «Модуль» (Юсупов В.В. и др.)
- ❖ опросник «Военно-профессиональная пригодность»

Рис. 9. Основные методики для психодиагностики в ВС РФ – дериваты ММРІ

Однако, при использовании таких тестов следует помнить несколько моментов (Рис. 10).

Отсюда возникает логичный вопрос: насколько правомочно оценивать здоровую личность в терминах жалоб психиатрических пациентов, в категориях душевных болезней, основанных на принципиально ином, не встречающемся у здоровых людей качестве переживаний?

Очевидно, что эти обескураживающие результаты, особенно в контексте широко известного эксперимента Розенхана (Рис. 12), поставившего под сомнение надёжность психиатрической диагностики, поддерживают сложившийся не только в общественном сознании, но и в медицинских кругах, устойчивый стереотип предубеждённого и настороженного отно-

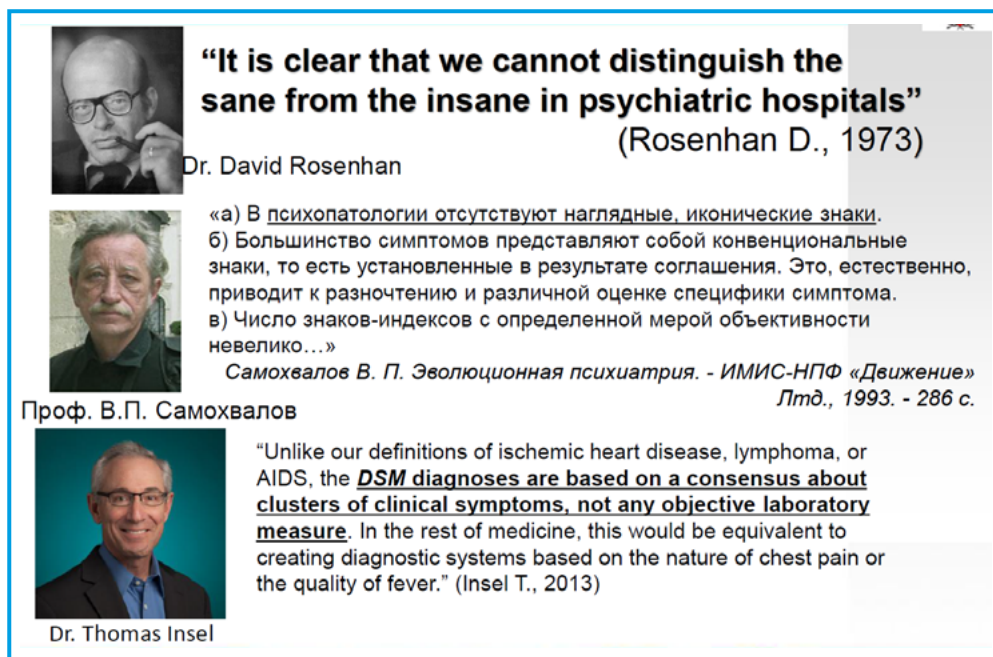
шения к психиатрии. В качестве узлового пункта данной проблемы профессор Самохвалов (1993) выделяет отсутствие наглядных, иконических знаков, доступных объективной регистрации, т.е. соответствующих «золотому стандарту» диагностики.

- ❖ MMPI – стандартизированный психометрический тест для выявления психических нарушений, разработанный для «удовлетворения диагностических потребностей психиатров» (Buchanan D.R., 1994).
- ❖ Собственной теоретической основы MMPI не имеет. Для составления утверждений S.R. Hathaway и J.C. McKinley использовали описание признаков психических заболеваний, которые предъявлялись здоровым людям и больным различных клинических групп.
- ❖ Поэтому диагностические заключения в своей основе содержат терминологический аппарат, характерный для психиатрических систематик первой половины XX века (шкалы ипохондрии, депрессии, истерии, паранойи, шизофрении, психастении).
- ❖ Расширительное использование MMPI для диагностики здоровой личности произошло под влиянием неправомерной экстраполяции умозрительной типологии Э. Кречмера.
- ❖ Различие между болезнью и здоровьем, по Кречмеру, лишь количественное: любому типу темперамента свойственны психотический, психопатический и здоровый варианты психического склада. Каждому из основных психотических заболеваний соответствует определённая форма психопатии, а также определённый темперамент здорового человека.

Рис. 10. «Подводные камни» использования производных MMPI для целей профотбора



Рис. 11. Спорность правомочности использования категориального аппарата психиатрии при описании здоровых лиц



“It is clear that we cannot distinguish the sane from the insane in psychiatric hospitals”
(Rosenhan D., 1973)

Dr. David Rosenhan

«а) В психопатологии отсутствуют наглядные, иконические знаки.
б) Большинство симптомов представляют собой конвенциональные знаки, то есть установленные в результате соглашения. Это, естественно, приводит к разночтению и различной оценке специфики симптома.
в) Число знаков-индексов с определенной мерой объективности невелико...»

Самохвалов В. П. Эволюционная психиатрия. - ИМИС-НПФ «Движение» Лтд., 1993. - 286 с.

Проф. В.П. Самохвалов

Dr. Thomas Insel

“Unlike our definitions of ischemic heart disease, lymphoma, or AIDS, the **DSM diagnoses are based on a consensus about clusters of clinical symptoms, not any objective laboratory measure**. In the rest of medicine, this would be equivalent to creating diagnostic systems based on the nature of chest pain or the quality of fever.” (Insel T., 2013)

Рис. 12. Основные проблемы психиатрической диагностики

В этом контексте очевидной становится основная проблема мониторинга постстрессовых расстройств у военнослужащих — отсутствие релевантных скрининговых методик для ранней диагностики, а в идеале — и прогноза, расстройств невротического спектра и склонности к девиантному поведению на основе объективных показателей. Поэтому далее я доложу о некоторых результатах работ, проводящихся в академии в этом направлении.

Одно из традиционных направлений — изучение особенностей физиологических реакций при психических расстройствах. Так, еще около 20 лет в работах Бориса Серафимовича Фролова постулировалась принципиальная перспективность такого подхода.

В основу первого исследования была положена задача создания способа психофизиологической диагностики измененной реактивности организма посредством объективной оценки симптомов гиперактивации ЦНС и сверхбдительности, соответствующих симптоматическому кластеру «D» диагностических критериев ПТСР классификации DSM-IV, и являющихся значимым маркером адаптационных расстройств. Регистрировались физиологические показатели — КГР, ЧСС, ФПГ — при предъявлении стресс-стимулов, или если короче, проводилось стресс-тестирование. Было обследовано 40 комбатантов с частичными проявлениями ПТСР, 22 пациента с расстройствами адаптации и контрольная группа — 15 здоровых лиц. Как видно на рисунке 13, кожно-гальваническая реакция у основных групп была значимо выше, чем у здоровых.

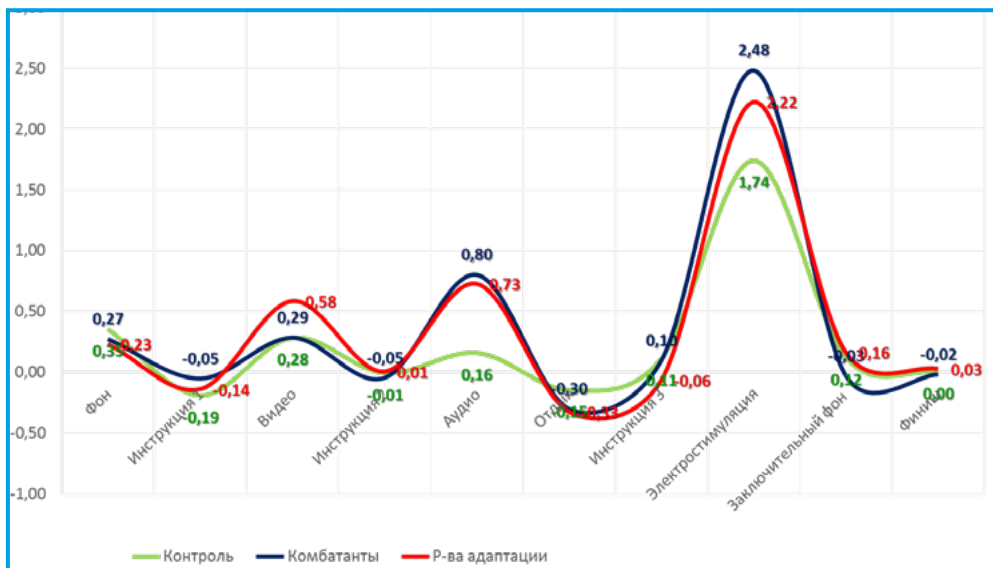


Рис. 13. Средние значения КГР на этапах стресс-тестирования в обследованных группах

Профиль динамики ФПГ комбатантов, напротив, был ближе к таковому у здоровых лиц (Рис. 14).

Ему же вторит и директор национального института психического здоровья США Томас Инсел, который спустя месяц после официального выхода в свет классификации DSM-Y провозгласил отказ от ее использования и анонсировал разработку собственной систематики, известной под названием Research Domain Criteria, характеризующейся жестким биологическим редукционизмом.

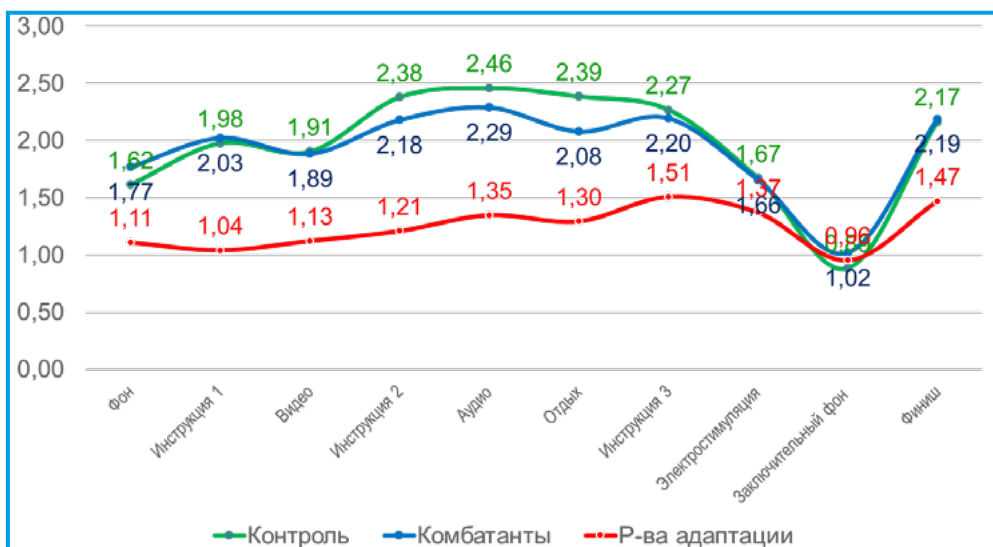


Рис. 14. Средние значения ФПГ на этапах стресс-тестирования в обследованных группах

По профилю ЧСС комбатанты занимали промежуточное положение за исключением этапа электростимуляции, где у них наблюдалась наиболее выраженная реакция (Рис. 15).

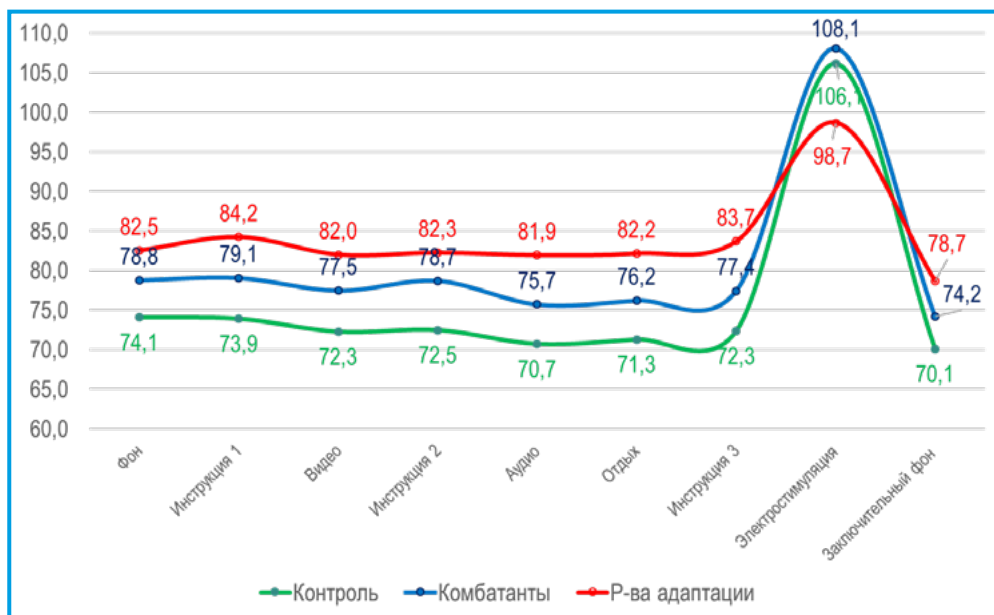


Рис. 15. Средние значения ЧСС на этапах стресс-тестирования в обследованных группах



Рис. 16. Кожно-гальваническая реакция и фотоплетизмограмма у обследуемых в ответ на визуальные стимулы

Линии тренда КГР на этапе предъявления видеостимулов показывают повышение проводимости кожных покровов у пациентов и комбатантов, свидетельствуя о том, что у них не возникает привыкания к стрессу, и указывая на высокий уровень тревожности (Рис. 16). Схожие тенденции (за счет сужения сосудов) наблюдаются при изучении фотоплетизмограммы.

На этих данных было построено дискриминантное уравнение с общей точностью в 71% (Рис. 17).

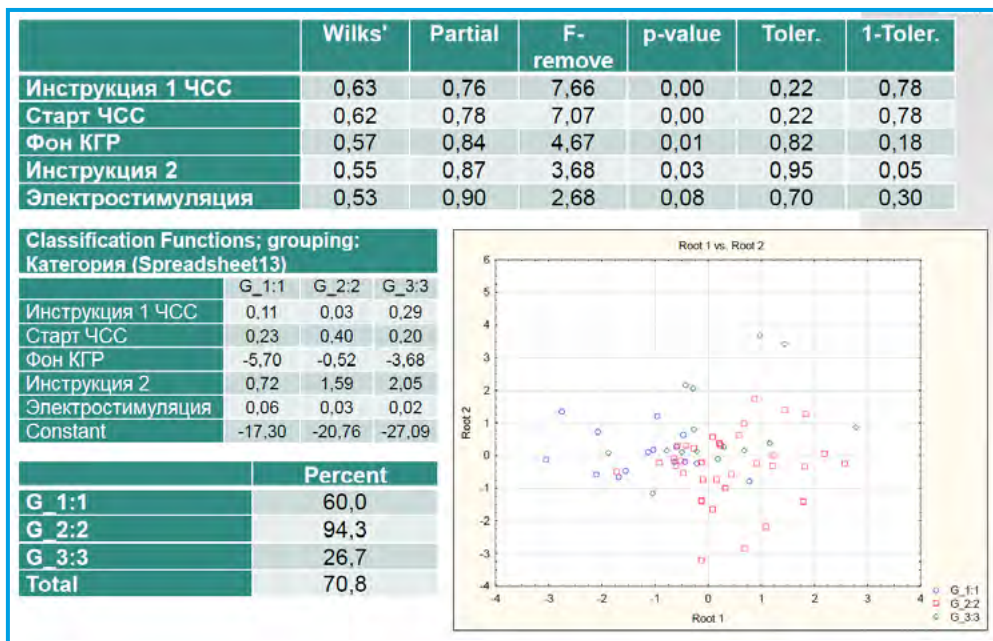


Рис. 17. Линейные дискриминантные функции для дифференциации обследуемых целевых категорий по результатам стресс-тестирования

Вместе с тем, нельзя не отметить ограниченность такого подхода, поскольку он низкоспецифичен, дает мало представлений о патогенезе наблюдаемых нарушений и применим, в основном, для группового анализа, не обогащая инструментарий врача столь необходимыми патогномичными признаками. Поэтому второе направление наших исследований было основано на этиологической парадигме.

В этой части работы нами было решено оценить возможность объективной регистрации отдельно взятого конструкта систематики Research Domain Criteria – потенциальной угрозы или тревоги, для чего одного было обследовано по 27 больных с тревожными проявлениями (отбирались по шкале НАМА с порогом отсечения в 20 баллов, что соответствовало умеренной и тяжелой тревоге). Контрольную группу составили 25 здоровых лиц. Больным проводилось структурированное интервью, включавшее оценку симптоматики и задания на трактовку пословиц. Разметка видеозаписей проводилась с помощью сконструированного специалистами научно-про-

изводственного предприятия «Видеомикс» АПК биометрической видеорегистрации (Рис. 18) с выделением элементарных и простых комплексов поведения в соответствии с глоссариями Самохвалова и Крейдлина³.

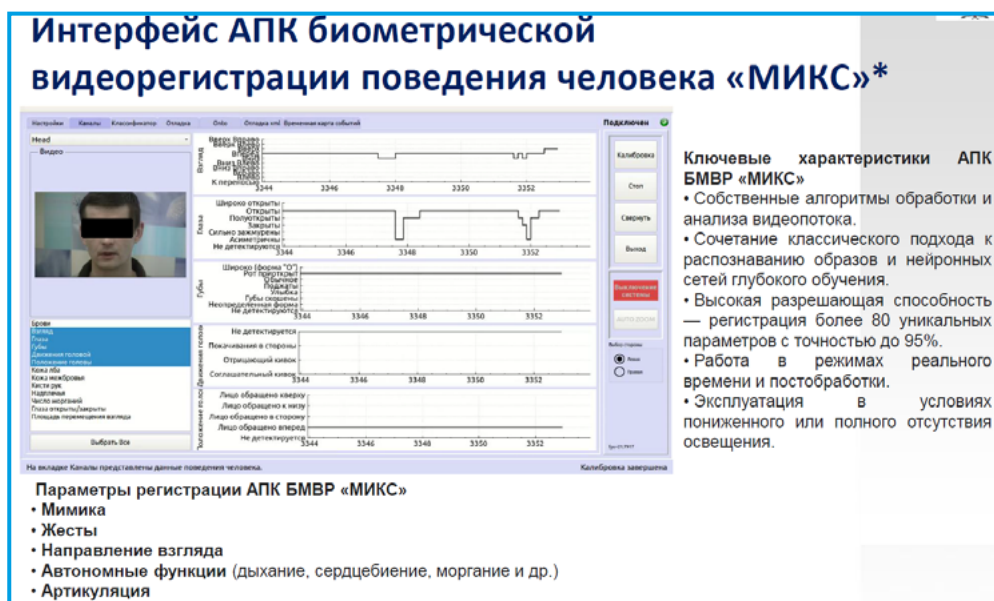


Рис. 18. Интерфейс АПК биометрической видеорегистрации поведения человека «МИКС»

Статистические выкладки позволили выделиться представленные на Рис. 19 значимые различия в частотах отдельных двигательных актов и построить значимую модель диагностики на основе наивного байесовского классификатора (Рис. 20).

Брови приподняты	0,29±0,75	1,26±2,10
Положение ног в позе кучера	0,08±0,41	1,15±2,11
Взгляд направлен вправо	6,71±4,81	4,04±4,43
Взгляд направлен вверх и влево	0,92±1,41	0,15±0,36
Взгляд направлен вверх и вправо	0,83±1,37	0,26±0,53
Прямая ориентация туловища	0,04±0,20	0,63±1,15

Рис. 19. Значимые различия частот двигательных актов

Однако более интересными оказались результаты факторного анализа (Рис. 21). Так, если у здоровых спектр реакций описывался 4-мя формами, которые мы условно обозначили, как игра бровями, оборонительно-агонистическое поведение, реакция неуверенности и поисковое поведение, то у больных они образовывали следующие группы: суетливость, защитная реакция, контроль собеседника и запрос поддержки. Пятый фактор трактовке не поддавался.

³ Этот и следующий этап работы выполнялись в рамках некоммерческого партнерства с ООО «НПП Видеомикс» совместно с А.В. Ониксимовым, к.т.н. П.И Дмитриевым.

Classification summary (Naive Bayes Classifier), Категория, Train sample (Spreadsheet8)					
	Total	Correct	Incorrect	Correct(%)	Incorrect(%)
Здоровые	26	21	5	80,8	19,2
Больные	12	12	0	100,0	0,0
Classification summary (Naive Bayes Classifier), Категория, Overall sample (Spreadsheet8)					
	Total	Correct	Incorrect	Correct(%)	Incorrect(%)
Здоровые	37	24	13	64,9	35,1
Больные	14	14	0	100,0	0,0
Confusion matrix (Naive Bayes Classifier), Категория, Overall sample (Spreadsheet8)					
Observed (rows) x Predicted (columns)					
	1	2			
Здоровые	24	0			
Больные	13	14			

Рис. 20. Характеристики модели диагностики на базе наивного байесовского классификатора

Группа здоровых испытуемых				
1 - Реакция «Игра бровями»	2 - «Оборонительно-агонистическое поведение»	3 - «Реакция неуверенности»	4 - «Поисковое поведение»	
<ul style="list-style-type: none"> •Брови в исходном положении •Брови симметрично подняты •Брови ассиметрично приподняты •Брови нахмурены •Лицо обращено в сторону 	<ul style="list-style-type: none"> •Глазные щели сильно зажмурены •Скрещивание ног в области голени •Губы скошены в одну сторону •Руки спрятаны 	<ul style="list-style-type: none"> •Отрицающий кивок «нет» •Симметричное положение плеч •Симметричное поднятие плеч •Поднимание плеча 	<ul style="list-style-type: none"> •Рот приоткрыт •Взгляд направлен вперед •Взгляд направлен вправо •Взгляд направлен вверх •Взгляд направлен вниз •Взгляд направлен вверх и вправо •Взгляд направлен вниз и влево 	
Группа больных				
1 - «Суетливость»	2 - «Оборонительное поведение»	3 - «Контроль собеседника»	4 - «Запрос поддержки»	5
<ul style="list-style-type: none"> •Брови в исходном положении •Брови ассиметричны •Одна из кистей рук на уровне живота •Руки передвигаются •Рука (правая или левая) в области колена •Лицо обращено книзу •Лицо обращено кверху •Соглашательный кивок «да» •Симметричное положение плечей •Поднимание плеча •Приведение плеча •Прямое положение туловища 	<ul style="list-style-type: none"> •Глазные щели сильно зажмурены •Рука на уровне груди обхватывает выпрямленную руку (полуобхват) •Голова вертикальна – лицо обращено в сторону •Спокойное положение ног •Отведение бедра •Расположение голени одной ноги под бедром другой •Кисти рук на уровне груди (и сцеплены) 	<ul style="list-style-type: none"> •Взгляд направлен вперед •Взгляд направлен вправо 	<ul style="list-style-type: none"> •Брови максимально и симметрично подняты •Покачивание головы из стороны в сторону •Улыбка •Губы поджаты •Зрачки направлены к переносице 	<ul style="list-style-type: none"> •Приведение бедра •Скрещивание ног в области голени

Рис. 21. Сопоставление выделенных факторов двигательной активности у больных и здоровых лиц

Таким образом, показана возможность объективной регистрации тревоги по поведению обследуемых, что позволяет далее разрабатывать новую психиатрическую синдромологию на базе этологического подхода.

В рамках 3-го направления исследований мы остановились на изучении возможностей диагностики тревоги по глазодвигательным реакциям (на том же контингенте, но по 19 человек в группе). Использовалось также оборудование, разработанное НПП «Видеомикс». Внешний вид комплекса – системный блок с встроеными камерами высокой четкости. Интер-

фейс позволяет отслеживать направление взгляда в процессе выполнения тестовых заданий (Рис. 22).

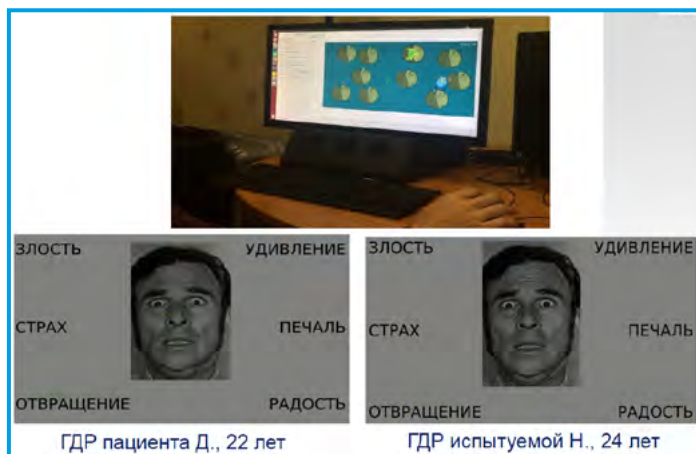


Рис. 22. Внешний вид и интерфейс АПК для изучения глазодвигательных реакций

Какие же результаты были получены? В одном из заданий больным требовалось определить тип представленной на фотографии эмоции. И уже здесь мы обнаружили два заметных количественных отличия от здоровых лиц: увеличение количества и суммарной площади зон интереса. Но более интересным представляется выявленный феномен появления ложных смысловых ядер, четко выявляемый на тепловых картах глазодвигательных реакций (Рис. 23–26).

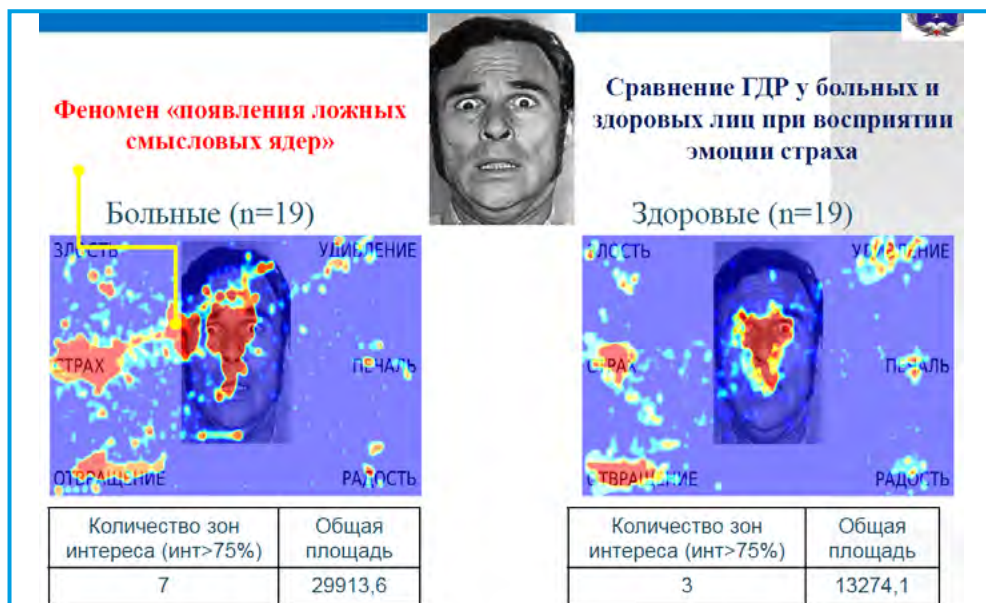


Рис. 23. Феномен «ложного смыслового ядра» при определении на фотографии эмоции страха

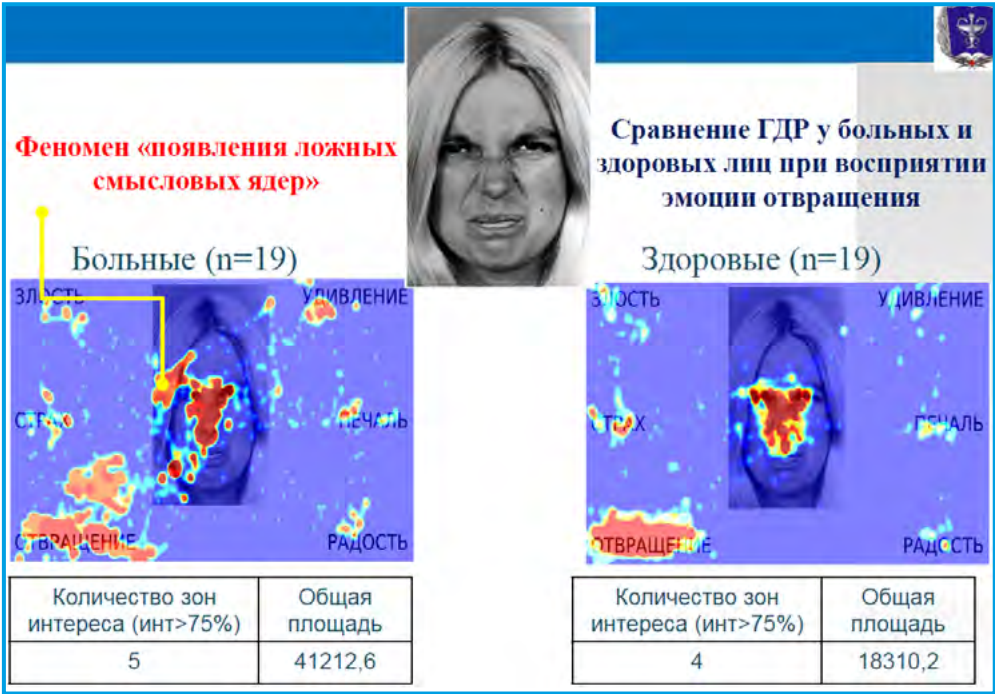


Рис. 24. Феномен «ложного смыслового ядра» при определении на фотографии эмоции отвращения

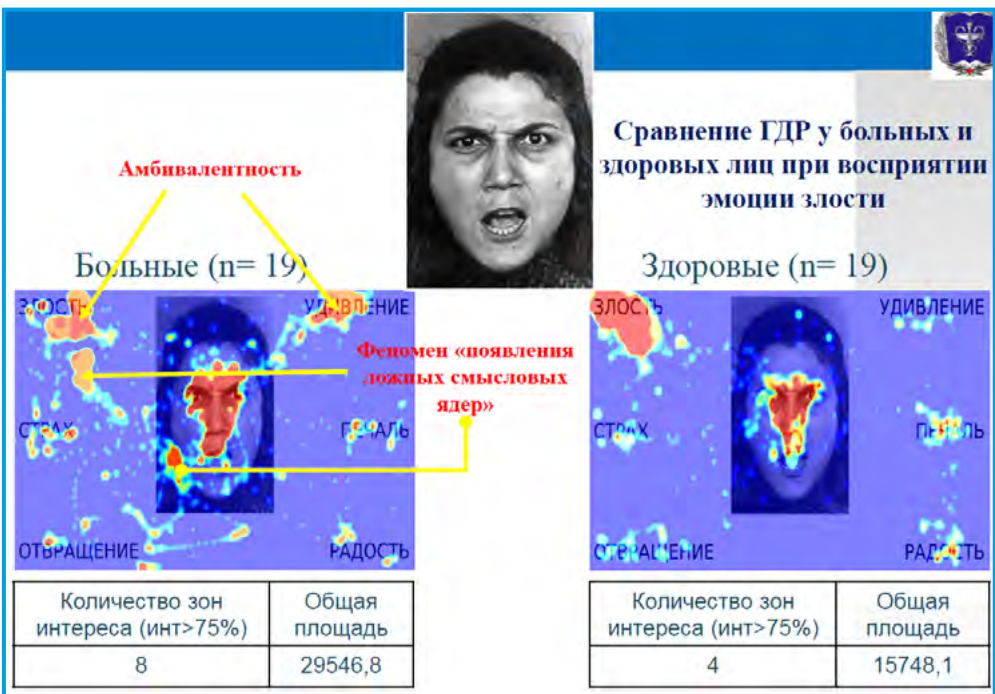


Рис. 25. Феномен «ложного смыслового ядра» при определении на фотографии эмоции злости



Рис. 26. Феномен «ложного смыслового ядра» при определении на фотографии эмоции радости

В тестовом задании на поиск одинаковой текстуры мы выявили феномен диффузии смысловых ядер (Рис. 27).

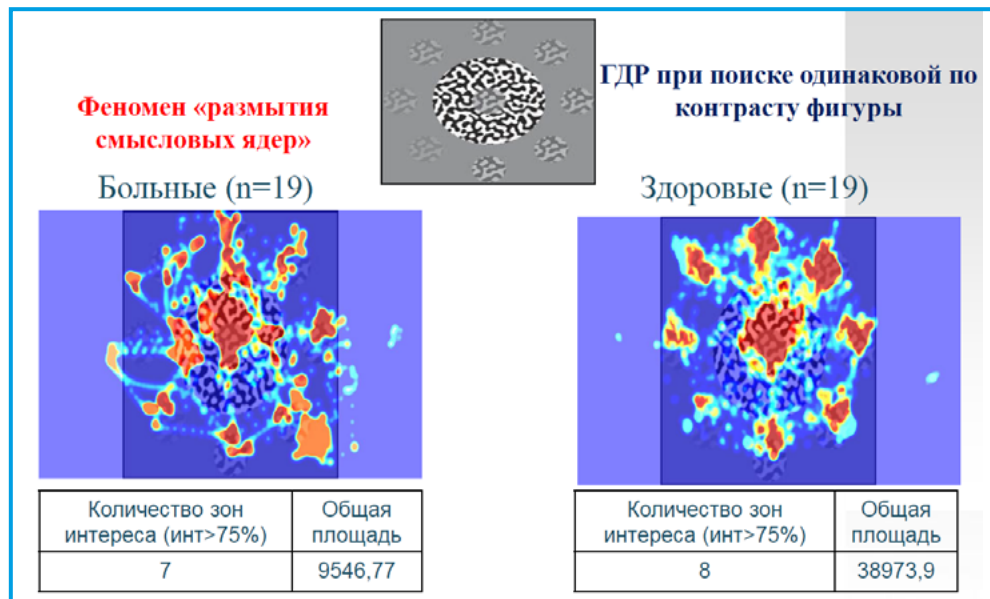
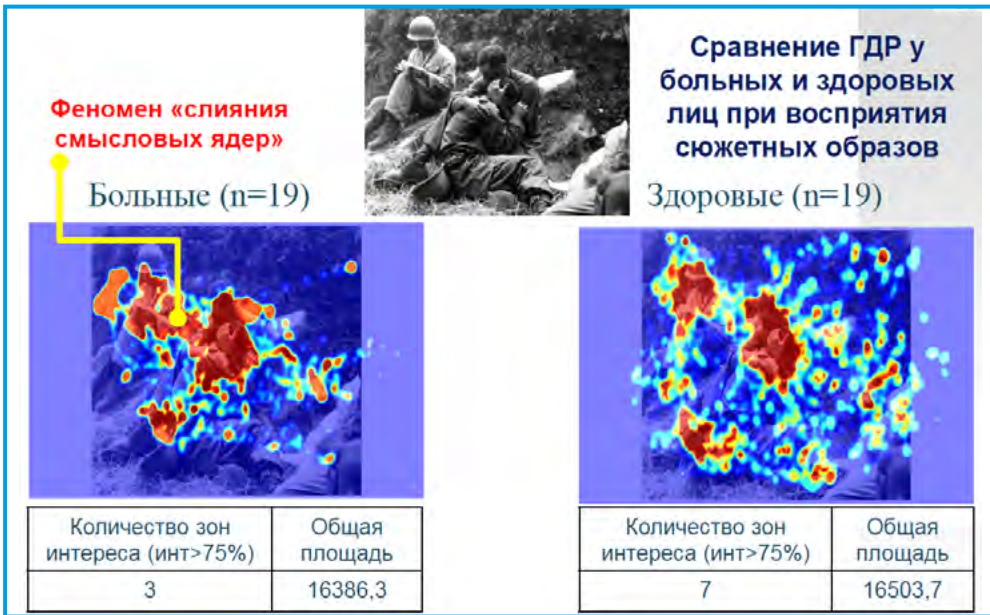


Рис. 27. Феномен «диффузии смыслового ядра» на тепловой карте ГДР при поиске одинаковой по контрасту фигуры

А в задании на восприятие сценических образов был обнаружен феномен слияния смысловых ядер при сниженном числе зон интереса (Рис. 28, 29).



Такие качественные особенности позволяют нам постулировать наличие доменспецифичных (для домена тревоги) признаков, доступных объективной регистрации.

Анализ перспектив применения этой технологии позволяет задуматься прежде всего о системе медико-психологического сопровождения военных специалистов и мониторинга их профессиональной надежности. Нам представляется, что она открывает совершенно новые возможности в рамках оценки профессионально-важных качеств: свойств анализаторов, когнитивных и аффективных систем, системы социального процессинга, а также отдельных психологических качеств и даже особенностей мотивационной сферы (Рис. 30).

<p>1. Свойства анализаторов</p> <ul style="list-style-type: none"> - Свойства зрительного анализатора (различительная способность, скорость адаптации зрительного анализатора к световой обстановке, особенности зрительного восприятия, скорость реакции на зрительный стимул) <p>2. Когнитивные системы</p> <ul style="list-style-type: none"> - Корректность в выборе цели, обновлении, представлении и удержании («Помехоустойчивость», «Светофор», РДО) - Корректность в выборе реакции (Тест «Реакция выбора», Eriksen flanker task, Go/No-go tasks) - Устойчивость подавления/ингибирования конкурентных стимулов («Помехоустойчивость», Струп-тест, тесты Мюнстерберга, Трондайка) - Эмоциональная память (Эмоциональный тест Струпа) - Скорость мышления (Тест «Скорость мышления», Quick Test of Cognitive Speed) - Гибкость мышления (Dual task paradigms test) <p>3. Аффективные системы</p> <ul style="list-style-type: none"> - Устойчивость к ситуациям острой угрозы (Trier Social Stress Test, Fear Conditioning Tasks) - Устойчивость к ситуациям утраты (I.E.D.S. STRAIN) 	<ul style="list-style-type: none"> - Устойчивость к фрустрирующему лишению подкрепления (Frustrative Nonreward Responsiveness Subscale) - Выраженность первичной чувствительности к вознаграждению (Simple Guessing Task) - Выраженность стойкой чувствительности к вознаграждению (Monetary Incentive Delay Task) <p>4. Системы социального процессинга</p> <ul style="list-style-type: none"> - Способность к соучастию и привязанности (Cyberball, One-armed Bandit Task) - Навыки социальной коммуникации (ER-40 – Penn Emotion Recognition Test, Gaze Cuing) - Способность к восприятию и осознанию других (Hinting Task) <p>5. Отдельные психологические качества</p> <ul style="list-style-type: none"> - Решительность и смелость (Опросник Н.Е. Стамбуловой) - Дисциплинированность (Опросник «Дисциплинированность») <p>6. Особенности профессиональной мотивации</p> <ul style="list-style-type: none"> - Альтруизм (Тест «Иерархия потребностей») - Патриотизм и т.п.
--	--

Рис. 30. Сферы оценки с помощью айтрекинга при мониторинге профессиональной надежности военных специалистов



Рис. 31. Этапы медико-психологического сопровождения военнослужащих

Вместе с тем, хотелось бы отметить, что рассмотренные методы имели намного большую разрешающую способность, если бы использовались на регулярной основе в рамках последовательной, этапной системы медико-психологического сопровождения (Рис. 31) с систематическим проведением обследования на всех этапах военной службы, что позволит оценивать динамику ПВК и психического состояния по сравнению с индивидуальной нормой, т.е. дельту от фона, начиная с этапа отбора и, соответственно, разрабатывать персональные рекомендации по сохранению психического здоровья.

Литература

1. Психиатрия войн и катастроф / под ред. В. К. Шамрея. – Санкт-Петербург : СпецЛит, 2015. – 431 с.
2. Trauma and the Vietnam War Generation: Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study / Ed. by R.A. Kulka, W.E. Schlenger, J.A. Fairbank et al. – New York: Brunner/Mazel, Publishers, 1990. – 322 p.
3. *Richardson LK, Frueh C, Acierno R.* Prevalence Estimates of Combat-Related PTSD: A Critical Review. *Aust N Z J Psychiatry.* 2010; 44(1): 4–19.
4. *Dursa EK, Reinhard MJ, Barth SK, Schneiderman AI.* Prevalence of a positive screen for PTSD among OEF/OIF and OEF/OIF-era Veterans in a large population-based cohort. *J Traum Stress.* 2014; 27:542–9.
5. *Frueh BC, Elhai JD, Grubaugh AL et al.* Documented combat exposure of US veterans seeking treatment for combat-related post-traumatic stress disorder. *Br J Psychiatry.* 2005; 186: 467–72.
6. *Rosen GM, Spitzer RL, McHugh PR.* Problems with the post-traumatic stress disorder diagnosis and its future in DSM–V. *Br J Psychiatry.* 2008; 192: 3–4.
7. *Гончаренко А.Ю.* Система мониторинга психического здоровья военнослужащих, проходящих военную службу по контракту: Дис. ... докт. мед. наук. – СПб.: ВМедА, 2017. – 350 с.
8. Прогнозирование отклоняющегося поведения у военнослужащих, проходящих военную службу по призыву / К.Э. Кувшинов, В.К. Шамрей, А.Л. Чаплюк и др. // *Воен.-мед. журн.* – 2017. – Т. 338. № 9. – С. 4–10.
9. *Rosenhan D.L.* On being sane in insane places. *Science.* 1973; 179(70): 250–8.
10. *Самохвалов В.П.* Эволюционная психиатрия. – ИМИС: НПФ «Движение», 1993. – 286 с.
11. *Крейндлин Г.Е.* Невербальная семиотика: язык тела и естественный язык. – М.: Новое литературное обозрение, 2002. – 592 с.

**Общественные формы помощи в психиатрии:
роль НКО и волонтеров в оказании
психиатрической и социальной помощи**

Общественное движение в современной российской психиатрии: достижения и проблемы



Солохина Т.А.¹

Уважаемые коллеги! В настоящее время не вызывает сомнений, что общественное движение, представленное организациями пользователей помощи, общественными профессиональными объединениями, другими некоммерческими организациями, работой волонтеров, является значимым элементом общей системы охраны психического здоровья.

Сообщение посвящено анализу состояния общественного сектора в психиатрии, его достижениям, обсуждению мер, необходимых для его расширения и повышения эффективности, рассмотрению проблем, тормозящих его развитие.

В основу сообщения легли результаты научных исследований отдела организации психиатрических служб ФГБНУ НЦПЗ, данные литературы и государственной статистики о некоммерческом секторе, электронные каталоги организаций, предоставляющих услуги людям с особенностями психического здоровья², доклад о состоянии гражданского общества в РФ за 2017 г., сообщения средств массовой информации, мнения лидеров общественных объединений.

Как известно, причиной возникновения общественного движения в психиатрии в нашей стране и за рубежом всегда являлась неудовлетворенность качеством оказываемой психиатрической помощи, протесты в адрес государственной политики в области психиатрии, связанные со слабой социальной и правовой защитой психически больных людей, крайне низкой толерантностью общества к ним.

Современный период развития общественного движения за рубежом связывают с антипсихиатрическим движением, которое зародилось в начале 60-х годов в Англии и получило широкое развитие в странах Западной Европы, в США и ряде латиноамериканских стран. Как показала последующая практика, общественные антипсихиатрические течения в значительной мере повлияли на дальнейшее развитие психиатрии. Они привели к разработке и совершенствованию правовых и этических стандартов в психиатрии, изменению структурной организации ее службы, во многих странах в области психиатрии был проведен целый ряд реформ [7].

1 Солохина Т.А. – ФГБНУ НЦПЗ, заведующая отделом организации психиатрических служб, Председатель правления Региональной благотворительной общественной организации «Семья и психическое здоровье».

2 Союз «Союз специалистов в сфере охраны психического здоровья», 2015, 2017.

В дальнейшем, уже в середине 80-х годов XX века, в зарубежных странах на развитие общественного движения оказала влияние деинституционализация, которая способствовала созданию широкой сети общественных организаций, появлению различных внебольничных форм помощи, полустационаров, специальных клубов, центров реабилитации и трудотерапии [6].

В России основы общественной психиатрии были заложены еще в середине XIX – начале XX века, но новая веха в развитии общественного движения связана с перестройкой всего социально-политического уклада жизни страны, начиная с конца 80-х годов прошлого столетия. С вступлением в силу в 1995 г. Федерального Закона N 82-ФЗ «Об общественных объединениях», а затем в 1996 г. Федерального закона N 7-ФЗ «О некоммерческих организациях» активизировался рост численности добровольных формирований, деятельность которых связана с проблемами психического здоровья.

Повышение роли общественного сектора в социально-политической и экономической жизни государства – это мировая тенденция. Во всех демократических странах развитый общественный (неправительственный, некоммерческий) или, как его еще называют, третий сектор, является предметом гордости и считается основой гражданского общества. Реформирование отечественной службы психического здоровья, ее модернизация, внедрение модели общественно-ориентированной психиатрии предполагают активное участие в этом процессе общественного звена.

Место и роль общественного сектора в психиатрии предоставлены на рисунке 1. Так, на уровне общества общественные объединения способствуют изменению стереотипных представлений о психически больных людях и членах их семей, обращают внимание общества к их нуждам, заявляют о себе как о новом общественном институте и, что очень важно, предоставляют возможности для реализации духовных, социальных, творческих потребностей личности, увеличивают рабочие места, влияя, таким образом, на социально-экономическую ситуацию в стране.

В общей системе психиатрической помощи общественные, некоммерческие организации (НКО) решают следующие задачи: предоставляют населению широкий спектр жизненно важных услуг, на которые существует спрос, но недостаточно предложений от государства или коммерческого сектора; вынуждают лучше работать представителей власти; участвуют в квалифицированной и независимой экспертизе проектов законов, нормативных актов, касающихся прав и интересов людей с психическими расстройствами; принимают активное участие в лечебно-реабилитационном процессе и др.

В области психосоциальной реабилитации НКО содействуют реализации общественно-ориентированных программ (вовлечение в различные виды деятельности, непосредственное проведение реабилитационных программ, ресоциализация психически больных людей и их интеграция в общество).



Рис. 1. Место и роль общественного сектора в психиатрии

На рисунке 2 представлены объединения, составляющие структуру общественного, некоммерческого сектора в психиатрии, к которым относятся профессиональные общественные организации (например, Российское общество психиатров, Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига, РОО «Клуб психиатров» и мн. др.), объединения пациентов и членов их семей (ОООИ «Новые возможности», РБОО «Семья и психическое здоровье», РОО «Круг», РБОО «Центр лечебной педагогики»), другие НКО, не являющиеся объединениями пользователей помощи, но занятые деятельностью, связанной со сферой психического здоровья (многочисленные автономные некоммерческие организации, например, АНО «Русский дом»), благотворительные фонды, волонтерское движение, активисты различных незарегистрированных общественных групп.

Признанными институтами гражданского общества, обеспечивающими его взаимодействие с органами власти, являются Общественная палата РФ, общественные палаты субъектов Федерации, Общественные советы. Это ключевые площадки для диалога активистов, представителей власти и бизнеса. Задача этих институтов гражданского общества ставить перед властью наиболее острые вопросы, требующие решений, давать рекомендации, побуждать министерства и ведомства заниматься существующими проблемами той или иной отрасли.

Общественная палата РФ включает 19 комиссий, в том числе, комиссии по охране здоровья граждан и развитию здравоохранения, развитию некоммерческого сектора и поддержке социально-ориентированных НКО, по общественному контролю и взаимодействию с общественными советами (Рис. 3).

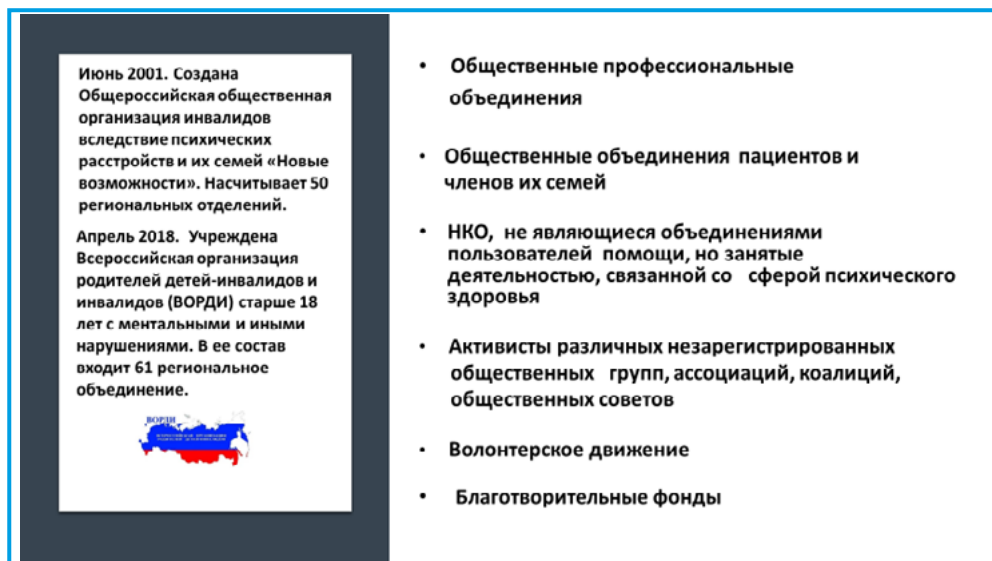


Рис. 2. Общественный сектор в психиатрии



Рис. 3. Комиссии Общественной палаты Российской Федерации

Решения общественных советов, общественных палат, комиссий носят рекомендательный характер и формулируются в виде резолюций, предлагаемых решений, рекомендаций, что не накладывает на органы власти прямых обязательств перед такими гражданскими институтами-посредниками.

В 2005 г. по инициативе академика Т.Б. Дмитриевой был создан Общественный совет при главном специалисте-психиатре РФ, нацеленный на решение следующих задач:

- консолидация сил гражданского общества для решения проблем психического здоровья;
- привлечение внимания властных и общественных структур к актуальным проблемам российской психиатрии;
- создание постоянной, прямой и эффективной связи между властью, пользователями помощи и профессионалами службы;
- оказание содействия государственной психиатрической службе в разработке мер по улучшению качества психиатрической помощи;
- преодоление существующих в обществе стереотипных негативных представлений о психиатрии, психиатрах и психически больных людях.

В работе Общественного совета используются различные формы деятельности: круглые столы, знакомство с опытом работы региональных психиатрических служб и НКО, организация и координация мероприятий Всемирного дня психического здоровья в региональных психиатрических службах. Наиболее значимым, успешным проектом Общественного совета является Ежегодный (с 2007 г.) Всероссийский конкурс «За подвижничество в области душевного здоровья» имени академика Т.Б. Дмитриевой.

Гражданское общество находится в постоянном движении. Вместе с тем, несмотря на рост гражданской активности и значительное увеличение числа тех, кто вовлечен в различные общественные инициативы, добровольческую деятельность и занят благотворительностью, точное количество общественных объединений в психиатрии неизвестно. Таких сведений нет и в государственных формах статистической отчетности, однако по результатам наших исследований можно предположить, что количество НКО в психиатрии уже весьма значительное. Следует отметить, что Всемирная организация здравоохранения рекомендует учитывать число организаций, созданных пациентами, членами их семей, число членов в этих организациях, а также число других организаций, работающих в сфере психического здоровья.

Из различных источников нами собраны и проанализированы сведения о 331 организации, работающей в сфере психического здоровья (в их число не были включены общероссийские профессиональные объединения). Были изучены НКО Москвы, Московской области, Санкт-Петербурга, Псковской, Ленинградская областей, ряда других регионов страны.

Как видно на рисунке 4, наибольший удельный вес составляют НКО, предоставляющие психологическую и психотерапевтическую помощь, а также осуществляющие психосоциальную реабилитацию (почти 66%). Низок удельный вес организаций, предоставляющих трудовую занятость (2,7%), а также общественных форм помощи, оказывающих правовую поддержку и юридическую помощь (4,5%), несмотря на высокую потребность в ней (по результатам исследований отдела организации психиатрических служб ФГБНУ НЦПЗ 70% обследованных семей нуждаются в этом виде помощи). Ряд организаций оказывают помощь лицам с психическими рас-

стройствами для их интеграции в общество, повышения психосоциальной адаптации посредством искусства и культуры (7,6%), 15,4% изученных НКО оказывают финансовую помощь (фонды), предоставляют поддержку в сфере социальной защиты, занимаются педагогической, издательской, образовательной деятельностью и проч.

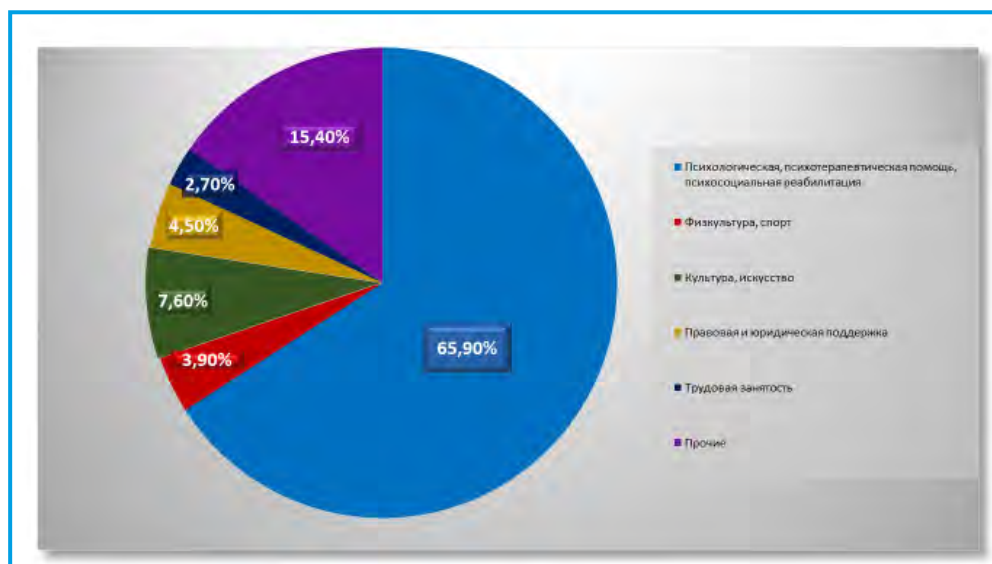


Рис. 4. Распределение НКО, работающих в сфере психического здоровья (N = 331), по видам деятельности (в %)

Общественные объединения для привлечения внимания общества и властных структур применяют хорошо известные и проверенные в действии традиционные технологии (сбор подписей в различных заявлениях и обращениях, переговорный процесс с региональными властями), а также инновационные методы работы (Рис. 5), к числу которых, относится, например, поиск и мобилизация сторонников из числа политических партий. Зарубежные общественные организации активно используют эту технологию, голосуют на выборах за тех депутатов и партии, в программах которых в наибольшей мере представлено решение социальных вопросов, улучшающих положение психически больных людей и их семей.

К инновационным технологиям относятся Интернет-технологии: интернет-форумы, размещение информации на сайтах общественных организаций и в социальных сетях. В последние годы получили развитие такие информационные и агитационные формы, как фестивали, граффити, флешмобы, широкоформатные Интернет-радиостанции (например, радио «Зазеркалье», Москва).

Характеризуя деятельность неправительственных организаций в сфере психического здоровья в нашей стране, можно сказать, что общественное движение в психиатрии создано и функционирует. Во многих общественных организациях работают способные, инициативные, настроенные

на инновации люди, проявившие готовность к самоорганизации и коллективным действиям для решения общих проблем. Эти организации характеризует демократический, а не авторитарный стиль управления, многие из них создали эффективные формы помощи, активно сотрудничают с властными и государственными структурами, устойчивы в обществе, о чем свидетельствует их многолетняя деятельность.

Традиционные

- сбор подписей в различных заявлениях и обращениях
- переговорный процесс с представителями власти, руководителями учреждений

Инновационные

- поиск сторонников из числа политических партий
- интернет-форумы: "Шизофрения и Я", форумы родственников пациентов и др.
- информация на сайтах НКО и в соцсетях
- развитие новых информационных и агитационных форм работы – газеты, фестивали, документальные и художественные фильмы, Интернет-радиостанции (радио «Зазеркалье», Москва)




<https://www.facebook.com/familymh.ru>



Рис. 5. Технологии работы НКО, осуществляющих свою деятельность в сфере психического здоровья

Основной формой государственной поддержки социально-ориентированных НКО сегодня выступают субсидии (гранты) из федерального бюджета, т.е., НКО предоставлена возможность оказания социальных услуг в бюджетной сфере. Анализ 520 проектов-победителей фонда президентских грантов (1/3 всех победителей первого конкурса грантов 2018 г.) показал, что число призеров среди НКО, работающих в сфере психического здоровья, составило 5,4% (28 проектов). Это свидетельствует о том, что появились организации, которые умеют находить финансирование, привлекать добровольцев, готовы взять на себя ответственность и отчитываться перед государством за полученные средства. Затрудняет участие в конкурсах, возможно то, что многие НКО не имеют штатных сотрудников, четкой системы управления организацией, профессиональной бухгалтерии.

Несмотря на очевидные достижения, общественный сектор психиатрии еще находится в развитии и для его расширения и активизации необходимо решить ряд проблем, часть которых носит общий, универсальный характер, присущий всем НКО, вне зависимости от сферы, в которой они осуществляют свою деятельность. Эти проблемы относятся, главным образом, к нормативно-правовому полю, регулирующему их деятельность. Например, существующая государственная статистика не позволяет провести учет реально действующих НКО, она неприменима для анализа конкрет-

ных направлений их деятельности, не дает полного представления о четкой структуре третьего сектора (например, в число НКО наряду с обычными некоммерческими организациями входят крупные корпорации, футбольные клубы и др. объединения), их финансовом состоянии, числе работников в них. По оценкам экспертов лишь 15–25 % из числа зарегистрированных НКО продолжают осуществлять свою деятельность на постоянной основе [1]. Можно предположить, что это характерно и для НКО, работающих в сфере психического здоровья.

Существуют единые требования ко всем категориям НКО, что ограничивает возможности для введения государством дополнительных налоговых льгот для НКО различной мощности. Регистрация и поддержание статуса НКО сложнее, чем регистрация и поддержание статуса предпринимателя. Законодательство по НКО включает множество изменений, добавлений и внесение самостоятельно каких-либо поправок в устав организации является довольно сложным. Общественникам приходится обращаться к юристам, а на это необходимы финансовые средства и время.

К общим проблемам относятся также избыточность отчетности НКО, отсутствие четких механизмов финансирования для исполнения Закона о социальной рекламе, поэтому население не располагает достаточной информацией о деятельности НКО [1]. Очевидно, что назрела необходимость совершенствования законодательства по регламентации деятельности некоммерческих организаций. Это может быть реализовано через принятие в новой редакции Федерального закона от 12.01.1996 N 7-ФЗ «О некоммерческих организациях».

Как показывает анализ, среди характерных для психиатрии причин, которые в настоящее время тормозят развитие общественного сектора в сфере психического здоровья, наиболее явными являются следующие [4, 5, 6]:

- низкая информированность общества о деятельности НКО в психиатрии. С одной стороны, позитивные факты об этих общественных объединениях редко публикуются в СМИ, а с другой стороны, как отмечают представители НКО, они не обладают достаточными навыками «продвижения» своего позитивного опыта. Порой, даже ведущие Всероссийские или межрегиональные общественные организации нуждаются в обучении работе со СМИ, развитии умений донести до средств массовой информации свои успехи и достижения;
- традиционное, связанное со стигмой, отношение государственных органов, властных структур к психиатрии и психически больным людям;
- скепсис в отношении эффективности деятельности НКО в психиатрии, поскольку большинство из них не обладает достаточными ресурсами, включая низкое финансирование, а порой его полное отсутствие;

- недостаточная поддержка общественных организаций профессионалами службы психического здоровья;
- установка граждан на самостоятельное разрешение своих проблем: лица, страдающие психическими расстройствами, и члены их семей полагаются больше на собственные, традиционные технологии выживания, что делает невостребованными социальные инновации, предлагаемые общественными организациями;
- консервативная позиция пользователей помощи относительно организации различных форм помощи в сообществе и организационно-структурных перемен в службе: около 50% пользователей являются сторонниками патерналистской модели взаимоотношений, предпочитают институциональные формы помощи, а 69,5% затруднились дать ответ на вопрос о необходимости изменений в службе [2, 3];
- значительные трудности вовлечения родственников и пациентов в работу НКО, что связано с низкой мотивацией, бременем семьи, другими факторами;
- нежелание организаций пользователей помощи (чаще объединений родственников) работать с профессионалами, что связано с опасением излишнего контроля, боязнью лишения их самостоятельности, свободы действий;
- разобщенность НКО, отсутствие представительной структуры, которая бы объединяла многочисленные неправительственные организации;
- недостаточное количество дискуссионных площадок для обсуждения общественными организациями актуальных проблем при оказании психиатрической помощи.

Следует отметить, что первая конференция, в рамках которой была выделена специальная секция, посвященная общественным формам помощи психически больным, состоялась уже в 1997 г. В ходе этой масштабной международной научно-практической конференции («Реформы службы психического здоровья», 21–22 октября 1997 г., НЦПЗ РАМН) представители общественных организаций пользователей помощи могли, наряду с представителями психиатрической науки и практики, принимать активное участие в ее работе, выступать со своими докладами, участвовать в дискуссиях [7]. Первый и пока единственный Московский форум общественных организаций, работающих в сфере психического здоровья, состоялся в январе 2008. Положительным явлением можно считать организацию специальных секций в рамках XVI съезда психиатров, конференции «Междисциплинарные подходы к изучению психического здоровья человека и общества» (2018), II Конгресса «Психическое здоровье человека XXI века» (2018), однако этого явно недостаточно. По опросам представителей общественности они хотели бы встречаться чаще для обсуждения

острых вопросов, касающихся оказания психиатрической помощи и состояния психиатрической службы.

Еще одной актуальной проблемой, которую необходимо обсудить, является оценка качества работы и эффективности деятельности самих НКО, которая остается до настоящего времени нерешенной. Это является, прежде всего, следствием особенностей деятельности неправительственных организаций, отсутствия стандартов оказания услуг в некоммерческом секторе как способа обеспечения гарантий качества работы НКО, необходимостью использования при оценке социологических и психологических подходов. С нашей точки зрения, такую работу целесообразно проводить для определения корректности программ, применяемых НКО, для оценки правильности выбора целевых групп, инструментов работы и т.д. Важно, чтобы общественные объединения действовали правильно, четко, соответственно научным подходам и достижениям.

Для активизации работы общественного сектора в психиатрии, повышения эффективности работы НКО необходимо следующее:

- повышение авторитета общественных объединений, популяризация их деятельности профессионалами службы, СМИ;
- увеличение финансовой и нефинансовой поддержки (безвозмездное предоставление помещений, информационная и техническая поддержка, например тиражирование материалов) федеральными, региональными и муниципальными властными структурами;
- консолидация усилий НКО, их объединение;
- просвещение населения, пользователей психиатрической помощи, специалистов по вопросам деятельности общественных объединений в психиатрии;
- изучение и обобщение опыта передовых НКО;
- повышение профессионализма НКО в разработке и реализации социальных проектов, их методическое сопровождение для развития навыков эффективного управления организацией;
- независимая оценка качества и эффективности предоставляемых НКО социальных услуг;
- проведение масштабных, системных и регулярных исследований о состоянии общественного сектора в психиатрии;
- расширение дискуссионных площадок для диалога НКО с руководителями психиатрической службы, органами власти, СМИ.

В завершении сообщения разрешите еще раз подчеркнуть, что НКО способны активно действовать, разрабатывать и внедрять эффективные программы, мобилизовывать пользователей психиатрической помощи, являющихся их важным ресурсом. При благоприятных социально-экономических условиях, поддержке государством, местными сообществами и обществом в целом, общественный сектор в психиатрии может преобразоваться во влиятельную структуру, способную участвовать в обеспечении

достойной жизни лиц, имеющих проблемы с психическим здоровьем, и их семей, участвовать в повышении качества и эффективности оказываемой психиатрической и социальной помощи.

Литература

1. Доклад о состоянии гражданского общества в Российской Федерации за 2017 год. М.: Общественная палата Российской Федерации. 2017. 100 с.
2. *Лиманкин О.В.* Роль общественных организаций пользователей психиатрической помощи в повышении ее качества. Журнал психиатрии и психосоциальной терапии им. П.Б. Ганнушкина. 2013. № 15 (6). С. 59–63.
3. *Лиманкин О.В.* Система психиатрической помощи Санкт-Петербурга и направления ее совершенствования (клинико-статистические, клинико-эпидемиологические и организационные аспекты). Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 2016. 47 с.
4. *Солохина Т.А.* Общественная организация «Семья и психическое здоровье»: листовая страница истории. Психиатрия. 2012. № 4. С. 36–41.
5. *Солохина Т.А., Ястребов В.С.* Инновационно-реформаторский потенциал общественных организаций, работающих в сфере психического здоровья. Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. Выпуск III. Под ред. О.В. Лиманкина, С. М. Бабина. СПб.: Изд. «Таро»; 2016:244–252.
6. *Солохина Т.А., Ястребов В.С.* Сила общественного движения. Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. Выпуск II. Под ред. О. В. Лиманкина, С.М. Бабина. СПб.: Изд. «Таро»; 2014. С. 9–16.
7. *Ястребов В.С., Зозуля Т.В., Вещугина Т.С., Сосновский А.Ю., Беседина Л.В.* Общественные движения в психиатрии. Материалы международной конференции «Реформы службы психического здоровья: проблемы и перспективы» (Москва, 21–22 октября 1997 г.). Москва; 1997:193–207.

Общественные организации в сфере психического здоровья как важный компонент реабилитационной идеологии психиатрической помощи



Шмилович А.Л.¹

В предисловии к монографии Ю.В. Каннабиха «История психиатрии» [1] П.Б. Ганнушкин, подчеркивая особенность психиатрии, как медико-социальной дисциплины, указывает на важную роль общественной составляющей в деятельности психиатров, которые, «покидая узкий круг своей деятельности, выходят на широкую дорогу участников и строителей жизни». Ю.В. Каннабих далее отмечает, что «каждый деятель из области психиатрии дол-

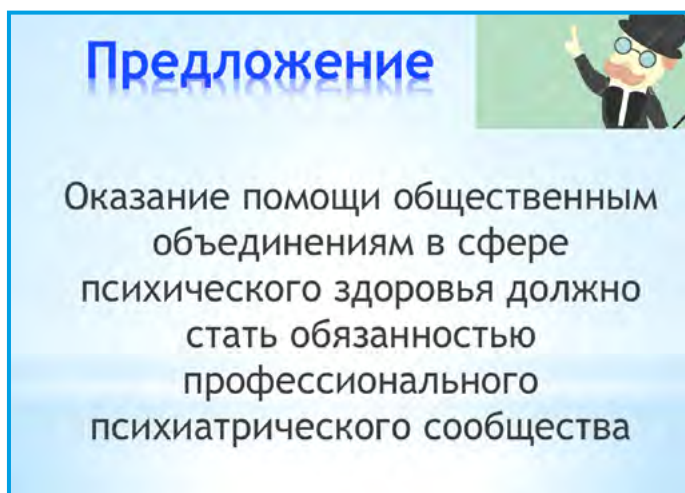
жен осознавать, в чем должны состоять общественные и государственные мероприятия, направленные на создания условий, гарантирующих психическое здоровье широких народных масс.»

История отечественной психиатрии конца XIX – начала XX века говорит о громадной роли именно общественных инициатив в психиатрии. Острое обсуждение на I съезде отечественных психиатров в 1887 году тяжёлого положения душевнобольных в России послужило толчком к появлению в течение ближайших 10–15 лет целого ряда психиатрических лечебниц в Москве, Казани, Томске и других городах по всей России. Движимый инициативными предложениями А.Я. Кожевникова, Н.Н. Баженова, С.С. Корсакова, Московский городской голова Н.А. Алексеев организовал сбор средств и строительство современной психиатрической больницы, названной его именем. Сегодня общественные организации и движения во всем мире играют важную роль в решении актуальных проблем социальной интеграции психически больных, дополняя программы психиатрической помощи населению, в рамках ее расширения во внебольничные условия.

В России в последние годы появилась тенденция расширения, так называемой, общественной психиатрии [2]. Растет число общественных организаций, работающих в сфере психического здоровья, расширяется роль государственных институтов в их поддержке (грантовая политика, законодательные инициативы и др.) В то же время эта поддержка является недостаточной. Деятельность общественных организации остается редуцированной и не выходит своими программами на реальные формы социальной интеграции психически больных. Они по-прежнему не участвуют в планировании развития психиатрической помощи. Не развива-

1 Шмилович А.Л. – заведующий дневным стационаром ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева.

ется взаимодействие между ними. Негативным фактором является низкая вовлеченность профессионального психиатрического сообщества в деятельность общественных организаций. Именно с этим связан и тот факт, что среди нескольких тысяч ежегодных программ, поддержанных грантами различных уровней, включая Фонд Президентских грантов, проекты, представляющие психиатрическую проблематику, составляют откровенное меньшинство, хотя тема психического здоровья является чрезвычайно актуальной. В то же время Всероссийский конкурс «За подвижничество в области душевного здоровья» имени акад. Т.Б. Дмитриевой демонстрирует громадный потенциал, как региональных психиатрических организаций, так и отдельных учреждений, и конкретных специалистов, работающих в различных регионах страны.



Однако нередко достигнутые и внедренные в практику инновации, в т. ч. масштабные, не приобретают системный и регулярный характер, не получают нужного кадрового и финансового наполнения. Критерии эффективности деятельности психиатрической службы не включают в себя показатели, демонстрирующие реальную социальную интеграцию инвалидов вследствие психических заболеваний. В этой ситуации представляется целесообразным объединение общественных организаций вокруг наиболее успешных и, утвердившихся во времени, социальных проектов, дополняемых, развиваемых и, в конечном итоге, тиражируемых во всех регионах:

- Ежемесячная газета «Психиатрия: нить Ариадны».
- Интерактивные проекты «Сказать не могу молчать», «Диалоги о душе» и другие инициативы по психопросвещению.
- Чемпионат по профессиональному мастерству среди людей с инвалидностью «Абилимпикс», охвативший практически все регионы страны», но инвалиды вследствие психических заболеваний представлены в нем в явном меньшинстве по сравнению с другими

категориями инвалидов, несмотря на большую их распространённость в обществе (в разы). В целом ряде регионов в организационных комитетах чемпионата психиатрия попросту не представлена. Между тем, учрежденный в 2015 году по инициативе общественных организаций, включавших и РОО «Клуб психиатров» и ставший национальной государственной программой, чемпионат Абилимпикс нацелен на решение сложнейших проблем, связанных с трудоустройством инвалидов, и нуждается в активном внимании психиатрического сообщества.

- Московский Фестиваль творчества людей с особенностями психического развития «Нить Ариадны», организуемый в режиме биеннале с 2010 года, объединяет более 40 регионов России, в нем участвуют 18–20 стран. Фестиваль демонстрирует широкие возможности реализации творческого потенциала инвалидов вследствие психических заболеваний, способствующие их социальной интеграции. Он включает в себя обширную деловую программу, позволяющую специалистам обмениваться инновационным опытом в области реабилитации психически больных.
- В течение последних 6–7 лет на площадке международной выставки передовых реабилитационных технологий «Интеграция. Жизнь. Общество.» в ЭКСПО-центре на Красной Пресне представлена экспозиция «Психическое здоровье», на которой РОО «Клуб психиатров» объединяет 8–10 общественных организаций, работающих в сфере психического здоровья. В течение трех дней многочисленные посетители выставки знакомятся с опытом этих организаций.
- Ширится создание ресурсных центров по сопровождению студентов с инвалидностью в ВУЗах и колледжах страны. Национальным центром по координации этой работы является Российский Государственный Социальный Университет. К сожалению, в поле зрения данных центров инвалидов вследствие психических заболеваний практически нет. РОО «Клуб психиатров» начал разработку программы по сопровождению данной категории инвалидов в учебном процессе.
- Известен опыт психиатрических организаций Омска, Тамбова, Санкт-Петербурга, Томска, Калининграда и других регионов по сопровождаемому проживанию в социуме инвалидов вследствие психических заболеваний. Важнейшее направление работы по их социальной интеграции сочетается с реорганизацией деятельности учреждений Департаментов социальной защиты населения. Это также одно из направлений взаимодействия общественных организаций, работающих в сфере психического здоровья, с органами исполнительной власти.

В каждом регионе нашей страны есть уникальный опыт разработки и внедрения в практику различных реабилитационных программ. Объе-

динение профессиональных усилий и подходов с имеющимися ресурсами и возможностями в рамках деятельности общественных организаций позволит существенно повысить эффективность работы в области охраны психического здоровья населения. Инновационная деятельность, проводимая в каждом регионе, получит совсем иное звучание и значимость.

Литература:

1. *Каннабих Ю.В.* История психиатрия, Л.: ГМИ, 1928
2. *Солохина Т.А., Ястребов В.С.* Развитие общественного движения в отечественной психиатрии / XVI съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы» / Тезисы докладов / Казань, 23–26 сентября 2015 г.

Дети–родители–психиатры: в поисках взаимодействия



Бebчук М.А.¹, Басова А.Я.²

Доброе утро, глубокоуважаемые коллеги! Аркадий Липович Шмилович и Татьяна Александровна Солохина в своих выступлениях говорили о проблемах большой психиатрии – проблемах глобальных, общих для всего нашего поля деятельности. Я бы хотела остановиться на проблеме, характерной именно для детской психиатрии.

В отличие от психиатрии взрослой, в детской психиатрии, как и во всей педиатрии, важнейшую роль играет взаимодействие между врачами и родителями детей, страдающих различными заболеваниями. Ребенок полностью зависим от родителей. Именно родители обнаруживают какие-то проблемы ребенка, именно они принимают решение обратиться к психиатру или к иному специалисту, именно родители дают согласие на госпитализацию, именно они дают согласие на лечение, осуществляют потом противорецидивную терапию и обращаются к специалистам вновь, если состояние ухудшается. Поэтому от взаимодействия врачей с родителями фактически полностью зависят результаты лечения и судьба ребенка.

Родители детей с ментальными нарушениями – это люди, которые находятся в состоянии хронического стресса, как правило, невротизированные, подверженные всем тем предрассудкам, которые существуют в нашем обществе. Даже заметив проблемы в психическом состоянии ребенка, они долгое время всячески избегают контакта с психиатрами.

В 2018 г. с помощью РОО «Контакт» мы опросили около 145 родителей детей с разными ментальными нарушениями, преимущественно с расстройствами аутистического спектра. На сегодняшний день эти родители представляют собой самую организованную часть родительского сообщества. На момент проведения опроса 79,3% детей уже имели инвалидность.

Подавляющее большинство родителей (91,4%) заметили нарушения в развитии ребенка до 3 лет. Большинство из них (81,3%) достаточно рано обратились к специалисту (см. Рис. 1).

1 Бebчук М.А. – к.м.н., директор ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ».

2 Басова А.Я. – к.м.н., заместитель директора ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ.

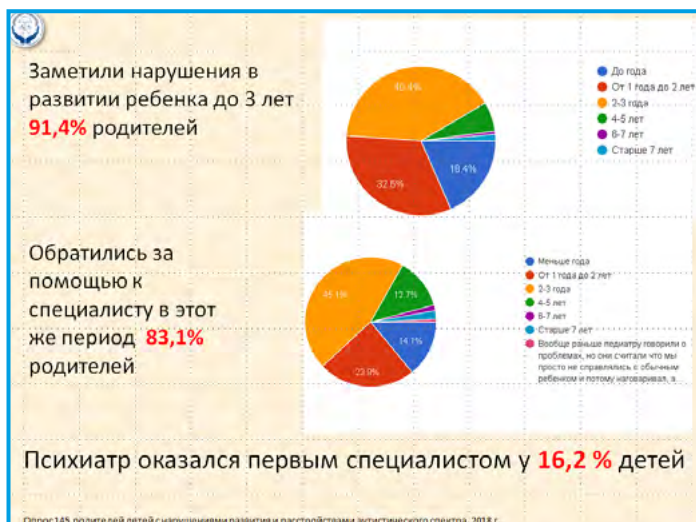


Рис. 1. Первое обращение за помощью

Но, психиатры среди этих специалистов составляли подавляющее меньшинство (16,2%). Большая часть родителей обращалась к неврологам (59,9%), к педиатрам по месту жительства, но только не к психиатрам (см. Рис. 2).



Рис. 2. Распределение специалистов при первичном обращении

В другом исследовании, которое ранее проводила Марина Александровна Бибчук, было опрошено 2,5 тысячи родителей детей, с различными психическими нарушениями. С момента, как родители замечали, что у ребенка имеются душевные расстройства и до момента обращения к психиатру проходило минимум 3 года. До этого родители обращались к всем:

к самым разным специалистам: неврологам, народным целителям, гомеопатам, психологам – к кому угодно, только не к врачу-психиатру.

Почему? Самый очевидный ответ, хорошо нам всем известный ответ: стигматизация всей области душевного здоровья. Наверное любые специалисты, которые сталкиваются с психиатрией, знают о психофобии, о том страхе, который испытывают люди перед всей сферой душевных расстройств. Это и собственно страх сойти с ума, и мифы о заразности психических заболеваний, и страх столкновения со службой оказания психиатрической помощи, отвержение со стороны общества, все эти и многие другие составляющие общественных мифов препятствуют своевременному и качественному оказанию помощи.

В детской психиатрии такая мифологизация становится особенно острой. Для родителей болезнь ребенка – это катастрофа, обвинение в собственной несостоятельности. «В моей семье такого быть не может», – это самый частый ответ, который мы слышим на совет обратиться к специалистам. «В моей семье психов не было», «Лечить ребенка бесполезно», «Ребенка в больнице залечат», «Все вокруг узнают диагноз» и так далее. В результате упускается время, когда помощь ребенку наиболее эффективна, то время, которое можно было бы использовать для реабилитации.

Но проблема стигмы, проблема психофобии не ограничивается исключительно родителями, она распространена на всех уровнях: от государства до самого ребенка. Сюда входят и высказывания в СМИ, многочисленные передачи по телевизору об опасных действиях душевнобольных, публикации в социальных сетях, реакция педагогов и даже многих врачей.

Так, например, большинство родителей с детьми, страдающими расстройствами аутистического спектра, отмечали, что им очень сложно прийти в обычную детскую поликлинику. Ребенок с ментальными нарушениями не может стоять в очереди, не может находиться в среде с большой сенсорной нагрузкой, то есть среди шумных сверстников, среди шумного окружения, он возбуждается. Как правило медицинский персонал не понимает происходящего и требуют от родителей навести порядок.

Если таким образом ведут себя врачи, что можно требовать от всех остальных?

Что можно сделать? Проблема такого масштаба требует комплексного подхода на самых разных уровнях. На уровне государства и общества – это в первую очередь работа со СМИ, изменение как лексикона, так и смыслового содержания публикаций и, соответственно, изменение отношения к этой проблеме в обществе.

Для этого проводятся различные программы. Например, в апреле, в День информирования о проблемах аутизма, в Царицыно был проведен огромный фестиваль «Люди как люди». В фестивале участвовало несколько тысяч человек, представители общественных организаций, а также Центр психического здоровья детей и подростков им. ГЕ. Сухаревой, волонтеры и множество родителей с больными и здоровыми детьми. Эти дети вместе играли, эти дети вместе ходили на мастер-классы, эти дети вместе гуляли

по парку. Такая программа, будь она широко освещена в СМИ, имела бы огромное антистигматизационное значение. Но к сожалению, отражения в средствах массовой информации она практически не получила, хотя это было бы действительно важно.

В 2017 г. в Москве состоялся месяц в поддержку людей с особенностями психического развития – масштабная акция, достаточно широко освещавшаяся в интернете, но тоже практически не нашедшая отражения в СМИ.

Помощь семье больного ребенка может выглядеть по-разному. Это и увеличение удельного веса семейной терапии в психотерапевтических программах Центра им. Г.Е. Сухаревой, и борьба со стигмой и психофобией, и такие программы как «Потому что ты нужен...». Эта программа, направленная на изучение и развитие арт-терапии, включая театротерапию, была организована совместно Центром им. Г.Е. Сухаревой, НИИ-ОЗММ и Институтом наркологии. Благодаря этой программе сотни семей с больными детьми посетили театр. Многие из них попали в театр впервые в жизни.

Важная роль в антистигматизационной деятельности принадлежит психопросветительским программам. Это и работа собственно с родителями, которая ведется в больнице в виде родительского клуба, с обсуждением «что делать родителям, если...» Родители не знают, как им реагировать на иногда крайне провокационное поведение своего ребенка. Это психопросветительские программы для специалистов-медиков, непсихиатров. На уровне всего города – это большие психопросветительские проекты, типа «Сказать не могу молчать».

Сотрудничество с общественными организациями. В детской психиатрии сотрудничество с общественными организациями – это одновременно и проблема, и пути ее решения. Родители детей дошкольного возраста, преимущественно детей-аутистов, представляют собой большое и хорошо организованное сообщество, ведущее огромную просветительскую, социальную и даже научную работу. Так, например, представители РОО «Контакт» регулярно приезжают в Центр им. Г.Е. Сухаревой и отвечают на многочисленные вопросы родителей: как построить образовательный маршрут своему ребенку, что им дает наличие инвалидности у ребенка и как эту инвалидность получить, как получить тьютора в школе, если ребенок не способен обучаться самостоятельно, и масса других вопросов.

К сожалению, не всегда психиатры встречают поддержку со стороны общественных организаций. Часть этих организаций антипсихиатрически направлена, и здесь поддержки не получается, хотя хотелось бы ее расширять.

Волонтерская деятельность – еще одна сфера, в которой профессиональная психиатрия смыкается с общественным движением. В нашем центре работают волонтеры из МАРХИ, из организации «Милосердие», из Психолого-педагогического университета, из Психолого-социального университета. Они участвуют в организации балов и вечеров для подростков, они участвуют в обучении детей, в играх на свежем воздухе, в арт-терапев-

тической деятельности. За 2017 год через нас прошло порядка 60 волонтеров. Все эти волонтеры прежде, чем они начали работать с детьми, безусловно, проходили обучение.

Таким образом, необходимо использовать любые возможности установить партнерские отношения, помочь и поддержать родителей больного ребенка. Без сотрудничества с родителями работать невозможно.

Развитие волонтерской деятельности на базе психоневрологических интернатов г. Москвы



Сиснёва М.Е.¹

В октябре 2018 г. исполнилось пять лет с момента создания нашей волонтерской группы, которая сейчас работает уже в трех психоневрологических интернатах г. Москвы, и нашего общественного движения «СТОП ПНИ», («Стоп психоневрологические интернаты»), и пришло время проанализировать развитие волонтерской деятельности и накопленный опыт. В данном докладе я постаралась обобщить опыт и нашей группы, и других волонтерских групп,

с которыми мы общаемся, обмениваемся информацией и опытом.

Психоневрологические интернаты – это довольно сложные, тяжелые, с точки зрения восприятия обычного человека, учреждения. Люди, которые там работают, как персонал интерната, так и волонтеры, иногда испытывают колоссальную фрустрацию и даже чувство безысходности, – не только из-за специфики контингента этих учреждений, которые предназначены для социального обслуживания людей с инвалидностью по тяжелому психическому заболеванию, но и из-за условий жизни этих людей в интернате. Поэтому, полагаю, что такой анализ, осмысление того, что мы все-таки смогли достичь за эти пять лет, является определенной профилактикой возможному эмоциональному выгоранию.

Началось наше движение в 2013-м году спонтанно, благодаря счастливому случаю (встречи со С.В. Бейлезон, вице-президентом МОО «Дорога в мир») и, конечно, активному общению в социальных сетях. В группе сразу собралось 15 волонтеров. Люди самых разных профессий, но, тем не менее, таких, которые традиционно, наверное, востребованы в волонтерских движениях: это педагоги, психологи, филологи, люди с музыкальным и художественным образованием. Я нашла наши записи 2013 года, в которых мы обращаемся к руководству одного из психоневрологических интернатов города Москвы с предложениями о том, чем мы хотели бы и могли бы заниматься в качестве волонтеров. Сегодня, конечно, эти предложения выглядят довольно наивно, потому что в тот момент мы себе представляли нашу волонтерскую деятельность, как в работу вожатых в пионерлагере, и с большим воодушевлением: «Мы придем, в интернате все захотят с нами работать. Как здорово! Мы там будем вести какие-то творческие кружки, ездить на экскурсии, ходить в музеи

¹ Сиснёва М.Е. – клинический психолог, член Межведомственной рабочей группы по реформе психоневрологических интернатов при Министерстве труда и социальной защиты РФ).

и даже обучать жителей интерната иностранным языкам». Мы рассуждали так: «Ну, русский-то язык они точно знают. Надо же людям организовать какой-то полезный досуг, новые возможности для развития. Пусть это будет иностранный язык». Список планируемых нами форм волонтерской деятельности представлены на Рис. 1.

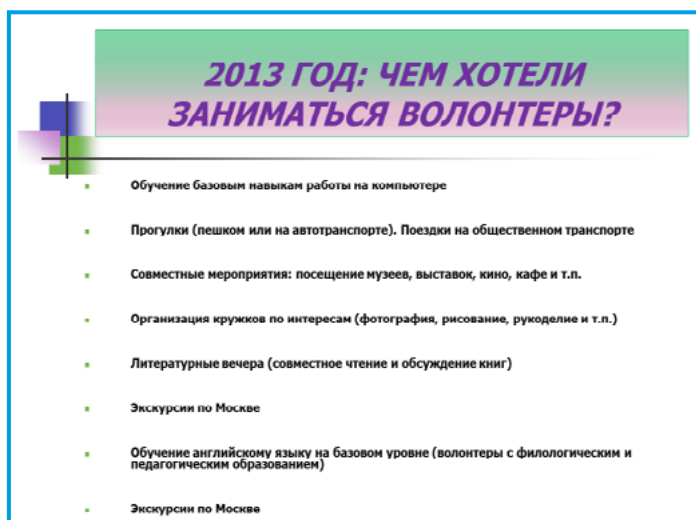


Рис 1. Формы волонтерской деятельности, планируемые волонтерской организацией, не имевшей опыта работы в психоневрологическом интернате

На самом деле, когда мы пришли в интернат, мы, конечно, испытали очень тяжелое чувство фрустрации. Психоневрологические интернаты — это социальные учреждения, где предполагается, что люди живут, ведут обычное ежедневное функционирование, например, как в общежитии, и эти учреждения предназначены для организации жизни и обслуживания людей с хроническими психическими расстройствами и нарушениями развития. Соответственно, можно предположить, что такие люди не всегда будут нуждаться в обслуживании, им может стать лучше, они могут пройти специальные программы реабилитации, расторгнуть договор социального обслуживания с интернатом и вернуться в семью, в социум. Но в реальности сейчас эта система устроена так, что фактически, человек туда попадает один раз и на всю жизнь. И система эта очень закрытая, что приводит на самом деле к чудовищной деградации людей, потому что они не видят для себя каких-то потенциальных возможностей выйти оттуда, им не к чему стремиться. Никто серьезно не задумывается о реабилитационных программах в психоневрологических интернатах, не разрабатывает их. Эта тема практически никогда не представлена на научно-практических конгрессах и конференциях. К сожалению, на таких мероприятиях я обычно являюсь единственным докладчиком, который рассказывает о психоневрологических интернатах. В нашей стране нет ни одной научной кафедры, которая бы занималась проблемами клиентов психоневрологических

интернатов, нет для них и специально разработанных и научно обоснованных реабилитационных программ, нет оценки эффективности тех реабилитационных мероприятий, которые, так или иначе, худо или бедно организованы для жителей интернатов силами самого учреждения. Хотя сейчас там находятся более 150 тысяч граждан нашей страны. Это больше, чем пациентов в психиатрических больницах, где количество койкомест насчитывала 128 тысяч (по данным за 2017 год).

Когда мы пришли работать волонтерами в психоневрологический интернат, был велик риск того, что у нас самих возникнет «выученная беспомощность», потому что мы увидели людей, которые, конечно, обладают потенциалом (а многие обладают даже высоким реабилитационным потенциалом), но вот эта жизнь в закрытом учреждении привела их к полной деградации и в социальном, и в личностном смысле, а у многих даже и в бытовом. И мы пребывали в растерянности, не зная, что нам с этим делать, что мы можем этому противопоставить. Поэтому мы начали с того, с чего мы могли начать — с зоны ближайшего развития, с того, чем жители интернатов могли заниматься, не испытывая разочарования и достигая определенного успеха — это были самые простые вещи: рисование и лепка, совместное проведение праздников, бисероплетение (список первоначальных видов волонтерских занятий представлен на Рис. 2).

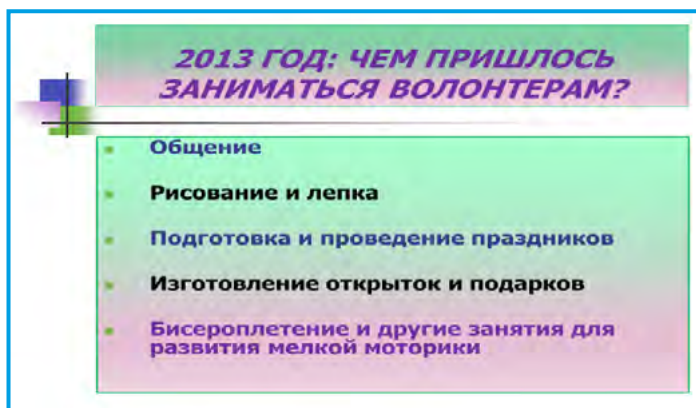


Рис. 2. Виды волонтерских занятий, организованных на первом этапе волонтерской деятельности в ГБУ ПНИ № 18 ДТЭСЗН г. Москвы

Самое главное — это было общение. До сих пор для нашей волонтерской группы именно общение и выстраивание отношений является приоритетным направлением нашей деятельности. Организованные нами занятия сначала казались нам самым недостаточно интересными и продвинутыми, потому что мы шли работать волонтерами в интернат с довольно завышенными ожиданиями. Но это то, чем живущие там люди на первом этапе могли без труда заниматься. Я еще раз хотела бы подчеркнуть, что подобная ситуация сложилась не из-за того, что у живущих там людей настолько тяжелые психические нарушения, что они не могут заниматься

ничем более сложным. Это произошло именно за счет деградации людей в закрытой, изолированной от общества системе с жесткой иерархией. Подобные системы американский социолог Ирвин Гоффман назвал «тоталитарными институтами».

По мере того, как мы работали в интернате, мы анализировали полученный нами опыт, мы описывали и анализировали те проблемы, которые мы заметили в общении с жителями интерната, и которые, как мы считаем, решаются социальными и психологическими средствами, а не медицинскими мерами или изоляцией. Их перечень представлен на Рис. 3.



Рис. 3. Проблемы (вторичные нарушения), сформированные изолированной средой интернатных учреждений, ставшие «мишенями» волонтерской работы

Важно выделить наиболее распространенные из них: это т.н. выученная беспомощность, когда человек мог бы изменить свою жизнь, но ничего не предпринимает, потому что все предыдущие попытки были обречены. Это нивелирование индивидуальности, вплоть до того, что нивелируются даже особенности нозологических групп.

Если вы встретитесь с жителями психоневрологического интерната, вам непросто будет понять, кто из них, например, болен шизофренией, а у кого психический дизонтогенез, например, умственная отсталость. Люди в такой закрытой строго регламентированной системе превращаются в некую общую безликую серую массу. А что уж говорить личностные качества, если даже нозологические особенности стираются! Еще одна проблема, с которой мы столкнулись — это невозможность выполнить какие-то элементарные задания именно за счет отсутствия навыков самоорганизации, проявлений самостоятельности, привычки к какой-то полезной или активной деятельности.

Описав и проанализировав данные проблемы, мы занялись поиском средств и методов, которыми мы могли бы их наиболее эффективно и профессионально решать. Это были программы, которые мы разработали и запустили в 2015-м году. Для реализации этих программ мы, в том числе, привлекали профессиональных преподавателей. Перечень этих программ представлен на Рис. 4.

Для развития спонтанности, инициативности, активности, самоорганизации очень хорошо показали себя командные игры и участие в продуктивной совместной деятельности, такой, например, как посадка цветов, уборка территории, подготовка и проведение выставки художественных работ наших подопечных, пикник на территории интерната. Именно за счет вовлечения в активную внутригрупповую деятельность, мы смогли помочь даже не в реабилитации, а, не побоюсь этого слова, в «реанимации» некоторых психосоциальных навыков.

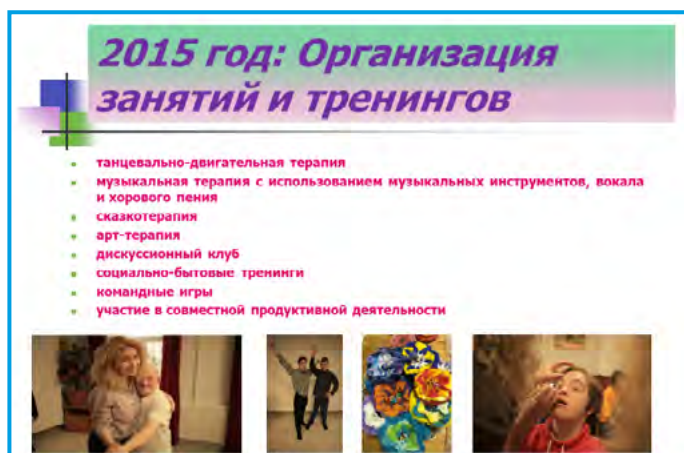


Рис 4. Список волонтерских программ, разработанных в 2015 г., для преодоления вторичных проблем и нарушений, сформированных изолированной интернатной средой

На Рис. 5 представлены названия тех книг, которыми мы пользуемся, и информация в которых оказалась очень полезной для нас. Конечно, книг было гораздо больше, но именно эти книги, по результатам, были оценены нами, как самые лучшие для разработки и организации волонтерских программ в психоневрологических интернатах. В основе всех этих книг лежат современные идеи психосоциальной реабилитации. Большинство этих книг подходит для работы с людьми самых разных возрастов и нозологических групп. В частности, например, книга «Зеркало» Е. Вяхякуопус и А. Мелихова направлена на возрождение, развитие, укрепление идентичности человека. Занятия по этой книге проводятся в форме групповой работы, групповых обсуждений, но при этом они выстроены так, что у каждого человека есть возможность соприкоснуться лично с собой и рассказать о себе. В этом книге прекрасно структурированные главы с темами, заданиями, примерами, формами работы.

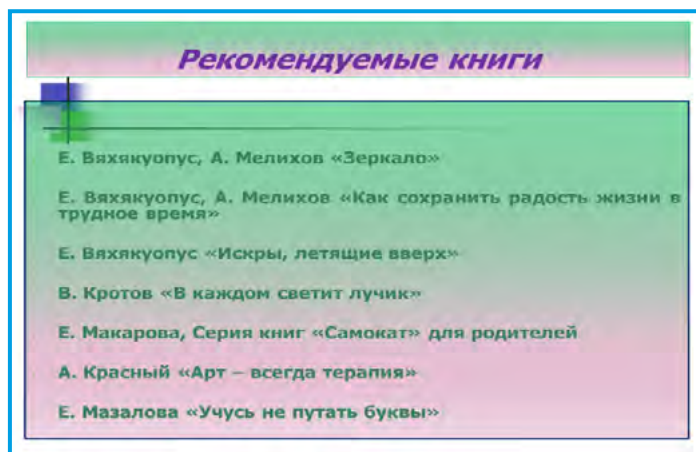


Рис. 5. Книги, рекомендуемые для организации волонтерских занятий в психоневрологических интернатах

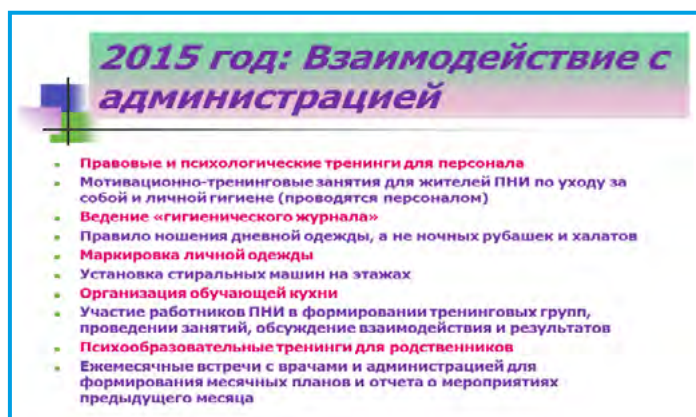


Рис. 6. Направления взаимодействия с администрацией интернатов

Еще одним важным для нас аспектом была организация взаимодействия с администрацией учреждения и с персоналом, потому что, конечно, обычно для волонтеров самая серьезная точка сопротивления – это именно отношения с персоналом таких закрытых учреждений. Мы долго думали, почему так происходит. Мы поняли, что это происходит не только потому, что наша волонтерская работа вносит некоторую непривычную активность и динамику в это «застоявшееся болотце», и это может восприниматься, как хаос. Но еще и потому, что персонал испытывает эмоциональный дискомфорт от столкновения мировоззрений, так как в их сознании укоренилось объектное патерналистское отношение к подопечным, а тут приходит кто-то с равноправной субъектной позицией, приходит кто-то с совсем другой парадигмой, и это будоражит, задевает, заставляет персонал задуматься о собственном отношении к этим людям. Также не стоит забывать, что в таких закрытых учреждениях, в ситуации социальной изоляции нахо-

дятся не только жители интернатов, но и сами сотрудники, которые проводят бóльшую часть своей жизни «за забором». Это не может не сказаться на их психологическом состоянии и жизненной активности. И мы нашли такие формы работы (см. Рис. 6), в которых смогли наладить взаимодействие и понимание с администрацией, смогли донести до них, что наша деятельность полезна, заинтересовать их, найти общие смыслы для их мотивации. На слайде ниже перечислены эти формы работы.



Рис. 7. Вклад волонтеров в общественный контроль и работу с государственными органами социальной защиты населения

Основополагающим и поворотным стал для нас 2016-й год, когда Министерство труда и социальной защиты РФ приняло решение о разработке и проведении реформы психоневрологических интернатов, которая на сегодняшний день, увы, идет без особого прогресса. Но, тем не менее, на тот момент это было какое-то эпохальное решение. Выяснилось, что экспертов в вопросах и проблемах, существующих в психоневрологических интернатах, очень мало. Кроме того, для того чтобы сложить объективное мнение, важно услышать не только тех, кто там работает (потому что администрация любого учреждения, очевидно, будет стараться представить себя и свою организацию с наилучшей стороны), но и тех, кто имеет непредвзятый взгляд на происходящее, например, волонтеров. И самое главное преимущество волонтеров — это их возможность действительно услышать людей, которые живут в интернатах, потому что между ними сложилось доверительное общение. Это важно для того, чтобы иметь возможность непосредственно донести мысли и пожелания людей, которые там живут, до государственных чиновников. Мы должны понимать, что интернаты должны функционировать в интересах живущих там людей (которых сейчас называют «получателями услуг»), а не чиновников, администрации и персонала. То есть система должна функционировать так, чтобы их обслуживать, учитывать их нужды, потребности, предпочтения и поже-

лания. И для оздоровления и изменения системы, конечно, велика роль волонтеров, любых некоммерческих общественных организаций, которые входят в интернаты. Основные направления нашей работы и взаимодействия с государственными органами представлены на Рис. 7.

В 2017-м году мы подошли к новому этапу, который, наверное, можно назвать уже «профессиональным» этапом. За это время у нас накопилось достаточно опыта, чтобы максимально эффективно и профессионально выстраивать свою работу. Предлагаемые нами программы представлены на Рис. 8. Например, в работе с людьми, которые являются выпускниками детских домов-интернатов, и у которых очень остро стоит проблема неграмотности, с 2013-го года мы испробовали самые разные формы работы, и наша деятельность была значительно осложнена тем, что для взрослых людей с интеллектуальными нарушениями у нас очень мало пособий. А по детским, школьным пособиям у нас не получилось с ними работать. Для них это оказалось нудно и неинтересно, и очень одновременно очень наивно и «по-детски». Поэтому для того, чтобы помочь им преодолеть проблемы в математике, чтении, русском языке, мы теперь прибегаем к дидактическим играм.

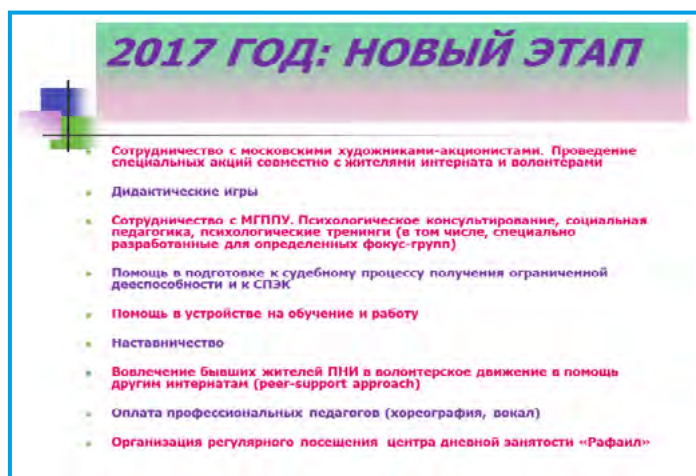


Рис. 8. Основные направления нового «профессионального» этапа волонтерской деятельности

Кроме того, для расширения общей осведомленности и жизненных горизонтов наших подопечных мы сотрудничаем с большой группой московских художников-акционистов. Они придумывают совершенно необыкновенные оригинальные творческие акции. Например, у них придумали игру «Психосквош – встреча двух пространств». Две команды встречаются и играют в сквош через забор психоневрологического интерната – это очень символично, как преодоление разрыва между обычными людьми, привычным нам социумом и теми, кто вынужден жить за высокими интернатными заборами. Другая получившая известность акция:

«Прогулка по Москве в очках виртуальной реальности». Художники-акционисты надевали такие очки, а жители интерната с помощью компьютера водили их по Москве, и таким образом могли посмотреть самые разные районы Москвы, достопримечательности, московское метро, все, что угодно.

Сотрудничество с Московским городским психолого-педагогическим университетом также оказалось очень продуктивным для нашей волонтерской группы. Сейчас студенты старших курсов и магистратуры проводят для жителей интернатов психологические тренинги, индивидуальное консультирование и другие формы психологической работы. Вместе с юристами и студентами-психологами мы помогаем людям в процессе повышения их правового и гражданского статуса. У нас есть специальные группы по подготовке к процессу получения ограниченной дееспособности (который включает в себя и прохождение судебно-психиатрической экспертизы). Также мы стали уделять особое внимание вопросам трудоустройства. Ведь мы имеем дело со взрослыми людьми, а в жизни каждого взрослого работа или другое продуктивное занятие занимает одно из центральных мест. Мы помогаем жителям ПНИ трудоустроиться, в том числе, мы трудоустроиваем недееспособных, ищем им рабочие места. Также очень эффективно себя показала такая форма работы, как наставничество. Это такая форма работы, когда один волонтер регулярно помогает и социально сопровождает одного конкретного человека. Мы продолжаем сотрудничество и с профессиональными педагогами, а также оплачиваем занятия жителей интерната в дневном центре социально-педагогической реабилитации.

Мне приятно отметить, что бывшие жители интернатов, которые получили квартиры социального найма, присоединились к нашей волонтерской группе и сейчас очень активно участвуют в волонтерском движении. Это т.н. peer support approach, «помощь равных равным», очень популярная в западных странах форма работы с людьми, страдающими психическими заболеваниями.

Я надеюсь, в этом коротком докладе мне удалось обобщить и всесторонне представить динамику и основные этапы развития волонтерской деятельности на базе психоневрологических интернатов г. Москвы.

Спасибо за внимание!

Опыт волонтерской деятельности в клинике Ганнушкина с применением методов АРТ-терапии



Палин А.В.¹, Анюшина Н.И.²

Место волонтеров в системе помощи людям с психическими расстройствами — тема не новая, но до сих пор недостаточно методически проработанная и, главное, недостаточно структурированная в практической плоскости. Сегодня все большее значение в психиатрической помощи приобретает психо-социальная терапия и реабилитация. Один из принципов реабилитации является де-профессионализация службы, то есть привлечение к работе с пациентами волонтеров, художников, творческих людей, самих пациентов (которые находятся в стадии ремиссии). Это происходит для большей пользы пациентов и улучшения процесса реабилитации.

Психиатрическая практика показывает, что присутствие рядом с пациентами обычных здоровых людей или бывших пациентов на этапе выздоровления ускоряет реабилитацию, выздоровление, а в ряде случаев помогает пациенту и в мотивации к дальнейшему лечению. Что трудно переоценить, особенно привлечение пациентов с психическими особенностями.

Еще в 1961 году в США Объединенная комиссия по проблеме психического заболевания и здоровья постановила необходимым признать существенную роль немедицинского персонала (nonprofessionals) в обслуживании психиатрических пациентов. Подавляющее большинство указанных непрофессионалов были добровольцами. Комиссия отметила, что эти люди часто соглашаются работать в тех местах и с теми контингентами лиц, которые относительно мало привлекают профессиональные кадры [1].

Также удивителен опыт Италии в привлечении волонтеров-непрофессионалов к работе с психиатрическими пациентами. Здесь в течение последних 30-ти лет усилиями врачей и волонтеров состоялся переход от больничной психиатрии, основанной на изоляции пациентов от соци-

1 Палин А.В. — контактный номер телефона: 8-915-366-58-24, ГБУЗ ПКБ № 4 им. П.Б. Ганнушкина ДЗМ, заведующий психолого-социально-психотерапевтической лабораторией психиатрической клинической больницы № 4 им. П. Б. Ганнушкина, врач-психиатр, психотерапевт. e-mail: Pavelpalin@yandex.ru.

2 Анюшина Н.И. — контактный номер телефона: 8-926-350-03-86. магистр психолого-педагогических наук, медицинский психолог. ГБУЗ ПКБ № 4 им. П.Б. Ганнушкина ДЗМ, медицинский психолог. e-mail: Nineve@yandex.ru.

ума и пассивному их лежанию в стационаре, к общественной психиатрической помощи. Человеку с психическими расстройствами с помощью специальных реабилитационных программ при активном участии различных волонтерских организаций фактически дается возможность сохранить уникальность своей личности, когда пациент не теряет связи с социумом, а общество не отторгает такого человека, не исключает его из социальной жизни. С другой стороны участие волонтеров в реабилитационных мероприятиях значительно снижает стигматизирующие представления о психиатрии в обществе в целом, развеивает мифы о людях с психическими расстройствами, сближает общество и пациентов.

Что нового и важного могут привнести волонтеры? В чем основные принципы этого движения? Волонтерство определяется как добровольная благотворительная деятельность в форме безвозмездного труда. В перечне задач, которые может выполнять волонтерское объединение, присутствует, в частности, профилактика и противодействие социально значимым заболеваниям, службы милосердия, социально – психологическая поддержка. Отсюда – то неоценимое преимущество, которое имеют реабилитационные программы, осуществляемые совместно с волонтерами – поддержка пациента, гуманистическое отношение к больным, выработка навыков социальных взаимоотношений.

6 декабря 2017 года президент Российской Федерации Владимир Путин подписал Указ «О проведении в Российской Федерации Года добровольца (волонтера)» в 2018 году.

Волонтерство — это своего рода союз или партнерство между несколькими сторонами, где у каждого свои права и обязанности, свои границы. В этот союз, как правило, входят: (а) организации (больницы, детские дома, приюты, дома престарелых и т.д.), на попечении которых находятся благополучатели; (б) сами благополучатели (дети, инвалиды и т.д.); (в) благотворительная волонтерская организация; и (г) сам волонтер [2] .

В сентябре 2016 года на базе Психиатрической Клинической Больницы № 4 им. П.Б. Ганнушкина был создан Волонтерский Отряд Ганнушкина. Волонтерский Отряд Ганнушкина состоит из добровольцев-психологов ВУЗов г. Москвы: РГСУ (Российский Государственный Социальный Университет), МГППУ (Московский Государственный психолого-педагогический университет), Московский институт психоанализа, Медико-стоматологический университет.

Перед работой с пациентами клиники волонтеры проходят обучение у медицинских психологов, психотерапевтов и врачей-психиатров ПКБ № 4 им. П.Б. Ганнушкина.

На данный момент в Волонтерском Отряде Ганнушкина состоят более 149 человек, активно участвуют в волонтерской работе более 50 человек.

Волонтеры работают с пациентами ПКБ№ 4 им. П.Б. Ганнушкина совместно с врачами и медицинскими психологами клиники. Волонтеры оказывают помощь в следующих мероприятиях:

1. Ассистируют при патопсихологическом обследовании;
2. Принимают участие в качестве ко-терапевтов в тренингах по психообразованию, формированию коммуникативных, метакогнитивных навыков, повышению комплаентности и мотивации к деятельности;
3. Участвуют в арт-терапевтических занятиях с пациентами клиники;
4. Оказывают помощь в организации и проведении праздничных мероприятий;
5. Участвуют в концертных программах;
6. Организация и проведение экскурсий для пациентов клиники;
7. Вовлечение пациентов в трудовую деятельность;
8. Формирование социальных навыков у пациентов;
9. Поздравление пациентов с праздниками;
10. Участие в организации клуба по английскому языку и немецкому языку;
11. Организация тренинга приготовления пищи;
12. Участие в студийной работе и музыкальных встречах;
13. Волонтеры принимают участие в супервизиях, обучающих семинарах, конференциях, в школе для родственников пациентов, в социальной работе.

Важнейшая роль психологического и социального сопровождения пациентов психиатрического профиля признана во всем мире. Особую значимость приобретает искреннее стремление оказать помощь людям, оказавшимся в труднокурабельной ситуации. А именно в подобных клинических и социальных условиях находятся пациенты психиатрической клиники. Известно, что расстройства душевной сферы, являясь чаще всего затяжными и резистентными к лекарственной терапии, требуют длительного и системного реабилитационного вмешательства. Оно применимо к самим пациентам, а также к их родственникам. Учитывая имеющуюся социальную деструкцию, решающее значение приобретает адаптация пациента к жизни и работе. Необходимо формирование своего рода возможности жить «в условиях болезни», поиск внешних и внутренних ресурсов.

В широком спектре психотерапевтических методик можно выделить те из них, которые в наибольшей степени затрагивают духовную сферу и стимулируют личностную активность. К ним относятся методы Арт-терапии — направление в психотерапии и психологической коррекции, основанное на применении для терапии искусства и творчества. Согласно общепринятому международному определению, арт-терапия является одним из направлений креативной терапии искусством (*creative arts therapies*), наряду с такими направлениями, как музыкальная терапия, танцевально-двигательная терапия и драматерапия [3].

Согласно М.Е. Бурно клиническая терапия духовной культурой это — сегодняшняя, необъятная уже область психотерапии, в которой направлено, прежде всего, к самому человеческому в человеке — к нашей более или менее выраженной способности погружаться в состояние целительного творческого вдохновения, личностного, светлого переживания [4].

Волонтеры работают с пациентами клиники с применением методов музыка-терапии, изостудии, также участвуют в концертах. Во всех этих занятиях помощь волонтеров оказалась очень полезной и значимой. В психотерапевтических мероприятиях нашей больницы принимали участие профессиональные музыканты, художники, педагоги. Исходя из принципов своей работы, волонтеры в наибольшей степени могут проявить самоотверженность, искренность в своем желании помочь страдающему психическим недугом человеку. Также они способны привнести жизненную энергию, наполнить психотерапевтические процедуры своим энтузиазмом, верой в жизнь, столь необходимой нашим пациентам. Мы были свидетелями оптимизации и повышения эффективности психо-реабилитационной службы, когда она опиралась на помощь волонтеров.

В данный момент работа с пациентами проводится более чем в 8-ми отделениях клиники (минимум два раза в неделю) и прикрепленных филиалах клиники. Как результат нашего взаимодействия с волонтерами можно рассматривать благодарные отзывы пациентов, их родственников и самих волонтеров (за бесплатное обучение и предоставление возможности получения практических навыков), что является показателем успешной реализации проекта «Волонтерский Отряд Ганнушкина».

Также результатом нашей работы стала победа лидера волонтерского движения «ВОГ» Анюшиной Нины Игоревны в конкурсе «Волонтеры в медицине 2017 в г. Москва»: проект «ВОГ» получил приз в номинации «Вклад в развитие профессионального волонтерства» от общественной организации «Народный фронт за Россию».

Литература

1. Добровольческое движение в психиатрии. Место волонтеров в системе помощи людям с психическими расстройствами (прак. пособие). — М., 2015 — 44 стр. В. И. БОРОДИН,
2. Социальное волонтерство под ключ. Меняем мир вместе. — Москва: Омега-Л, 2018. — 420 с. © Добровольческое движение «Даниловцы»
3. *Копытин А.И.* Современная клиническая арт-терапия Учебное пособие Когито-Центр, 2015
4. Московский психотерапевтический журнал, 1999, № 1. Терапия творческим самовыражением: клиническая терапия творчеством, духовной культурой. М.Е. Бурно

Тренинг «Новый взгляд на волонтерство»



Козлов М.Ю.¹, Пожарская А.Ф.², Афян М.В.³

КОЗЛОВ М.Ю.:

Основная цель нашего такого тренинга-дискуссии заключалась в том, что, несмотря на то, что все вроде как здесь специалисты, люди, интересующиеся и имеющие, в общем-то, такую одну позицию на волонтерство, что волонтерство – это хорошо, и чем его больше, тем лучше. Тем не менее, как было уже сказано, мы начинали сами, как волонтеры, и на самом деле, встречались с очень разными позициями. Хорошо, если мы все эти разные позиции знаем и учитываем. Наш тренинг был направлен на то, чтобы узнать аргументы разных сторон на позицию: «Быть волонтеру в медицине или не быть? Попробовать встать на позицию какого-нибудь такого оппонента, какого-нибудь человека, который не считает, что волонтеры нужны или даже вредны». С такими позициями тоже приходилось встречаться.



Тема волонтерства в медицине все еще остается дискуссионной и имеет множество неоднозначных нюансов, в ходе нашего тренинга-дискуссии мы попробуем:

- Обменяться мнениями
- Придумать аргументы
- Узнать позиции участников
- Встать на позицию оппонентов
- Инициировать живой диалог

Слайд № 1

И мы бы хотели предложить такую небольшую игру. Давайте, мы разделим зал пополам, например, по средней линии, если это возможно. Такая

1 *Козлов М.Ю.* – клинический психолог, сотрудник ПКБ № 4 им. П.Б. Ганнушкина, ассистент кафедры ПМГМУ им. И.М. Сеченова.

2 *Пожарская А.Ф.* – клинический психолог, сотрудник ПКБ № 4 им. П.Б. Ганнушкина.

3 *Афян М.В.* – клинический психолог, сотрудник ПКБ № 4 им. П.Б. Ганнушкина.

умозрительная черта. И я вас попрошу разделиться на «за» и «против». Вопросы будут очень простые. Например, самый первый будет заключаться вот в чем: «Нужны ли волонтеры в медицине вообще?» И давайте, если у кого-то есть позиция, здесь у нас будут те, кто «против», а здесь те, кто «за» эту позицию. И буквально по одному аргументу. Если есть кто-то, кто готов высказаться против волонтеров в медицине, я вас попрошу поднять руку, даже если это не ваша позиция, просто озвучить какой-нибудь аргумент, почему все-таки волонтеры в медицине не нужны. Прошу.



Слайд № 2

— Волонтеры могут быть необразованными, не иметь представления о медицинской части, например. Навредить, пациентам таким образом.

КОЗЛОВ М.Ю.:

— Спасибо. Еще есть какая-нибудь позиция, кто против волонтеров в медицине? Давайте буквально покреативней. Есть ли какие-то аргументы «против», потому что на самом деле, с ними приходится встречаться.

— Сложности в организации.

Сложности в организации. То есть иногда волонтеры — это просто такая толпа людей, которая не очень, может, понимает, где она находится. Хорошо. А какие-нибудь аргументы за волонтеров в медицине могут привести половина зала?

Волонтеры экономят наши деньги.

ВОЛОНТЕР:

— Прекрасно. Очень такой прагматичный. Еще один.

— Волонтеры вносят креатив в работу.

КОЗЛОВ М.Ю.:

— Прекрасно. То есть более творческий подход. Спасибо. Давайте обсудим более деликатный вопрос. Должны ли волонтеры иметь специальное образование медицинское, психологическое, либо по социальной работе? Давайте у нас будет теперь группа «за», а здесь группа «против». Те, кто

за профессиональную подготовку волонтеров, можете ли вы привести какой-нибудь аргумент, почему они все-таки должны его иметь?



Слайд № 3

– В такой отрасли как медицина, естественно, они должны иметь, я считаю, специальное образование, потому что они имеют дело с патологиями, с какими-то специфическими нарушениями, и это просто необходимо.

КОЗЛОВ М.Ю.:

– Спасибо. Еще есть какие-нибудь варианты, почему все-таки наши волонтеры должны быть специально подготовлены, специально обучены?

– Они более качественно подходят.

ВОЛОНТЕР:

– Более качественно. Справедливо. Хорошо. Давайте, тогда узнаем, есть ли у нас аргументы «против», почему волонтеры могут не иметь специального образования? Вот у нас прям два варианта. Давайте оба.

– Потому что меры реабилитации должны быть связаны не только с лечением, но и на бытовом уровне.

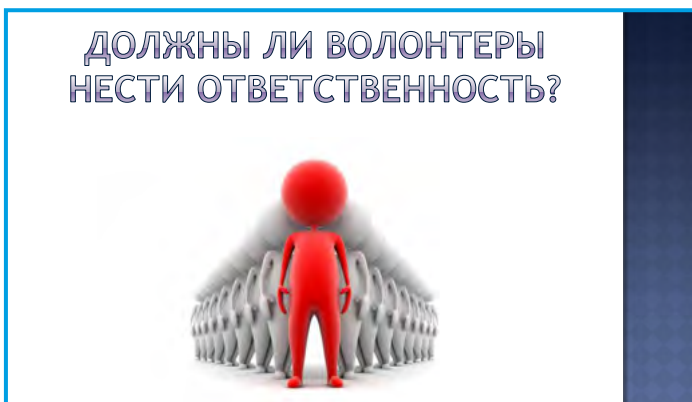
КОЗЛОВ М.Ю.:

– Спасибо. Еще вариант.

– Потому что волонтеры без специальной подготовки могут быть более эмпатичны и сопереживать, соответственно.

КОЗЛОВ М.Ю.:

– Спасибо. Давайте третий вопрос, он не будет провоцировать дискуссию «за» и «против». Давайте попробуем в рамках этого вопроса объединиться и подумать, должны ли волонтеры нести ответственность? Мы так широко составили вопрос, мы не уточняем, какого рода ответственность должны нести волонтеры, но, может быть, у вас есть идеи, какую ответственность и в каком объеме должен нести волонтер в медицине. Какие идеи у вас есть? Давайте.



Слайд № 4

КОЗЛОВ М.Ю.:

– Да, то есть они должны быть компетентны, да?

– Это понимание того, где заканчивается их не компетенция, а их сфера влияния, как волонтеров, и начинается уже сфера влияния специалистов, куда они не могут дальше пойти.

КОЗЛОВ М.Ю.:

– Спасибо. Еще есть какие-нибудь варианты про ответственность у волонтеров, в каком объеме и какого рода ответственность волонтер должен нести? Сложный вопрос. Давайте.

– У меня просто вопрос к вопросу: «А что вообще подразумевается под таким широким понятием, как ответственность»? Какая именно это ответственность?

КОЗЛОВ М.Ю.:

– Его специально так сформулировали, чтобы вы подумали. Может быть, это моральная ответственность, может, это юридическая ответственность, может быть, это какая-то высоко гуманистическая ответственность.

– Просто может быть такое, что если волонтер не очень хорошо подготовлен или не очень хорошо чувствует пациента — это может закончиться психозом. Вообще, да, за это нужно нести ответственность в любом случае.

КОЗЛОВ М.Ю.:

– Хорошо. Спасибо. Еще есть какие-нибудь варианты по ответственности у волонтеров?

– Личная ответственность.

КОЗЛОВ М.Ю.:

Личная ответственность. Сам перед собой должен быть ответственен за то, что он делает. Спасибо. Давайте последний какой-нибудь вариант, если возможно.

– Совесть у волонтеров (...)

КОЗЛОВ М.Ю.:

– Этический, да?

КОЗЛОВ М.Ю.:

– Спасибо большое. Я надеюсь, что такая наша дискуссия, хоть и в усе-ченном варианте, но состоялась. И хочу напомнить, что все-таки это очень важно, учитывать позицию людей, которые, может быть, недопонимают или недооценивают роль волонтера, и периодически с ними приходится сталкиваться. На всякий случай какой-то такой иммунный ответ лучше иметь, как-то объяснить, почему все-таки волонтеры нужны. Большое вам спасибо за участие и всего доброго.



Слайд № 5

ВЕДУЩАЯ:

– Такой укороченный вариант тренинга, но, во всяком случае, мы обменялись мнениями – это было полезно. Спасибо вам большое за работу, которую вы делаете в больнице, за подготовку волонтеров. Действительно, это очень большой ресурс. Ну, что ж, такое впечатление, что уже другая секция тут должна начать свою работу. Большое спасибо всем, кто приехал, и давайте консолидировать свои усилия. Вы видите, какое огромное поле, и сколько у нас может быть общих полезных и очень нужных дел. Спасибо

Перспективные направления фундаментальных исследований в психиатрии

Современные подходы к оказанию помощи больным шизофренией



Шмуклер А.Б.¹

Уважаемые коллеги, добрый день. Спасибо за проявленный интерес к данной секции. Прежде всего, я хотел бы объяснить, почему название моего доклада именно таково, и почему оно представлено на секции, посвященной фундаментальным исследованиям в психиатрии. Дело в том, что в настоящее время действительно проводится большое количество биологических исследований в психиатрии, часть из них можно признать фундаментальными исследованиями, но, тем не менее, они существуют несколько отдельно от клинической психиатрии. Очень важно, чтобы результаты, полученные в нейробиологических исследованиях, в фундаментальных исследованиях, транслировались в практику. То есть речь идет персонифицированной и трансляционной психиатрии, когда достижения, полученные в биологических исследованиях, практически сразу или очень быстро могли бы быть применимы в практике психиатра.

К сожалению, на сегодняшний день существует серьезный разрыв между биологическими исследованиями и клинической психиатрией, которые существуют в определенной степени сами по себе. Я хотел бы напомнить уважаемой аудитории, что психические расстройства являются заболеваниями головного мозга. Казалось бы, столь банальное утверждение не требует каких-либо пояснений, однако, возвращаясь к моему первому тезису, на практике все складывается несколько иным образом: когда пациент поступает в клинику, будь то амбулаторная клиника или стационар, мало кто из специалистов вспоминает, что поступающий пациент страдает патологией головного мозга. На самом деле это так, и те расстройства, которые мы видим в клинической практике, связаны с нарушением работы центральной нервной системы.

Хорошо известно высказывание, что «нервные клетки не восстанавливаются», — это бытовая фраза, которая ни в коей мере не соответствует реальному положению дел. Уже более пятидесяти лет доказано существование нейрогенеза во взрослом мозге млекопитающих, а в последние десятилетия можно считать доказанным, что происходит образование новых нейронов в гиппокампе человека, не говоря уже о формировании большого количества новых нейрональных связей в процессе жизни человека.

¹ Шмуклер А.Б. — докт мед наук, профессор, зам директора по научной работе Московского НИИ психиатрии филиала ФБГУ «НИИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России

Таким образом, внешние и средовые воздействия, а также многочисленные внутренние факторы оказывают влияние на нейрогенез, на образование новых нейронов и синаптических связей, ремоделирование нейронных сетей и реконструкцию синапсов, что в клинической практике сказывается на клинической картине заболевания и когнитивном функционировании человека.

В одной из относительно недавних публикаций, прослежены стадии нейрогенеза в зубчатой извилине гиппокампа зрелого мозга. Речь идет о взрослом человеке, не о маленьком ребенке. Показано, какие стадии проходит развитие нейрона от стволовых клеток, которые дифференцируются, преобразуются в нейроны с определенной конкретной функцией и в дальнейшем мигрируют в ту зону, в которой требуются клетки с данной функцией, и интегрируются в нейронную сеть. На этот процесс влияют многочисленные нейромедиаторы, они в большей или меньшей степени работают на различных этапах. Серотонин и норадреналин в большей степени задействованы на этапе пролиферации. На поздних стадиях большее влияние оказывают дофамин и ацетилхолин, и наконец, ГАМК влияет на всех стадии нейрогенеза – пролиферации, дифференцировки и выживания.

Как известно эти нейромедиаторы задействованы в патогенезе развития многих психических расстройств, аффективных заболеваний, психозов. И, таким образом, с одной стороны, развитие самого психического заболевания связано с нарушением работы нейросетей (что мы будем обсуждать в дальнейшем), а с другой стороны – недостаточная или патологическая координация нейрогенеза нейромедиаторами замыкает порочный круг, и усугубляет те психические нарушения, которые мы видим в клинике. Эти процессы не ограничиваются только головным мозгом и центральной нервной системой. Речь идет о том, что в заболевание вовлечен практически весь организм, наблюдаются и другие (в том числе экстрацеребральные) изменения и нарушения: гормональные, воспалительные, оксидантный стресс, продукция нейротрофического фактора головного мозга.

Фактически, при тех заболеваниях, которые традиционно раньше называли функциональными, имеет место морфологическое поражение центральной нервной системы, хотя и на достаточно тонком уровне. В частности, у больных шизофренией нарушена цитоархитектоника коры; например, выявляется поражение в пирамидном слое коры, откуда, с больших пирамидных клеток Беца начинается пирамидный путь. И те двигательные нарушения у больных шизофренией, которые мы видим в клинике, в значительной степени обусловлены этими морфофункциональными изменениями, в центральной нервной системе.

На сегодняшний день доказано наблюдаемое у больных шизофренией уменьшение объема головного мозга, которое касается в первую очередь серого вещества и, несколько в меньшей степени, белого вещества и подкорковых структур, следствием которого являются функциональные нарушения. Речь идет о гипофронтальности, с одной стороны, а с другой –

гиперактивности мезолимбической области, что является функциональной основой развития психотической симптоматики. Мы можем регистрировать определенные нарушения с помощью нейрофизиологических методов — такие изменения сегодня в последующих докладах будут подробно освещены.

Нарушены взаимодействия различных отделов головного мозга, межполушарные взаимодействия, взаимодействия между различными отделами внутри одного полушария. Отмечается нескоординированная работа нейросетей головного мозга. Три наиболее крупных и значимых для психиатрии сети: это сеть пассивного режима, сеть приоритетных стимулов и центральная исполнительная сеть, нарушение реципрокного взаимодействия которых и имеет своим следствием те психические расстройства, которые мы видим в клинике. Связано это со снижением нейрогенеза, с сокращением нейрональной и глиальной продукции, нарушением образования синаптических связей, уменьшением дендритической и синаптической пролиферации.

На функциональном уровне результатом этих нарушений является искажение функционального взаимодействия между различными отделами головного мозга вследствие повреждения синаптической пластичности. Речь идет о нарушении модуляции N-метил-D-аспартат (NMDA)-рецепторов, и считается, что это центральный патологический механизм развития когнитивных нарушений и некоторой психопатологической симптоматики, в частности синдрома Кандинского-Клерамбо. В результате этих нарушений происходит сбой формирования эфферентных копий или упреждающих разрядов — то есть предсказания сенсорных сигналов, которые должны произойти в результате действия, что также может лежать в основе психопатологических нарушений.

Следствием указанных процессов является развитие не только психотической симптоматики, но и целого спектра когнитивных нарушений, нарушений базовых когнитивных функций, и, что особенно важно, нарушений социальной когниции. При этом работа с социально-когнитивными функциями и социально-когнитивный тренинг, с одной стороны, может способствовать редукции морфофункциональных изменений, уменьшению психобиологической уязвимости центральной нервной системы, а с другой — за счет формирования ее большей устойчивости способствовать профилактике развития повторных приступов и обострений заболевания.

Возвращаясь к истокам, я хотел бы процитировать классика немецкой психиатрии, являющегося одним из основоположников учения об органическом поражении головного мозга — Карла Бонхёффера, который указывал, что проявление психической болезни определяется главным образом не этиологическим фактором, которое вызвало это положение, а выраженностью и распространенностью поражения головного мозга. Таким образом, та клиническая картина, которую мы видим на практике, она в значительной степени присуща различным заболеваниям, а диагностировать это заболевание мы должны на основе тех патофизиологических, тех ней-

робиологических изменений, которые происходят в центральной нервной системе. Сходную клиническую картину, несколько отличную в тонких деталях, но достаточно похожую, мы видим при различных заболеваниях. Если говорить о психотическом уровне, это психозы при соматических заболеваниях, органические психозы и функциональные психозы — широкий спектр от психотических депрессий до шизофрении и других психозов шизофренического спектра.

Каковы причины этих психозов? Сейчас много внимания в литературе уделяют анти-NMDA рецепторному энцефалиту, который был описан относительно недавно, чуть более десяти лет назад. Были обнаружены антитела к NMDA-рецепторам, и описаны сотни подобных случаев. Клиническая картина этих состояний, крайне похожа на острый бредовый психоз (описанный Клаусом Конрадом, а в отечественной традиции — профессором Пападопулосом), который в своей финальной стадии проявляется в виде фебрильной кататонии. Патогенез этого состояния в значительном числе случаев определяется анти-NMDA рецепторным энцефалитом. Клинические указания на это были и раньше. Например, в 50–60-е годы 20 века было большое количество описаний гриппозных энцефалитов с кататонической симптоматикой, а нередко и с фебрильной кататонией.

На сегодняшний день известно, что до 10% больных шизофренией обнаруживают положительные результаты на сывороточные антитела к NMDA-рецепторам. Сегодня эти состояния диагностируются как шизофрения, хотя, скорее всего, это какое-то отдельное заболевание с клиническими проявлениями в виде шизофреноподобной симптоматики. В этих случаях имеют место положительные результаты на сывороточные антитела к NMDA глутаматным рецепторам, которые расположены в центральной нервной системе, потенциалзависимым ионным каналам или управляемым лигандами рецепторным каналам.

Очень важно понимать ту специфику клинической картины, которая может позволить нам заподозрить причину этого заболевания. Здесь важно оценивать не только текущее состояние, но и динамику заболевания, динамику расстройств, вариант течения, а также активность процесса. Поэтому, когда мы проводим нейробиологические исследования, недостаточно определять только сиюминутную картину заболевания, оцениваемую на данный момент по тем или иным психометрическим шкалам, а понимать клиническую картину приступа заболевания во временном аспекте, развитие заболевания в целом. Тогда мы сможем попробовать дифференцировать по клинической картине разные варианты заболевания, и, может быть, тогда мы сможем получить те биологические маркеры, которые определяют это заболевание, о чем уже сегодня говорилось на пленарном заседании.

Были попытки в начале прошлого века выделить базовое расстройство при шизофрении. Я ссылаюсь на Эйгена Блейлера, который никогда не говорил о том, что шизофрения — это одно заболевание, а описывал шизофрению, как группу заболеваний. Среди базисных симптомов, уже тогда нарушение когнитивных процессов оценивалось, как основопола-

гающее расстройство. При этом надо понимать, что когнитивное нарушение — это не одномерное для оценки явление. Недостаточно определить только факт его наличия или отсутствия, очень важно понимать его профиль, время развития, связь или отсутствие таковых связей с клинической картиной, связь с функциональными исходами заболевания и возможность влияния как лекарственных препаратов, так и тренинговых программ — то есть обратимость этого когнитивного дефицита.

Теперь некоторое количество данных, полученных в нашем отделе. Одна из первых работ, посвященная когнитивным нарушениям у больных шизофренией — это кандидатская диссертация Марии Васильевны Магомедовой, которая была выполнена почти пятнадцать лет назад. В ней было показано, что когнитивные нарушения могут нарастать с течением времени, по мере прогрессирования заболевания. Это важно потому, что доминирующей западной (европейской, американской) точкой зрения является неизменность когнитивного дефицита на протяжении болезни. Однако проведенные исследования убедительно продемонстрировали, что такая динамика существует, и связана она не столько с тяжестью расстройств, сколько с вариантом течения заболевания, когда отмечается различная выраженность и темп нарастания когнитивных нарушений. Считается, что когнитивные расстройства встречаются у подавляющего большинства больных шизофренией — у 94%. Эти данные были подтверждены еще в одном недавно выполненном в нашем отделе диссертационном исследовании. Оказалось, что у 98% больных выявлялись те или иные когнитивные нарушения, однако профиль и распространенность этих нарушений различались. Оценка когнитивных функций осуществлялась по краткой шкале когнитивных расстройств у больных шизофренией (BACS) — часто используемой методике для оценки когнитивной функции больных шизофренией. Оказалось, что две трети пациентов более половины тестов выполняют хуже нормы, а одна треть выполняет только отдельные тесты с нарушениями. С другой стороны, тяжесть расстройств различалась: у части больных были легкие нарушения, у других — тяжелые нарушения, причем процент этих нарушений отличался в зависимости от того, какую функцию мы оценивали. То есть профиль когнитивного дефицита достаточно различен. Он оказался различен у мужчин и женщин, и самое главное, он оказался различен у пациентов с различным возрастом дебюта заболевания. Чем позже дебютировало расстройство (речь шла о больных шизофренией и шизоаффективным расстройством), тем он был менее выражен, что отражало меньшую психобиологическую уязвимость и большие компенсаторные возможности организма при более позднем дебюте заболевания.

И еще одна — совсем недавняя работа, которую ее автор, Мария Владимировна Карякина будет докладывать на второй части нашего заседания; я позволю взять один из ее слайдов. Как оказалось, что когнитивный профиль больных шизофренией достаточно четко распадается на четыре кластера в зависимости от тяжести расстройств; подробнее Мария Владимировна расскажет в своем выступлении.

На когнитивные функции могут влиять и внешние факторы — в частности избыточный вес. Так в одном из недавних зарубежных исследований было показано, что нейрональная пластичность ухудшается при избыточном весе, при ожирении, которое еще в большей степени ухудшает когнитивное функционирование психических больных. Этому аспекту также необходимо уделять внимание в своей клинической практике. На слайде представлена иерархия антипсихотиков, которые используются для терапии заболевания, по их способности влиять на вес. Известно, что ряд препаратов, таких как оланзапин, клозапин и традиционный антипсихотик хлорпромазин, увеличивают склонность к ожирению. С другой стороны, есть лекарства, для которых вероятность прибавки веса значительно меньше. Так, традиционный антипсихотик галоперидол и атипичный антипсихотик zipрасидон по влиянию на вес практически не отличаются от плацебо.

Однако при оказании помощи психически больным мы не можем ограничиваться только лекарственным лечением, необходимо использовать два подхода — биологическую терапию и психосоциальную терапию, как равноценные методы лечения психических расстройств. При этом я хотел бы подчеркнуть, что не только фармакотерапия может оказывать влияние на биологический уровень поражения, но и психотерапевтические методы воздействия обладают такими возможностями. То есть психосоциальные методы воздействия, оказываются направленными не только на социальные проблемы и психологический уровень поражения, но и на биологический уровень, уровень генетических, биохимических и анатомических нарушений. И эпигенетика, которая сейчас активно развивается, в том числе и в психиатрии, активно подтверждает такую возможность.

Какие прокогнитивные средства имеются в нашем арсенале или обещают появиться в ближайшем будущем? Естественно, это антипсихотики, это агонисты дофамина, это препараты, влияющие на NMDA глутаматергическую систему и это холинергические препараты. Они в разной степени оказывают влияние у различных больных, но, тем не менее, все они обладают в той или иной степени прокогнитивным эффектом.

В одной из относительно недавних работ было осуществлено прямое сопоставление различных антипсихотиков по их влиянию на когнитивную функцию. Оказалось, что это влияние неоднозначно. В частности, если мы оцениваем глобальный показатель, то преимущество перед галоперидолом обнаруживается у кветиапина, оланзапина и рисперидона, что понятно, учитывая негативное влияние традиционного антипсихотика галоперидола на когнитивную функцию. При следующем сравнении результаты менее предсказуемы: кветиапин и оланзапин оказались более эффективными по общему влиянию на когницию, чем амисульприд. Амисульприд — это препарат с доказанным антинегативным действием и можно было бы предполагать у него прокогнитивный эффект, однако это предположение не подтвердилось. Таким образом, этот результат можно рассматривать как более «чистый»: кветиапин и оланзапин обладают определенными преи-

муществами перед амисульпридом по влиянию на глобальные показатели когнитивной функции. Если мы оцениваем память, то здесь другая картина: зипрасидон и оланзапин обладают преимуществами перед галоперидолом, а зипрасидон еще и перед амисульпридом.

По влиянию на внимание и скорость обработки информации кветиапин оказался лучше всех исследованных в данной работе препаратов; величина эффекта в этом случае не столь велика, но, тем не менее, она статистически значима. Зипрасидон обнаружил преимущество перед галоперидолом, рисперидоном и амисульпридом, так же как и оланзапин перед этими же препаратами. И наконец, амисульприд имел небольшие, но статистически значимые преимущества перед галоперидолом.

При оценке влияния на исполнительную функцию, кветиапин и оланзапин были статистически значимо лучше амисульприда, хотя величина эффекта в этих случаях также не очень велика.

Я хотел бы представить одну из своих любимых публикаций, которая называется «Биологическое лечение в сравнении с психосоциальным: миф о фармакотерапии по сравнению с психотерапией». Позволю себе процитировать из нее один небольшой фрагмент: «Современные когнитивные нейронауки демонстрируют, что понимание психофармакотерапии, как биологического метода воздействия, а психосоциальной терапии, как тактики, направленной исключительно на социальную адаптацию, является мифом. Целью обоих подходов является патологическое нейрональное функционирование. Отличие состоит лишь в методе для достижения терапевтических нейробиологических изменений». Таким образом, не только биологические методы лечения, но и психосоциальная терапия может оказывать влияние на патогенез заболевания.

На слайде сгруппированы методы психосоциальной терапии: психобразование, семейная терапия, восстановительная терапия, на которой я отдельно коротко остановлюсь. Здесь выделяют несколько подходов: собственно когнитивная ремедиация, метакогнитивный тренинг и тренинг когнитивных и социальных навыков. Все они доступны в русской транскрипции, методики адаптированы для российских реалий и ими можно пользоваться.

Завершая свое выступление, я хотел бы привести еще одну цитату: «когнитивная ремедиация способствует улучшению пластичности мозга, в частности, отмечаются позитивные изменения активации нейрональных сетей» (Penades R. et al., 2013).

С этим утверждением связан мой последний слайд. Я когда-то видел одну футбольную передачу, посвященную Барселоне в период расцвета этого футбольного клуба. Ведущие программы рисовали местоположения и передвижения всех членов команды (а это десять человек). Получившийся многогранник при передвижениях практически не менялся: изменение положения любого игрока влекло за собой передвижение всех остальных, они двигались одной фигурой. Это сложнейшее взаимодействие, очень сложный когнитивный процесс, когда игрок должен понимать, что ждет

от него партнер, планировать собственные действия, ожидать действия противников, реагировать эмоционально на эмоциональные всплески своих партнеров и противников; сдерживать или проявлять собственные эмоции, понимать эмоции других людей. Поэтому, когда в клиниках устраивают для пациентов подвижные игры – волейбол, футбол, баскетбол, это не просто занятия на свежем воздухе. Это может быть либо чрезмерной нагрузкой на ослабленную и уязвимую когницию пациентов, и тогда это приводит к срыву, к обострению симптоматики, либо – очень мощным и эффективным патогенетическим методом воздействия, оказывающим влияние вплоть до уровня нейрональных связей.

Я благодарю вас за внимание.

Перспективные направления клинико-нейробиологических исследований эндогенных психозов



Резник А.М.¹

Традиция относить шизофрению к эндогенным психозам установилась со времени публикации труда Роберта Зоммера (Robert Sommer, 1894). В самом термине «эндогенный» содержится указание на преимущественно внутренние (не связанные с внешними воздействиями), «герeditарно-дегенеративные» причины развития патологии, что подтверждалось клиническими наблюдениями и генеалогическими исследованиями [Burgu M., 2008; Wyrsh J., 1967].

Медицинская генетика XX века доказала, что риск развития болезни увеличивается с увеличением степени генетического родства к индивиду, больному шизофренией, и у монозиготных близнецов составляет 48–80%, однако, несмотря на ожидания, не достигает абсолютных чисел [Franzek and Beckmann 1998; Sullivan и др. 2003; Lichtenstein et al. 2009; Wray, Gottesman, 2012]. Одним из важных достижений молекулярной генетики XXI века стало определение независимых ассоциаций между наличием шизофрении и однонуклеотидными полиморфизмами в 128 изолированных генах, которые удалось ограничить 108 локусами, иногда называемыми «локусами риска шизофрении» [Ripke S. et al., 2014]. Вместе с тем применявшийся в данном случае полногеномный поиск ассоциаций (Genome Wide Association Study – GWAS) не смог воспроизвести ассоциации со всеми известными ранее генами-кандидатами шизофрении. Поэтому обсуждается, достаточна ли широкогеномная статистика для окончательного решения о связи гена с шизофренией. Но в любом случае, GWAS определил ряд новых вариаций, не известных ранее [Harrison P.J., 2015].

Одной из проблем генетической теории происхождения эндогенных психозов является непредсказуемость наследования шизофрении. Среди множества генов-кандидатов нет несомненных аллелей восприимчивости. Каждый отдельный полиморфизм может встречаться всего от одного до, максимум, пяти процентов больных, и имеет небольшое влияние на риск развития болезни [Doi N. et al., 2012; Need A.C. et al., 2009; Harrison P.J., 2015]. Проявление психической патологии определяется обилием случа-

¹ Резник А.М. – Медицинский институт непрерывного образования ФГБОУ ВО «Московский государственный университет пищевых производств». Заведующий кафедрой психиатрии, кандидат межд. наук, доцент

ев полиморфизма, в разном встречающихся аллелях и подчиняется правилу: «редкая болезнь – один частый аллель, частая болезнь – много редких генетических вариантов» [McClellan J.M. et al., 2007; Costain G., Bassett A.S., 2012]. То есть, редкая болезнь может быть вызвана одним генетическим отклонением, которое всегда встречается у таких больных, частая болезнь (шизофрения относится к частым заболеваниям) объясняется тем, что у одного индивида много отклонений, которые редко встречаются в популяции. Лишь часть генетических вариаций представляет собой экзонные смысловые замены нуклеотидов и кодируют синтез белков. Значительная часть однонуклеотидных полиморфизмов и увеличений числа копий находится в генах интронов, эффекты которых или неизвестны, или выполняют не кодирующие функции, например, проявляют свой эффект во взаимодействии с другими генами, управляют транскрипцией, сплайсингом, работой промоторов. Еще при SCH встречаются *De novo* мутации, т.е. новообразовавшиеся, не наблюдавшиеся у родителей индивида, случайные генетические варианты. Они чаще экспрессируются и более разрушительны для гена, т.к. не прошли эволюционной селекции [Harrison P.J., 2015; Xu B. et al., 2011, 2012].

Теперь о том, в какие белки экспрессируются, или шире – какие физиологические процессы обуславливают гены риска шизофрении? За что они отвечают? Так вот, известно, что одни ассоциированные с эндогенными психозами соматические геномные вариации находят в генах, которые связаны с закладкой и развитием нервных клеток, аксонов, синапсов. Другие связаны с нейротрансмиссией, в том числе, с активностью нейромедиаторов, чувствительностью рецепторов, работой транспортеров, синаптической пластичностью. Часть генов риска управляют клеточным дыханием, работой ионных каналов [Ripke S. et al., 2014; Costain G., Bassett A.S., 2012; Doi N. et al., 2012; Walsh T et al., 2008; OMIM (Online Mendelian Inheritance in Man) – электронная база данных «Менделевского наследования у человека»]. Последние находки касаются также генов, входящих в главный комплекс гистосовместимости (МНС, *major histocompatibility complex*), участвующий в иммунной системе и развитии иммунитета [Benros M.E. et al., 2012; Sekar A. et al., 2016]. Таким образом, гены риска шизофрении отвечают за широчайшее многообразие биологических процессов, происходящих не только в нервной системе. Однако до сих пор остается неизвестным, какие из них задействованы в патогенезе в наибольшей степени.

Трудность установления связей между генетическими вариантами и шизофренией и другими эндогенными психическими расстройствами определяется рядом обстоятельств. Во-первых, со стороны генетических факторов: с эндогенными психозами ассоциированы разнообразные структуры генома, которые множественны, они разные, у одного индивида они рассеяны по геному; каждый из таких структурных вариантов редко встречается в популяции; варианты эти малые, то есть, как правило, затрагивают одну или несколько пар нуклеотидов; они могут быть новыми, то есть новообразовавшимися, а не переданными от родителей; они локализуют-

ся в генах, которые связаны с самыми разнообразными аспектами формирования и функционирования нервной системы. Существенная часть генетических вариантов локализуется в темных частях генома, их функция до сих пор, либо неизвестна, либо всего лишь предполагается. Во-вторых, есть две важные проблемы поиска генетической этиологии психозов со стороны клиники: шизофрения, как и другие эндогенные психозы — это диагнозы, которые ставятся при наличии у пациента разнообразных основных и факультативных психологических проявлений в разных сочетаниях, с разными вариантами динамики, которые зависят от разных провоцирующих факторов, и от отсутствия или применения разных методов терапии. К тому же эти диагнозы ставятся врачом-психиатром, который обладает некоторым набором знаний, навыков, умений, опытом, и опирается в своих суждениях на принятые в данный момент диагностические критерии и традиционные представления. То есть, до последнего времени при шизофрении проводились ассоциации с бесчисленными геномными вариантами, с одной стороны, и с самым общим диагностическим обозначением неопределенного числа фенотипических проявлений, с их далеко не дискретными комбинациями — с другой стороны. В качестве наглядной иллюстрации сложности поиска этиопатогенетических связей при эндогенных психических расстройствах я приведу рисунок (Рисунок 1) из работы профессоров Кардиффского университета Ника Крэдока и Майкла Оуэна (*Craddock N., Owen M.J., 2010*).

В данный момент со всей очевидностью встает вопрос о проведении новых клиничко-генетических и междисциплинарных клиничко-нейрофизиологически-генетических исследований эндогенных психических расстройств с отказом от жесткого деления изучаемой популяции в зависимости от установленной диагностической рубрики. До настоящего времени не было выявлено связи отдельных геномных вариаций с классическими Крепилиновскими формами шизофрении. Были получены единичные данные об ассоциации генетических вариантов и отдельных проявлений шизофрении, причем необязательно укладывающихся в наши привычные клиничко-психопатологические схемы. Например, отечественными учеными были найдены ассоциации Гена мозгового нейротрофического фактора (BDNF) с Позитивные психопатологические симптомы у больных шизофренией (проявления синдрома Кандинского-Клерамбо), при отсутствии влияния на риск заболеть шизофренией (Колесниченко Е.В. и др., 2015; Zhai J. et al., 2013). Найдена ассоциация Гена 2',3'-циклонуклеотид 3'-фосфодиэстеразы (CNP) с психопатологической симптоматикой, включающей кататонию, депрессию, проявления аутизма (депрессивно-кататонический синдром) у больных SCH. Эти клинические данные сопровождалась экспериментальными — получением дегенерации аксонов с фронтальном отделе мозолистого тела, в эксперименте у мышей (Hagemeyer N., 2012). Были найдены ассоциации одного из вариантов гена переносчика серотонина (SLC6A4) с нарушением распознаваний мимических эмоций при шизофрении, при этом не ассоциированными какими-то другими проявлениями-

ми психического расстройства (Алфимова Л.В. и др., 2014). Варианты ген катехол-О-метилтрансферазы (COMT) были ассоциированы со снижением когнитивных способностей, с проявлением агрессии (Soyka M., 2011)

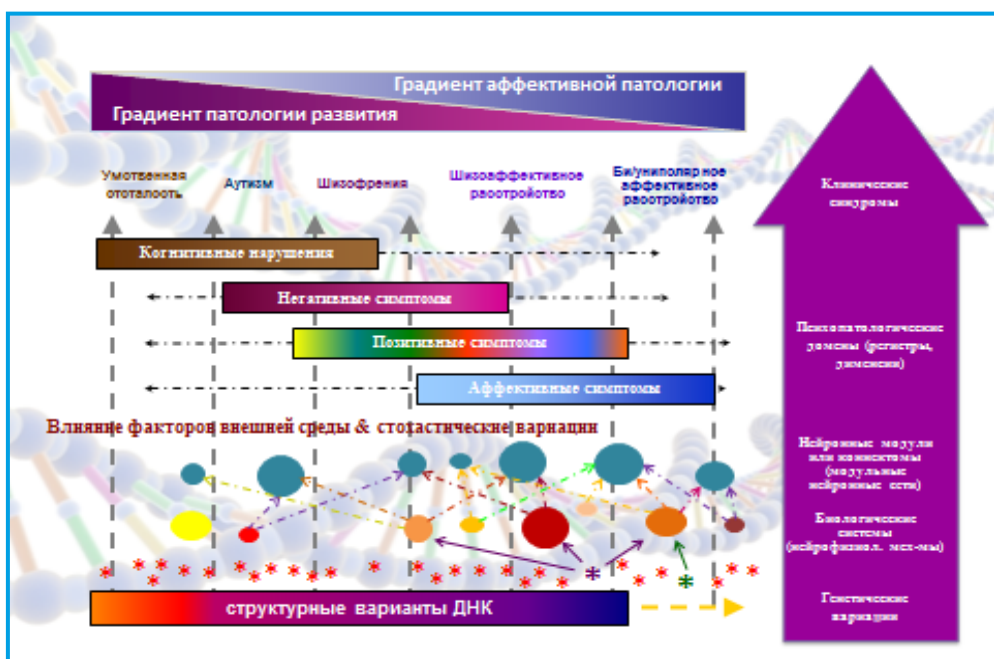


Рис. 1. Связь геномных вариаций с многообразием психопатологических проявлений эндогенных психических расстройств (Craddock N., Owen M.J., 2010)

Однако до сих пор не проводилось лонгитюдных клиничко-генетических исследований и исследований ассоциаций геномных вариаций с типами течения психозов. В данный момент уже прослеживается тенденция отхода от концепции коморбидности и дименсиональной модели, которые ничего не дали для прояснения патогенеза эндогенных психических расстройств. Наметился переход к идее гетеротипического континуума психопатологии, в которой раскрывается закономерность течения болезни: симптомы риска, транзиторные и этапные синдромы, исход болезни. Высказываются необходимость изучения вариантов течения психических расстройств, так как очевидно, что они слабо связаны со статико-феноменологическим диагнозом и лучше отражают динамическую составляющую болезни, в большей степени влияющей на социальную адаптацию (Uher R., Zwicker A., 2017).

Исследование генетических основ эндогенных психозов не может быть достаточно продуктивным, если ограничиваться установлением генно-фенотипических ассоциаций. Глава международного психиатрического генетического консорциума Стефан Рипке (S. Ripke, 2014) в статье, посвященной результатам полногеномного поиска ассоциаций при шизофрении, указывает: «Сама по себе генетическая вариация не может объяснить, каким образом она повышает риск шизофрении». Его поддерживает про-

фессор Пол Харрисон (P. J. Harrison, 2015) из Оксфордского университета: «Только раскрытие биологии гена и механизма образования риска шизофрении позволит определить потенциал генетической вариации». И в этом плане достижения генетики показывают ключевые генные сети, вероятные биохимические пути, которые следует изучать; фокусируют исследования в нейробиологии и психофармакологии; влияют на диагностические парадигмы, например, выражающиеся в приоритете психопатологических регистров или дименсий и наступающем последнее время интересе к вариантам течения шизофрении и других эндогенных психических расстройств (Harrison P.J., 2015; Uher R., Zwicker A., 2017).

На данном этапе изучения этиологии и патогенеза эндогенных психозов наиболее перспективными представляются мультидисциплинарные исследования с поиском ассоциаций между всем многообразием эндогенных и эндоформных психических расстройств с различными типами течения и представленностью психопатологической симптоматики, связанных с ними иммунологических, нейрхимических, нейрофункциональных, нейроморфологических находок и множеством генов-кандидатов (Рисунок 2).



Рис. 2. Исследование патогенеза эндогенных психических расстройств

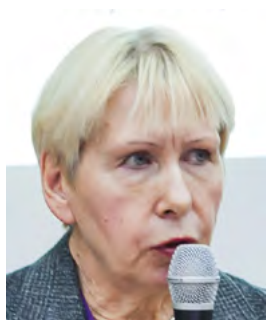
В данный момент на клинической базе Психиатрической клинической больницы имени Н.А. Алексеева проводится клиничко-психопатологическое исследование больных с эндогенными психозами с использованием специальной электронной индивидуальной регистрационной карты, которая включает более полутора тысяч параметров: психопатологических,

клиничко-динамических, социальных, с последующим проведением селективного генотипирования, полноэкзомного генотипирования пациентов, исследованием внеклеточной ДНК и генов органелл, полногеномным фармагенетическим исследованием, с анализом функциональной активности регуляторных систем генома, с проведением функциональной магниторезонансной томографии головного мозга пациентов с предъявлением актуального стимульного материала (Рисунок 3). Исследование проводится во взаимодействии с ведущими научными учреждениями страны: Центром им. В.П. Сербского, Медико-генетическим научным центром, Научным центром психического здоровья, Курчатовским институтом, МГУ им. М.В. Ломоносова. Часть результатов этого исследования будут освещены в докладах на данной конференции. Спасибо за внимание.



Рис. 3. Мультидисциплинарное исследование молекулярных и нейробиологических маркёров эндогенных психических расстройств

Влияние генотип-средовых взаимодействий на развитие шизофрении и особенностей её клинических проявлений¹



Голимбет В.Е.², Лежейко Т.В.³,
Габаева М.В.⁴

С этиологической точки зрения шизофрению часто определяют как мультифакторное заболевание, в развитии которого принимают участие как генетические, так и средовые факторы. Естественно, большее число исследований посвящено поиску генов, связанных с шизофренией, поскольку вклад генетических факторов составляет более 80%, в меньшей степени исследуют средовые факторы. Что касается изучения генетических факторов риска, то на сегодняшний день это около 150-ти локусов, выявленных с помощью широкомасштабного сканирования генома (GWAS от английского genome-wide association studies), и порядка 700 вариаций в генах-кандидатах, установленных на основании их роли в биохимических путях, связанных с патогенетическими механизмами шизофрении.

Средовые факторы риска развития шизофрении изучаются достаточно давно, по крайней мере, раньше, чем даже генетические, и по последним данным, опубликованным в обзоре 2018 года (Radua et al 2018), в который было включено порядка 600 мета-анализов (зонтичный мета-анализ), выделяется где-то 170 факторов, соответственно, с разными весами. Авторы этой работы разделили все факторы на подгруппы, причём разделение было, естественно, весьма условным. В первую подгруппу вошли социально-демографические факторы, в первую очередь это миграционный (этот фактор оказался одним из наиболее значимых, хотя он, наверное, не применим ко всем популяциям), и социально-экономические (внутрисемейные) факторы. Вторую группу составили перинатальные факторы. Естественно это очень большая группа, туда входят все осложнения во время беременности, родов, питание матери, витамин D, сезон рождения, и так далее. Третья группа – это факторы, действующие на более поздних ста-

1 Работа выполняется при поддержке РФФИ, проект № 17-29-02088.

2 *Голимбет В.Е.* – д.б.н., профессор, заведующая лабораторией клинической генетики ФГБНУ НЦПЗ

3 *Лежейко Т.В.* – к.б.н., старший научный сотрудник лаборатории клинической генетики ФГБНУ НЦПЗ

4 *Габаева М.В.* – к.б.н., научный сотрудник лаборатории клинической генетики ФГБНУ НЦПЗ.

диях развития – это стрессы социальные, инфекции. И четвёртая группа (авторы назвали её «Предшествующие факторы»), которая представляла собой сборную группу, в нее вошли леворукость, неврологические и физические аномалии, IQ на стадии преморбида, и так далее.

Известно ещё из классической генетики, что внешние неблагоприятные воздействия могут влиять на риск возникновения шизофрении как прямым образом, так и в зависимости от генетической предрасположенности. То есть имеют место так называемые генотип-средовые взаимодействия. Для психических заболеваний факты, подтверждающие существование генотип-средовых взаимодействий, накапливаются с 2003 года. Тогда, начиная с работы австралийских исследований, под руководством Авшалом Каспи (Caspi et al 2003), было показано, что при воздействии стрессовых факторов, депрессия развивалась у носителей короткого аллеля гена переносчика серотонина, в то время как у носителей другого варианта этого гена депрессия не развивалась. И с тех пор было получено достаточно подтверждений этих фактов для депрессии, но не для шизофрении. Что касается шизофрении, то в недавнем обзоре (Zwicker et al 2018) приводятся данные только о 5-ти генах, для которых получены результаты влияния генотип-средовых взаимодействий на развитие заболевания. Это ген нейротрофического мозгового фактора и средовый фактор (жестокое обращение в детстве), ген катехол-О-метилтрансферазы, для которого употребление марихуаны, жестокое обращение в детстве, стресс, вызванный службой в армии, ген FKBP5 (играет роль в регуляции иммунной системы), и средовый фактор жестокое обращение в детстве, ген AKT1 (киназа, участвующая в активации каннабиноидного рецептора), соответственно, употребление марихуаны, то есть всё в соответствии с ролью этого гена в головном мозге. И, наконец, в одном из последних исследований, которое было выполнено не в соответствии с конкретной гипотезой, а носило поисковый характер, поскольку проводился полногеномный поиск, обнаружено влияние взаимодействия гена катенина (молекула адгезии, участвующая в нейропластичности) и такого средового фактора, как цитомегаловирусная инфекция.

В 2014 году был опубликован план Европейского исследования генотип-средовых взаимодействий, охватывающий многие аспекты. В нем, в частности, предложено исследовать влияние генотип-средовых взаимодействий не только на риск шизофрении, но на различные фенотипы этого заболевания, в том числе промежуточные фенотипы (продром, возраст начала, тяжесть и течение заболевания). Вот это как раз пункт, который мы бы хотели развивать в своих исследованиях. Цель нашей работы – изучить влияние генотип-средовых взаимодействий на возраст начала шизофрении, и её тяжесть, которую оценивали по выраженности симптомов. В качестве генетического фактора мы выбрали один из полиморфизмов в гене, кодирующем цинк-пальцевый белок (*ZNF804A*), а в качестве средового фактора – осложнения при родах. Ген *ZNF804A* интересен тем, что он является одним из наиболее значимых генов- кандидатов, связан-

ных с риском шизофрении, что подтверждено как данными GWAS, так и данными мета-анализов. Ген содержит в своей структуре домен, который связан с семейством цинк-пальцевых белков, поэтому он и получил своё название, но на самом деле функции его до сих пор не выяснены, предполагается, что он связан с ранним развитием головного мозга, нейропластичностью, а также процессами трансляции РНК и клеточной адгезией. И во многих исследованиях сообщается как раз об ассоциации полиморфного локуса rs1344706, который вызван заменой нуклеотида аденина (А) на нуклеотид цитозин (С), с шизофренией, и при этом с риском развития заболевания связывают аллель А. В качестве средового фактора, как я уже говорила, выбрали родовые осложнения, которые включали в себя кесарево сечение, низкий вес новорожденного, преждевременные роды, родовую травму. Родовые осложнения рассматривают в качестве важного фактора, влияющего на риск шизофрении, также ранее была обнаружена связь между родовыми осложнениями и более ранним возрастом начала болезни.

В задачи исследования входило формирование общей выборки больных, разделение её на две группы – с осложнениями при родах и без них, сравнение этих групп между собой по клиническим характеристикам (начало заболевания, выраженность симптомов (оценивали по шкале PANSS)), проведение генотипирования, и поиск ассоциации между искомым полиморфизмом и клиническими характеристиками в каждой из групп. Мы предположили, что в случае существования генотип-средовых взаимодействий, наибольшую выраженность характеристик, отражающих тяжесть течения шизофрении можно ожидать у больных с генотипом риска АА в группе с родовыми осложнениями, а наименьшую – у носителей генотипа СС в группе без родовых осложнений, то есть такое классическое генотип-средовое взаимодействие. Для того, чтобы выполнить это исследование, были проанализированы более 600 историй болезней и структурированных интервью больных с диагнозом шизофрения. Критерием включения в группы являлись однозначное указание на осложнения во время родов, или же на их отсутствие, и наличие результатов психометрического обследования. Всего удалось сформировать группу из 369-ти человек, осложнения при родах присутствовали у 111, отсутствовали у 258 пациентов. Между этими группами были обнаружены различия. Как можно было предположить, в группе с родовыми осложнениями было больше мужчин, возраст на момент заболевания был более молодым, и возраст манифестации психоза тоже был меньшим. Интересно, что различия между позитивными и негативными симптомами мы не обнаружили, за то была значима разница в выраженности общих психопатологических симптомов. Надо сказать, что статистическая обработка была у нас достаточно жёсткая, мы вводили критерий Бонферрони, поэтому, может быть, какие-то ассоциации и не вошли в число значимых. Действительно, наше предположение подтвердилось, и мы получили эффект генотип-средовых взаимодействий для шкалы общих психопатологических симптомов, и различия были обнаружены между носителями генотипа АА из группы с осложнениями

при родах, и носителей генотипа СС, из группы без родовых осложнений. При этом выраженность симптомов была выше у носителей генотипа риска АА. Надо сказать, что выдвинутая гипотеза подтвердилась лишь для одной изучаемой характеристики – это общие психопатологические симптомы. Значимость различий только для этого типа симптомов можно объяснить, наверное, тем, что эффекты родовых осложнений и полиморфизма *ZNF804A* нельзя рассматривать как строго специфичные для шизофрении, что подтверждают и данные литературы. Например, изучаемые по отдельности эффекты как *ZNF804A*, так и средового фактора были отмечены и для аффективных расстройств, а также даже для шизотипических проявлений в группе здоровых людей.

В заключение следует отметить, что полученные результаты являются новыми, открывают новое направление исследований, и подтверждают перспективность изучения влияния генотип-средовых взаимодействий на клинические проявления шизофрении, или, возможно, других психических расстройств.

Нейрокогнитивные маркеры у пациентов с шизофренией при выполнении зрительных задач¹



Латанов А.В.², Сухачевский И.С.³,
Чурикова М.А.², Анисимов В.Н.²,
Шмуклер А.Б.³

Введение

Движения глаз являются неотъемлемым компонентом зрения у человека (как и у других представителей приматов), поскольку при обеспечении этой функции вовлечены во многие мозговые процессы разного уровня, опосредованные зрением. Движения глаз обеспечиваются саккадической системой, которая при выполнении человеком сложных зрительных задач включает также корковые уровни мозга, такие как высшие интегративные центры теменных и лобных областей. Эти области вовлечены в осуществление зрительных задач высокого уровня, обеспечиваемых системами произвольного внимания и исполнительного контроля, играющих центральную роль в когнитивных процессах.

Хорошо известно, что у больных шизофренией отмечаются дефицит внимания, снижение его устойчивости, ослабление волевого контроля, снижение эффективности функционирования рабочей памяти и систем исполнительного контроля (Levy et al., 2010). В связи с этим параметры движений глаз при выполнении ряда зрительных задач, вовлекающих перечисленные мозговые функции и процессы, широко используются для оценки их сохранности у больных шизофренией. Из наиболее распространенных зрительных задач для исследования глазодвигательного поведения при шизофрении используют тесты «просаккады» (Crawford et al., 1995; Karoumi et al., 1998; Haraldsson et al., 2008; Myles et al., 2017), «антисаккады» (Crawford et al., 1995; Curtis et al., 2001; Haraldsson et al., 2008) и Go/NoGo (Montagnini, Chelazzi, 2009; Redick et al., 2011). В настоящее время нарушения глазодвигательного поведения рассматривают как нейрокогнитивные

1 Исследование выполнено в рамках проекта «Молекулярные и нейрофизиологические маркеры эндогенных психозов человека» при финансовой поддержке Российского Фонда Фундаментальных Исследований (проект № 17-29-02164 офи_м)

2 Латанов А.В., Чурикова М.А., Анисимов В.Н. – кафедра высшей нервной деятельности, биологический факультет МГУ имени М.В. Ломоносова.

3 Сухачевский И.С., Шмуклер А.Б. – Московский НИИ психиатрии (филиал ФГБУ «НМИЦ ПН» Минздрава имени В.П. Сербского России).

маркеры психических расстройств шизофренического спектра, поскольку ухудшение амплитудно-временных параметров саккад у таких пациентов отражает определенные мозговые дисфункции.

Кроме того, пациенты с шизофренией демонстрируют разнообразные когнитивные нарушения, которые исследуют с применением специально разработанных шкал для оценки таких нарушений (Keefe et al., 2008). Шкала краткой оценки когнитивных функций у пациентов с шизофренией (англ., *Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia*, BACS) представляет собой батарею из шести тестов, которые пациенты выполняют в определённом порядке. Эта шкала позволяет достаточно полно оценить основные сферы когнитивного поведения, которые в наибольшей степени нарушены у пациентов с шизофренией.

В практическом плане исследование различных аспектов когнитивной деятельности у больных шизофренией и сопоставление ее нарушений с нарушениями глазодвигательного поведения позволит расширить набор диагностических средств данного заболевания. Фундаментальное значение такого комплексного исследования состоит в раскрытии тонких связей между психической сферой и физиологическими процессами, что будет способствовать пониманию базовых патогенетических механизмов развития шизофрении. В настоящее время такие исследования составляют передний край современной междисциплинарной нейронауки.

Цель работы состояла в исследовании особенностей глазодвигательной деятельности при выполнении когнитивных зрительно-моторных задач у пациентов с шизофренией (Шиз) и у здоровых добровольцев (Норм), а также сопоставить их с показателями когнитивных процессов. В работе были поставлены следующие задачи: 1) исследовать эффективность глазодвигательной деятельности при выполнении тестов «просаккады», «антисаккады» и Go/NoGo; 2) исследовать различия латентных периодов (ЛП) саккад при выполнении этих тестов у Норм и Шиз; 3) у Шиз исследовать выполнение когнитивных тестов стандартной шкалы «Краткая оценка когнитивных функций у пациентов с шизофренией» (BACS); 4) исследовать связь между показателями глазодвигательной деятельности и основными когнитивными процессами (по шкале BACS) у Норм и Шиз.

Методы исследования

Участники экспериментов

В экспериментах участвовали 70 здоровых добровольцев (группа Норм, средний возраст 27.2 ± 1.1 лет) и 72 пациента с диагнозом «шизофрения» (МКБ 10 F20) (группа Шиз, средний возраст 31.3 ± 1.1 год). Пациенты оказались незначительно, но достоверно старше добровольцев ($t_{137} = 2.65$, $p < 0.01$).

Глазодвигательные тесты

Во всех тестах стимулы предъявляли на 22" ЖК мониторе с разрешением Full HD, расположенном на расстоянии 60 см от глаз испытуемых.

В экспериментах голову испытуемых нежестко фиксировали с использованием лобно-подбородной подставки.

Тест «просаккады» (Рис. 1). В начале пробы испытуемые фиксировали взор на кресте (фиксационный стимул, ФС), предъявляемом в центре поля зрения. Через 2 с после включения ФС предъявляли периферический стимул (ПС) с эксцентриситетом 19 угл. град. Испытуемых инструктировали как можно быстрее перевести взор (совершить саккаду) на ПС, который предъявляли в обе стороны по 40 раз псевдослучайным образом. Интервал между пробами составлял 2 с.

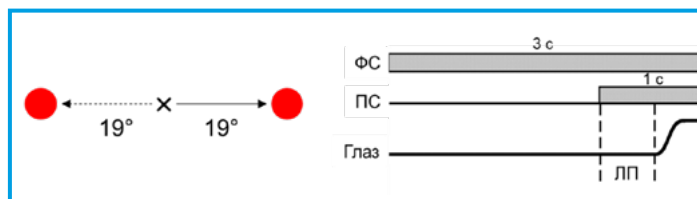


Рис. 1. Схема предъявления стимулов (слева) и временные диаграммы событий (справа) в тесте «просаккады». Окружности справа и слева от ФС обозначают положение ПС. На временных диаграммах отрезок от начала экспозиции ПС до начала смещения позиции глаза соответствует ЛП саккады

Тест «антисаккады» (Рис. 2). В начале пробы испытуемые фиксировали взор на кресте (фиксационный стимул, ФС), предъявляемом в центре поля зрения. Через 2 с после включения ФС предъявляли периферический стимул (ПС) с эксцентриситетом 19 угл. град. Испытуемых инструктировали как можно быстрее перевести взор (совершить саккаду) на равноудаленное расстояние от ФС в противоположную сторону от ПС, который предъявляли в обе стороны по 40 раз псевдослучайным образом. Интервал между пробами составлял 2 с.



Рис. 2. Схема предъявления стимулов (слева) и временные диаграммы событий (справа) в тесте «антисаккады». Окружность, отображаемая пунктиром, справа от ФС обозначает зеркальное положение ПС. Остальные обозначения как на Рис. 1

Тест Go/NoGo (Рис. 3). При выполнении данного теста испытуемых инструктировали совершать саккаду на ПС при «разрешающем» зеленом сигнале и, напротив, не совершать саккаду на ПС при «запрещающем» красном сигнале. В соответствии с такой инструкцией испытуемые выполняли/не выполняли саккады к 8 ПС, предъявляемым на сторонах и вершинах виртуального ромба. Каждый из этих стимулов предъявляли

по 5 раз в двух ситуациях «разрешающего» и «запрещающего» сигналов. Всего в эксперименте каждый из 8 стимулов предъявляли по 10 раз, при этом в половине случаев испытуемые должны были совершать, а в половине случаев – не совершать саккаду. Реализации с «разрешающими» и «запрещающими» сигналами, а также с различными направлениями ПС варьировали в псевдослучайном порядке. Интервал между пробами составлял 2 с.

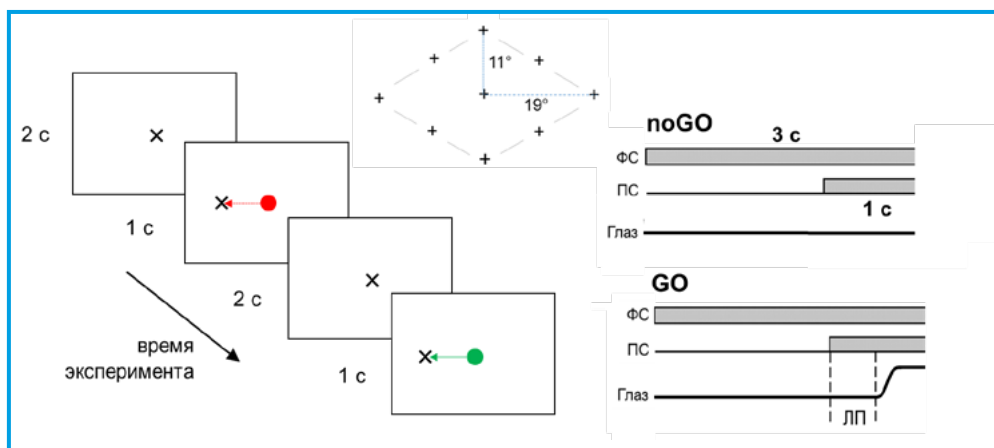


Рис. 3. Схема предъявления стимулов в тесте Go/NoGo.

При «запрещающем» (красном) сигнале выполнение саккады (красная стрелка) считалось ошибкой. При «разрешающем» зеленом сигнале саккада (зеленая стрелка) являлась релевантным движением.

Вверху показано расположение стимулов в поле зрения. Временные диаграммы отражают стимульные события и несовершенство/совершение саккады в условиях NoGo и Go.

Остальные обозначения как на Рис. 1

Регистрация движений глаз

Эксперименты с испытуемыми Норм проводили на кафедре высшей нервной деятельности биологического факультета МГУ им. М.В. Ломоносова. Для регистрации движений глаз использовали оригинальный айтрекер на базе цифровой скоростной камеры FastVideo (ООО «НПО Астек», Россия) с частотой фреймов 250 Гц (Анисимов и др., 2016). Для управления экспериментом и обработки видеопотока видеоизображений глаза с последующим выделением глазодвигательных событий использовали оригинальное программное обеспечение.

Эксперименты с пациентами проводили в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава РФ. Управление экспериментом и регистрацию движений глаз проводили с использованием айтрекера SMI RED 500 (SensoMotoric Instruments GmbH, Germany) с частотой 250 Гц. Для обработки видеопотока видеоизображений глаза и выделения глазодвигательных событий использовали программный пакет SMI BeGaze™.

Оценка когнитивной деятельности

Для оценки нарушений когнитивной деятельности использовали широко известную, разработанную для оценки когнитивных нарушений при шизофрении батарею различных тестов (Keefe et al., 2008), адаптированных для русскоязычных испытуемых (Саркисян и др., 2010). Когнитивные процессы оценивали по шкале «Краткая оценка когнитивных функций у пациентов с шизофренией» (BACS), которая включает задания для оценки функций программирования и контроля, речевой беглости, рабочей памяти и моторных навыков (табл. 1). В специальных исследованиях показано, что композитное значение этой шкалы отражает когнитивный дефицит при шизофрении (Keefe et al., 2008).

Таблица 1. Когнитивные тесты шкалы BACS (оригинальные названия и перевод)

1	Verbal Memory	Слухоречевая память
2	Digit Sequencing	Рабочая память (числовой ряд)
3	Token Motor Task	Двигательный тест с фишками (моторные навыки)
4	Verbal Fluency	Речевая беглость
5	Symbol Coding	Шифровка (кодирование символов)
6	Tower of London	Проблемнорешающее поведение

Статистический анализ

Сравнение групп по эффективности выполнения тестов проводили по критерию Манна-Уитни с учетом поправок Бонферони на множественные сравнения. Сравнение ЛП саккад у групп испытуемых проводили по критерию Стьюдента с учетом поправок Бонферони на множественные сравнения. Для статистической обработки использовали пакет программ Minitab 17.

Результаты

Эффективность выполнения тестов

Тест «просаккады». Эффективность выполнения этого теста заключается в способности выполнять рефлекторные саккады в направлении ПС. Этот показатель отражается отношением числа успешных проб к общему их числу и является оценкой устойчивости функций преимущественно произвольного внимания. Выполнение данного теста исследовано только у 7 испытуемых Норм и 51 пациента Шиз. По результатам парных сравнений выявлено достоверное уменьшение эффективности выполнения теста у Шиз по сравнению с Норм (медианы – 0.96 против 1.00, $p = 0.02$). Небольшая выборка Норм не позволяет провести сравнение по гендорным подгруппам.

Тест «антисаккады». Эффективность выполнения этого теста заключается в способности подавлять (тормозить) нерелевантные рефлекторные

саккады. Этот показатель отражается отношением числа успешных проб к общему их числу и является оценкой устойчивости функций исполнительного контроля. По результатам парных сравнений эффективность выполнения теста оказалась достоверно меньше у Шиз (Рис. 4). Внутри групп не выявлены достоверные гендорные различия, а при сравнении Норм и Шиз по гендору признаку также выявлена достоверно меньшая эффективность у Шиз.

Тест Go/no-Go. Эффективность когнитивных процессов при выполнении этого теста заключается в способности удерживать в рабочей памяти управляющий императивный сигнал и использовать эту информацию для адекватного действия, а также подавлять нерелевантные реакции. Показатель эффективности выполнения данного теста рассчитывали как отношение числа успешных проб к общему их числу. Успешная проба заключалась в выполнении релевантной саккады (при условии «разрешающего» сигнала) или подавлении нерелевантной саккады (при условии «запрещающего» сигнала). В первом случае ошибка заключалась в пропуске релевантной саккады (т.н. ложноотрицательное срабатывание), а во втором – в выполнении нерелевантной саккады (т.н. ложноположительное срабатывание). При выполнении этого теста в обеих группах доминировали ошибки ложноположительного срабатывания.

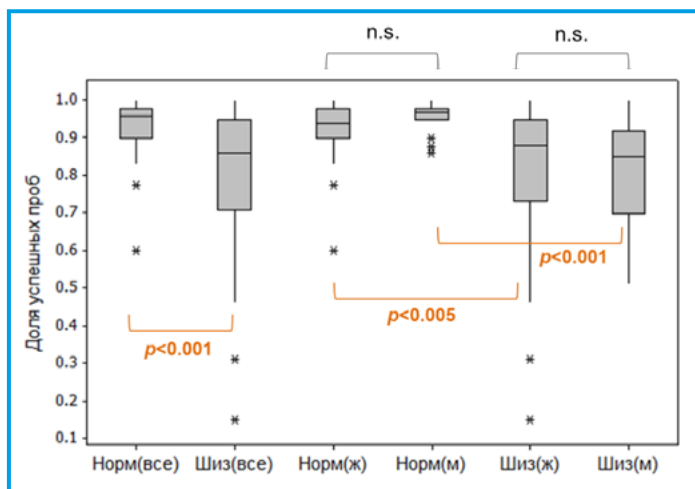


Рис. 4. Медианы эффективности выполнения теста «антисаккады» для Норм и Шиз в целом и при разделении по полу. n.s. (англ., non significant) – достоверные различия отсутствуют

Эффективность выполнения данного теста оказалась незначительно ниже (примерно на 10%), чем теста «антисаккады», что свидетельствует о большей когнитивной нагрузке при выполнении этой зрительной задачи. Так же как и в тесте «антисаккады» эффективность выполнения теста оказалась достоверно меньше у Шиз (Рис. 5). Внутри групп также не выявлены достоверные гендорные различия, а при сравнении Норм и Шиз по гендору признаку выявлена достоверно меньшая эффективность у Шиз.

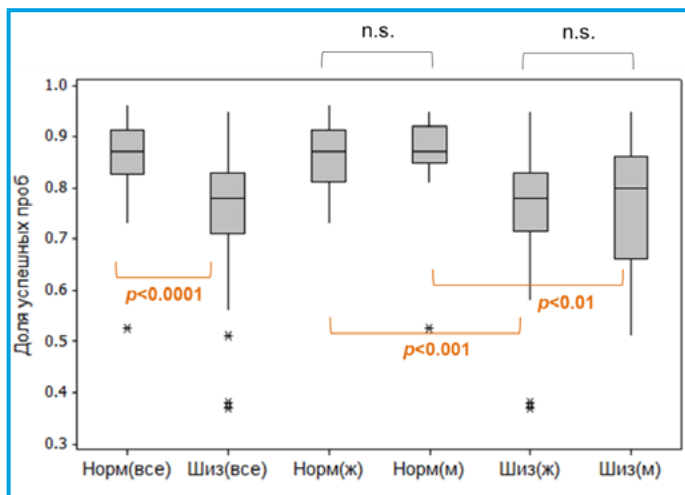


Рис. 5. Медианы эффективности выполнения теста Go/NoGo для Норм и Шиз в целом и при разделении по полу. Остальные обозначения как на Рис. 4

Латентные периоды саккад

Тест «просаккады». ЛП просаккад у Шиз оказались достоверно короче чем у Норм (246 ± 2 против 259 ± 3 мс, $t_{968} = -4.37$, $p < 0.0001$). Это свидетельствует о сохранности и даже об усилении процессов произвольного внимания по сравнению с Норм.

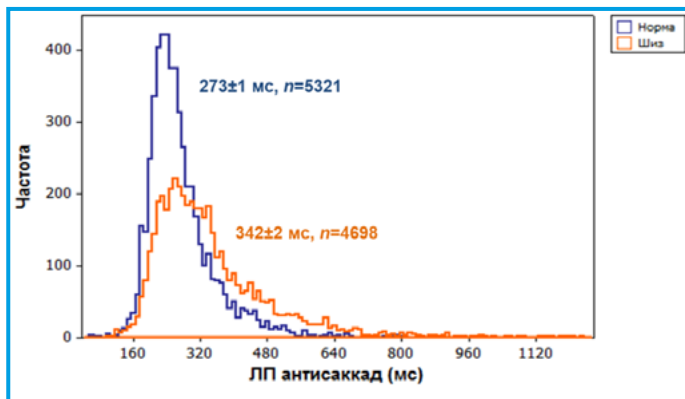


Рис. 6. Распределения ЛП антисаккад у Норм и Шиз

Тест «антисаккады». ЛП антисаккад используются для количественной оценки функционирования механизмов исполнительного контроля. Этот временной параметр содержит в себе суммарную продолжительность этапов обработки зрительной информации, формирования и исполнения адаптивного двигательного ответа в соответствии с текущей задачей. ЛП антисаккад оказались высоко достоверно больше у Шиз по сравнению с Норм в целом и при разделении по гендерному признаку (Рис. 6, 7).

Полученные результаты свидетельствуют о нарушении у Шиз процессов подавления (торможения) нерелевантных движений, что отражается большими ЛП антисаккад. Следует отметить достоверно меньшие ЛП у женщин группы Шиз (Рис. 7).

Тест Go/NoGo. ЛП как релевантных, так и нерелевантных саккад при выполнении этого теста используют для количественной оценки функционирования механизмов исполнительного контроля. Этот временной параметр содержит в себе суммарную продолжительность этапов обработки зрительной информации, включающих оценку значения императивного сигнала («разрешающий» или «запрещающий»), его использование для принятия решения либо исполнения адаптивного двигательного ответа (в случае «разрешающего» сигнала), либо его подавления (в случае «запрещающего» сигнала). При этом испытуемые совершали саккады, составляющие два функциональных класса — релевантные (при «разрешающем» сигнале) и нерелевантные (при «запрещающем» сигнале) саккады. Нерелевантные саккады в соответствии с экспериментальной схемой являлись ошибками (ложноположительные срабатывания).

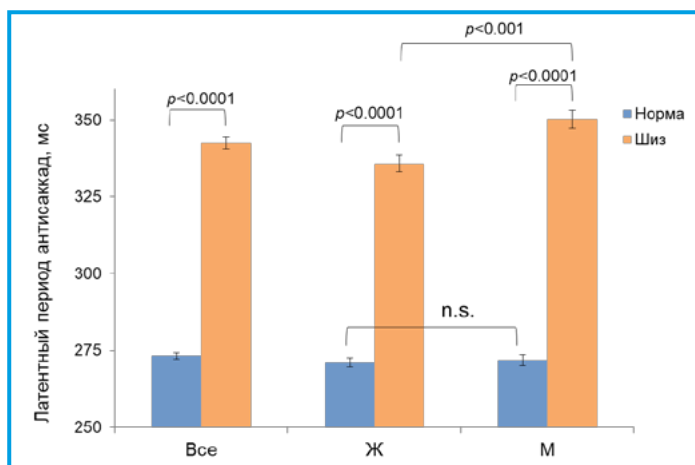


Рис. 7. Средние значения ЛП антисаккад у Норм и Шиз в целом и при разделении по полу. Разброс значений представлен стандартной ошибкой среднего. Остальные обозначения как на Рис. 4

Следует отметить, что ЛП релевантных саккад в задаче Go/NoGo оказались выше, чем ЛП антисаккад, что свидетельствует о большем числе этапов подготовки и осуществления адаптивного ответа в задаче Go/NoGo. ЛП релевантных саккад оказались высоко достоверно больше у Шиз по сравнению с Норм в целом и при разделении по гендорному признаку (Рис. 8, 9). Полученные результаты свидетельствуют о замедлении ментальных процессов и/или систем исполнительного контроля у пациентов, что отражается большими ЛП саккад. Следует отметить достоверно меньшие ЛП у женщин Шиз и квазидостоверно меньшие ЛП у женщин Норм (Рис. 9).

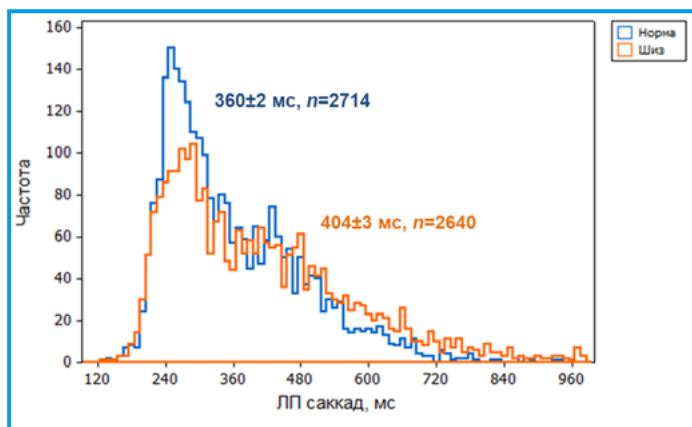


Рис. 8. Распределения ЛП релевантных саккад в задаче Go/NoGo у Норм и Шиз

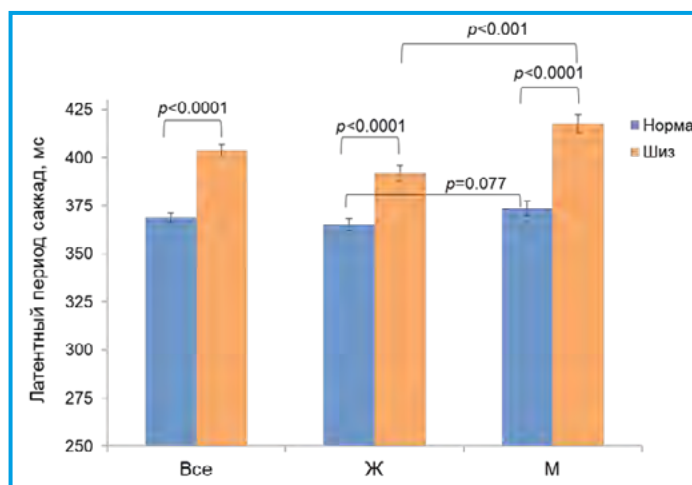


Рис. 9. Средние значения ЛП релевантных саккад в тесте Go/NoGo у Норм и Шиз в целом и при разделении по полу. Обозначения как на Рис. 7

Связь когнитивных процессов с показателями выполнения зрительных задач

У представителей обеих экспериментальных групп оценивали уровень когнитивных функций по шкале BACS. По всем тестам шкалы пациенты Шиз показали достоверно меньшие значения по сравнению с Норм (Рис. 10).

При сопоставлении оценок по отдельным когнитивным процессам с эффективностью выполнения задач «антисаккады» и Go/NoGo для большинства когнитивных процессов у Шиз выявлены достоверные положительные корреляции между этими показателями (табл. 2, 3). У Норм по эффективности задачи «антисаккады» достоверных корреляций выявлено значительно меньше (табл. 2), а по эффективности задачи Go/NoGo

не выявлено совсем (табл. 3). Таким образом, у Шиз когнитивные нарушения (кроме моторных, Token Motor Task) достоверно связаны с эффективностью выполнения зрительных задач.

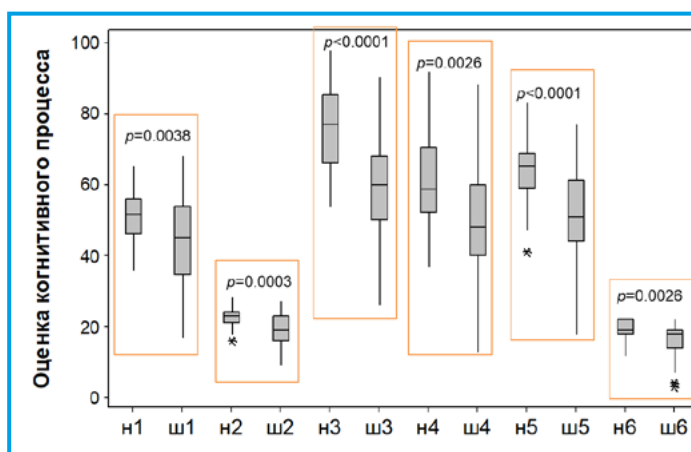


Рис. 10. Оценки (усл.ед.) различных когнитивных процессов по шкале BACS у Норм и Шиз. Обозначения н1, ш1 и т.д. соответствуют показателям Норм и Шиз по отдельным тестам (1–6 в соответствии с табл. 1)

Таблица 2. Корреляции Пирсона между эффективностью выполнения задачи «антисаккады» и оценками 6-ти когнитивных процессов у Норм и Шиз. Красным выделены достоверные коэффициенты корреляции (R) с советующими уровнями значимости (p)

Норма	Verbal memory	Digit Sequencing	Token Motor Task	Verbal Fluency	Symbol Coding	Tower of London
R	0.371	0.032	0.166	-0.188	0.394	0.160
p	0.040	0.863	0.371	0.311	0.028	0.392
Шизофрения						
R	0.291	0.306	0.186	0.315	0.452	0.276
p	0.028	0.021	0.166	0.018	0.0004	0.038

Таблица 3. Корреляции Пирсона между эффективностью выполнения задачи Go/GoNo и оценками 6-ти когнитивных процессов у Норм и Шиз. Зеленым выделен выделен квазидостоверный коэффициент корреляции. Остальные обозначения как в табл. 2

Норма	Verbal memory	Digit Sequencing	Token Motor Task	Verbal Fluency	Symbol Coding	Tower of London
R	0.252	0.173	0.261	-0.238	0.032	0.178

Норма	Verbal memory	Digit Sequencing	Token Motor Task	Verbal Fluency	Symbol Coding	Trail Making Test
p	0.172	0.353	0.156	0.198	0.865	0.337
Шизофрения						
R	0.411	0.308	0.047	0.256	0.277	0.396
p	0.001	0.019	0.727	0.055	0.036	0.002

Для группы пациентов характерна высокая вариабельность выраженности когнитивных нарушений. По оценкам когнитивных процессов с использованием кластерного анализа (методом k -средних) они были разделены на 4 кластера (Karyakina, Shmukler, 2018) (Рис. 11).

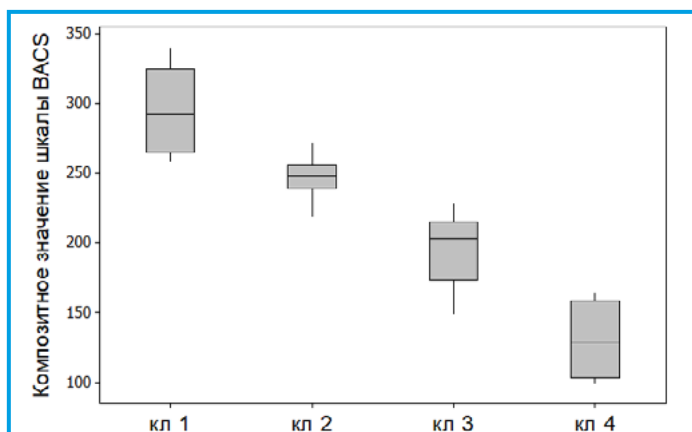


Рис. 11. Разделение пациентов на кластеры (кл 1-кл 4) в соответствии с уровнями когнитивных процессов

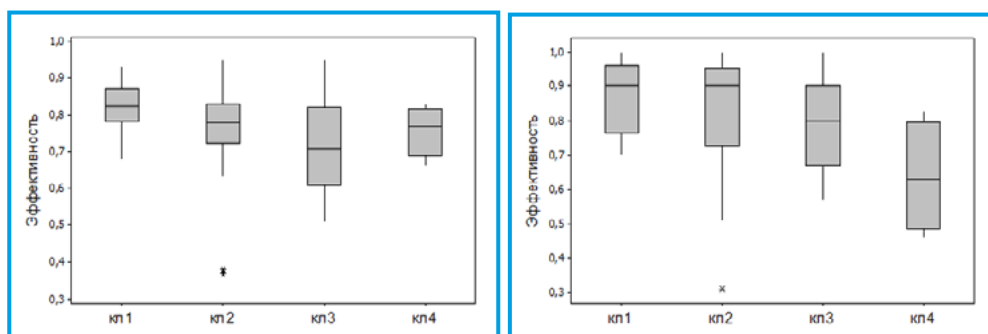


Рис. 12. Эффективность выполнения задач «антисаккады» (слева) и Go/NoGo (справа) для 4-х кластеров пациентов. Обозначения как на Рис. 11

Показатели выполнения зрительных задач монотонно изменялись с диапазонами композитных значений шкалы BACS для 4-х кластеров пациентов. Так, эффективность выполнения зрительных задач увеличивалась с уровнем когнитивных процессов (Рис. 12), в то время как ЛП антисаккад и релевантных саккад в задаче Go/NoGo уменьшались (Рис. 13).

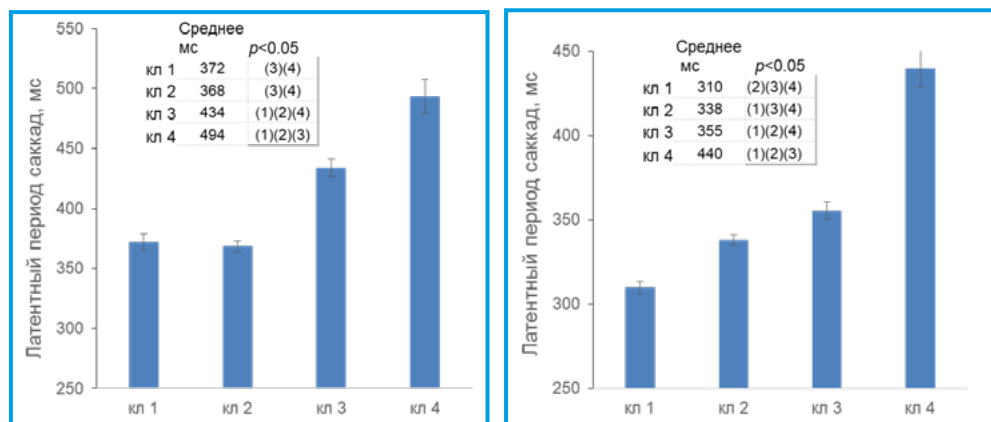


Рис. 13. ЛП антисаккад (слева) и релевантных саккад в тесте Go/NoGo (справа) для 4-х кластеров пациентов. Во вложенных блоках представлены средние величины ЛП для кластеров пациентов, в скобках указаны номера кластеров, при сравнении с которыми выявлены достоверные различия ЛП. Остальные обозначения как на Рис. 11

Таким образом, у Шиз выявлена достоверная динамика показателей глазодвигательного поведения при выполнении стандартных зрительных задач с уровнем когнитивных процессов.

Заключение

Используемые в экспериментах тесты (просаккады, антисаккады и Go/NoGo) характеризуют различные когнитивные аспекты глазодвигательной деятельности. Выбранные для исследования экспериментальные схемы оказались эффективными для оценки глазодвигательных функций у пациентов с шизофренией. Выявленные нами взаимосвязи между глазодвигательными показателями и когнитивными процессами у Шиз представляют собой новые данные, свидетельствующие об общности механизмов глазодвигательной деятельности и когнитивных процессов. В отечественной междисциплинарной науке такие результаты получены впервые.

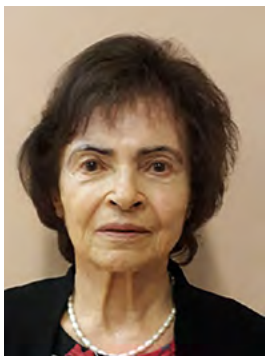
Для исследования эффективности глазодвигательной деятельности и временных параметров саккад у пациентов использованы традиционные в практической психиатрии глазодвигательные тесты (Redick et al., 2011; Myles et al., 2017 и др.). Показатели глазодвигательного поведения представляют собой нейрокогнитивные маркеры шизофрении и повсеместно используются в диагностических целях (Levy et al., 2010). Относительно простые объективные количественные показатели глазодвигательной деятельности, такие как эффективность выполнения глазодвигательных задач

и ЛП регистрируемых при этом саккад, являются надежным средством для оценки и когнитивных нарушений у Шиз. Новизна нашего исследования заключается в сопоставлении глазодвигательных параметров с когнитивным статусом пациентов. Такой синтез когнитивных и зрительно-моторных аспектов шизофрении позволит выявить общность лежащих в их основе механизмов при разработке новых методов диагностики шизофрении и других психических заболеваний.

Литература

1. *Анисимов В.Н., Краснопёров А.В., Серженко Ф.Л., Терещенко Л.В.* Разработка технологии айтрекинга от регистрации видео до наложения треков на изображение. В сб. «Айтрекинг в психологической науке и практике» / под ред. В.А. Барабанщикова. М.: Московский институт психоанализа. 2016. С. 35–46.
2. *Саркисян Г.Р., Гурович И.Я., Киф Р.С.* Нормативные данные для российской популяции и стандартизация шкалы «Краткая оценка когнитивных функций у пациентов с шизофренией» (BACS). Социальная и клиническая психиатрия. 2010. 3: 13–19.
3. *Crawford T.J., Haeger B., Kennard C., Reveley M.A., Henderson L.* Saccadic abnormalities in psychotic patients. I. Neuroleptic-free psychotic patients. *Psychol. Med.* 1995. 25(3):461–471.
4. *Curtis C.E., Calkins M.E., Iacono W.G.* Saccadic disinhibition in schizophrenia patients and their first-degree biological relatives: a parametric study of the effects of increasing inhibitory load. *Exp. Brain Res.* 2001. 137(2): 228–236.
5. *Haraldsson H.M., Ettinger U., Magnusdottir B.B., Sigmundsson Th., Sigurdsson E., Petursson H.* Eye movement deficits in schizophrenia. *Eur. Arch. Psychiatry. Clin. Neurosci.* 2008. 258: 373–383.
6. *Karoumi B., Ventre-Dominey J., Vighetto A., Dalery J., d'Amato T.* Saccadic eye movements in schizophrenic patients. *Psychiatry Res.* 1998. 77(1): 9–19.
7. *Karyakina M., Shmukler A.* Cognitive impairments in schizophrenic patients: cluster analysis results. WPA XVIII World Congress of Psychiatry. Mexico City. Poster presentation. 2018.
8. *Keefe R.S., Goldberg T.E., Harvey P.D. et al.* The Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia: reliability, sensitivity, and comparison with a standard neurocognitive battery. *Schizophr. Res.* 2004. 68(2–3): 283–297.
9. *Levy D.L., Sereno A.B., Gooding D.C., O'Driscoll G.A.* Eye Tracking Dysfunction in Schizophrenia: Characterization and Pathophysiology. *Curr. Top. Behav. Neurosci.* 2010. 4: 311–347.
10. *Montagnini A., Chelazzi L.* Dynamic interaction between «Go» and «Stop» signals in the saccadic eye movement system: New evidence against the functional independence of the underlying neural mechanisms. *Vision Res.* 2009. 49(10): 1316–1328.
11. *Myles J.B., Rossell S.L., Phillipou A., Thomas E., Gurvich C.* Insights to the schizophrenia continuum: A systematic review of saccadic eye movements in schizotypy and biological relatives of schizophrenia patients. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2017. 72: 278–300.
12. *Redick T.S., Calvo A., Gay C.E., Engle R.W.* Working memory capacity and go/no-go task performance: selective effects of updating, maintenance, and inhibition. *J. Exp. Psychol. Learn. Mem. Cogn.* 2011. 37(2): 308–324.

Нейробиологические парадоксы шизофрении



Стрелец В.Б.¹, Архипов А.Ю., Нурбеков М.К.,
Ушаков В.Л., Захарова Н.В., Костюк Г.П.

Данная работа посвящена анализу активации коры на значимые события и явления окружающей среды на примере анализа вызванных потенциалов на нейтральные и эмоционально значимые, то есть угрожающие стимулы у 39 здоровых испытуемых и 42 больных шизофренией по стандартной методике в имплицитной ситуации, то есть без инструкции.

При внутригрупповом сравнении получено, что у здоровых испытуемых, так же как у больных шизофренией имеет место повышенная активация правых затылочной и задневисочной областей, которая изображена красными кружочками на Рис. 1.

Для каждого компонента верхний ряд — здоровые, нижний — больные. Через 200 миллисекунд, когда в имплицитной ситуации начинается эмоциональная реакция, повышенная активация происходит в правом полушарии, через 300 миллисекунд, на волне P300 — в левом, а через 400 миллисекунд снова в правом полушарии у обеих групп.

На Рис. 2 справа видно, что на незначимые стимулы (синие столбики) амплитуда ниже, чем на значимые (красные столбики), а латентность, напротив, на незначимые стимулы меньше, чем на значимые, как у здоровых, так и у больных, хотя амплитудный уровень у больных ниже. Таким образом, у обеих групп действительно на значимые, эмоционально отрицательные (угрожающие) стимулы активация выше, чем на незначимые нейтральные стимулы.

Но не всё происходит одинаково у здоровых и у больных. В частности, у больных при внутригрупповом сравнении обнаруживается одновременное увеличение и амплитуды, и латентности компонента P200 вызванного потенциала в левой верхне-височной области (F7), и уменьшение в правой лобной (F4) и центральной по средней линии (Cz). Вот это парадоксальное увеличение и уменьшение обоих параметров вызванного потенциала имеет определённое значение, во всяком случае, оно больше наблюдается в самых передних, лобных областях, с их увеличением, а в центральных и височных областях — с уменьшением. И такой же эффект имеет место на волне P300: увеличение и амплитуды и латентности в левой префронтальной области (FP1), и в правой нижне-лобной

¹ Стрелец В.Б. — д.м.н., профессор, главный научный сотрудник лаборатории Высшей нервной деятельности человека Института высшей нервной деятельности и нейрофизиологии РАН.

(F8), а уменьшение – в левой нижне-лобной (F7), и центральной области по средней линии (F8).



Рис. 1

А вот на волне N400 в левой префронтальной области имеет место увеличение обоих параметров вызванного потенциала, то есть на значимые стимулы сразу происходит повышение и возбуждения, и торможения. Одновременно в правой префронтальной области наблюдается уменьшение обоих параметров волны N400, то есть – также усиление и возбуждения, и торможения, но уже с уменьшением параметров. Причиной этого, скорее всего, является aberrantный прунинг, который сопровождается тем, что у больных остаётся очень много лишних, избыточных синапсов, эти синапсы мало функциональны, и проведение информации затруднено. В этом случае мозг относительно успешно решает задачу путём вовлечения в реакцию большего количества нейронов, что мы видим по увеличению амплитуды. Данный парадоксальный эффект в наибольшей степени

выражен в передних областях мозга, где патологический прунинг приводит к самым тяжёлым последствиям.

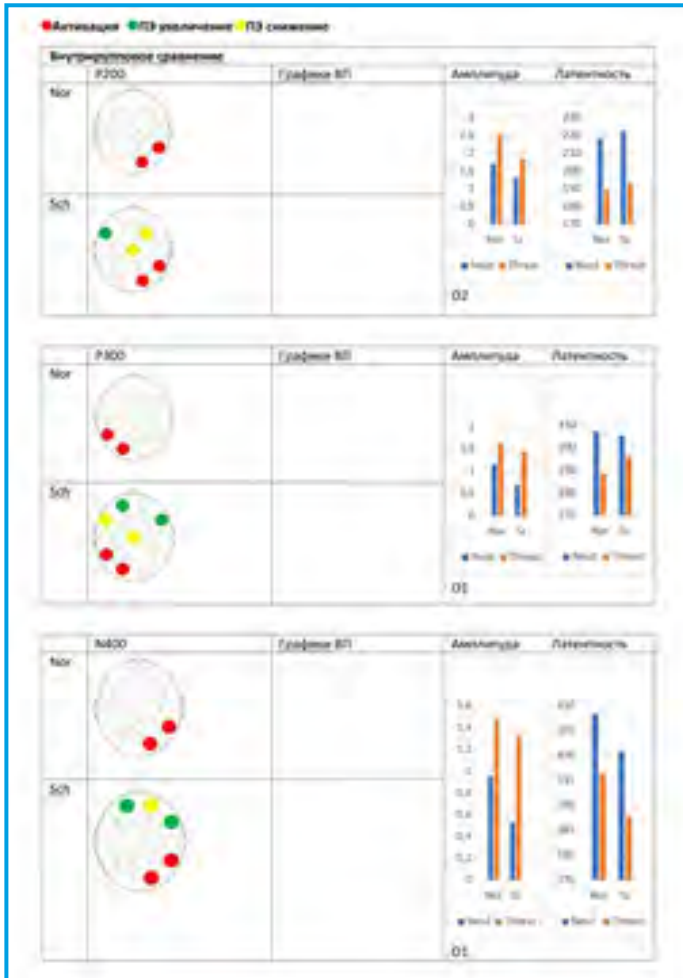


Рис. 2

В центральных областях, напротив, остаётся мало синапсов, и, следовательно, в реакции активации участвует мало нейронов, о чём можно судить по снижению амплитуды, однако уменьшение латентности указывает на более быстрое проведение информации, что также способствует относительно правильному решению задачи.

При межгрупповом сравнении отдельно анализируются вызванные потенциалы на нейтральные стимулы у здоровых и больных. Обнаружено, что уже на нейтральный стимул на волне P200, на которой начинается эмоциональная реакция в имплицитной ситуации, имеется парадоксальный эффект с увеличением обоих параметров компонентов ВП в правой лобной, и с уменьшением — в правой центральной, правой теменной и темен-

ной по средней линии областях. А на угрожающие стимулы через 200 мс после их предъявления парадоксальное увеличение наблюдается в левой верхне-височной и лобной по средней линии, а уменьшение — снова в центральной левой и центральной по средней линии. Через 300 миллисекунды также видим увеличение обоих параметров стимула в левой префронтальной области, а уменьшение — в правой верхне-височной, левой центральной, и центральной по средней линии. На угрожающие стимулы имеет место лишь увеличение параметров волны P300 в правой префронтальной, правой нижне-лобной, центральной правой, и левой лобной областях.



Рис. 3

Интересно, что на волне N400 на нейтральные стимулы парадоксальный эффект с увеличением обоих параметров волны N400 имеет место в левой префронтальной области, а с уменьшением — в правой. В левой нижне-лобной области также наблюдается увеличение, а в правой задне-височной области — уменьшение обоих параметров волны N400. На угрожающие стимулы отмечается увеличение обоих параметров компонента N400

в левой, а уменьшение — в правой префронтальной областях; наблюдается также увеличение обоих параметров этой волны в правой задневисочной области.

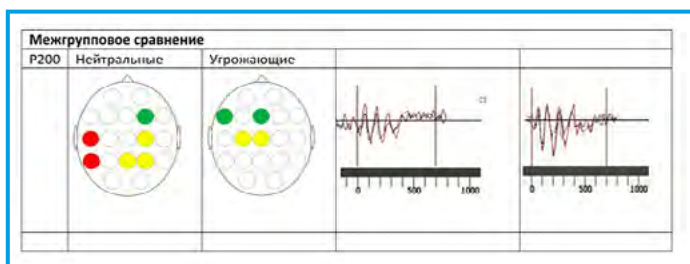


Рис. 4

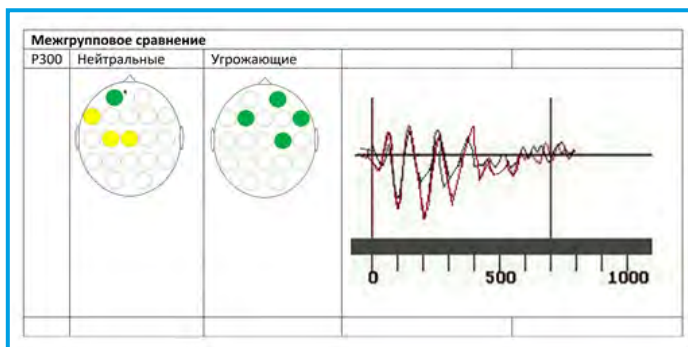


Рис. 5

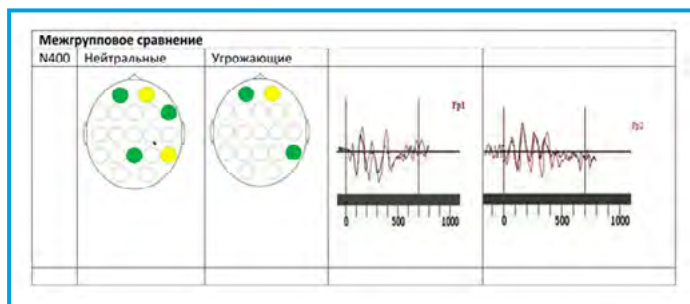


Рис. 6

Подводя итог, можно констатировать, что наиболее часто парадоксальный эффект с увеличением обоих параметров компонентов ВП наблюдается в префронтальной и лобной областях, то-есть в самых передних отделах мозга, в его «эволюционном пике». Здесь происходит aberrantный прунинг, ив результате которого остаётся много нефункционирующих синапсов, что затрудняет проведение и обработку информации, однако в реакцию вовлекается больше, чем в норме, нейронов. В центральных

и височных областях коры, напротив, остаётся мало нейронов, но, по-видимому, быстрее проводится информация.

Таким образом, у больных параноидной шизофренией на биологически значимый (угрожающий) раздражитель могут проявляться оба парадоксальных физиологических эффекта — не конгруэнтное сочетание либо увеличения и амплитуды и латентности компонентов ВП, либо их уменьшения. Эти парадоксальные проявления, с одной стороны, могут препятствовать нормальному восприятию эмоциональных раздражителей, а с другой, напротив, играть роль своеобразной патологической компенсации, способствуя достижению нормальной активации затылочных и височных областей.

На этих же больных с теми же стимулами было проведено МРТ, и получился тоже такой парадоксальный эффект: уже на нейтральные стимулы в функцию была вовлечена фронтальная кора левого полушария, которая как бы «отфильтровывала» все не значимые нейтральные стимулы, и на угрожающие стимулы задача осуществлялась с помощью только ТПО левого полушария. У больных на нейтральные стимулы не было активации фронтальной коры левого полушария, а наблюдалась избыточная активация лимбических структур, и область ТРО левого полушария не могла «затормозить» эту избыточную активацию. Когда на угрожающие стимулы у больных вовлекалась префронтальная кора левого полушария и передняя часть поясной извилины, реакция на угрожающие стимулы была затруднена из-за наличия ещё и нейтральных. Кроме того, дифференцирование этих категорий стимулов сопровождалось большой потерей энергии и ресурсов произвольного внимания, которые ограничены.



Рис. 7

На Рис. 7 показано схематически, что у здоровых префронтальная кора левого полушария активировалась сразу же, и подавляла незначимые нейтральные импульсы, в результате чего дальнейшая задача — распознавание

угрожающих стимулов — решалась с помощью активации ТПО. У больных на нейтральные стимулы не было нужного торможения со стороны префронтальной коры, в результате чего у них наблюдалась избыточная активация лимбических структур, что сопровождалось потерей энергии и ресурса произвольного внимания.

Таким образом, исследование ВП показало, что на более значимые угрожающие стимулы у обеих групп активация затылочной и височной коры была больше, чем на нейтральные. Повышенная активация этих областей попеременно происходила сначала в правом, затем в левом, и снова в правом полушариях. Однако у больных при внутригрупповом сравнении обнаружилось парадоксальное увеличение по сравнению с нормой и амплитуды, и латентности компонентов ВП Р200, Р300 и N400 на угрожающие стимулы преимущественно в лобных областях левого полушария, и уменьшение обоих параметров стимулов в центральных и височных областях преимущественно правого полушария. То же самое было обнаружено и при межгрупповом сравнении. Реакция передних областей левого полушария может быть связана с тем, что у этих больных преобладающим симптомом клиническим является бред, а реакция центральных и височных областей правого полушария — с эмоциональным снижением и утратой социальных контактов.

Роль парадоксальных эффектов, которые, с одной стороны, являются препятствием для нормального восприятия эмоционально негативных стимулов или стимулов, которые наиболее часто ассоциируются с бредом. Но с другой стороны, их можно рассматривать и как своеобразный компенсаторный механизм.

На МРТ также мы видим в норме торможение со стороны префронтальной коры на нейтральные стимулы, поэтому задача на распознавание угрожающих стимулов решается активацией только ТПО. При шизофрении отсутствует торможение префронтальной коры на нейтральные стимулы, и таким образом на угрожающие наступает активация префронтальной коры, в результате чего имеет место потеря энергии и ресурсов произвольного внимания, которые ограничены.

Называние и описание изображений у больных шизофренией



Сидорова М.Ю.¹

Уважаемые коллеги, речь в докладе пойдет о назывании и описании изображений как о двух типах методик выявления языковых особенностей у больных шизофренией. В конце доклада будут представлены впервые полученные на материале русского языка результаты текущего эксперимента по сопоставительному анализу описаний изображений у больных шизофренией и здоровых испытуемых. Однако для оценки этих результатов требуется предварительное ознакомление с особенностями использованной нами методики на фоне других, распространенных в лингвистических исследованиях речевой продукции больных шизофренией и группы риска.

Градации речевой продукции, используемой для подобных исследований, по сложности (с простейшей до самой сложной) представлена на слайде (Рис. 1).

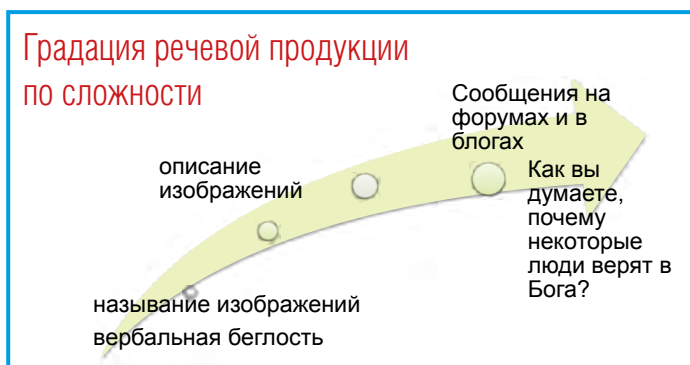


Рис. 1. Шкала сложности речевой продукции, используемой при изучении языкового статуса больных шизофренией

На «простейшем» конце шкалы находится, очевидно, называние изображений, а на полюсе сложности – развернутые ответы на вопросы абстрактного содержания, не связанные с личным опытом и интересами говорящего, типа «Как вы думаете, почему некоторые люди верят в Бога?», а также тексты межличностного интернет-общения.

¹ Сидорова М.Ю. – д.ф.н., доцент, профессор кафедры русского языка МГУ имени М.В. Ломоносова.

Очевидно, что первым условием релевантности лингвистического изучения языкового статуса больных шизофренией, как и любым другим психическим заболеванием, является соответствие между изучаемым языковым материалом, задачами, конкретными объектами и объемом необходимого и достаточного для работы корпуса. Если бы мы хотели самым простым и эффективным образом получить предсказуемый и сопоставимый результат, то использовали бы методику называния изображений. У этой методики есть очевидные плюсы: компактность, модифицируемость, наличие широкой базы данных по норме (даже для русского языка), классификации визуальных стимулов (например, по визуальной сложности) и классификации лексем-ответов по времени освоения, по согласованности, образности и другим важным параметрам.

Кроме этого, методика называния изображений дает однозначные результаты. Больные выполняют задания хуже, чем здоровые.

Но у этой методики есть и два существенных недостатка, сводящих, с моей точки зрения, эти плюсы почти на нет. Дело в том, что, если даже предположить (что не доказано), что худшие результаты больных при назывании изображений связаны с дефектами номинативной способности, а не с дефектами опознавания объектов, то возникает следующая проблема. Это проблема определения уровня, на котором происходит ошибка номинации. Что сбивает? Семантический уровень (отсутствует доступ к понятию) или лексический (отсутствует доступ к слову)? [Harry, Crowe, 2014]

В эксперименте по называнию изображений нет практически никаких возможностей определить, на каком уровне происходит сбой. Более того, отсутствие доступа к слову может объясняться двумя причинами, которые мы тоже не можем дифференцировать в эксперименте по называнию изображений: слово «не извлекается», хотя оно есть в ментальном словаре, но в данный момент говорящий по каким-то причинам не может осуществить к нему доступ, или слова просто нет в хранилище?

Одна из основных претензий даже к такой эффективной и широко применяемой методике изучения называния изображений, как *Boston naming test*, состоит в том, что этот тест не дифференцирует людей, у которых просто ограничен словарь, от людей, у которых имеется так называемый *naming deficit* [Hamberger, 1999] [Harry, Crowe, 2014]. Можно ли их разграничить? Можно, но с помощью дополнительных тестов на объем словаря или, например, с помощью тестов, в которых используются изображения несуществующих предметов. Это, как нетрудно догадаться, нивелирует компактность методики и единообразие результатов.

Существует и более серьезная проблема с методикой называния изображений. Дело в том, что в этой методике мы имеем дело с деконтекстуализованными изолированными стимулами. Это абсолютное противоречие с реальной речевой деятельностью, когда мы называем объект, включая его в структуру сцены или ситуации. Мы эту структуру извлекаем из действительности, членим на фигуры, фон, признаки, отношения и т.п. и уже в этих условиях производим номинацию.

Это различие достаточно серьезное. Сравним два условия (Рис. 2).

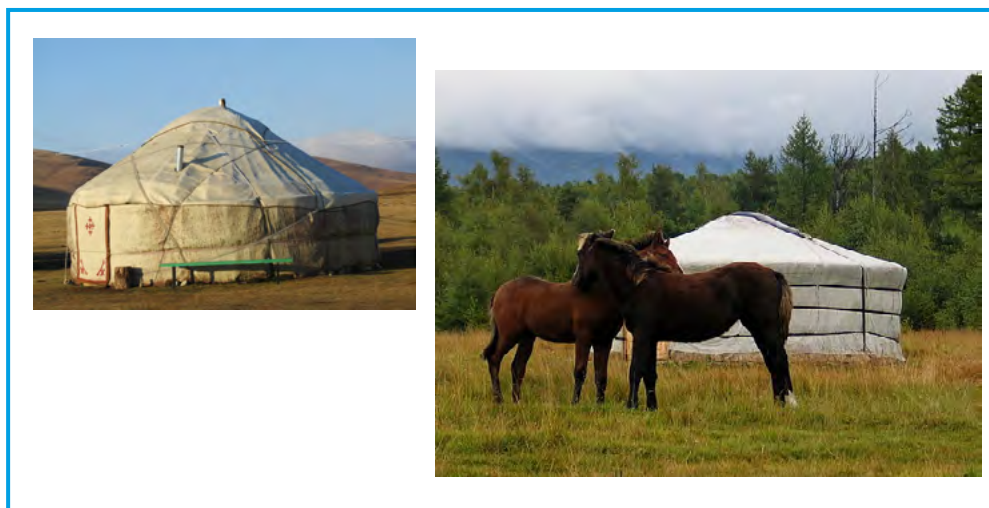


Рис. 2. Сопоставление условий номинации объекта в экспериментах по называнию и описанию изображений

Если у нас эксперимент по называнию изображений (задание — назвать изображенный объект), то правильная реакция на левую картинку — «юрта». Если слова нет в ментальном словаре, или оно не извлечено, или извлечено какое-то другое слово, ответ неправильный. Если у нас эксперимент по описанию изображений (задание — «описать картинку») и перед испытуемым находится правая фотография, а в ментальном словаре испытуемого отсутствует слово «юрта» или же он не может его извлечь, то правильных ответов много. Лошадки обнимаются, лошади на фоне леса, лошади на выжженном лугу и т.д. В данном случае включаются разнообразные компенсационные механизмы и механизмы взаимообусловленного членения действительности на фрагменты, далее обозначаемые словами. Эти механизмы мы используем в реальной коммуникации, на них основано коммуникативное взаимодействие говорящего и слушающего.

Наконец, эксперименты по называнию изображений не учитывают то, что в реальной коммуникации поиск в ментальном лексиконе идет:

а) «сразу по ряду оснований: семантическому, формально-грамматическому, фонетическому»;

б) под влиянием контекста «как уже реализовавшегося, так и планируемого» [Цейтлин, 2018].

Как подчеркивает С.Н. Цейтлин, контекст может оказывать как позитивное, так и негативное воздействие. Негативное воздействие контекста, которое приводит к речевым сбоям, оговоркам, то есть демонстрирует проблемы лексического доступа, не всегда, однако, приводит к проблемам коммуникации. Иллюстрацией может служить пример С.Н. Цейтлин, ког-

да покупатель приходит в аптеку и просит диклофенак и ампулы, имея при этом в виду диклофенак и шприцы. Покупатель неправильно осуществил лексический доступ, тем не менее это не привело к коммуникативному сбою, продавец принес ровно то, что ему было нужно, воспользовавшись опорой на контекст.

В классической работе [Andreasen, 1986] было проведено деление всех нарушений, до того подводившихся под этикетку *formal thought disorder*, на три типа: нарушения коммуникации, языка и мышления. Совершенно четко и практически идеально с лингвистической точки зрения Н. Андреасен сказала о том, что коммуникативные нарушения – это нарушения речевого поведения, совершаемые говорящим, то есть нарушения взаимодействия между говорящим и слушателем. Соответственно, эти нарушения наблюдаются только в речевой цепочке определенной протяженности и не сводятся к проблемам порождения или рецепции языковых знаков на одном отдельно взятом уровне языка. А значит, для изучения коммуникативных нарушений, к которым по шкале Андреасен относятся 12 из 18 включаемых в *formal thought disorder*, нужны не отдельные слова и даже не отдельные высказывания, а текст. И текст же нужен для изучения языковых нарушений как таковых. Например, если мы рассматриваем бедность речи как коммуникативный параметр, по Андреасен, как недостаточный объем спонтанной речи при ответах на вопросы (то есть ответ пациента на вопрос «Сколько у вас детей?», выраженный одним словом – «Двое», тогда как мы в обычной речи, как правило, даем более распространенный ответ «Двое, мальчик и девочка», или «Двое, но они живут с матерью»), то, естественно, для его изучения требуется хотя бы две реплики – вопрос-ответное единство. С другой стороны, если мы хотим изучать бедность речи как языковой параметр, вычисляемый по формулам, отражающим словарный состав текста (низкое лексическое разнообразие и/или малая доля «сложных» слов), нам опять-таки нужен текст, а не отдельное слово или предложение.

Итак, если мы хотим изучать собственно языковые и коммуникативные нарушения, то нижний конец той шкалы, на которой я демонстрировала в самом начале доклада сложность речевой продукции, используемой в исследованиях речевого статуса больных шизофренией, нас интересовать не может. Нас должна интересовать средняя и верхняя часть шкалы. При этом нам нужны тексты:

- в которых нарушения не видны «невооруженным глазом»;
- которые можно собрать в достаточном количестве, не нарушая правил формирования и первичной обработки текстового корпуса;
- которые достаточно хорошо изучены в «норме».

Нам представляется, что для русскоязычного исследования на сегодняшний день в качестве таких текстов хорошо подходят описания изображений (Рис 3).



Рис. 3. Примеры описаний, полученных в группе больных шизофренией и контрольной группе

Кроме того, наш эксперимент отличается от существующих в исследованиях речевой продукции больных шизофренией методик тем, что полученные тексты охарактеризованы по всем девяти критериям, определяющим их тип и место в лингвистической классификации текстов и влияющим на селекцию и комбинацию языковых средств, коммуникативные тактики и стратегии говорящих.

Критерий классификации	Наш корпус
1) устная / письменная форма	1) письменные тексты
2) объем	2) общий объем – 6694 слов в корпусе Cont, 8424 слов в корпусе Sch
3) тип (как минимум, описание / повествование / рассуждение)	3) описание
4) степень искусственности / коммуникативности речевого задания	4) квазикоммуникативное задание
5) степень самостоятельности речепорождения	5) самостоятельное речепорождение
6) сложность коммуникативной задачи	6) коммуникативная задача простая
7) наличие / отсутствие опоры на визуальный контекст	7) опора на визуальный контекст
8) эмоциональная нейтральность / окрашенность содержания;	8) эмоциональная нейтральность содержания
9) внешние факторы стресса, влияющие на речепорождение (ограничение по времени и под.)	9) ограничение по времени

Этим обеспечивается сопоставимость результатов и воспроизводимость исследования.

Наконец, следует подчеркнуть, что мы работаем с контролируруемыми стимулами (о параметрах, по которым контролируются стимулы, речь шла в докладе на этой конференции прошлого года – [Сидорова, 2018]).

Возвращаясь к указанным 9 критериям классификации текстов, подчеркнем, что обычно в исследованиях речевой продукции при шизофрении более трех из этих критериев не прописывается. Не так часто встречаются исследования типа (Minor et al. 2011), где тексты характеризуются по большому количеству критериев: устные, полученные при выполнении narrative task по картинкам из International Affective Picture Systems (IAPS) в трех эмоционально различных условиях (приятное содержание изображения; неприятное; нейтральное), с ограничением по времени. Но даже в этом исследовании языковые параметры, по которым изучаются тексты, не привязываются к их типу и способу получения, то есть в качестве объекта исследования указывается odd speech, которая в свою очередь определяется как наличие коммуникативных неудач (communication failures) по индексу CDI [Docherty, DeRosa, Andreasen, 1996], хотя не вполне понятно, о каких коммуникативных неудачах можно говорить, рассматривая монологическую речь в искусственной ситуации, далекой от реальной коммуникации.

Мы же даем и используем качественную характеристику нашего корпуса по всем 9 критериям, которые далее будут привлекаться для интерпретации данных, то есть, например, собирая описательные тексты, мы и анализируем их как описательные тексты. Описание, повествование, рассуждение отличаются многими языковыми параметрами, включая закономерности развертывания, референцию, связность и под. И подобные параметры, которые обычно рассматриваются как «нарушаемые» в шизофренической речи, могут иметь не общеязыковые или не только общеязыковые нормы, но зависящие от типа текста.

Далее о результатах. Для того чтобы нашим материалом и нашими результатами мог пользоваться кто-то кроме нас, мы должны для начала предъявить стандартные лексические метрики, демонстрирующие типичность/специфичность собранного корпуса:

- среднее количество слов, использованных испытуемыми для описания всего набора картинок (Рис. 4);
- type-token ratio (лексическое разнообразие) (Рис. 5);
- частотность лексики и длина слов в слогах (условно говоря, лексическая сложность);
- частеречный состав (распределение слов по частям речи и биграммы частей речи).

Это общее требование к любому корпусу: пока эти метрики не предъявлены, рассуждать о корпусе с лексической точки зрения бессмысленно.

Мы видим, что больные оказываются менее многословными. Распределение респондентов по количеству использованных слов, также подтверждает этот вывод.

Для расчета индекса лексического разнообразия (type – token ratio) были применены формулы, которые в принципе могут работать на имеющемся скромном объеме корпуса и с учетом разных объемов корпуса текстов, полученных от здоровых и больных испытуемых (Рис. 5).

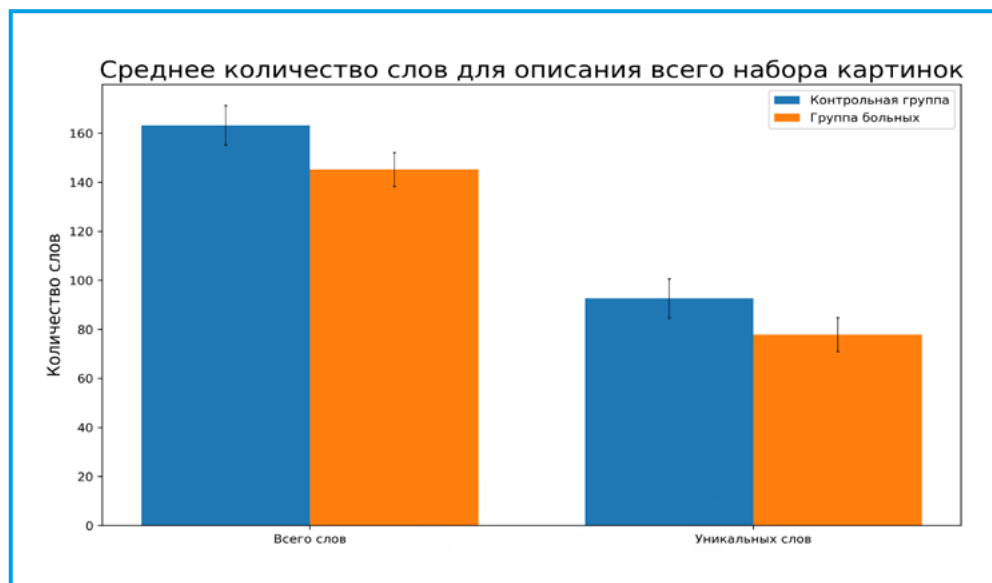


Рис. 4. Среднее количество слов и уникальных слов, используемых испытуемыми для описания всего набора картинок

Индексы лексического разнообразия

Type – token ratio(TTR)

	Cont	Sch		Cont	Sch
• <u>Tokens</u>	163.26	145.24	• TTR	0.579	0.545
• <u>Types</u>	92.63	77.86	• <u>Guiraud</u>	7.229	6.419
			• <u>Log TTR</u>	0.890	0.874
			• <u>Uber</u>	48.73	42.09

Рис. 5. Лексическое разнообразие, рассчитанное по применимым индексам

Распределение слов по количеству слогов (Рис. 6) – метрика, которая используется в англоязычных исследованиях для определения сложности текста и которая часто подвергается критике. Мы ее делаем для полноты картины.

При анализе распределения слов по частям речи (Рис. 7) существенных различий мы не обнаруживаем, за исключением большого количества союзов в группе больных.

Это результаты непредсказуемые – по идее, должна быть нарушена связность. Если союз – показатель связности, почему у больных больше союзов? К сожалению, регламент доклада не оставляет времени для обсуждения возможных интерпретаций.

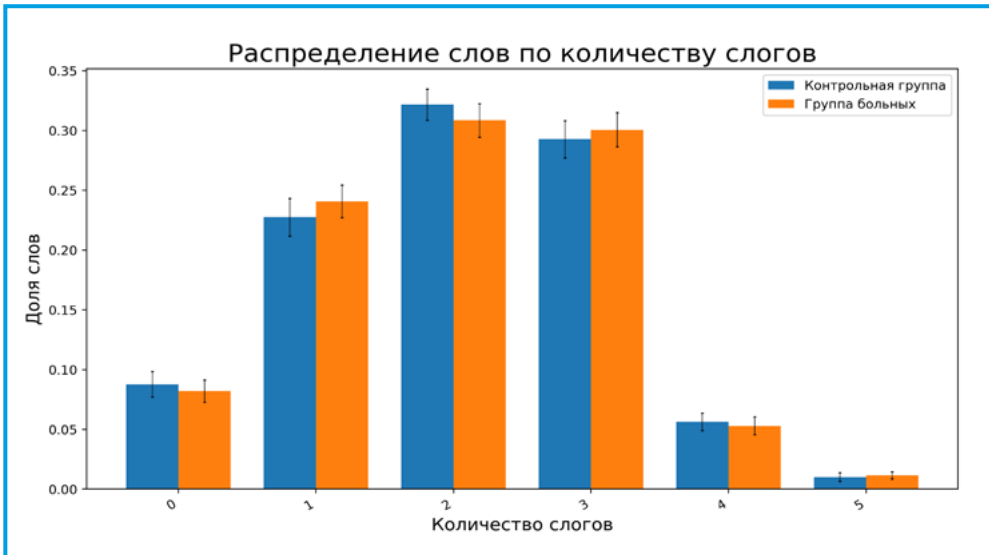


Рис. 6. Распределение использованных здоровыми и больными испытуемыми слов по количеству слогов



Рис. 7. Распределение слов, использованных здоровыми и больными испытуемыми, по частям речи

Что же нам говорят стандартные лексические метрики в соотношении с обычно обсуждаемыми признаками шизофренической речи? На нашем материале «количественная бедность речи» подтверждается, «меньшая лексическая сложность» не подтверждается. Что можно делать на следующем этапе? Дальше можно увеличивать корпус описаний изображений, что даст возможность уточнять уже полученные данные и получать новые,

касающиеся употребления служебных и даже знаменательных слов в двух группах испытуемых, (текущие результаты будут показаны в докладе моих коллег М.А. Петровичевой и А.С. Шматко) и одновременно получать для сопоставления тексты другого типа, варьируя те девять критериев, которые были названы выше (последнее никто в мире еще не делал). Мы же считываем, изменяя хотя бы по два критерия, (по одному получится слишком долго), собрать и исследовать базу по норме и аналогичный текстовый материал от больных. Например, при замене двух критериев «описание визуального стимула письменно при наблюдении» может превратиться в описание «по памяти устно». Далее можно поменять еще два критерия: от эмоционально нейтральных стимулов перейдем к эмоционально окрашенным, будем просить рассказать о том, как кого-то укусила собака, или забодала корова, или поцарапал кролик. Получится устное и эмоционально окрашенное уже не описание, а повествование. Потом, может быть, доберемся и до ответов на вопрос, почему некоторые люди верят в Бога. Большое спасибо вам за внимание.

Литература

1. *Сидорова М.Ю.* Проблема определения границ нормы и ее вариативности в лингвистическом эксперименте для задач психиатрии // Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы. М., 2018. С. 327–338.
2. *Цейтлин С.Н.* Лексические оговорки: опыт типологии // Уральский филологический вестник. Серия: Психолингвистика в образовании. 2018, С. 195–210.
3. *Andreasen N.C.* Scale for the Assessment of Thought, Language, and Communication (TLC) // *Schizophrenia Bulletin*. 1986, Vol. 12 (3). P. 473–482.
4. *Docherty N.M., DeRosa M., Andreasen N.C.* Communication disturbances in schizophrenia and mania // *Archives of General Psychiatry*. 1996, Vol. 53. P. 358–364.
5. *Hamberger M.* Word finding or lexical knowledge: What does the Boston Naming Test Measure? // *Archives of Clinical Neuropsychology*. 1999, Vol. 14. P. 130–131.
6. *Harry A., Crowe S.* Is the Boston Naming Test Still Fit For Purpose? *The Clinical Neuropsychologist*. 2014, Vol. 28(3).
7. *Minor K.S., Cohen A.S., Weber C.R., Brown L.A.* The relationship between atypical semantic activation and odd speech in schizotypy across emotionally evocative conditions // *Schizophrenia Research*. 2011, Vol. 126. P. 144–149.

Окуломоторная активность как показатель мотивационных искажений и нарушений произвольности поведения (на примере шизотипического расстройства)



Ткаченко А.А.¹, Демидова Л.Ю.²,
Шеховцова Е.С.³, Бабичева Н.В.⁴

Я рад, что мы с коллективом вновь оказались в этой аудитории, потому что прошлогодняя дискуссия много нам дала для осмысления получаемых результатов и уточнения спорных методических моментов. Напомню, что мы представляем судебно-психиатрическое направление, и основная наша цель — построение систем, междисциплинарных моделей, объективизирующих экспертные решения (Ткаченко А.А., Демидова Л.Ю., 2018 а, б). С этим связан дизайн проводимого исследования, включающий физиологический, психологический и клинический уровни анализа.

На сегодняшний день нами обследовано 27 лиц с шизотипическим расстройством и 19 испытуемых с расстройствами личности; 18 психически здоровых мужчин составили контрольную группу. Думается, что в подобных исследованиях необходимо обязательно формировать группы сопоставления, поскольку трудно говорить о специфичности получаемых результатов, если отсутствует сравнение с какой-то иной нозологической категорией.

В рамках исследования изучалась окуломоторная активность испытуемых с помощью системы дистанционного бинокулярного трекинга глаз SMI Red500. При психологическом обследовании использовался целый арсенал методов, охватывающих мотивационную, эмоциональную и когнитивную сферы.

В прошлогоднем докладе нами было показано, что при шизотипическом расстройстве обнаруживается большая дисперсия фиксаций в сравнении с другими группами испытуемых. Этот результат подтвердился и при увеличении выборки (Рис. 1). То есть при направленности внима-

1 Ткаченко А.А. — д.м.н., профессор, руководитель Отдела судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского»; профессор кафедры социальной и судебной психиатрии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова.

2 Демидова Л.Ю. — старший научный сотрудник ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского».

3 Шеховцова Е.С. — младший научный сотрудник ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского».

4 Бабичева Н.В. — аспирантка ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского».

ния в конкретную точку взгляд больного шизотипическим расстройством колеблется гораздо сильнее, микродвижения его глаз гораздо размашистее, а в поле его внимания попадает большее количество посторонних и несущественных элементов, что, в общем, ожидаемо для лиц с расстройствами шизофренического спектра.

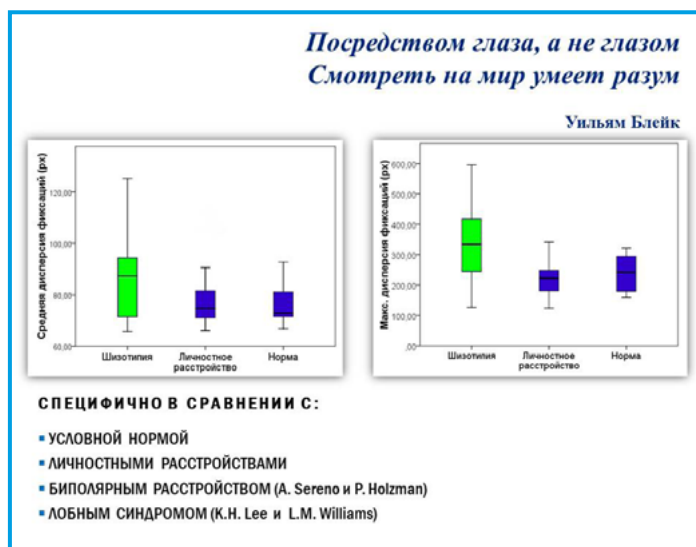


Рис. 1. Различия в дисперсии фиксации между испытуемыми разных групп

Публикуя эти данные (Ткаченко А.А., Демидова Л.Ю., Бабичева Н.В., 2018), мы провели анализ литературы, который свидетельствует, что именно изменения микросаккадической активности являются причиной такого известного явления, как нарушение гладкого прослеживания у лиц с шизофренией. Микросаккады (их иногда называют экспресс-саккадами или интрузивными саккадами) естественным образом увеличивают погрешность между положением глаз и наблюдаемой целью, а их чрезмерное увеличение свидетельствует о растормаживании микросаккадической активности.

Величина микросаккад связана со многими иллюзиями восприятия, то есть изменение параметров фиксационных движений глаз может приводить к качественно иному восприятию действительности. Надо сказать, что, в отличие, например, от ошибок в тесте с антисаккадами (которые традиционно связываются с эндофенотипом шизофрении, хотя обнаруживаются при совершенно разных расстройствах), повышенная микросаккадическая активность действительно достаточно специфична для расстройств шизофренического спектра.

В частности, в некоторых литературных данных (Sereno A.B., Holzman P.S., 1993) указывается, что больные шизофренией по частоте встречаемости экспресс-саккад отличаются от пациентов с биполярным расстройством. По другим исследованиям (Lee K.H., Williams L.M., 2000),

наличие этих кратковременных саккад в присутствии точки фиксации отличает больных шизофренией от пациентов с лобным синдромом. Есть исследования (Caldani S. et al., 2017), подтверждающие связь этой особенности с шизотипическими чертами даже в нормальной популяции.

О чем может говорить такая индивидуальная особенность? В прошлый раз мы указывали, что это напоминает симультанный, амбъентный, глобальный, пространственный способ восприятия, который встречается в норме, соответствует восприятию смысловому и очень часто противопоставляется сукцессивному или аналитическому восприятию, поскольку обеспечивает общую ориентировку в пространстве и объектах.

В норме при симультанном восприятии наблюдается широкое функциональное поле зрения с фиксацией в геометрическом центре объекта (Blais C. et al., 2008). По некоторым другим данным (Ломакина О.В. и др., 2015), такой способ восприятия связан с большей длиной траектории просмотра. Однако то, что мы видим при шизотипии, — только некое подобие симультанной стратегии восприятия. По нашим данным эти больные рассматривают визуальные стимулы с меньшей траекторией и более длительными фиксациями.

Более того, траектория просмотра при шизотипическом расстройстве не отличается ничем особым от группы сопоставления в плане расположения в каком-либо из центров (идет ли речь о геометрических центрах объектов и картины в целом, или о пропорциях золотого сечения) — испытуемые разных групп в равной степени обращают внимание на ключевые точки.

Современные исследования показывают, что амбъентная, пространственная стратегия восприятия непосредственно не связана с характеристиками объекта (Ito J. et al., 2017). То есть не так важен геометрический центр, как сама по себе физиологическая активность. И амбъентная, симультанная стратегия восприятия отличается от фокальной лишь по двум параметрам — это амплитуда саккад и продолжительность фиксаций. То есть, когда изображение оценивается в целом, симультанно, глаза должны пробегать быстро по многим фрагментам, при фокальной же стратегии анализируются детали — взгляд прицельно фиксируется на отдельных аспектах изображения.

По нашим данным, ни длительность фиксации, ни амплитуда саккад не отличают испытуемых с шизотипией от других групп. То есть их стратегия восприятия — что угодно, но не симультанный способ обработки информации. И повышение дисперсии фиксаций в группе лиц с шизотипическим расстройством представляет собой другой феномен.

Мы позволили себе в прошлый раз назвать этот способ восприятия избыточно аналитическим. Действительно, в группах сопоставления мы в основном сталкиваемся со стратегией информационной избирательности. У лиц с шизотипическим расстройством это скорее стратегия информационной избыточности. У них больше дисперсия фиксации, больше функциональное поле зрения, и взгляд менее целенаправлен. Такие боль-

ные отвлекаются на посторонние детали и обрабатывают нерелевантные стимулы в той же степени, что и релевантные.

С одной стороны, это некоторое преимущество, потому что такие больные склонны учитывать больше аспектов ситуации и подмечать то, на что обычно не обращается внимание. За счет этого, возможно, им легче решать некоторые когнитивные задачи (особенно нестандартные). С другой стороны, увеличение частоты микросаккад означает, что окуломоторная активность больных шизотипическим расстройством более энергозатратна, а восприятие окружающей действительности представляет для них более сложную когнитивную задачу. Повышение таких микросаккад связывается с повышенным риском ошибочного принятия решений (Басюл И.А., 2017): увеличение произвольной саккадической активности сопряжено с ростом количества ошибочных ответов и возникает в менее структурированных средах, а ее уменьшение происходит в стимульных средах, организованных наиболее оптимально.

Получается, что больные шизотипией воспринимают оптимальные, хорошо организованные ситуации так, как будто одни для них не структурированы. То есть лицам с такими особенностями в целом сложнее анализировать и структурировать информацию, гораздо легче декомпенсироваться в разных ситуациях. Но и нестандартные решения для них более достижимы.

Выявленный факт повышенной дисперсии фиксаций сам по себе может быть истрактован двояко. Или это нарушение возникает как следствие дисбаланса и нарушений более высоких уровней, или же является первичным базовым, основным феноменом, который предопределяет другие патопсихологические и психопатологические фенотипические особенности в виде появления латенции, или на клиническом уровне того же *salience dysregulation syndrome*. Изменение микросаккадической активности по большому счету, позволяет глубже понять некоторые из феноменов шизотипии типа поиска скрытых смыслов, взаимосвязи между малопонятными вещами, меньшей заинтересованности в социальном и так далее.

В данном случае надо, по-видимому, быть достаточно аккуратным, причисляя это нарушение к эндофенотипу, поскольку с шизофренией связано множество локусов, в основном вовлеченных в достаточно простые вещи, определяющих синаптическую пластичность нейронов (значимую для обучения и памяти), работу кальциевых каналов (связанных с передачей нервных сигналов). Эти же локусы могут быть вовлечены во множество фенотипических проявлений, а число их возможных комбинаций огромно.

Глазодвигательная активность – это сложный фенотип, динамическая система. Поэтому лучше говорить о том, что это некий ассоциированный, связанный с шизотипией признак. Тем более, что глазодвигательная активность оказалась очень изменчивой, и эти нарушения оказались выражены не у всех лиц с шизотипическим расстройством.

У одного и того же испытуемого можно встретить как умеренную дисперсию фиксаций, так и большой ее разброс (Рис. 2). То есть это не жестко

генетически задаваемый признак, и микросаккадическая активность зависит от каких-то других, прежде всего, по-видимому, внутренних факторов. Каких же?

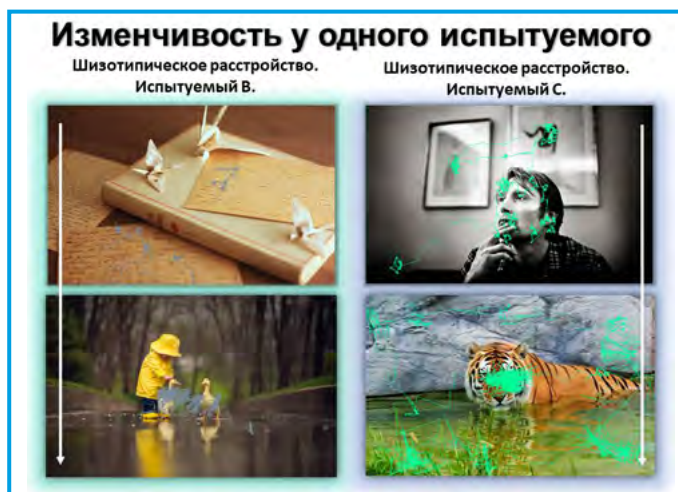


Рис. 2. Иллюстрация изменчивости дисперсии фиксации во времени

По нашим данным повышение дисперсии фиксации связано с меньшим интересом к существенным зонам и с большим интересом к несущественным.

Здесь необходима чисто методическая сноска, потому что в прошлом году этому вопросу уделялось внимание. Профессор Каплан, по-моему, задавал вопрос, не является ли выделение нами существенного и несущественного субъективным? Думается, что мы подошли к этому вопросу достаточно тщательно, потому что мы поступили иначе, чем поступают обычно в этих случаях, когда зоны выделяются простыми геометрическими формами. Надо отдать должное кропотливому труду наших сотрудниц, которые выделяли зоны по контурам. В данном случае (Рис. 3) в изображении мужчины существенная зона – это лицо, что естественно. Вторичная – это все тело, включая отвлекающие стимулы (стрекозы на воротнике). Наконец, третья категория, несущественные зоны – это стена и тень. В анализе мы используем лишь первую и последнюю категории. То есть речь идет об очевидно существенном и однозначно несущественном.

С таким парадоксальным интересом, по сути, к пустым, фоновым областям, со снижением интереса к очевидно важным зонам, оказался связан и качественный показатель, получаемый уже в психологическом исследовании с помощью теста Нюттена при оценке мотивационной сферы. Оказывается, чем больше в описаниях своих желаний, стремлений испытуемым упоминаются странные, парадоксальные вещи, тем меньше внимания уделяется существенным зонам предлагаемых изображений (Рис. 4).

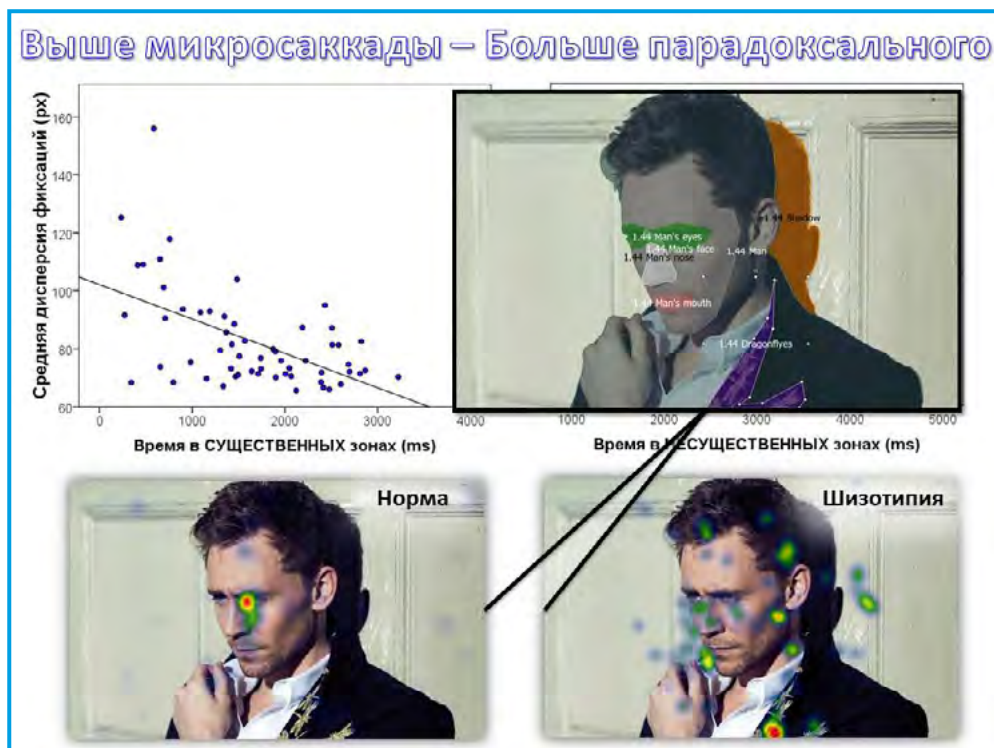


Рис. 3. Взаимосвязь дисперсии фиксации с направленностью внимания

Что такое странные, парадоксальные? Тут по двум осям можно идти. Во-первых, это ответы, оторванные от социальных ожиданий, и во-вторых, не опирающиеся на реальный опыт испытуемого. Речь здесь идет именно о корреляции. Если мы увидим широкую дисперсию фиксации, причем неважно, у кого — у шизотипика, у психопата, или даже у испытуемого контрольной группы, — можно ожидать у него сниженный интерес к существенным зонам и большую частоту встречаемости так называемых парадоксальных мотивов.

В этом контексте изменение окуломоторной активности не является нозоспецифичным, а, по-видимому, отражает какое-то особое построение процесса внимания, которое может теоретически встречаться у разных лиц. Однако чаще подобные нарушения встречаются именно при шизотипическом расстройстве, и частота встречаемости таких парадоксальных мотивов у них тоже существенно выше, чем при личностных расстройствах, а интерес к существенным зонам у многих больных ниже (Рис. 5).

То есть аномально высокие показатели микросаккад при просмотре некоторых стимулов у больных шизотипическим расстройством, вероятно, свидетельствуют о чрезмерно сильном влиянии на них внутренних представлений, ожиданий, которые изменяют их целенаправленное поведение. Есть данные, подтверждающие эту мысль и показывающие, что глазодвигательная активность больных шизофренией в условиях затруднения

(например, затемнения, мерцания мишени и тому подобных) связана не с дефицитом внимания (что привело бы к увеличению нарушений в условиях затруднения), а с перцептивными аспектами, с особенностями восприятия стимула самими больными. Вы можете видеть пример конкретного больного (Рис. 5), демонстрирующий, что недостаточная целенаправленность его стремлений находит отражение и в недостаточной целенаправленности при рассматривании изображений. На наш взгляд это является довольно убедительной иллюстрацией принципа изоморфизма.

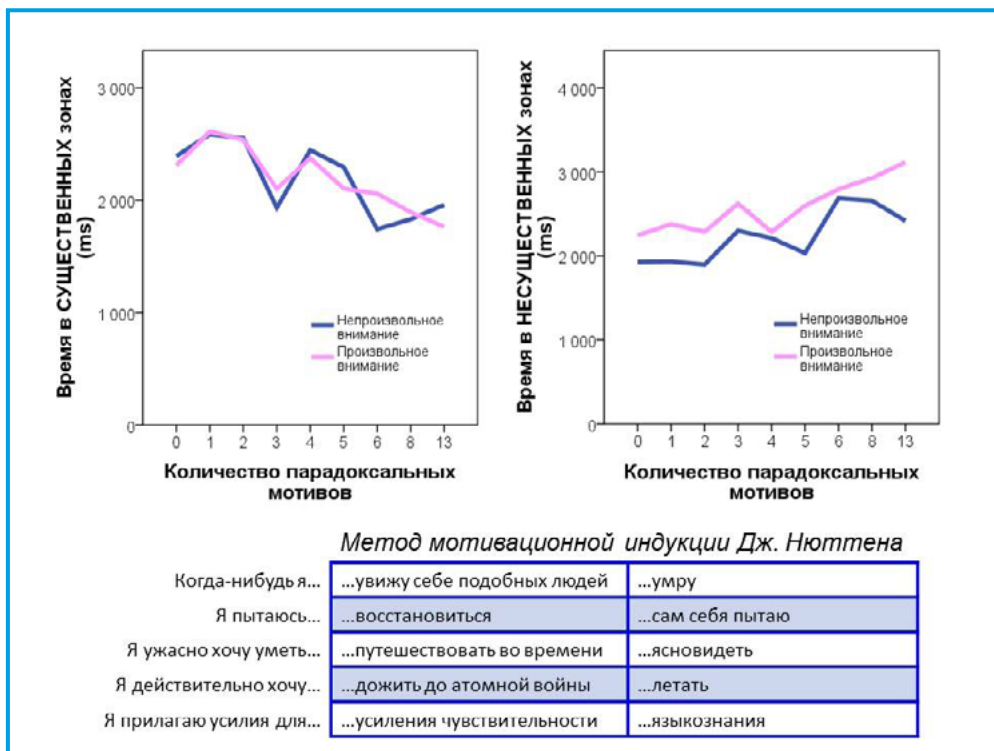


Рис. 4. Взаимосвязь дисперсии фиксации с мотивационной сферой

Нас интересовало то, как отмеченные феномены сказываются на способности таких испытуемых к организации и регуляции деятельности, ведь перед нами стоят прикладные задачи. Не могут ли эти феномены являться маркером не только расстройства, но и нарушения произвольности поведения, которое оценивается в ходе судебно-психиатрической экспертизы?

В нашем исследовании был подобран целый арсенал тестов, связанных с оценкой организации деятельности. Тест с антисаккадами, позволяющий оценить способность подавлять рефлекторные саккады. Фигуры Готтшальдта, направленные на оценку способности преодолевать влияние контекста. Предсказание последовательности для оценки способности к прогнозу. Тест рисунков Кагана, позволяющий оценить рефлексивность, импульсивность. Тест Струпа для оценки способности к обработке инфор-

мации в ситуации когнитивного конфликта. И комплексная фигура Рея-Остеррица, направленная на оценку стратегии организации деятельности.

Результаты выполнения этих тестов, как можно было ожидать, оказались связаны со многими изучаемыми параметрами, которые мы постарались систематизировать в смысловые группы (Рис. 6). Корреляционные связи с показателями эффективности выполнения каждого из тестов выделены одним цветом. Самое любопытное, что в этом корреляционном анализе некоторые параметры оказались связаны с эффективностью выполнения сразу нескольких тестов. То есть некоторые из показателей, связь с которыми была установлена, являются очень важными предикторами успешности выполнения заданий на организацию деятельности. Среди таких показателей в частности те, которым была посвящена основная часть доклада, — это величина дисперсии фиксации и повышенный интерес к существенным зонам. Кроме того, с эффективностью выполнения тестов оказались связаны (пусть и в меньшей степени) и другие обсужденные показатели, в том числе упомянутые частота парадоксальных мотивов, интерес к несущественным зонам и разброс дисперсии фиксации.



Рис. 5. Направленность внимания у испытуемых разных групп

Это то, что касается результатов. В завершение я могу предложить некую перспективу, к чему такие исследования в идеале могут привести. Деятельность упрощенно может быть представлена в виде кольцевой схемы с удвоенным кольцом, отражающим психическую и сознательную деятельность человека (Рис. 7). Обсужденные особенности в виде изменения динамики окуломоторной активности и парадоксальности смысловой сферы, запускают целую цепочку изменений в регулятивном цикле. Эта модель напоминает карточный домик, когда вынимается одно звено, и обрушивается вся конструкция. В данном случае мы хотели бы продемонстрировать воз-

возможность изучения всей структуры деятельности (и психической деятельности в том числе) на физиологическом уровне и с использованием достаточно объективных методик измерения.

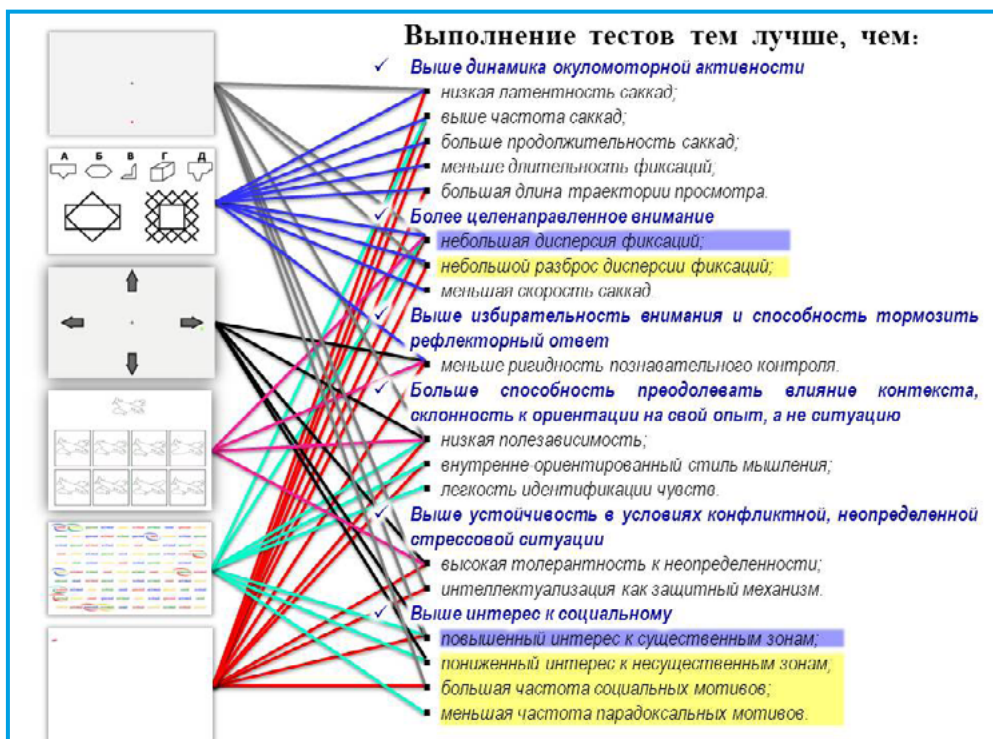


Рис. 6. Корреляции изучаемых параметров с эффективностью выполнения тестов



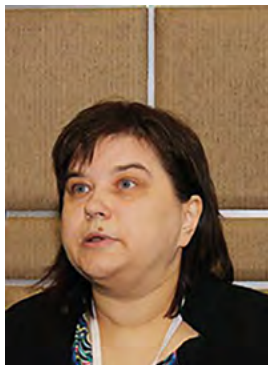
Рис. 7. Нарушения организации деятельности, следующие из полученных результатов

В последующих своих исследованиях мы хотели бы подтвердить и обосновать вытекающие из доложенных результатов нарушения саморегуляции на различных этапах регуляции деятельности, что должно нашу работу и наши экспертные ответы сделать максимально объективными. Спасибо за внимание.

Литература

1. *Басюл И.А.* Характеристики окуломоторной активности оператора интерфейса «Мозг-компьютер» на волне P300 в различных стимульных ситуациях. *Экспериментальная психология*. 2017; 10(1): 129–138. <https://doi.org/10.17759/expsy.2017100109>
2. *Ломакина О.В., Подладчиков Л.Н. Колтунова Т.И., Шапошников Д.Г.* Пространственные и фременные характеристики движений глаз при просмотре изображений из базы IAPS // В кн.: Айтрекинг в психологической науке и практике. Под ред. В.А. Барабанщикова. М.: Когито-Центр; 2015: 287–295
3. *Ткаченко А.А., Демидова Л.Ю., Бабичева Н.В.* Окуломоторная активность как показатель нарушения восприятия и программирования у лиц с шизотипическим расстройством. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2018. Т. 118, № 6. С. 50–57. <https://doi.org/10.17116/jnevro20181186150>
4. *Ткаченко А.А., Демидова Л.Ю.* Построение общей модели саморегуляции в судебной психиатрии. Сообщение 1. Принцип изоморфизма. *Российский психиатрический журнал*. 2018. № 5. С. 19–28.
5. *Ткаченко А.А., Демидова Л.Ю.* Построение общей модели саморегуляции в судебной психиатрии. Сообщение 2. Внутренняя речь как механизм перекодировки смысла и значения. *Российский психиатрический журнал*. 2018. № 6.
6. *Blais C., Jack R.E., Scheepers C., Fiset D., Caldara R.* Culture shapes how we look at faces. *PLoS One*. 2008; 3(8): e3022. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0003022>
7. *Caldani S., Amado I., Bendjema N., Vialatte F., Mam-Lam-Fook C., Gaillard R., Krebs M.O., Pia Bucci M.* Oculomotricity and neurological soft signs: Can we refine the endophenotype? A study in subjects belonging to the spectrum of schizophrenia. *Psychiatry research*. 2017; 256: 490–497. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.013>
8. *Ito J., Yamane Y., Suzuki M., Maldonado P., Fujita I., Tamura H., Grün S.* Switch from ambient to focal processing mode explains the dynamics of free viewing eye movements. *Scientific reports*. 2017; 7(1): 1082. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-01076-w>
9. *Lee K.H., Williams L.M.* Eye movement dysfunction as a biological marker of risk for schizophrenia. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2000; 34(Suppl): S91-S100. <https://doi.org/10.1080/000486700228>
10. *Sereno A.B., Holzman P.S.* Express saccades and smooth pursuit eye movement function in schizophrenic, affective disorder, and normal subjects. *Journal of cognitive neuroscience*. 1993; 5(3): 303–316. <https://doi.org/10.1162/jocn.1993.5.3.303>

МР-нейровизуализация при риске развития эндогенных психических заболеваний¹



Лебедева И.С.²

Нейровизуализация называют группу высоко-технологичных подходов, которые позволяют получить объективную, прижизненную количественную информацию о структурно-функциональном состоянии головного мозга с высоким топографическим разрешением. Эти методы включают позитронно-эмиссионную томографию, однофотонную эмиссионную компьютерную томографию, спектроскопию ближней инфракрасной области, и целый пул мето-

дик, который реализуется на магнитно-резонансном томографе и о которых будут идти речь ниже. Деление очень условное, но говорят именно о МР-нейровизуализации, когда речь идет об обязательности обработки получаемых изображений, то есть помимо визуального анализа, здесь проводится количественная программная автоматизированная, максимально объективная обработка, и обработка больших массивов данных.

Одной из областей, где МР-нейровизуализация получила широкое распространение, является психиатрия, в том числе, клиника эндогенных психических заболеваний. Следует отметить, что несмотря на колоссальные усилия, роль структурно-функциональных особенностей головного мозга в патогенезе шизофрении до конца не ясна.

На Рис. 1 представлена схема развития такого заболевания как шизофрения (на переднем плане – траектория психопатологических расстройств, на заднем – структурно-функциональной патологии головного мозга). Уже не вызывает сомнений, что структурно-функциональные изменения появляются существенно раньше, чем первые инициальные симптомы, и динамика их может быть, как, в какой-то степени, параллельной, или опережающей относительно динамики психопатологических расстройств, а может иметь свою собственную траекторию развития.

Какие существуют подходы, чтобы понять особенности анатомо-морфологических и функциональных характеристик головного мозга на домашнем этапе.

1 Работа частично поддержана грантом РФФИ ОГОН 17-06-00985

2 Лебедева И.С. – зав.лаборатории нейровизуализации и мультимодального анализа ФГБНУ НЦПЗ ФГБНУ НЦПЗ, Москва.

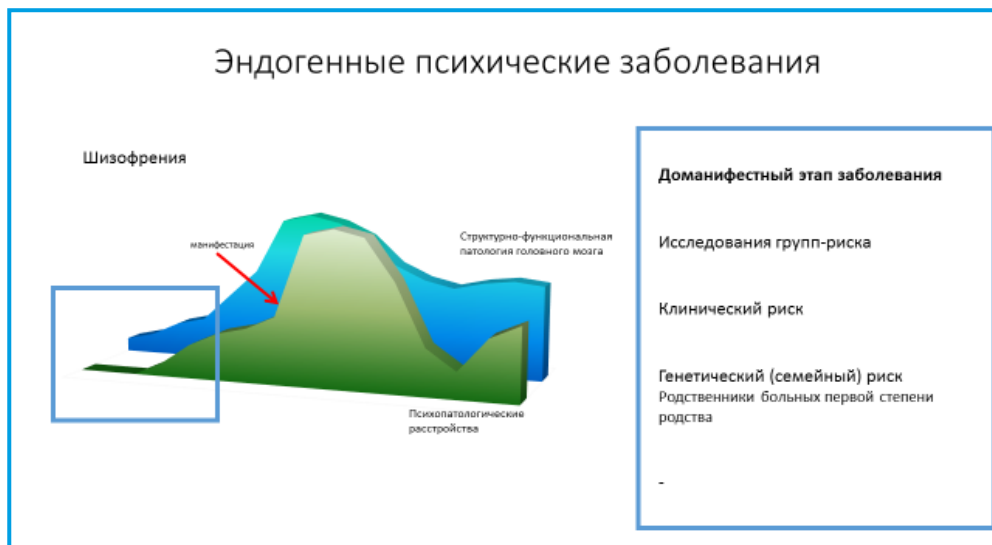


Рис. 1 Схема развития шизофрении и подходы к исследованию доманифестного этапа заболевания

Наиболее часто применяемый – это анализ в группах риска, то есть в тех выборках, где вероятность манифестаций психоза значительно выше. Одна из них, это так называемая группа клинического риска, и вторая группа, это группа с генетическим или семейным риском (как правило, это непораженные родственники больных первой степени родства).

Исследование группы клинического риска в ФГБНУ НЦПЗ включало анализ данных у больных с непсихотическими психическими заболеваниями, отвечающими критерию ультравысокого риска и в соответствующей группе контроля (Рис. 2)

Группа ультравысокого (клинического) риска (УВР)

Критерий ультравысокого риска (УВР) – больные непсихотическими заболеваниями, с наличием, как минимум, одного из следующих признаков 1) повторяющиеся ослабленные, подпороговые психотические симптомы (субпсихотические симптомы: идеи отношения, магическое мышление, нарушения восприятия, паранойяльные идеи, необычные мышление и речь); 2) транзиторные психотические симптомы (короткие ограниченные во времени интермиттирующие психотические симптомы); 3) наследственная отягощенность, т. е. наличие родственников первой степени с психотическим заболеванием или шизотипическим расстройством, а также шизотипическое расстройство у самого больного.

	UHR subjects	Healthy Controls	Test Statistic	P-value
Number	30	30	—	—
Age, mean (SD, minimum, maximum)	20.4 (2.6, 17.7, 27.6)	21.1 (2.7, 16.6, 25.4)	t(58) = 1.05	0.30
Gender (M/F)	30/0	30/0	—	—
Handedness: right-handed (%)	100	100	—	—
Years of education, mean (SD)	12.6 (2.0)	13.8 (2.9)	W = 577.5	0.06
Psychopathology scores*, mean (SD)				
SOPs Total score	41.9 (7.3)	—		
SOPs Positive symptoms score	8.6 (2.9)	—		
WRSD score	20.1 (5.7)	—		
Mean antipsychotic dose, CPZ equivalent, mg/day, mean (SD)	240 (216)	—		
Total antipsychotic dose*, CPZ equivalent, mg, mean (SD)	11055 (11784)	—		

* На момент оценки соответствия критерию УВР

Смеленченко с соавт., 2014, 2016; Лебедева с соавт., 2017; Tamshchuk et al., 2018 in press.

Рис. 2. Критерии выделения группы УВР и социо-демографические, и клинические данные

Оценка клинического состояния проводилась, в том числе, по шкале SOPS, и в таблице указаны величины на момент отнесения пациентов к группе УВР, в то время как МРТ проводилось перед выпиской на фоне редукции психопатологической симптоматики. Корреляции дозы принимаемых нейролептиков с МРТ данными в нашем исследовании не достигали уровня статистической значимости, поэтому фактор терапии пока временно был вынесен за скобки.

Вторая группа включала психически здоровых испытуемых из групп семейного или генетического риска (Рис. 3)

Группа генетического (семейного) риска (СР)

- Испытуемые – правши, возраст 16-28 лет. Критериями включения были отсутствие в анамнезе наркотической или алкогольной зависимости, ЧМТ с потерей сознания более 5 минут, отсутствие неврологической патологии или соматической патологии в стадии обострения на момент исследования.
- Группа психически здоровых испытуемых, их них 13 родственников первой степени родства больных шизофренией (возраст 19.0-34.1 лет, 26.7 ± 5.0 , 4 мужчины и 9 женщин), 13 – аффективными психическими заболеваниями (биполярное аффективное расстройство, рекуррентная депрессия, возраст 19.4-31.8 лет, ср. возраст 25.6 ± 3.9 , 10 мужчин и 3 женщины), 22 испытуемых без наследственного отягощения по психическим заболеваниям (возраст 19.3-30 лет, формировались подобранные по возрасту и полу группы сравнения).
- Обследование – SOPS, HDRS

Рис. 3. Социо-демографические характеристики групп семейного риска

МРТ изображения были получены на 3Т Philips Achieva и 3Т Philips Ingenia (Голландия). T1-взвешенное сканирование (группа УВР и контроль – TR 8.2 мс, TE 3.7 мс, угол поворота 8 градусов, размер вокселя $0.83 \times 0.83 \times 1.0$ мм, межсрезовое расстояние 0; группы СР и контроль – TR 8 мс; TE 4 мс, угол поворота 8 градусов, размер вокселя $0.98 \times 0.98 \times 1$ мм, межсрезовое расстояние 0).

Изображения обработаны в пакете FreeSurfer (версия 5.3.0, <http://surfer.nmr.mgh.harvard.edu/>). Алгоритм обработки: коррекция на движение; удаление не мозговой ткани (Segonne et al., 2004); автоматическая трансформация Талайраха; сегментация субкортикального белого вещества и подкорковых образований серого вещества (Fischl et al., 2002; Fischl et al., 2004a); нормализация интенсивности (Sled et al., 1998); тесселяция границ между серым и белым веществом; автоматическая топологическая коррекция (Fischl et al., 2001; Segonne et al., 2007), и искривление поверхности в соответствии с градиентами интенсивности для оптимизации построения границ между серым/белым веществом и серым веществом/цереброспинальной жидкостью (Dale et al., 1999; Dale and Sereno, 1993; Fischl and Dale, 2000). Анализ межгрупповых различий по толщине в каждой вершине реконструированной поверхности коры проводили с помощью метода поверхностно-базированной морфометрии в программе FreeSurfer. Поверхности каждого испытуемого были спроецированы

на стандартный кортикальный шаблон FreeSurfer (fsaverage) с помощью нелинейного преобразования, использующего показатели кривизны в вершинах [Fischl et al., 1999b]. Затем преобразованные поверхности сглаживались с величиной ядра 10 мм. Для каждой вершины коры была рассчитана общая линейная модель для анализа межгрупповых различий по толщине коры с контролем фактора возраста (с использованием статистического пакета, встроенного в FreeSurfer). Полученные результаты были скорректированы на множественность сравнений с помощью кластерной симуляции Монте-Карло с 10000 перестановками [Hagler et al., 2006]. Кластерный уровень значимости (cluster-wise probability, CWP) устанавливали равным 0.05, уровень значимости для каждой вершины при формировании кластера также равным 0.05 (двусторонний критерий). CWP дополнительно корректировали на количество полушарий с помощью метода Бонферрони.

Диффузионно-взвешенные (ДВ) изображения были получены во время тех же сессии (группа УВР и контроль – TR = 6657–7212 мс, TE = 70 мс, угол поворота 90°, размер вокселя 1.7x1.7x2 мм, межсрезовое расстояние 0, диффузионные градиенты приложены в 32 неколлинеарных направлениях с фактором диффузии $b = 800$ с/мм² и в одном направлении с фактором диффузии $b = 0$; группы СР и контроль – (TR = 3600 мс; TE = 91 мс; угол поворота 90 градусов, размер вокселя 1.75x1.75x2.5 мм, межсрезовое расстояние 0, диффузионные градиенты приложены в 32 неколлинеарных направлениях с фактором диффузии $b = 1000$ с/мм² и в одном направлении с фактором диффузии $b = 0$).

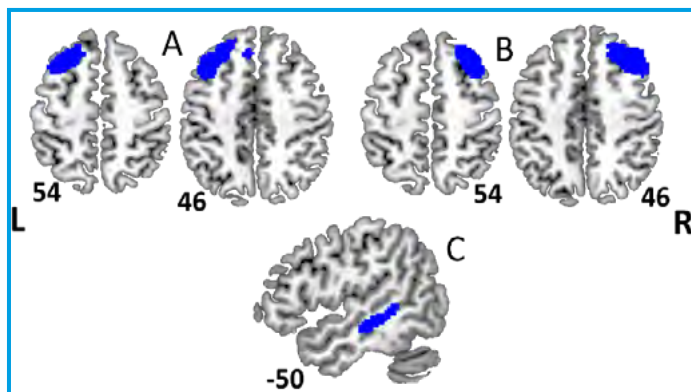
ДВ-изображения обработаны с помощью алгоритмов TRACULA (Yendiki et al., 2011; Yendiki et al., 2013).

Препроцессинг включал: коррекцию изображений на движение и вихревые токи (алгоритм eddy_correct (часть пакета FSL 5.0.7 (Jenkinson et al., 2012)); интра-субъектную регистрацию (аффинное преобразование ДВ к T1-взвешенным изображениям); межсубъектную регистрацию (аффинное преобразование T1-взвешенных изображений к темплейту MNI, встроенному в FreeSurfer); создание кортикальных масок и масок белого вещества по анатомическим моделям FreeSurfer; вычисление анатомической информации о прохождении трактов (anatomical priors) по атласу TRACULA.

Была построена модель диффузии ball-and-stick с помощью инструмента BEDPOSTX (пакет FSL 5.0.7). На заключительном этапе, используя анатомические реконструкции FreeSurfer и модель диффузии, была проведена автоматическая реконструкция трактов белого вещества для каждого испытуемого с определением показателей ФА, РД и АД (средневзвешенное (по вероятности прохождения тракта в данном вокселе) значение по всем вокселям тракта). Межгрупповые сравнения по показателям ФА, РД и АД по 16 трактам проводились в системе статистических вычислений R 3.1.3. Проверка на нормальность распределения проводилась с помощью теста Шапиро-Уилка. Множественные межгрупповые сравнения проводились

методом бутстреп с контролем фактора возраста (количество бутстреп итераций 10000, двусторонние тесты) с помощью пакета multtest [Pollard et al., 2005], групповая ошибка первого рода контролировалась на уровне значимости 0,05.

Функциональные T2* изображения фМРТ покоя были получены с помощью последовательности EPI (TR/TE/FA – 3 с / 35 мс / 90°), 35 срезов, размер вокселя 1.8x1.8x4 мм. Во время фМРТ-сканирования испытуемые лежали неподвижно с открытыми глазами, фиксируя взгляд на белом кресте в центре, была дана инструкция избегать любой систематической мыслительной деятельности.



Зона интереса	Функциональная сеть, из которой взята зона интереса	Средний объем (мм ³)	Средний центр масс
Левая ДЛПК	Регуляторная сеть	12008	{-30; 23.4; 48.9}
Правая ДЛПК		16744	{38.1; 26.1; 42.4}
Область в левой височной доле	Речевая сеть	2536	{-52.1; -31.1; -5.8}

Рис. 4. Зоны интереса для «ROI-to-ROI» анализа: левая (А) и правая (В) ДЛПК

(соответственно, относящиеся к левой и правой регуляторным сетям),

(С) компонент речевой сети в задней части средней височной извилины левого полушария (атлас Shirer et al., 2012) (вверху). Средний объем и средний центр масс для выбранных областей) (таблица)

Предобработку изображений проводили с использованием пакета SPM12 (<http://www.fil.ion.ucl.ac.uk/spm/software/spm12/>), дальнейшая обработка данных фМРТ покоя проводилась с помощью CONN-fMRI toolbox 17.b (<https://www.nitrc.org/projects/conn>). Анализировали функциональную связанность (ФС) между зонами интереса («ROI-to-ROI») из атласа лаборатории функциональной нейровизуализации нейропсихиатрических расстройств Стэнфордского университета (https://findlab.stanford.edu/functional_ROIs.html). Зоны интереса включали дорсолатеральную префронтальную кору (ДЛПК) левого и правого полушария (компоненты регуляторной сети) и височный компонент речевой сети. Для коррекции

артефактов, связанных с движениями головы, на этапе шумоподавления выделялись воксели, флуктуации BOLD-сигнала в которых коррелировали с колебаниями сигнала в белом веществе или спинномозговой жидкости по индивидуальным картам (aCompCor). Использовался частотный фильтр $0.008 < f < 0.09$ Гц. Индивидуальные параметры движения были включены в модель в качестве ковариаты первого уровня, возраст — в качестве ковариаты второго уровня. Для результатов были выбраны уровни статистической значимости: $p < 0.001$ на уровне вокселов, $q(\text{FDRc}) < 0.05$ на уровне кластеров. Дополнительно вводили поправку на множественные сравнения на уровне кластеров.

Анализ толщины коры выявил у больных УВР более низкий этот показатель в целом ряде кластеров (в то время как у больных шизофренией в наших же исследованиях этот феномен отличался большей генерализованностью) (Рис. 5).

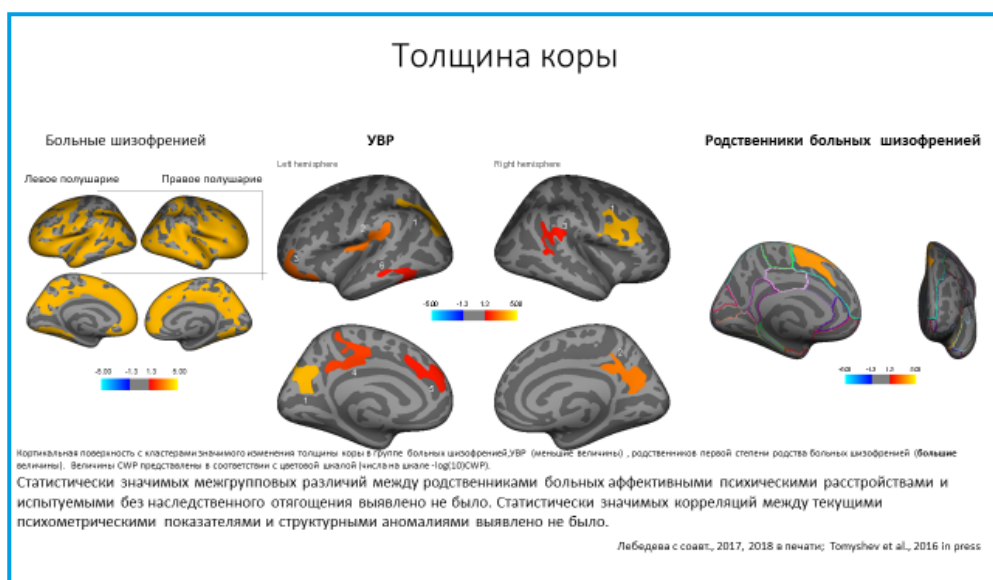


Рис. 5. Результаты межгруппового сравнения по толщине коры в группах больных шизофренией, УВР, семейного риска

У родственников больных шизофренией первой степени родства, напротив, был выявлен кластер статистически значимо большей толщины коры по сравнению с испытуемыми без наследственного отягощения по шизофрении. Статически значимых различий группы родственников с аффективной патологией и соответствующей группой контроля выявлено не было, также во всех этих трех группах не было выявлено корреляций статистически значимых между выявленной структурной патологией и данными психометрии. Причиной последнего, возможно, являются компенсаторные процессы, благодаря которым люди не заболевают (эта гипотеза, однако, требует проверки).

Результаты анализа микроструктуры трактов белого вещества представлены на Рис. 6.

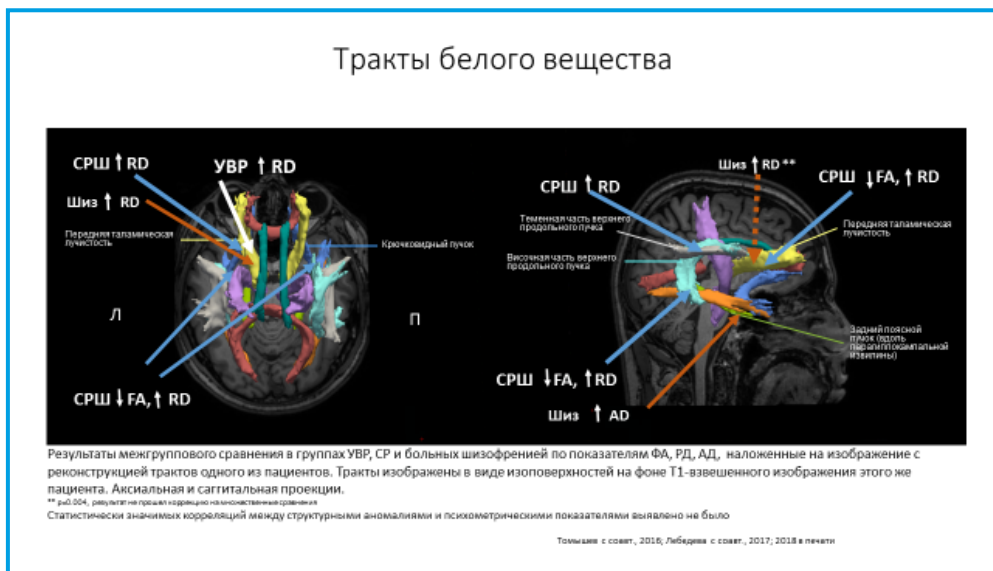


Рис. 6. Результаты межгруппового сравнения в группах УВР, семейного риска и у больных шизофренией по данным диффузионно-взвешенной томографии с трактографией

В группе семейного риска были выявлены снижение фракционной анизотропии и/или повышение радиальной диффузии крестовидных пучков левого и правого полушария, передней таламической лучистости левого и правого полушария, и верхнего продольного пучка правого полушария. В группе ультравысокого риска мы нашли единственное статистически значимое отличие в виде повышения радиальной диффузии передней таламической лучистости левого полушария. И, наконец, в группе больных шизофренией мы видим повышение радиальной диффузии в передней таламической лучистости левого полушария, изменение аксиальной диффузии в заднем поясном пучке, и не прошедшее коррекцию на множественность сравнений, повышение радиальной диффузии в правой таламической лучистости.

Подытоживая результаты этого фрагмента исследования, следует отметить, что только в одном тракте изменения сходны во всех анализируемых группах — это передняя таламическая лучистость левого полушария, — тракт, который идет от таламуса к поясной извилине и лобной доле. Выявленное нами повышение радиальной диффузии в клинических популяциях при отсутствии отклонений по аксиальной диффузии рассматривается как маркер аномалий миелиновых оболочек, и один из возможных механизмов здесь — это воспалительные процессы и процессы.

Надо сказать, что наличие сходных изменений, как в группе семейного риска, так и при самом заболевании, отвечает критериям эндофенотипа.

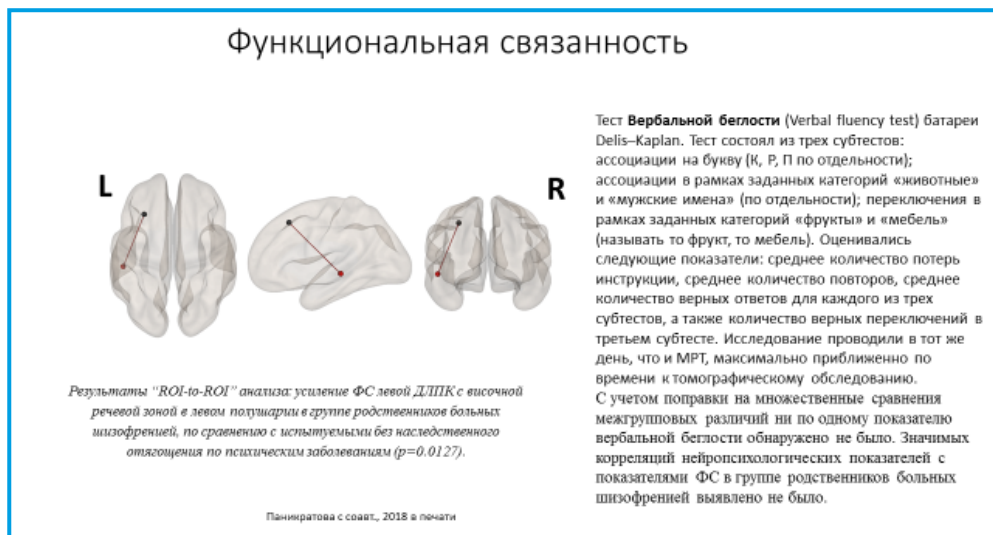


Рис. 7. Результаты анализа функциональной связанности (слева) между дорсолатеральной префронтальной корой и речевой зоной.

В группе родственников больных шизофренией, но не с аффективной патологией, было обнаружено повышение функциональной связанности между левой дорсолатеральной префронтальной корой и речевой зоной в височной доле левого полушария. В этих группах проводилось и нейропсихологическое обследование, в том числе был проведен тест вербальной беглости, межгрупповых различий по этому тесту выявлено не было, и его показатели не коррелировали с показателем функциональной связанности.

Надо сказать, что к нашему большому удивлению, подобный факт был выявлен впервые, мы не нашли в доступной литературе похожих исследований, и, опять-таки, в литературе везде подчеркивается, что при шизофрении, наблюдается снижение функциональной связанности между этими областями головного мозга. И здесь мы снова возвращаемся к возможности наличия неких компенсаторных процессов, препятствующих развитию заболевания (Ganella et al., 2018). Возникло и другое предположение о том, что родственники людей с психическими заболеваниями могут испытывать больший стресс при прохождении исследования в связи с осознанием повышенной вероятности выявления у них признаков заболевания. Мы смотрели литературу, обнаружили, что стресс оказывает влияние на дефолтную сеть и сеть определения значимости, но не на регуляторную сеть, куда входит дорсолатеральная префронтальная кора, по речевой сети данных мы не нашли, но провели дополнительный post hoc анализ в рамках регуляторных сетей, не нашли различий, но, тем не менее, такая интерпретация все-таки имеет место быть и остается объектом дальнейшего анализа.

Подытоживая, у больных с ультравысоким клиническим риском развития эндогенных психических заболеваний имеются изменения структурно-

го характера в виде снижения толщины коры, аномалии микроструктурных показателей трактов белого вещества, сходные с теми, что наблюдаются при шизофрении. В группе семейного риска, то есть у непораженных родственников первой степени родства больных шизофренией, выявлены сходные по направленности изменения микроструктурных показателей трактов белого вещества. Аномалия передней таламической лучистости, причина которой, возможно, связана с изменением миелиновых оболочек аксонов, встречается во всех трех группах, что ставит вопрос о возможности рассмотрения этого показателя как эндофенотип или черты заболевания. В группе семейного риска по шизофрении отмечено увеличение толщины коры, повышенная функциональная связанность левой дорсолатеральной префронтальной коры с височной речевой зоной в левом полушарии, что, скорее всего, имеет компенсаторный характер. Статистически значимых отличий группы семейного риска по аффективным психическим заболеваниям от психически здоровых испытуемых без наследственного отягощения по психическим болезням выявлено не было.

Особенности функциональной связанности сетей покоя у больных шизофренией



Масленикова А.В., Ушаков В.Л., Захарова Н.В.,
Мартынова О.В., Портнова Г.В.

Добрый день, уважаемые слушатели, я представлю доклад по особенностям функциональной связанности сетей у больных шизофренией. Чаще всего при исследовании шизофрении обращаются к нарушениям обработки стимулов, когнитивным задачам. Однако изучение состояния покоя, работы базовой системы, участвующей в работе сознания, и ее искажение у шизофреников также заслуживает внимания. На рисунке представлены варианты выделяемых сетей покоя. Сетей состояния покоя выделяют несколько видов. сенсомоторная, левая и правая лобно-теменные, сеть салиентности, речевая сеть и сеть внимания. Сети покоя по умолчанию соответствовали 2 компонента: затылочно-медиальная и фронтальная. Одна из них — это сеть покоя по умолчанию, или default mode network (DMN), которая максимально проявляется в бодрствовании при отсутствии внешних раздражителей и активной мыслительной деятельности. Известно, что у больных шизофренией особенно выражены нарушения работы сети покоя по умолчанию и сетях салиентности. и надо сказать, что у больных в каждой из сетей есть нарушения.

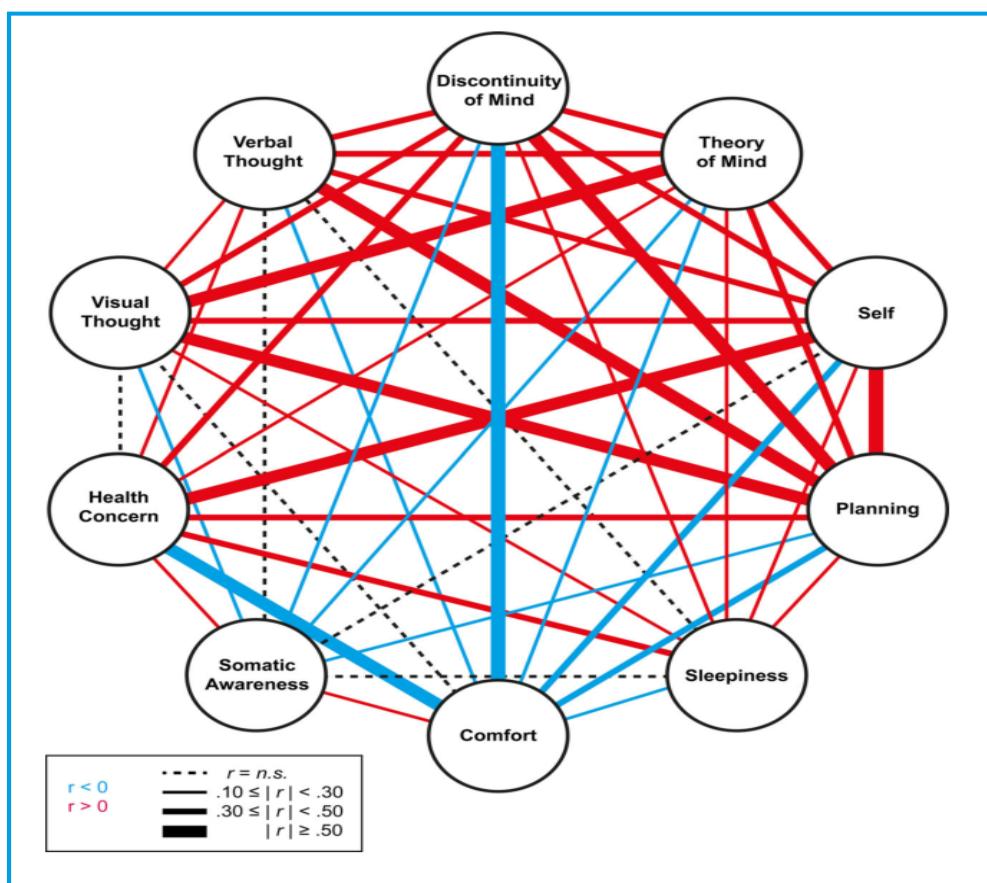
Однако нас больше интересует функциональная связанность в рамках этих сетей. Функциональная коннективность/связность (functional connectivity) — это связь между регионами мозга имеющими сходные функциональные свойства, временная корреляция между пространственно разделёнными участками нейрофизиологическими событиями. В этих сетях наблюдается увеличение функциональной связанности у больных, причем по данным литературы, при шизофрении нарушения сосредоточены в левом хвостатом, теменной доле и префронтальной коре в режиме по умолчанию и в центральных исполнительных сетях. Есть данные о том, что не только в каждой из сетей есть нарушения, но и во взаимодействии сетей. Было уже сказано о том, что есть работы, показывающие гиперконнективность, хорошую связанность у больных шизофренией, есть работы, показывающие плохую связанность, но по дисконнективности работ гораздо больше, поэтому будем исходить из предположения, что все-таки речь идет о плохой связанности, а хорошая связанность вероятно является следствием хорошего функционирования компенсаторных механизмов.

Выделяют следующие структуры, входящие в сети функциональной связанности – это префронтальная кора, инсула, гиппокамп, таламус, передний и задний цингулат и зрительная кора. Есть данные о том, что есть нарушения во взаимодействии сетей, это сеть по умолчанию и сеть салиентности, избирательности, также DMS, сеть по умолчанию и исполнительная сеть. Нарушения, вероятно, возникают при переключении работы их сетей, находящихся, по сути, в реципрокных взаимодействиях — из состояния, когда я ни о чем не думаю, в рабочее состояние.

Интересно посмотреть работы, разделяя больных по нозологии, и наше исследование как раз связано с тем, что мы не просто берем группу шизофреники, а делим с учетом выраженности позитивной и негативной симптоматики, и сети состояния покоя здесь существенно разнятся. Вы видите в верхнем ряду с позитивной симптоматикой активация в покое больше, нежели с негативной, что ожидаемо, и основная, конечно, область здесь — это задний цингулат. Общая черта всех работ по функциональной связанности при позитивной симптоматике, это увеличение активации. Есть работы по увеличению активации аудиальной коры, речевых областей, особенно при наличии галлюцинаций и псевдогаллюцинаций. Есть работы, с использованием теории графов в обработке, когда строится общий коннектом мозга, в рамках этого коннектома общая связанность страдает у больных, как с позитивной, так и с негативной симптоматикой. Как видите, есть связанность, а есть, собственно, активность. Связанность может быть, и снижаться, а активность парадоксально возрастать.

Поскольку при анализе функциональной связанности необходимо решать вопрос о выделении регионов интереса, использование методики самоотчета позволяет более точно выяснить, какие регионы брать в анализ и в рамках какой сети покоя проводить сравнения. Методика самоотчета прямо показывает содержание сознания в состоянии покоя. Поэтому в нашем исследовании мы постарались учесть данные самоотчета по опроснику ARSQ — «Амстердамский опросник состояния покоя». В нем 58 утверждений, сгруппированных по шкалам. Методика проведения такая: во время записи состояния покоя задача пациента лежать не двигаясь, ни о чем не думая, не спать. Представляется, что, поскольку он в сознании, что-то составляет содержание его сознания. Далее, после выхода из томографа, пациент заполняет опросник. В нем есть блок вопросов, касающихся Theory of Mind, это вопросы, связанные с тем, что я думаю о других людях, социальные аспекты жизни. Представлял ли я на месте других людей, думал ли я о других людях. Кроме того, в опросник входят шкалы комфорта, сонливости, безопасности, планирования — это тоже важные составляющие функционального состояния, что не может не отражаться в функциональных сетях. Вот такая есть схема, она не моя, очень хорошая, интересная, я решила ее представить, о корреляционных связях между шкалами самого опросника на здоровых испытуемых, потому что на данный момент работ на шизофрениках сейчас по этому опроснику нет. Мы видим, что синим показаны отрицательные корреляции, красным положи-

тельные корреляции, и степень комфорта четко отрицательно коррелирует с нарушением мышления в виде вот такой дезорганизованности, когда возникает текучка мыслей, или прыгают мысли с одной на другую.



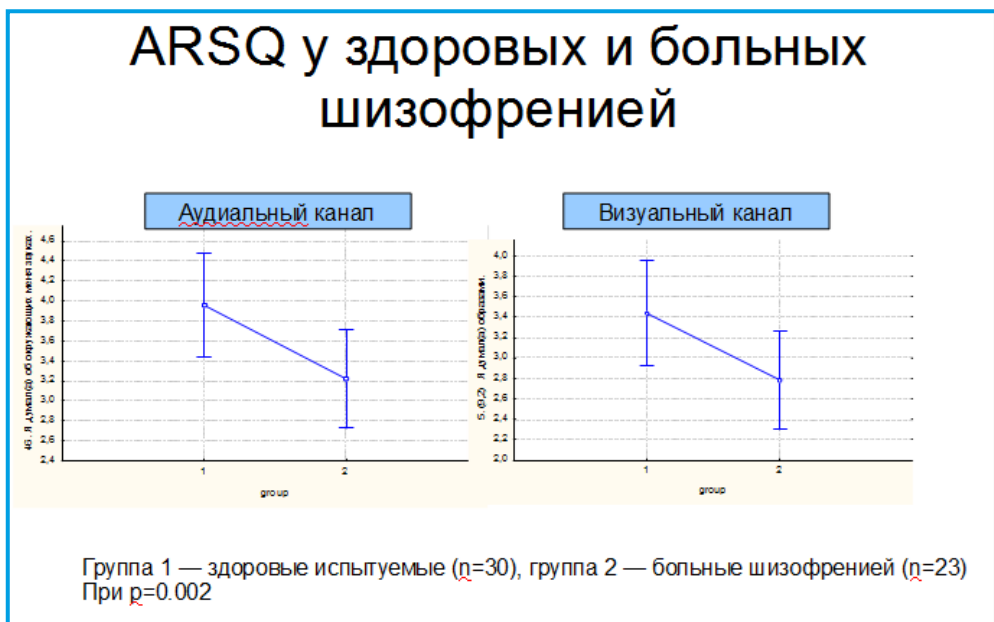
По В. Alexander Diaz, Sophie van der Sluis/ The ARSQ 2.0 reveals age and personality effects on mind-wandering experiences/ Published 2014 in Front. Psychol

Мы ставили перед собой цель найти достоверные корреляции объема активации сетей покоя по данным фМРТ с баллами опросника, характеризующими семь ментальных процессов, таких, как планирование, чувство собственного тела, сонливость, чувство комфорта, мысли о своих отношениях с другими людьми, мысли о себе и прерывистость мышления.

Мартынова О.В. с соавторами показала на здоровых испытуемых, что из выделенных компонент 4 показали достоверную зависимость от баллов опросника состояния покоя. Объем активации зрительной сети, а именно медиальной части затылочной доли отрицательно коррелировал с процессом прерывистого мышления (коэффициент корреляции Пирсона был равен -0.67 , $p = 0.025$). Объем сети салиентности отрицательно зависел от сонливости (-0.77 , $p = 0.009$). С чувством комфорта положительно кор-

релировали объемы сети внимания (0.68, $p = 0.030$) и речевой сети (0.72, $p = 0.019$). Обратная зависимость активации сети салиентности от повышения сонливости является ожидаемым результатом, так как основной функцией сети салиентности считается выделение из окружающего мира важных объектов или событий (Seeley et al. 2007). Таким образом, внутри группы контроля после коррекции на множественные сравнения остаются преимущественно внешние возбуждающие связи из PCC в LIPC/RIPC и тормозная связь между левой парагиппокампальной извилиной LHIP и mPFC. Также значимы внутренние тормозные связи во всех областях (не прошли порог множественного сравнения обе парагиппокампальные извилины и левая миндалина). В группе шизофреников значимых связей меньше как с коррекцией, так и без нее, стоит отметить малое число значимых внутренних тормозных связей во всех областях.

Анализируя полученные результаты и данные различных исследований этого феномена, мы делаем предположение о снижении активности функциональной сети у больных шизофренией при общем снижении количества связей в рамках сети. Эта парадоксальная ситуация отражается в субъективном отчете как снижение сознательной управляемой активности мысленных представлений. Остается вопрос о природе возникновения неуправляемых «позитивных» симптомов.



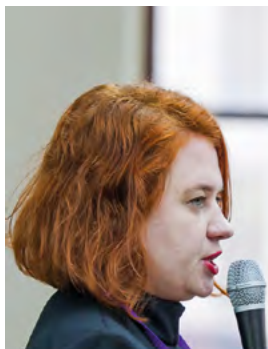
Вот представлены результаты по опроснику состояния покоя у здорового контроля, и значимые различия здесь сыграли, вот как раз здесь корреляции есть между функциональной сетью зрительной и активностью этой зрительной сети, и шкалы вот этого опросника, связанные с социальной перцепцией, я бы так это назвала, вот они представлены у здоровых.

У больных шизофренией, мы предварительно обработали данные, получился как раз тот факт, что снижение происходит работы вот этой зрительной сети и связности функциональных структур, которые входят в эту сеть. Какая может быть под этим интерпретация предварительная? Поскольку это Theory of Mind, аккуратно мы сейчас предполагаем, что снижение активации зрительной системы, связано со снижением социальной перцепции. Больные шизофренией, по большому числу, не визуализируют социальные отношения, не обращаются к их анализу в состоянии покоя.

Какие у нас перспективы? Данные о физиологических основах в виде функциональной связанности сетей покоя при шизофрении и их корреляции с субъективным самоотчетом несколько противоречивы, однако в целом можно выделить основной результат в виде снижения количественных характеристик функциональных сетей (активность, связность) у больных шизофренией. В перспективе планируется использование новых методов анализа для меньших временных разрешений (временными интервалами между измеряемыми объемами), ultra-fast sequences. Кроме того, планируется дальнейший набор данных для опросника ARSQ и корреляция шкал с силой связей в рамках сетей покоя для обеих групп, так как значимые различия при таком большом наборе переменных лучше смотреть на больших выборках.

Спасибо за внимание!

Опыт психофармакогенетического анализа с использованием биочипов высокой плотности



Захарова Н.В.¹, Низамутдинов И.И.²

К началу XXI века в Российской Федерации зарегистрировано порядка 20 тысяч лекарственных препаратов, из них, по данным справочника «Регистр лекарственных средств», более 3 тысяч антипсихотического действия (Рис. 1). Несмотря на весьма широкий спектр фармакотерапевтических методик, многие психические заболевания остаются фактически неизлечимыми. Например, порядка 38% случаев депрессии оказываются резистентными, для шизофрении этот показатель составляет 30–75% в зависимости от методологии и определения чистоты (или полноты) ремиссии. Даже методы аугментации – комбинирование схемы терапии путем сочетания препаратов различных групп (антидепрессантов, нормотимиков, антипсихотиков и т.д.), не решает этой проблемы. При назначении длительного курса психофармакотерапии врачу-психиатру приходится решать два вопроса – будет ли препарат эффективным и каков риск развития нежелательных явлений.



Рис. 1. Сложности лечения шизофрении

Эффективность и безопасность психофармакотерапевтических препаратов зависит фармакокинетических и фармакодинамических взаимо-

1 Захарова Н.В. – к.м.н., старший научный сотрудник Учебного центра ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ.

2 Низамутдинов И.И. – научный сотрудник ООО «Генотек».

действий лекарственного вещества и молекулярных структур организма – ферментов, белков-переносчиков, рецепторов, ионных каналов и мн.др., структура которых, как правило, определяется последовательностью ДНК (Рис. 2, 3).

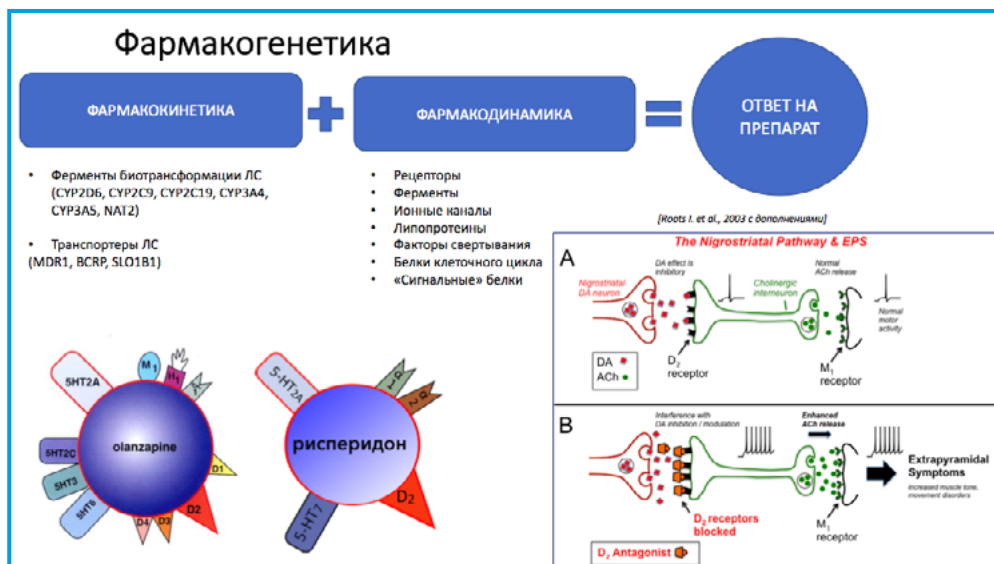


Рис. 2. Фармакогенетические аспекты психофармакологических препаратов

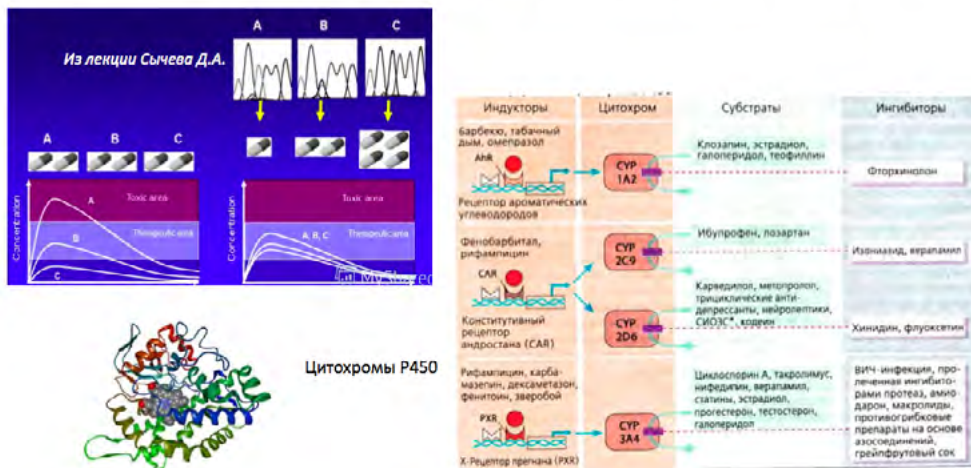
На современном этапе полиморфизмы множества генов, обуславливающих фармакологические пути препарата в организме, в частности, скорость метаболизма, включены в инструкции к некоторым препаратам и производители рекомендуют проводить генетическое тестирование для повышения качества лечения. Распространено тестирование методом полимеранзимо-цепной реакции (ПЦР), мощность которой ограничена единичными генетическими маркерами. В тоже время в практику входят высокотехнологичные биочипы, с помощью которых за относительно короткий период и по приемлемой цене стало возможным провести расшифровку более 600 000 тысяч полиморфизмов для каждого пациента, что можно приравнять к полногеномному анализу.

Психофармакогенетический анализ с использованием чипов высокой плотности на современном этапе является самым перспективным для внедрения в практику методом, и более того, мы можем констатировать его применение. Биочип, применяемый нами, содержит сведения о 300 генетических вариантах, ассоциированных с индивидуальным фармакологическим эффектом.

Биоинформатическая обработка построена по специально разработанному алгоритму, учитывающему сведения, которые содержатся в клинических рекомендациях ряда стран. Речь идет о Базе данных по фармакогеномике (PharmGKB www.pharmgkb.org), Консорциуме по внедрению

фармакогенетики (<https://www.cpicpgx.org>). Фармакогенетической рабочей группе Королевской Ассоциации фармацевтических производителей (DPWG), Канадской фармакогенетической ассоциации по безопасности лекарств (CPNDS) и Управлении по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (FDA), <https://www.fda.gov/Drugs/ScienceResearch/ucm572698.htm>.

Генетика фармакокинетических механизмов



Генетика фармакодинамических механизмов



Рис. 3. Генетика фармакокинетических и фармакогенетических механизмов

Рассмотрим пример фармакогенетического анализа лекарственных средств с помощью базы данных PharmGKB. В поле поиска введен «амитриптилин», ниже – результаты о том, какие генетические исследования были проведены по этому препарату, перечень генов, перечень полиморфизмов. Все строки кликабельны, можно перейти и открыть первоисточник – какая выборка пациентов обследована, какой уровень доказательности.

	VARIANT	PMID	MOLECULES	ASSOCIATION	SIGNIFICANCE
Read Now	rs2032583	18215618	amitriptyline, citalopram, paroxetine, venlafaxine	Sign in to view	yes
Read Now	rs2235015	18215618	amitriptyline, citalopram, paroxetine, venlafaxine	Sign in to view	yes
Read Now	rs2032582	16638956	amitriptyline	Sign in to view	no
Read Now	CYP2C19*1A, CYP2C19*2A	15205367	amitriptyline	Sign in to view	yes

Рис. 4. Структура страницы базы знаний PharmGKB с результатами фармакогенетических исследований амитриптилина

При переходе на какой-либо изученный в аспекте фармакогенетики препарат, можно получить более развернутые сведения – например, для носителей каких аллелей применение препарата будет токсично, а для каких – безопасно. Пример этой страницы приведен на рисунке 5. В удобной и понятной форме приводится информация о том, какому уровню доказательности на настоящий момент соответствуют проведенные исследования, какие полиморфизмы определенного гена изучены и при каком аллельном состоянии изученного полиморфизма этот препарат будет безопасен или токсичен.

На сегодняшний день мы провели анализ эффективности и безопасности психофармакотерапии для 15 пациентов, с катамнезом 6–18 месяцев. Максимальный срок наблюдения 3 года.

Молодой мужчина 34 лет, с высшим образованием и ученой степенью PhD экономики, полученную в Лестерской школе бизнеса в Лондоне.

То есть, перспективно это был многообещающий для общества человек, с 15 лет неоднократно госпитализировался в психиатрические больницы по поводу тяжелых депрессий (тоскливых, витальных) с суицидальными тенденциями. В 2014 году ему было проведено четыре курса интенсивной фармакотерапии, схемы которых включали как максимальные дозы трициклических антидепрессантов в виде инфузий, так и терапевтические дозировки типичных и атипичных антипсихотиков. Резистентность невозможно было преодолеть доступными способами, для проведения ЭСТ были противопоказания. Кроме того, отмечались выраженные нежелательные явления в виде набора веса, астении, выраженной седации, что в значительной степени лимитировало обычную жизнь и снижало ее качество. Вставал вопрос об экспертизе утраты трудоспособности и определении группы инвалидности. На определенном этапе мы были вынуждены отменить большинство препаратов и оставить субтерапевтические (75–150 мг/сут) дозы венлафаксина. В 2017 мы провели фармакогенетический анализ по его просьбе.

The screenshot displays a clinical annotation for rs67376788 (DPYD) on the PharmGKB website. The annotation is titled "Clinical Annotation for rs67376788 (DPYD), capecitabine, fluorouracil, Pyrimidine analogues, tegafur and Neoplasms (level 1A) Toxicity/ADR, Metabolism/PK".

On the left side, there are several labels with red arrows pointing to the corresponding fields in the annotation:

- Уровень доказательности** points to "Level of Evidence Level 1A".
- Полиморфизм (SNP)** points to "Variant rs67376788".
- Ген** points to "Gene DPYD".
- Заболевание** points to "Phenotypes Neoplasms OMB Race Mixed Population".

The main content of the annotation is organized into genotype-specific sections:

- AA:** Patients with the AA genotype and cancer who are treated with fluoropyrimidine-based chemotherapy may have 1) complete DPYD deficiency and decreased clearance of fluoropyrimidine drugs and 2) increased risk and increased severity of drug toxicity, in particular diarrhea, as compared to patients with the TT genotype. Fluoropyrimidines are often used in combination chemotherapy such as FOLFOX (fluorouracil, leucovorin and oxaliplatin), FOLFIRI (fluorouracil, leucovorin and irinotecan) or FEC (fluorouracil, epirubicin and cyclophosphamide) or with other drugs such as bevacizumab, cetuximab, raltitrexed. The combination and delivery of the drug may influence risk for toxicity. Other genetic and clinical factors may also influence response to fluoropyrimidine-based chemotherapy.
- AT:** Patients with the AT genotype and cancer who are treated with fluoropyrimidine-based chemotherapy may have 1) DPYD deficiency and decreased clearance of fluoropyrimidine drugs and 2) increased risk and increased severity of drug toxicity, in particular diarrhea, as compared to patients with the TT genotype. Fluoropyrimidines are often used in combination chemotherapy such as FOLFOX (fluorouracil, leucovorin and oxaliplatin), FOLFIRI (fluorouracil, leucovorin and irinotecan) or FEC (fluorouracil, epirubicin and cyclophosphamide) or with other drugs such as bevacizumab, cetuximab, raltitrexed. The combination and delivery of the drug may influence risk for toxicity. Other genetic and clinical factors may also influence response to fluoropyrimidine-based chemotherapy.
- TT:** Patients with the TT genotype and cancer who are treated with fluoropyrimidine-based chemotherapy may have 1) increased clearance of the drug and 2) decreased, but not absent, risk and reduced severity of drug toxicity as compared to patients with the AT genotype. Fluoropyrimidines are often used in combination chemotherapy such as FOLFOX (fluorouracil, leucovorin and oxaliplatin), FOLFIRI (fluorouracil, leucovorin and irinotecan) or FEC (fluorouracil, epirubicin and cyclophosphamide) or with other drugs such as bevacizumab, cetuximab, raltitrexed. The combination and delivery of the drug may influence risk for toxicity. Other genetic and clinical factors may also influence response to fluoropyrimidine-based chemotherapy.

At the bottom left, there are three labels with red arrows pointing to the text in the AA, AT, and TT sections:

- Токсично!** (twice) points to the text in the AA and AT sections.
- Безопасно** points to the text in the TT section.

A "View Evidence" link is visible at the bottom right of the annotation box.

Рис. 5. Пример формулировки расширенных данных по одному из генетических маркеров

Рассмотрим, как выглядит интерфейс раздела сайта лаборатории с личным кабинетом врача.

Для каждого включенного в тест препарата приводятся данные о том, какие были проведены исследования:

- эффективность, то есть фармакодинамические показатели;
- дозировка, это фармакокинетические — к какому типу метаболизма относится конкретный пациент;
- токсичность и риск развития побочных эффектов.

он отражает качество соответствующих исследований. В данный отчет включены только результаты с высоким уровнем доказательности.

Подробнее об уровнях доказательности:

Число исследованных генов: 2 Число исследованных полиморфизмов: 2

Исследованные гены: **CYP2C19** **SL6A4**

Поиск по rsid:

Действующее вещество	Тип ассоциации	Уровень доказательности	Ген	Полиморфизм	Генотип	Результат	Возможные побочные эффекты
Эспиролон ЭСБЕ, РББ	Дозировка		CYP2C19	*1, *17, *2, *3, *4	*1/*2	Рекомендуется сниженная дозировка	

Действующее вещество	Тип ассоциации	Уровень доказательности	Ген	Полиморфизм	Генотип	Результат	Возможные побочные эффекты
Эспиролон	Эффективность	Level 2A	SL6A4	HTTLPR (long form (L) allele) , HTTLPR (short form (S) allele)	HTTL _L /HTTL _S	Средняя эффективность	

© 2018. Все права защищены

Результаты генетического теста

Результаты проведенного генетического исследования свидетельствуют о том, что при приеме препаратов, содержащих в качестве действующего вещества венлафаксин, будет наблюдаться высокая эффективность лечения.

Общая информация Отчет для врача

Нижне мы привели список исследований, на основе которых оценивалась эффективность лекарств. Для каждого исследования указан уровень доказательности, он отражает качество соответствующих исследований. В данный отчет включены только результаты с высоким уровнем доказательности.

Подробнее об уровнях доказательности:

Число исследованных генов: 1 Число исследованных полиморфизмов: 1

Исследованные гены: **FKBP5**

Поиск по rsid:

Действующее вещество	Тип ассоциации	Уровень доказательности	Ген	Полиморфизм	Генотип	Результат	Возможные побочные эффекты
Венлафаксин	Эффективность	Level 2B	FKBP5	rs4713916	AA	Высокая эффективность	

Индивидуальные данные формируются в отчетную таблицу:

		CYP2C19	*1/*2	Промежуточный метаболитатор			
Действующее вещество	Тип ассоциации	Уровень доказательности	Ген	Полиморфизм	Генотип	Результат	Возможные побочные эффекты
amisulpride	Токсичность и риск побочных эффектов	Level 2B	MC4R	rs489693	CC	Средний риск	Набор веса, Гипертриглицеридемия
amitriptyline	Дозировка	Level 1A	CYP2D6	rs3892097	CT	Пониженная	
ariprazole	Токсичность и риск побочных эффектов	Level 2B	MC4R	rs489693	CC	Средний риск	Набор веса, Гипертриглицеридемия
bupropion	Эффективность	Level 1B	ANKK1	rs1800497	GG	Нормальная	
carbamazepine	Эффективность	Level 2B	SCN1A	rs3812718	TT	Пониженная	
carbamazepine	Дозировка	Level 2B	SCN1A	rs3812718	TT	Повышенная	
carbamazepine	Дозировка	Level 2B	EPHX1	rs1051740	CT	Повышенная	
carbamazepine	Дозировка	Level 2B	EPHX1	rs2234022	AA	Нормальная	
clatalopram	Эффективность	Level 2A	SLC6A4	HTTLPR long form (L allele), HTTLPR short form (S allele)	HTTL.../HTTL...	Нормальная	
clomipramine	Токсичность и риск побочных эффектов	Level 1A	CYP2D6	rs3892097	CT	Повышенный риск	
clomipramine	Дозировка	Level 1A	CYP2D6	rs3892097	CT	Средний риск	
clozapine	Токсичность и риск побочных эффектов	Level 2B	MC4R	rs489693	CC	Средний риск	Набор веса, Гипертриглицеридемия
clozapine	Токсичность и риск побочных эффектов	Level 2B	ANKK1, DRD2	rs1800497	GG	Средний риск	Гиперпролактинемия, Набор веса
clozapine	Токсичность и риск побочных эффектов	Level 2B	ANKK1, DRD2	rs1800497	GG	Средний риск	Гиперпролактинемия, Набор веса
clozapine	Токсичность и риск побочных эффектов	Level 2B	HTR2C	rs1414334	GG	Средний риск	Метаболический синдром
				HTTLPR long			

Рис. 6. Пример фармакологического отчета по клиническому наблюдению, версия для врача

В приведенном клиническом наблюдении оказалось, что согласно имеющемуся генотипу оптимально подходит венлафаксин. Кроме того, генетический тест показал, что этому пациенту целесообразно назначение пароксетина и венлафаксин, с учетом того, что будет нормальная эффективность (то есть, потребуются среднетерапевтические дозировки), и не будет развиваться побочное действие. Таким образом, удачно подобран эмпирическим путем препарат оказался единственно полезным у конкретного пациента, который за последние 4 года женился, продолжил работать по специальности, ведет активный образ жизни и не переносил обострений, требующего стационарного лечения.

Следующая часть нашей работы – проведение пилотного фармакоэкономического расчета для психиатрической службы. В случае проведения генетического теста на раннем этапе лечения (при первой госпитализации в клинику) и назначении лекарств с учетом индивидуальных генетических характеристик, затраты сокращаются 4 раза за счет повышения качества ремиссии, снижения потребности в дополнительном обследовании и лечении, оптимизации затрат медицинских ресурсов.

Дискуссия:

ШМУКЛЕР АЛЕКСАНДР БОРИСОВИЧ:

Спасибо за сообщение! Очень интересное и актуальное. Вопрос вот какой. Насколько я знаю, подобные тесты направлены на определение двух показателей: либо резистентности, либо высокого риска побочных эффектов, в зависимости, это ультрабыстрый метаболитатор или медленный метаболитатор. Каким образом вы оценивали эффективность? Неэффективность я понимаю, а эффективность – высокоэффективен?

ЗАХАРОВА Н.В.:

Спасибо за вопрос, поясню. Для всех психотропных препаратов известны мишени воздействия, или точки приложения, то есть, нейромедиаторные рецепторы, а гены, которые определяют структуру этих рецепторы, известны. Проведены сотни исследований о работе рецепторов и их генетической детерминации, это разделы фармакодинамики, а в представленном тесте мы мы используем то, что уже известно и доказано на уровне А или 2В. Конечно, мы не можем сказать, что все фармакокинетические и фармакодинамические пути известны, и мы можем сейчас назначать препарат по капле крови. Назначение терапии всё равно входит в задачи лечащих врачей.

Маркеры системного воспаления и иммунный ответ у больных шизофренией



Малашенкова И.К.¹, Крынский С.А.¹,
Хайлов Н.А.¹, Огурцов Д.П.^{1,2}, Мамошина М.В.^{1,3},
Захарова Н.В.⁴, Морозова А.Ю.⁵,
Ушаков В.Л.¹, Дидковский Н.А.²

Дорогие коллеги, вашему вниманию представляется данные первого этапа работы по изучению факторов системного воспаления и параметров естественного и адаптивного иммунитета у больных шизофренией. Как известно, одним из важнейших звеньев патогенеза шизофрении сейчас считается нейровоспаление с избыточной активацией микроглии, повышенной транскрипцией медиаторов воспаления и угнетением активности глутаматергических рецепторов, что приводит к уменьшению корковых синапсов и апоптозу нейронов, а в дальнейшем — к нейродегенерации. Вопросами роли иммунитета при шизофрении исследователи занимаются достаточно давно, уже получено немало убедительных экспериментальных и клинических данных об изменении системного иммунитета, в том числе дисбалансе Т-хелперов 1 и 2 типа у больных шизофренией. Также в мировой литературе накоплены обширные результаты прижизненных и постмортальных генетических исследованиях. Исследования транскриптома Т-клеток у пациентов с шизофренией выявили разнонаправленные изменения экспрессии белков клеточного цикла, внутриклеточных сигнальных путей, окислительного стресса и метаболизма. На связь иммунной системы и патогенеза шизофрении указывают повышение экспрессии генов воспалительных цитокинов в коре больших полушарий, увеличение уровня воспалительных белков в ликворе и сыворотке крови, а также изменения системного иммунитета. При шизофрении выявляли повышение или снижение уровня CD4+ Т-клеток (Т-хелперов), CD16+CD56+ NK-клеток, CD19+ В-клеток, CXCR5+ Т-клеток памяти, CD4+/CD8+ соотношения. Есть сообщения о снижении функциональной активности Т-клеток: уменьшение их пролиферативной активности, снижение ими цитокинов Т-хел-

- 1 Малашенкова И.К. — к.м.н., начальник лаборатории молекулярной иммунологии и вирусологии, НИЦ «Курчатовский Институт», Москва.
- 2 ФГБУ ФНКЦ физико-химической медицины ФМБА России, Москва.
- 3 Московский физико-технический институт.
- 4 ГБУЗ ПГБ № 1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ.
- 5 Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского

перов1-ответа (IL-2, IFN γ) и другие. Ряд изменений уже был озвучен ранее исследователями — об изменениях адаптивного и естественного иммунитета. Но, как мы видим из данных литературы, они достаточно противоречивы.

Какие гипотезы патогенеза шизофрении сейчас привлекают внимание, заставляют заниматься, в том числе и исследованием иммунной системы? Известна теория о том, что помимо врожденных и перинатальных дефектов (дисфункция формирования синапсов), большое влияние оказывают материнские инфекции.

Также важное направление изучения ментальных расстройств шизофренического типа — исследования аутоиммунных механизмов заболевания. Известно, что у примерно 20% больных находят антитела к миелину, рецепторам нейротрансмиттеров и мембране нейронов. Есть также гипотеза «мягкого энцефалита», имеющего многофакторную этиологию, в том числе и инфекционного генеза. В западной литературе используется термин — «иммунный инсульт» мозга как причина развития расстройств мышления и восприятия. Среди ученых немало сторонников инфекционной гипотезы патогенеза шизофрении. Это не значит, что есть какой-то определенный патоген, который вызывает как инфекционное заболевание, так и обязательно шизофрению. Конечно, нет. Много инфекционных агентов, попадая в организм и находясь длительно, могут изменять иммунный ответ и способствовать развитию шизофрении у больных с наследственной предрасположенностью и другими факторами риска. Кроме того, внутриклеточные паразитарные и вирусные инфекции (токсоплазмы, боррелии, хламидии и герпесвирусы) могут непосредственно проникать в мозг самыми различными путями, активируя в нем иммунный ответ и нейровоспаление.

Еще очень интересный и важный аспект патогенеза шизофрении — это проницаемость ГЭБ. Как показали исследования последних лет, у больных шизофренией часто встречается генетический полиморфизм белка клаудина и других белков ГЭБ, которые влияют на проницаемость этого барьера. Системное воспаление и эндотелиальная дисфункция также могут повышать проницаемость ГЭБ. Об участии ГЭБ в развитии заболевания свидетельствуют повышенные уровни провоспалительных медиаторов в спинномозговой жидкости у больных ШЗ. Кроме того, ранее не знали, что существует лимфатический проток, который непосредственно контактирует с желудочками мозга, с хориоидными сплетениями, как один из путей нейро-иммунной взаимосвязи. Работы на эту тему были опубликованы примерно полтора года назад.

Целью работы было исследование факторов естественного и адаптивного иммунитета и системного воспаления в зависимости от формы шизофрении. Надо подчеркнуть, что именно исследования в тесной связи с подробной клинической характеристикой больных могут дать новую информацию для последующей разработки новых стратегий профилактики и терапии заболевания.

В работе исследовали уровень маркеров системного воспаления в сыворотке крови (уровни циркулирующих иммунных комплексов,

С-реактивного белка, кортизола) методом ELISA, проводили фенотипирование лимфоцитов (определение поверхностных маркеров CD3, CD45, CD4, CD8, CD16, CD56, CD20, HLA-DR, CD38 и ряда других) методом многоцветной проточной цитометрии с использованием моноклональных антител фирмы BD (USA). Также изучали содержание ключевых цитокинов IL-1 β , TNF α , IL-6, IL-8, IL-10, IFN γ , IL-12 (p40) и ИЛ (p40p70), растворимого рецептора IL-1RA и нейротрофических факторов BDNF, NGF, NT-4 методом ELISA в сыворотке крови пациентов с шизофренией и здоровых добровольцев.

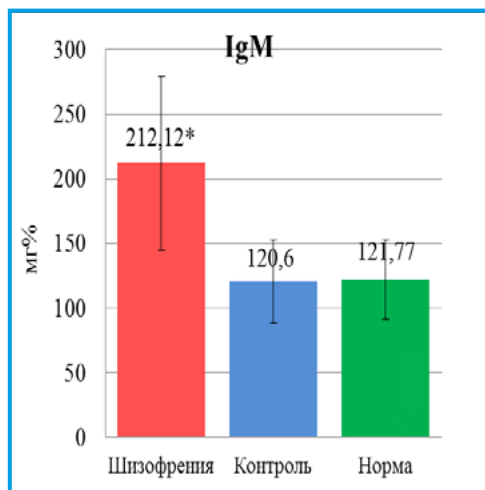


Рис. 1. Уровень IgM у пациентов с шизофренией (n = 31), в контрольной группе (n = 16) и в норме (n = 40). * – достоверные различия с контрольной группой

Обследовали 31 больного с диагнозом шизофрении. Средний возраст 29 ± 2 года (от 18 до 42 лет), средний возраст начала продромальных явлений (инициальный этап) $18,16 \pm 5,6$ лет, манифестного приступа – $24,06 \pm 6,1$ лет. Возраст начала непрерывного течения $22,1 \pm 6,3$ лет. Длительность терапии от 6 месяцев до 2 лет. **Параноидная форма – 9 чел.:** 5 женщин, 4 мужчин, средний возраст $31,44 \pm 2,8$. **Кататоническая – 11 чел.:** 3 женщины, 8 мужчин, средний возраст $28,8 \pm 4,1$ лет. **Первый психотический эпизод** с периодом наблюдения менее года – **11 чел.:** 6 мужчин, 5 женщин, средний возраст $27,7 \pm 5,43$ лет. Контрольная группа 16 человек без когнитивных нарушений (7 мужчин, 9 женщин), сопоставимых с пациентами с шизофренией по полу и возрасту (от 23 до 33 лет, средний возраст – $27,5 \pm 4,2$). Также данные анализировали с показателями здоровых добровольцев, полученными в Лаборатории молекулярной иммунологии и вирусологии НИЦ «Курчатовский институт»

Что мы обнаружили? Оказалось, что у больных шизофренией существенно повышены уровни иммуноглобулина М и С-реактивного белка в крови по сравнению с группами здоровых (Рис. 1 и 2). Это более наглядно видно по уровню С-реактивного белка.

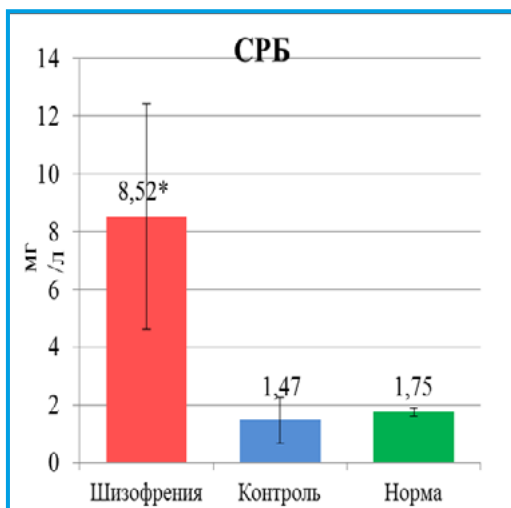


Рис. 2. Уровень С-реактивного белка у пациентов с шизофренией (n = 31), в контрольной группе (n = 16) и в норме (n = 40) * – достоверные различия с контрольной группой

Также, оказалось, что у большинства больных шизофренией повышен уровень воспалительных белков – интерлейкина-8, интерлейкина-6 и интерферона- γ (IL-8, IL-6, IFN γ) Рис. 3.

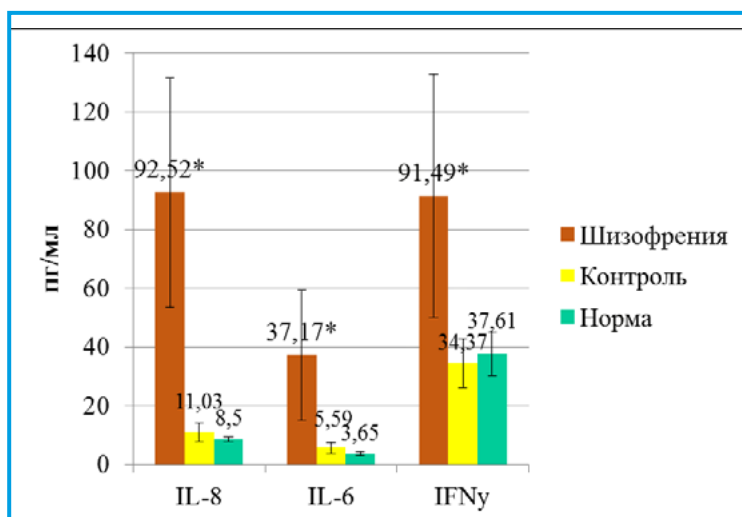


Рис. 3. Уровень цитокинов IL-8, IL-6, IFN γ (пг/мл) у пациентов с шизофренией (n = 31), в контрольной группе (n = 16) и в норме (n = 40) * – достоверные различия с контрольной группой, $p < 0,05$

Надо подчеркнуть, что обследовались больные на фоне лечения (3–4 неделя) с уже полученным определенным клиническим эффектом. Кроме того, в среднем по группе также был повышен кортизол (Рис. 4)

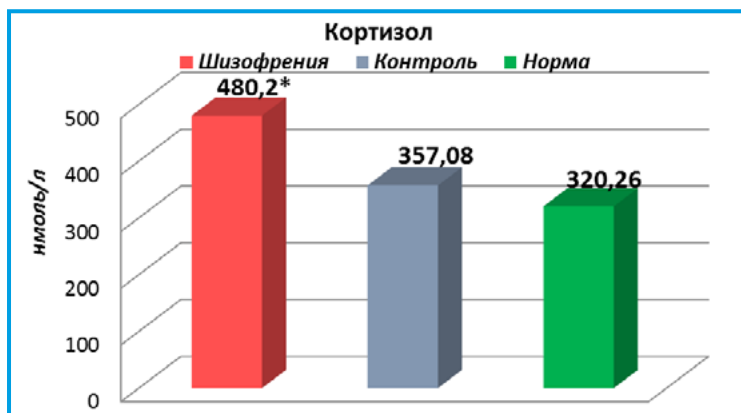


Рис. 4. Уровень кортизола у больных шизофренией (n = 31), в контрольной группе (n = 16) и в норме (n = 40). * – достоверные различия с контрольной группой, $p < 0,05$

Представляет интерес и данные исследования в зависимости от формы шизофрении. Из рисунка 5 видно, что иммуноглобулины повышены при всех формах болезни, которые мы исследовали, однако наибольшие изменения наблюдаются при первом психотическом эпизоде.

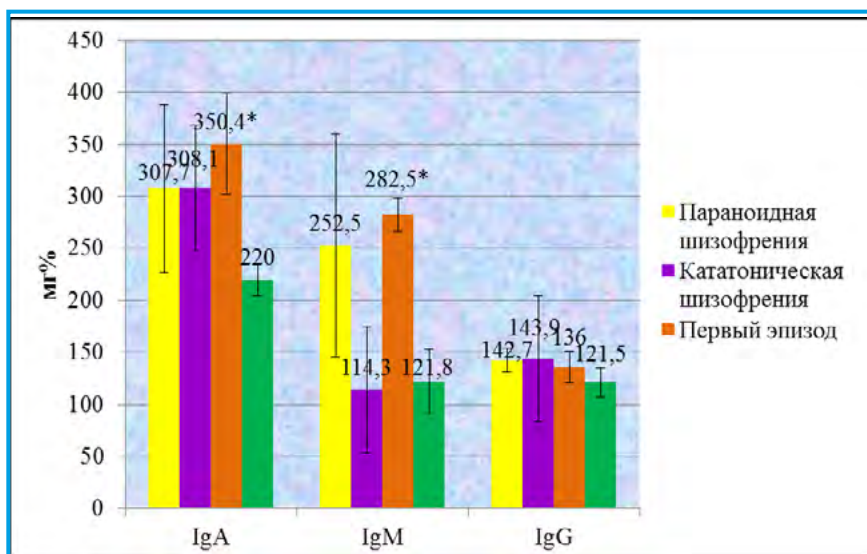


Рис. 5. Показатели гуморального иммунитета у пациентов с шизофренией в зависимости от формы болезни и в норме (значения IgG представлены на рисунке уменьшенными в 10 раз).

* – достоверные различия с контролем, $p < 0,05$

Как видно из рисунка 6, у больных также наблюдалось значительное увеличение уровня циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) и также при первом психотическом эпизоде этот уровень был наиболее высокий.

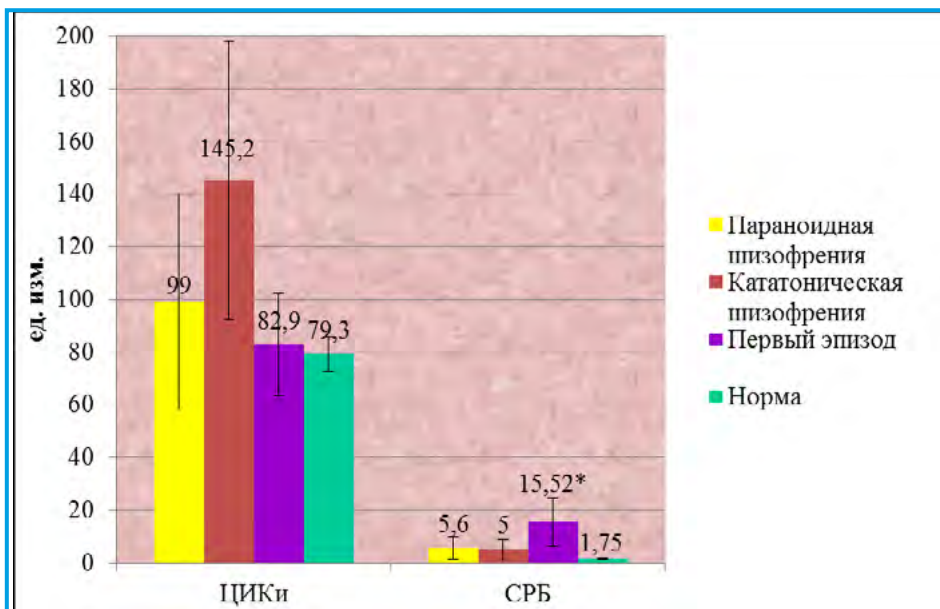


Рис. 6. Показатели воспалительного ответа у пациентов с шизофренией в зависимости от формы болезни и в норме. * – достоверные различия мс контролем, $p < 0,05$

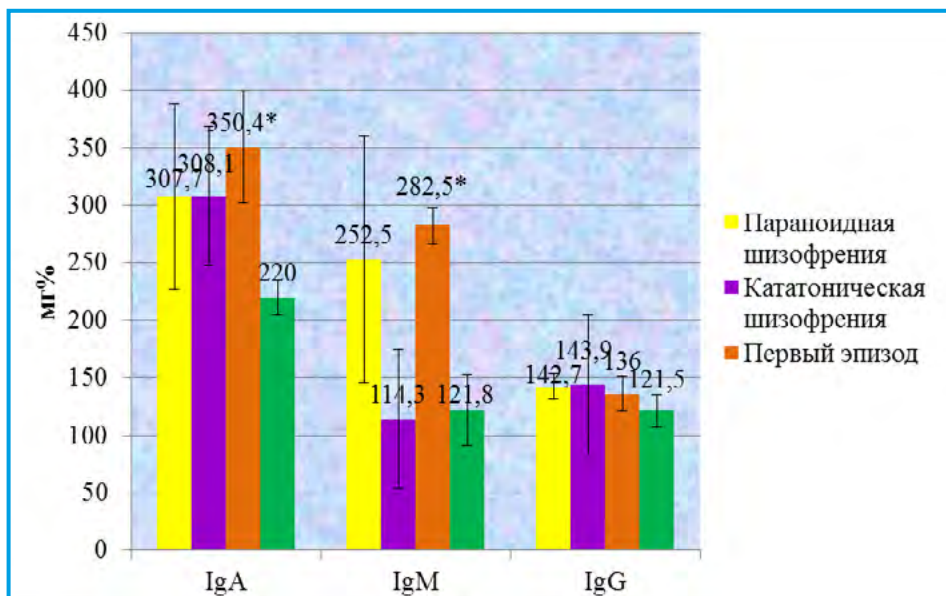


Рис. 7. Уровень цитокинов IL-8, IL-6, IFN γ у пациентов с шизофренией в зависимости от формы болезни и в норме. * – достоверные различия мс контролем, $p < 0,05$

По содержанию цитокинов – сходная картина. Мы видим, что при первом психотическом эпизоде выявляются наиболее высокие значения провоспалительных цитокинов.

Я еще хотела обратить ваше внимание на важность углубленного изучения показателей иммунитета. Не проще ли контролировать 2–3 показателя, и на их основе делать какие-то заключения? Оказалось, что нет. Мы проанализировали показатели клеточного иммунитета, уровень хелперов, цитотоксических лимфоцитов и естественных киллеров у людей, у которых продукция интерферона- γ (а это основной цитокин противовирусного и противоопухолевого ответа, который вырабатывается именно в этих клетках и относится к цитокинам Т-хелперов 1 типа), и оказалось, что уровень клеток-продуцентов достоверно не отличается у больных с повышенным и пониженным уровнями $IFN\gamma$ (Рис. 8). Это говорит о том, что только по числу клеток невозможно судить об их функции. Необходимо исследовать не только количество основных субпопуляций лимфоцитов, но и их активационные маркеры и функциональную активность. Как оказалось, у больных с низким уровнем интерферона выявлялась выраженная дисфункция систем цитотоксичности на фоне более высокого содержания кортизола и маркеров инфекций.

Уровень сывороточных нейротрофинов у разных больных отличается большой вариабельностью. Здесь представлен Оказалось, уровень нейротрофина-4 и фактора роста нервов β ассоциирован с содержанием провоспалительного интерлейкина-6. При нормальном содержании интерлейкина-6, как правило, мы находим нормальные уровни нейротрофинов. При повышенном сывороточном уровне интерлейкина-6 уровень как NT-4, так и фактора роста нервов β повышен.

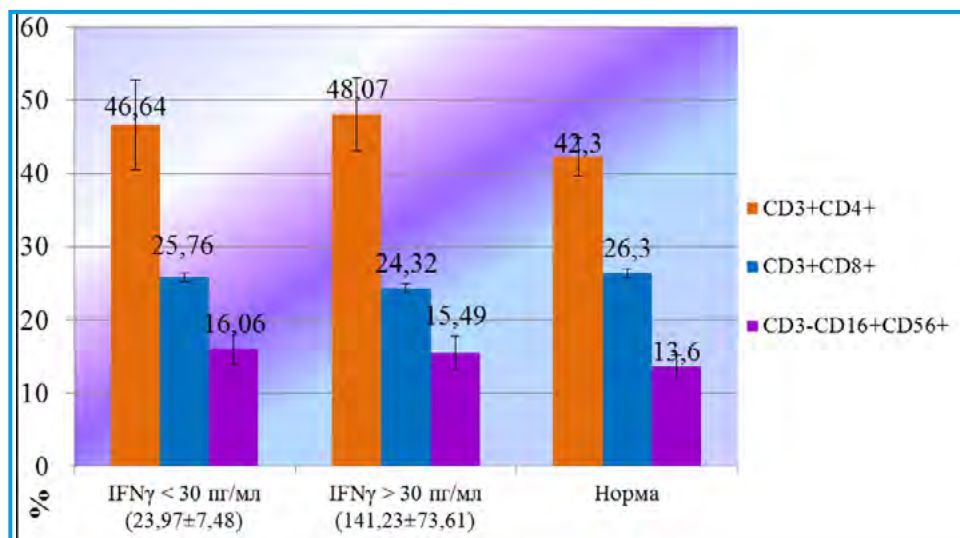


Рис. 8. Показатели клеточного иммунитета у пациентов с шизофренией в зависимости от уровня цитокина $IFN\gamma$ ($IFN\gamma < 30$ пг/мл; $IFN\gamma > 30$ пг/мл; норма: n = 40)

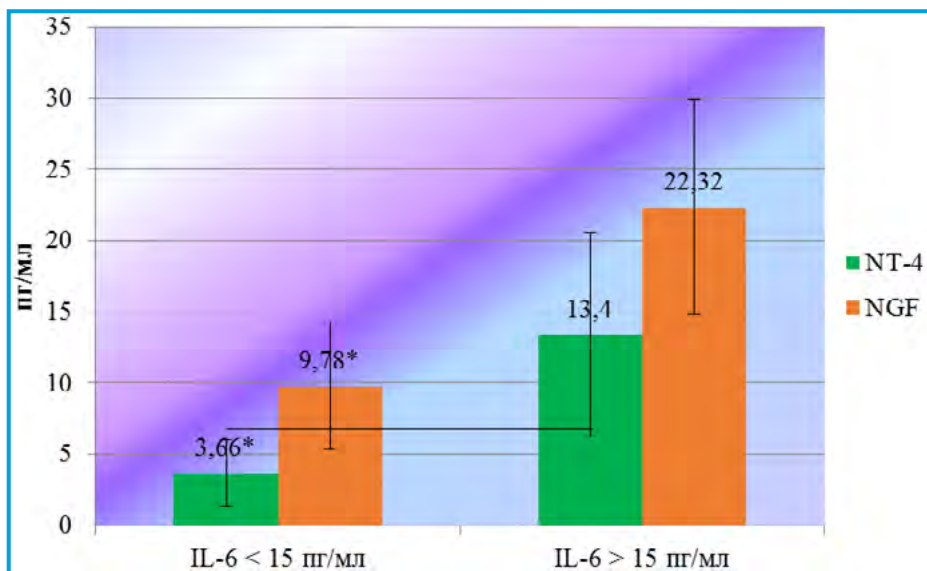


Рис. 9. Уровень нейротрофических факторов NT-4 и NGF при шизофрении в зависимости от уровня IL-6. * – достоверные различия между группами, $p < 0,05$

Полагают, что интерлейкин-6 играет большую роль в нейровоспалении, особенно при шизофрении, в активации микроглии, в инициации воспалительных путей и в нейродегенерации.

Хотела также представить вам небольшое клиническое наблюдение. Были исследованы показатели иммунитета у больной С., 1985 года рождения, с первым психотическим эпизодом с инициальным периодом – 17 лет. Результаты исследования выявили значительные отклонения иммунологических показателей от нормы.

Таблица 1

Клиническое наблюдение

Th CD3+ CD4+	CTL CD3CD8+	ИРИ	ТНК	ЕК	IgA	IgM	ЦИК	Кортизол
30% (норма – 42%)	35% (норма 26%)	0,86	10% (норма 7%)	20% (норма 13%)	300 мг% (норма 220)	400 мг% (Норма – 122)	164 Усл.ЕД (Норма 74)	800 пг/мл (норма 320)

Содержание хелперов было существенно снижено, – цитотоксических лимфоцитов и естественных киллеров (это система естественной антиген-зависимой цитотоксичности) повышено, также повышена продукция иммуноглобулина А. Такое выраженное увеличение содержания IgM бывает или при аутоагрессии или при острых инфекциях; в 2,5 раза увеличены циркулирующие иммунные комплексы (это комплекс антиген/ анти-

тело); и очень высокий уровень кортизола. Также у больного наблюдался лейкоцитоз и лимфоцитоз. При дальнейшем обследовании у этого пациента была выявлена ЦМВ-инфекция с достаточно высоким уровнем вирусной репликации. Поэтому изменения систем цитотоксичности обусловлены по-видимому, острой ЦМВ-инфекцией. Больному требуется помимо антипсихотической терапии, противовирусное лечение. Здесь можно ставить вопрос, была ли эта острая ЦМВ-инфекция триггером первого психотического эпизода? Или психотический эпизод является проявлением, маской герпетического поражения мозга? Надеюсь, что лечение и дальнейшее обследование пациента даст ответ на этот вопрос.

Хотела сказать несколько слов в заключение. По данным литературы, антипсихотические препараты оказывают противовоспалительный и иммуномодулирующий эффект. Однако, мы видим, что несмотря на проведенную терапию, и, в общем-то, уже полученные положительный эффект от лечения, у больных шизофренией сохраняются изменения иммунного статуса и признаки системного воспаления. С учетом гипотез патогенеза шизофрении, представлений о роли в нем иммунной системы мы предполагаем, что сохранение иммунных расстройств и системного воспаления играет важную роль в прогрессировании заболевания. Дальнейшие исследования в этом направлении, уточнение триггерных механизмов иммунной активации и факторов ее хронизации позволят найти новые подходы к профилактике и терапии заболевания.

Благодарю за внимание!

Имунофенотипы эндогенных психозов: связь с клинической симптоматикой



Зозуля С.А.¹, Ключник Т.П.

Добрый день, уважаемые коллеги! В продолжение предыдущего доклада разрешите представить вашему вниманию предварительные результаты иммунологического исследования, проведенного в рамках проекта «Молекулярные и нейрофизиологические маркеры эндогенных психозов человека». Работа проведена в лаборатории нейроиммунологии Научного центра психического здоровья, руководитель – профессор Ключник Т.П. Свое сообщение

мы назвали «Имунофенотипы эндогенных психозов: связь с клинической симптоматикой».

Наши представления базируются на фундаментальном принципе о нейроиммунных взаимосвязях: нервная и иммунная системы, взаимодействуя друг с другом, представляют собой единый механизм, поддерживающий гомеостаз – постоянство внутренней среды организма (Рис. 1). Изменение одного из компонентов этой системы неизбежно ведет к изменению состояния другого и в ряде случаев может приводить к развитию различных патологических реакций и заболеваний.



Рис. 1. Взаимодействие нервной и иммунной систем

1 Зозуля С.А. – к.б.н., в.н.с. лаборатории нейроиммунологии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья».

В нашей лаборатории нейроиммунологии мы в течение 20 лет занимаемся изучением иммунных механизмов эндогенных психических заболеваний и за это время проанализировали достаточно большое количество различных иммунологических показателей, взаимосвязанных с психическими функциями. Многие из них представлены на Рис. 2.

Показатели иммунной системы, взаимосвязанные с психическими функциями	
Секретируемые белки нейтрофилов: <ul style="list-style-type: none"> ○ Лейкоцитарная эластаза ○ Миелопероксидаза ○ Лактоферрин 	Молекулы адгезии нервных клеток: <ul style="list-style-type: none"> ○ CD56/NCAM-1
Цитокины: <ul style="list-style-type: none"> ○ Интерлейкины 1β, 2, 4, 6, 10 ○ Рецепторный антагонист интерлейкина-1β ○ Фактор некроза опухолей-α (TNF-α) 	Фактор повреждения сосудистого эндотелия: <ul style="list-style-type: none"> ○ Фактор Виллебранда (Wf)
Белки острой фазы воспаления: <ul style="list-style-type: none"> ○ С-реактивный белок ○ α1-протеиназный ингибитор 	Аутоантитела к нейроантигенам: <ul style="list-style-type: none"> ○ фактору роста нервов (ФРН) ○ астроцитарному белку S-100β ○ основному белку миелина (ОБМ) ○ глияльному фибриллярному кислому протеину (ГФКП)

Рис. 2. Показатели иммунной системы, взаимосвязанные с психическими функциями

Из этого спектра мы выбрали несколько параметров, которые, по нашему мнению, наиболее тесно связаны с особенностями клинического состояния пациентов с эндогенными психическими заболеваниями. Эти показатели находятся в сыворотке крови в достаточном для определения количестве, просты и дешевы в определении, что имеет немаловажное значение для работы с большими выборками и мониторинга состояния пациентов.

Что же это за показатели? В первую очередь, это активность лейкоцитарной эластазы — сериновой протеиназы нейтрофилов. Нейтрофилы, как известно, являются главными эффекторными клетками воспаления (врожденного иммунитета), а по активности лейкоцитарной эластазы мы можем судить о функциональной активности этих клеток. Другим показателем, характеризующим состояние врожденного иммунитета, является активность α 1-протеиназного ингибитора — острофазного белка, синтезирующегося гепатоцитами под влиянием ряда цитокинов, в частности, интерлейкина-6. α 1-ПИ регулирует активность лейкоцитарной эластазы и других протеаз и характеризует компенсаторный потенциал сыворотки

крови. В качестве показателей приобретенного иммунитета мы используем уровень аутоантител к двум нейроантигенам: белку S-100B – Ca²⁺-связывающему белку, выполняющему нейротрофическую функцию для серотонинергических нейронов, а также к основному белку миелина – структурному белку, входящему в состав миелиновых оболочек аксонов.

На основании выявленных нами корреляций между вышеуказанными иммунологическими показателями и различными клиническими характеристиками больных с эндогенными приступообразными заболеваниями, была создана медицинская технология, получившая название «Нейро-иммуно-тест» (Рис. 3).



Рис. 3. Медицинская технология «Нейро-иммуно-тест» (разработка ФГБНУ НЦПЗ)

Данная технология является универсальным инструментом, который используется клиницистами нашего центра, а также других медицинских учреждений Москвы и регионов для мониторинга состояния пациентов и оценки эффективности проведенной терапии. Уникальность этой технологии заключается в том, что она включает в себя комплексное определение показателей как врожденного, так и приобретенного иммунитета, тесно взаимосвязанных, как я уже сказала, с особенностями клинического состояния пациентов.

Итак, целью настоящего исследования в рамках проекта было выявление иммунологических маркеров, ассоциированных с определенными фенотипами шизофрении во взаимосвязи с клиническими характеристиками больных.

В работе методы использовались клинические, иммунологические и статистические методы исследования. Клинические методы включали в себя психопатологическое и патопсихологическое обследование пациентов. Психометрия была проведена с использованием шкалы PANSS, а также шкалы Буш-Франциса. Клинический материал был предоставлен врачом-психиатром ГБУЗ «ПКБ№ 1 ДЗМ» к.м.н. Захаровой Н.В. Иммунологические методы включали в себя кинетическое спектрофотометрическое определение активности лейкоцитарной эластазы и функциональной активности α 1-протеназного ингибитора в сыворотке крови. Определение уровня антител к белкам S100-B и ОБМ проводили с помощью твердофазного иммуоферментного анализа. Кроме того, в рамках этого проекта была возможность проанализировать уровень С-реактивного белка и нескольких цитокинов – IL-2, IL-6 и IL-10. Их определение проводилось с использованием коммерческих тест-систем.

Клинические группы	Синдром	МКБ-10	Возраст, годы
Шизофрения (n=130)	параноидный	F20.00	31,3 [25; 38]
	кататонический	F20.20	27 [22; 34]
Шизоаффективные расстройства (n=15)		F25.2	32 [26; 39]
Контроль (n=100)			30 [24; 36]

Средний возраст манифестации заболевания: 23 [20;29] лет
Средняя длительность заболевания: 3 [0;13] лет

Критерии невключения в исследование: наличие острых воспалительных, инфекционных и аутоиммунных заболеваний за 2-3 недели до обследования

Рис. 4. Клинические группы

На Рис. 4 представлена краткая клиническая характеристика исследованных групп. Было обследовано 130 пациентов с шизофренией (из них 65 человек с параноидным и 65 больных с кататоническим синдромом), а также дополнительно 15 больных с шизоаффективными расстройствами. В качестве контроля были обследованы 100 относительно здоровых людей со станции переливания крови. Средние показатели возраста обследуемых, возраста манифестации и длительности заболевания также представлены на Рис. 4. Все больные были обследованы в остром психотическом состоянии в момент поступления в клинику. Основным критерием невключе-

ния в исследование было наличие острых воспалительных, инфекционных аутоиммунных заболеваний за 2–3 недели до обследования.

На Рис. 5 вы можете ознакомиться с полученными нами предварительными результатами. В ходе проведенного исследования во всех обследованных группах пациентов были выявлены различные спектры иммунологических показателей.

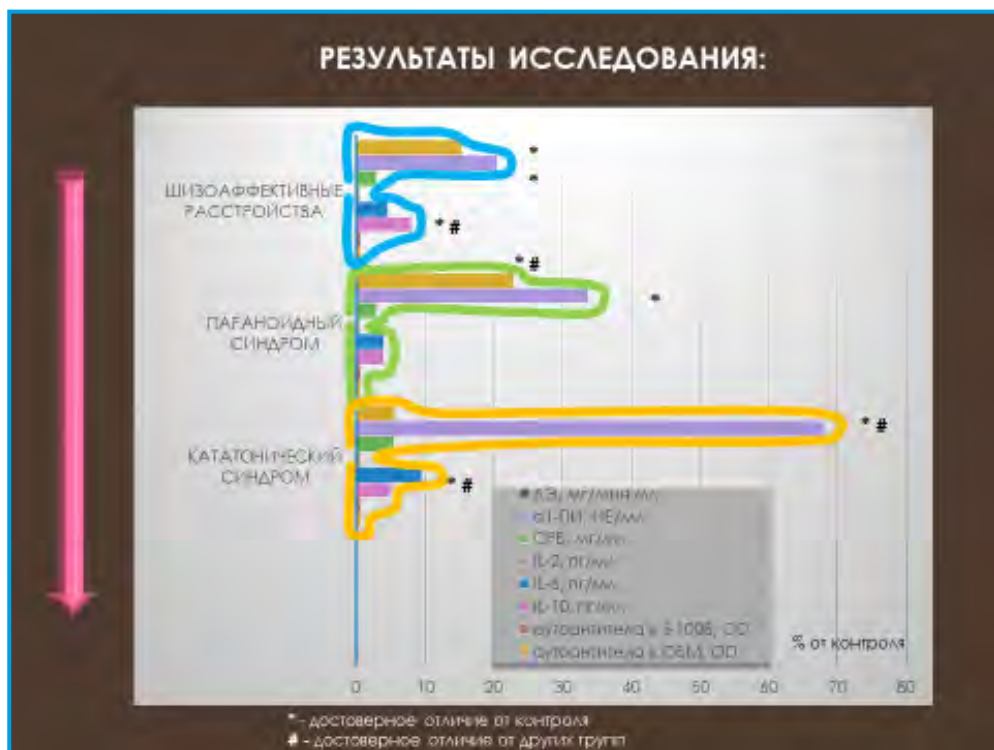


Рис. 5. Спектры иммунологических показателей (имунофенотипы) у пациентов с эндогенными психозами

Так, группа больных с шизоаффективными расстройствами характеризовалась умеренным повышением активности лейкоцитарной эластазы и α1-протеиназного ингибитора (выше 75-го перцентиля контрольной группы) по сравнению с контролем. Для этих больных также было характерно достоверное повышение уровня интерлейкина-10 по сравнению с другими группами. Что касается группы пациентов с параноидным синдромом, то здесь мы наблюдали выраженное повышение активности лейкоцитарной эластазы (выше 95-го перцентиля контрольной группы), а также умеренное повышение активности острофазного белка α1-протеиназного ингибитора. И, наконец, самые интересные результаты были получены на больных с кататоническим синдромом. В этой группе было выявлено выраженное повышение активности α1-протеиназного ингибитора на фоне нормальной активности лейкоцитарной эластазы. Активность лей-

коцитарной эластазы в этой группе пациентов не отличалась от контрольных значений, что может свидетельствовать о нарушении функциональной активности нейтрофилов у больных с кататоническим синдромом. В этой группе также наблюдалась тенденция к повышению активности другого острофазного белка – СРБ и достоверно значимое повышение уровня интерлейкина-6, что согласуется с результатами, полученными коллегами из Курчатовского института.

Исследование уровня аутоантител к нейроантигенам в обследованных группах пациентов не выявило каких-либо существенных отличий от контроля (Рис. 6). Однако, внутри каждой группы наблюдалось определенное количество пациентов с высоким уровнем антител. В результате анализа частоты встречаемости аутоиммунных сывороток в обследованных группах было показано, что наиболее высокий процент сывороток с аутоиммунным компонентом наблюдался у пациентов с кататоническим синдромом (70%). В этой группе также были выявлены наиболее высокие значения уровня аутоантител к нейроантигенам. У больных с параноидным синдромом шизофрении частота встречаемости аутоиммунных сывороток составила 57,8%, а у пациентов с шизоаффективными расстройствами – лишь 20%.



Рис. 6. Частота встречаемости аутоиммунных сывороток у пациентов с эндогенными психозами и в контроле

Таким образом, согласно предварительным результатам, полученным на сегодняшний день, выявлены различные спектры иммунологических

маркеров, или иммунофенотипы, в группах пациентов с шизоаффективными расстройствами, параноидным и кататоническим синдромом шизофрении. Уровень активации иммунной системы, включающий воспалительные и аутоиммунные маркеры, возрастает с утяжелением клинической симптоматики, то есть от шизоаффективных расстройств до шизофрении с преобладанием кататонической симптоматики.

В дальнейшем мы предполагаем подтвердить выявленные закономерности на более широкой выборке пациентов, исследовать изменение иммунологических маркеров в динамике заболевания и проанализировать их взаимосвязь с психометрией, а также изучить возможные корреляции наших показателей с другими биологическими параметрами, в первую очередь, с генетическими особенностями пациентов, а также с нейрофизиологическими, поведенческими и когнитивными паттернами. Благодарю за внимание!

Психофизиология когнитивных процессов в норме и у больных шизофренией¹



Ушаков В.Л.², Малахов Д.Г.², Орлов В.А.²,
Карташов С.И.², Коростелева А.Н.²,
Скитева Л.И.², Величковский Б.М.²,
Масленникова А.В.³, Архипов А.Ю.³,
Стрелец В.Б.³, Дорохов В.Б.³, Вартанов А.В.⁴,
Захарова Н.В.^{4,6}, Резник А.М.⁷, Морозова А.Ю.^{4,8},
Назарова М.А.⁹, Благовещенский Е.Д.⁹, Арсалиду Мари⁹,
Шараев М.Г.⁹, Холодный Ю.И.¹¹, Костюк Г.П.⁴

Целью данного междисциплинарного фундаментального исследования является изучение архитектур работы нейросетей головного мозга в норме и при заболевании шизофренией, выявление ключевых зон мозга, принимающих участие в патогенезе заболевания. План работ предполагал с помощью метода магнитно-резонансной томографии (3 Тл МР томограф (Siemens, Magnetom Verio)) получить структурные данные для морфологического анализа особенностей строения головного мозга в норме и при заболевании шизофренией и соотнести эти изменения с особенностями функциональной нейросетевой активности при восприятии эмоциональных стимулов. В исследовании принимали участие пациенты с диагнозом шизофрения F20.0 (галлюцинаторно-параноидальная форма). Отбор

1 Работа выполнена при частичной поддержке гранта ОФим № 17-29-02518.

2 Ушаков В.Л. – Москва, НИЦ «Курчатовский институт», в.н.с.

3 Москва, ИВНДиНФ РАН.

4 Москва, ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ».

5 Московский государственный университет.

6 Москва, РНИМУ им. Н.И. Пирогова.

7 Москва, Институт медико-социальных технологий ФГБОУ ВПО «Московский государственный университет пищевых производств».

8 Москва, ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России.

9 Москва, ВШЭ.

10 Москва, Сколтех.

11 Москва, МВТУ им. Н.Э. Баумана.

пациентов осуществлялся в ГБУЗ ДЗМ ПКБ № 1 им. Алексеева. Критерии исключения из эксперимента были: черепно-мозговая травма, алкоголизм, эпилепсия и другими болезни мозга, тяжелые соматические заболевания, возраст больных до 18 лет и старше 40 лет. В контрольную группу для больных с шизофренией вошли добровольцы без когнитивных и аффективных расстройств, сопоставимые с пациентами по полу и возрасту. Разрешение на проведение экспериментов было получено в этическом комитете НИЦ «Курчатовский институт». В исследовании приняли участие 20 человек здоровых испытуемых и 24 человека больных шизофренией. Пациенты находились на разных стадиях протекания заболевания: в острой фазе, в стадии выхода из острой фазы и в стадии ремиссии. Подбор эмоциональных стимулов для эксперимента осуществлялся согласно анамнезу больного, они были индивидуальны и специфично связаны с заболеванием. Еще Бехтерев В.М. говорил: «Если Вы хотите посмотреть нейросети, которые поломаны у больного, Вам нужно предъявлять адекватный стимул, который связан с этой поломкой». Поэтому если мотив галлюцинозительно-бредового состояния по анамнезу был связан с религиозной тематикой, предъявлялись религиозные стимулы, если он был связан с наукой, например, изучение фракталов, то были выбраны стимулы из нелинейной математики. Выбранные стимулы в виде картинок или слов оценивались самими испытуемыми, которые их ассоциативно описывали и сравнивали друг с другом по эмоциональной шкале в ходе предварительного психологического тестирования. По ответам испытуемого методом многомерного шкалирования строилось его когнитивно-психологическое пространство, где все выбранные стимулы (эмоционально-специфичные и нейтральные) можно было отнести к той или иной группе. Выбранные специфичные для конкретного больного стимулы в визуальной или аудио стимуляции предъявлялись больному шизофренией в фМРТ экспериментах. Для каждого больного был свой контроль, которому показывались те же самые стимулы. Для контроля предъявления визуальных стимулов в МРТ экспериментах использовался МР-совместимый айтрекер, а для получения информации об объективности эмоционального воздействия стимулов был использован метод МР-совместимой полиграфии. Метод МР-совместимой полиграфии крайне важен, потому что когда строится психологическое эмоциональное пространство на ответах испытуемых, необходимо понимание, насколько вообще используемые стимулы были эмоциональны. Ответ на этот вопрос можно получить только с помощью объективных оценок физиологических реакций испытуемых на предъявляемые эмоциональные стимулы. Для этой цели был создан МР-совместимый полиграф с регистрацией кожно-гальванической реакции, дыхания и фотоплетизмограммы, т.е. характеристик физиологических реакций, которые отражают эмоциональное напряжение.

Результаты проведенных фМРТ-экспериментов показали, что при контрастном групповом сравнении восприятия эмоциональных стимулов по отношению к нейтральным для группы здоровых испытуемых наблюда-

ется тенденция большего числа отклика нейросетей головного мозга, чем у больных. Это предполагает на следующем этапе работы исследование разницы в функциональной связности районов головного мозга между собой при восприятии эмоциональных и нейтральных стимулов для больных и здоровых, переход к анализу индивидуальных карт активностей головного мозга, осуществление их корреляции с морфометрическими показателями структуры головного мозга и с иммунологическими показателями (индивидуальный отбор крови для анализа осуществлялся в день проведения эксперимента). Уже на данном этапе имеется тенденция к таким корреляциям. Например, полученные результаты группового анализа активностей головного мозга у здоровых испытуемых по отношению к больным при восприятии эмоциональных зрительных стимулов относительно покоя показали активацию в лимбической системе *Amygdala_L*, в парагиппокампальной области *ParaHippocampal_R*, что коррелируют с литературными данными морфологических изменений у больных в миндалине и парагиппокампальной извилине, свидетельствующих о нарушении эмоциональной регуляции у больных и возникновении слуховых галлюцинаций. У здоровых испытуемых также наблюдается активность в фронтальных районах — в латеральной орбитофронтальной коре *OFClat_L*, являющегося центром принятия решения и эмоциональной оценки и тесно связанного с лимбической системой, и в области когнитивного контроля и самосознания в верхней лобной извилине *Frontal_Sup_2_L*. По ряду исследований область *OFC* имеет важное значение в регулировании и протекании заболевания шизофренией. Интересно отметить, что у здоровых испытуемых дополнительно активировались участки моторных функций — вторичная моторная область *Supp_Motor_Area_L*, прецентральный район *Precentral_R*, область правого мозжечка *Cerebellum_6_R*, что требует дальнейшего рассмотрения. У больных шизофренией при этом наблюдалось увеличение активации в нижневисочных отделах левого полушария *Temporal_Inf_L*, принимающих участие в категоризации зрительной информации.

На основе полученных фМРТ данных на следующем этапе работы предполагается с помощью метода динамического каузального моделирования и метода трансфер энтропии построить архитектуру эффективных коннектов восприятия эмоциональных стимулов в норме и при патологии.

Сетевой анализ клинических и нейрокогнитивных показателей у больных шизофренией



Карякина М.В.¹, Сухачевский И.С.²,
Спектор В.А.³

В настоящее время методы сетевого анализа начинают активно использоваться в психиатрии. Сетевой анализ позволяет создать модель взаимодействия различных симптомов, поскольку в данном подходе анализируются не отдельные разрозненные единицы, как это обычно происходит при использовании других методов, а пара и более переменных.

В сетевой модели клинические синдромы предстают как сеть, в «узлах» которой находятся взаимодействующие между собой симптомы разной степени выраженности. А связи между этими «узлами» в модели отражают характер и силу этого взаимодействия. Таким образом, формируются определенные группы, внутри которой активация одного из симптомов ведет к активации и всех остальных, связанных с ним.

Симптомы, относящиеся к одному расстройству, связаны обычно более сильными связями. В то же время отдельные группы симптомов могут иметь общие симптомы с другими группами, через которые будет происходить влияние этих групп друг на друга. На Рис. 1 схематично визуализированы две группы симптомов, которые имеют один общий симптом.

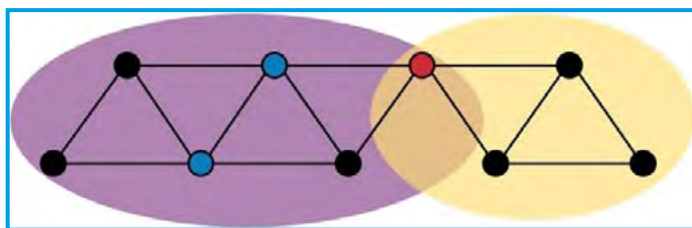


Рис. 1. Две подсети, объединенные одним общим узлом Blanken et al., 2018

На другом уровне анализа в качестве узлов сети могут использоваться не отдельные симптомы, а группы симптомов, а связи между «узлами» отра-

1 Карякина М.В. – младший научный сотрудник Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ НМИЦ ПН им. В.П. Сербского.

2 Сухачевский И.С. – аспирант ФГБУ НМИЦ ПН им. В.П. Сербского.

3 Спектор В.А. – младший научный сотрудник Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ НМИЦ ПН им. В.П. Сербского.

жают количество общих симптомов между группами. Соответственно чем больше связаны между собой различные группы сети, тем сильнее связь. Результаты такого анализа представлены на Рис. 2. Они были получены при заполнении опросника психопатологической симптоматики SCL-90 здоровыми испытуемыми.

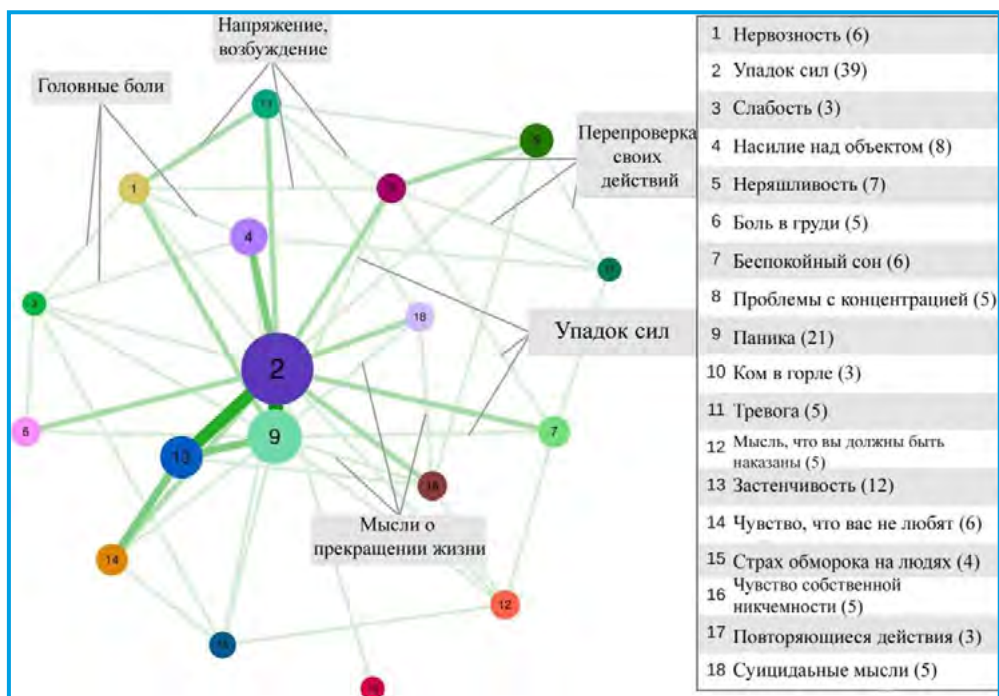


Рис. 2. Модель взаимосвязи психопатологических симптомов в выборке здоровых испытуемых Blanken et al., 2018

Сетевая модель позволяет создать обоснованные методы лечения, направленные на изменение структуры сети: возможно целенаправленное влияние на наиболее значимый симптом, изменения которого повлекут за собой и изменения других симптомов. В другом случае мишенью воздействия может стать связь между этими симптомами.

Для создания сетевой модели нарушений при шизофрении группой исследователей Московского НИИ Психиатрии – филиала ФГБУ НМИЦ ПН им. Сербского совместно с МГУ им. Ломоносова проводится комплексное исследование, включающее оценку клинической симптоматики, нарушения глазодвигательной функции, анализ письменной речи и нейрокогнитивные нарушения. Полный список показателей представлен в Табл. 1.

Результаты исследования глазодвигательных и лингвистических нарушений представлены в других статьях (см Латанов и соавт., Сидорова в этом сборнике). Для оценки когнитивных показателей была обследована группа из 55 пациентов с шизофренией, которые проходили лечение как в кругло-

суточном, так и в дневном стационарах на базах Психиатрической больницы № 1 им. Алексеева и Московского НИИ Психиатрии. Перед проведением процедур каждый потенциальный участник подписал добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Форма информированного согласия утверждена этическим комитетом при ФГБУ НМИЦ ПН им. Сербского. Средний возраст пациентов составил 29,5 ($\pm 8,3$), средний балл по шкале PANSS 100,6 ($\pm 25,9$), 26 из них были мужчинами (47%).

Табл. 1

Исследуемые показатели у больных шизофренией

Группы показателей	Показатели	Инструмент для оценки
Психопатологическая симптоматика	продуктивная симптоматика, негативная симптоматика, общая психопатологическая симптоматика	PANSS, CDSS, YMRS
Нейрокогнитивные нарушения	Слухоречевая и рабочая память, моторные навыки, речевая беглость, внимание, исполнительные функции	BACS
Нарушения глазодвигательных функций	Парадигмы: саккады, антисаккады, go/no go, stem	Оригинальная методика
Нарушения, выявляемые в письменной речи	Лексическое разнообразие и лексическая сложность текста, количественная бедность речи, использование служебных частей речи	Оригинальная методика

Был проведен кластерный анализ нейрокогнитивных нарушений, по результатам которого пациенты были разделены на четыре группы. Характеристики этих групп представлены в Табл. 2.

Табл. 2

Характеристики групп пациентов, получившихся в результате кластерного анализа

	Всего	Средний возраст	Общий балл по PANSS
Кластер 1	14 (26%)	29,07 ($\pm 7,5$)	93,58 ($\pm 18,5$)
Кластер 2	22 (40%)	26,55 ($\pm 7,2$)	103,28 ($\pm 20,7$)
Кластер 3	15 (27%)	31,6 ($\pm 7,6$)	107,54 (± 28)
Кластер 4	4 (7%)	38,75 ($\pm 13,1$)	105,67 ($\pm 44,4$)

Статистически значимых различий по возрасту между кластерами не выявлено, за исключением второй группы. Эта группа оказалась значимо моложе, чем пациенты третьей и четвертой групп. По клинической симптоматике статистически значимых различий между группами не выявлено.

На Рис. 3 представлены результаты, показанные пациентами по когнитивным тестам. Горизонтальная линия на уровне $-0,2$ стандартных отклонений от среднего в популяции обозначает границу нормы по общепринятым данным (Cohen, 1988). Все значения, которые лежат выше этой границы, находятся в пределах нормы. VM – результаты теста на вербальную память, DS – результаты теста Последовательность чисел, на рабочую память, TMT – результаты теста на мелкую моторику, VF – результаты теста на вербальную беглость, Cod – результаты теста Кодирование на внимание и скорость обработки информации, ToL – результаты теста Башня Лондона на исполнительную функцию.

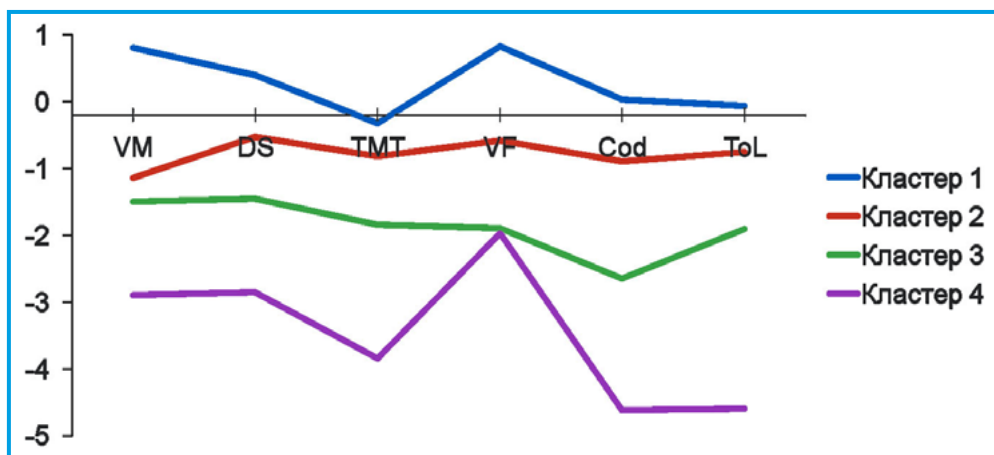


Рис. 3. Когнитивный профиль пациентов с шизофренией по кластерам

Пациенты первого кластера справились почти со всеми тестами в пределах нормы, только один тест на мелкую моторику они выполнили хуже, чем норма. В других группах видно, что нейрокогнитивные нарушения неравномерны. Например, в первой группе хуже всего пациенты справились с тестом на мелкую моторику, во второй группе – с тестом на слухоречевую память, в третьем кластере – с тестом на кодирование, в четвертом – также на кодирование. Полученные результаты могут свидетельствовать о гетерогенности нарушений в обследуемой группе и необходимости более дифференцированного подхода к изучению этих нарушений.

Были также соотнесены нейрокогнитивные и клинические показатели. Анализ корреляций показал, что, в соответствии с данными литературы, между нейрокогнитивными нарушениями и клинической симптоматикой отсутствуют сильные связи. Только две негативные корреляции между вербальной беглостью и пунктом ПАНСС – Уплощение аффекта и субшкалой негативной симптоматики, достигают значения $-0,5$.

На следующем этапе была проведена пошаговая регрессия, результаты которой представлены в Табл. 3–6. Две когнитивные функции – моторные навыки и внимание не представлены в таблицах, поскольку не име-

ют статистически значимых корреляций с клинической симптоматикой. В остальных случаях можно видеть, что различные психопатологические симптомы вносят разный вклад в нарушение разных когнийций.

Табл. 3

Связь ухудшения слухоречевой памяти с клинической симптоматикой

Факторы	R	B
G6 (депрессия)	0,344*	B1 = 0,344*
G6+P3 (галлюцинаторное повеление)	0,426*	B1 = 0,273 B2 = -0,261
G6+P3+N5 (трудности в абстрактном мышлении)	0,474*	B1 = 0,247 B2 = -0,209 B3 = -0,216
G6+P3+N5+P2 (концептуальная дезорганизация)	0,490*	B1 = 0,283 B2 = -0,273 B3 = -0,290 B4 = 0,177

B1, B2, B3, B4 – частные коэффициент регрессии (индексы соответствуют номеру фактора).

* $p < 0,05$

Табл. 4

Связь ухудшения рабочей памяти с клинической симптоматикой

Факторы	R	B
P5 (мания величия)	0,413**	B1 = -0,413**
P5+G2 (тревога)	0,485**	B1 = -0,378** B2 = 0,256
P5+G2+N7 (стереотипность мышления)	0,549**	B1 = -0,303* B2 = 0,322* B3 = -0,274*
P5+G2+N7+ G6 (депрессия)	0,579**	B1 = -0,208 B2 = 0,259 B3 = -0,289* B4 = 0,150

B1, B2, B3, B4 – частные коэффициент регрессии (индексы соответствуют номеру фактора).

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

В нарушение слухоречевой памяти наиболее значимый вклад вносят такие психопатологические симптомы как депрессия, галлюцинаторное поведение, трудности в абстрактном мышлении, концептуальная дезорганизация. Можно видеть, что коэффициенты для каждого из факторов примерно одинаковы по абсолютной величине, что говорит о примерно

равном вкладе этих факторов в нарушение когнитивной функции, но имеют разную направленность. Например, вклад факторов в галлюцинаторное поведение и трудности в абстрактном мышлении имеют негативные коэффициенты, тогда как вклад депрессии и концептуальной дезорганизации имеют позитивные коэффициенты.

На рабочую память влияют такие факторы, как мания величия, тревога, стереотипность мышления, и также депрессия. При этом здесь вклад каждого отдельного фактора также примерно равнозначный.

Табл. 5

Связь ухудшения вербальной беглости с клинической симптоматикой

Факторы	R	B
N5 (трудности в абстрактном мышлении)	0,457**	B1 = -0,457**
N5+G6 (депрессия)	0,552***	B1 = -0,398** B2 = 0,316*
N5+G6+N1 (уплощение аффекта)	0,614***	B1 = -0,130 B2 = 0,408** B3 = -0,379*
N5+G6+N1+G2 (тревога)	0,636***	B1 = -0,150 B2 = 0,338* B3 = -0,374* B4 = 0,179

B1, B2, B3, B4 – частные коэффициенты регрессии (индексы соответствуют номеру фактора).

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

На снижение вербальной беглости значительно влияют трудности в абстрактном мышлении, депрессия, уплощение аффекта и тревога. При этом наиболее значимый вклад вносят депрессия и уплощение аффекта, несмотря на то, что полученной модели они являются вторым и третьим факторами соответственно. Если рассматривать только наличие депрессии, и не учитывать при этом трудности в абстрактном мышлении, то они не дают такого значимого эффекта, как представленный в данной модели.

Табл. 6

Связь ухудшения исполнительной функции с клинической симптоматикой

Факторы	R	B
P6 (подозрительность)	0,514***	B1 = -0,514***
P6+N5 (трудности в абстрактном мышлении)	0,551***	B1 = -0,471** B2 = -0,203

Окончание табл. 6.

Факторы	R	B
P6+N5+G8 (некооперативность)	0,567***	B1 = -0,440** B2 = -0,153 B3 = -0,149
P6+N5+G8+G12 (снижение рассудительности и осознания болезни)	0,606**	B1 = -0,450** B2 = -0,167 B3 = -0,269 B4 = 0,092
P6+N5+G8+G12+G13 (волевые нарушения)	0,621**	B1 = -0,420** B2 = -0,112 B3 = -0,203 B4 = 0,125 B5 = -0,192
P6+N5+G8+G12+G13+N6 (недостаток спонтанности и плавности беседы)	0,650**	B1 = -0,511** B2 = -0,263 B3 = -0,188 B4 = 0,196 B5 = -0,317 B6 = 0,302

B1, B2, B3, B4, B5, B6 – частные коэффициенты регрессии (индексы соответствуют номеру фактора).

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

На нарушение исполнительной функции при выполнении теста Башня Лондона влияют такие симптомы как подозрительность, трудности в абстрактном мышлении, некооперативность, снижение рассудительности и осознания болезни, волевые нарушения и недостаток спонтанности и плавности беседы. При этом на всех этапах анализа наиболее существенный вклад вносит подозрительность, тогда как остальные факторы в этом анализе имеют менее значимый вес.

Таковы краткие результаты анализа нейрокогнитивных нарушений. В дальнейшем направлении работы планируется объединить все имеющиеся результаты, и построить сетевую модель клинических, нейрофизиологических и лингвистических нарушений, которая позволила бы выйти за рамки определенного уровня описания заболевания (биологического, психологического, социального) и дала бы основу для интеграции всех накопленных данных.

Сопоставительный анализ описаний изображений



Петровичева М.А.¹, Шматко А.С.²

Добрый вечер, уважаемые коллеги. Позвольте предложить вашему вниманию доклад на тему «Сопоставительный анализ описаний изображений в группах здоровых испытуемых и больных шизофренией». В докладе освещается оригинальная методика изучения речи больных шизофренией и полученные с её помощью на данный момент результаты.

Методика создавалась для решения одной из важнейших проблем при исследовании языкового статуса больных любым психическим заболеванием, изучения знаменательной лексики в условиях ограниченности корпуса текстов и необходимости обеспечить сопоставимость текстов в случае, если проводится сравнение с речевой продукцией психически здоровых людей.

Несмотря на перспективность исследований лексического состава речи больных шизофренией и групп риска, количество таких исследований весьма невелико.

В некоторых из указанных на слайде работ (Рис. 1) проводится сопоставление с контрольной группой психически здоровых респондентов (Cohen et al 2009), (Abplanalp et al. 2017), в других (Minor et al. 2015) изучается корреляция между лексическим составом речи больных с различными симптомами шизофрении без сопоставления с речью здоровых информантов. Во втором случае для получения речевых образцов возможно использование стандартных психиатрических интервью. В частности, в исследованиях Minor и коллег было использовано Indiana Psychiatric Illness Interview, позволившее получить образцы устной речи длиной от 30 до 60 минут (речь интервьюеров, соответственно, была удалена).

Очевидно, что если ставится задача сопоставления с речью контрольной группы, такая методика уже не годится. Не подходят для сопоставительного анализа и автобиографические рассказы, поскольку их содержание обуславливает специфику выбора знаменательной лексики.

Стоит подчеркнуть, что подавляющее большинство исследований такого рода выполнено после 2015 года и основано именно на материале английского языка. Поскольку значительная часть предварительной работы уже проделана, в руках психологов имеется Linguistic Inquiry and Word Count (Рис. 2), хорошо валидированный компьютерный инструмент лек-

1 *Петровичева М.А.* – студентка Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова.

2 *Шматко А.С.* – студент Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова.

сического анализа. Для русского языка подобного инструмента не существует, что значительно затрудняет исследование.

- а) применение базовых лексических метрик: скорость речи (количество слов в минуту), лексическое богатство (количество разнообразных слов);
- б) изучение функционирования отдельных разрядов слов – местоимений (Rochester & Martin, 1979) (Hoffman et al., 1985) (Buck, Penn 2015); слов, называющих эмоции (Cohen et al 2009) (Minor et al. 2015) (Abplanalp et al. 2017), социальные отношения а также абстрактной лексики (Graesser et al., 2004) (Tausczik & Pennebaker, 2007) (Buck et al., 2015) и некоторых других.

Рис. 1. Исследования лексического состава речи больных и группы риска

LIWC Results
Details of Writer: 50 year old Male
Date/Time: 23 October 2018, 4:33 pm

LIWC Dimension	Your Data	Personal Texts	Formal Texts
Self-references (I, me, my)	2.60	11.4	4.2
Social words	3.99	9.5	8.0
Positive emotions	1.56	2.7	2.6
Negative emotions	1.39	2.6	1.6
Overall cognitive words	4.34	7.8	5.4
Articles (a, an, the)	7.64	5.0	7.2
Big words (> 6 letters)	30.56	13.1	19.6

The text you submitted was 576 words in length.

Рис. 2. Linguistic Inquiry and Word Count

С другой стороны, наличие LIWC, содержащего 6400 слов, разделенных на более чем 90 классов, и предназначенного, прежде всего, для изучения отрицательных и положительных эмоций и оценки, априорно задаёт направление поиска, соблазняя исследователей работать только в тех категориях, которые использует этот инструмент, избегая каких-то других категорий.

Перед нами стояла задача создания методики сопоставления знаменательной лексики в условиях ограниченного корпуса текстов, полученных в эксперименте по описанию изображений. В настоящий момент проанализированы данные 94 испытуемых. Из них 56 больных шизофренией с обострением заболевания и 38 лиц без психических расстройств, входящих в контрольную группу.

Группа больных и группа здоровых сбалансированы по полу и возрасту. В качестве материала был использован набор из 20 изображений сельскохозяйственных животных, это 18 цветных фотографий и 2 цветных рисунка (Рис. 3).



Рис. 3. Образцы картинок тестового набора

Каждому участнику исследования на экране компьютера в прямом и обратном порядке последовательно предъявлялись картинки тестового набора. Испытуемому давалось 30 секунд на рассматривание изображения и 20 секунд на его описание. Общее время эксперимента составило, таким образом, 17 минут. От каждого респондента был получен набор из 20 описаний.

На основе полученных текстов были составлены словники на каждого из участников эксперимента, словник на каждое описание, словник общей группы здоровых респондентов и словник группы больных респондентов (Рис. 4).

Группа больных	Группа здоровых
<ul style="list-style-type: none"> • Добрый бородатый пастух • На лугу. Пастух с бородой. Пасутся коровы. • Дед пастух летом в зимнем любит свое дело • мужчина, улыбаясь, смотрит в камеру. За ним пасутся коровы. 	<ul style="list-style-type: none"> • Пастух фотографируется на фоне своего стада • Бородатый мужчина в шапке и с хлыстом на заднем фоне коровы • Портрет мужчины-пастуха на фоне коров пасущихся на лесной опушке

Рис. 4. Примеры описаний

Основной мерой в начале сопоставления словарей групп стало количество респондентов, использовавших данное слово. На данном слайде (Рис. 5)

представлены слова служебные и знаменательные. Ось X в данном случае соответствует суммарной встречаемости слов у здоровых и больных респондентов. Ось Y соотносится со встречаемостью слова у больных минус встречаемость слова у здоровых. Каждая синяя или красная плашка — это слово с указанием частотности в группах здоровых и больных. Синий цвет означает преобладание слова у группы больных, красный — у группы здоровых.

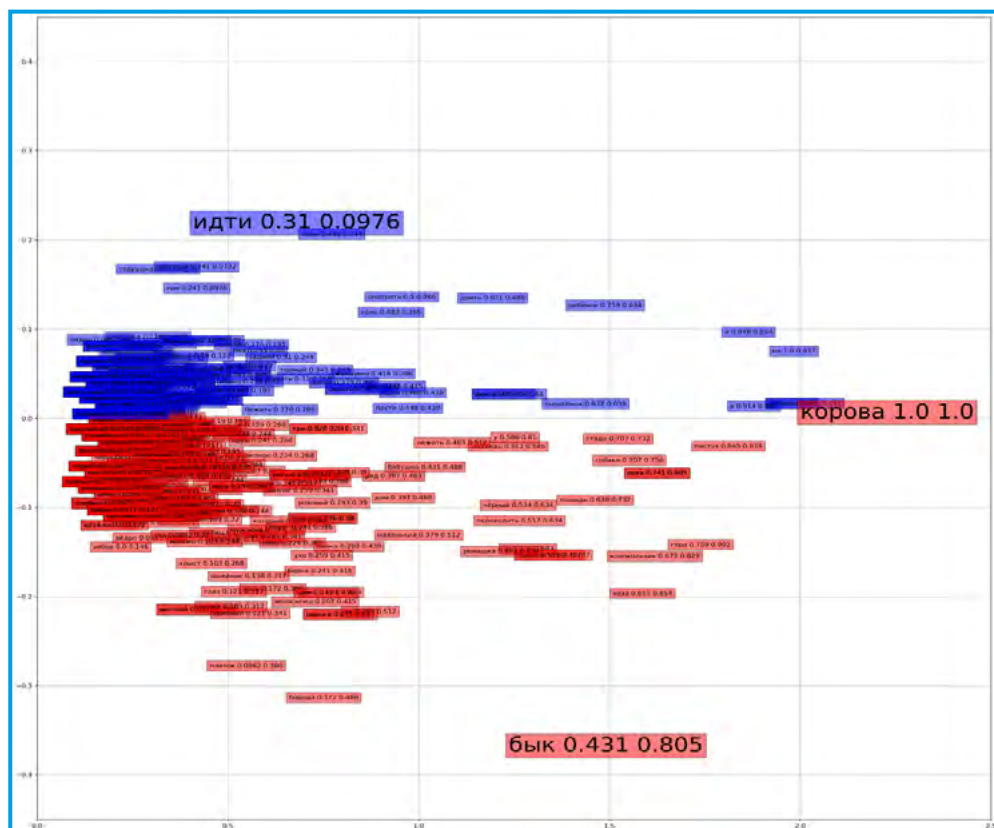


Рис. 5. Различия в частотности слов

Естественно, что слово «корова», выделенное красным, находится на правом конце оси X, в зоне минимальных различий по оси Y. Слово «бык» использовали 80% здоровых респондентов и только 40% больных, оно расположилось в красной зоне, соответственно, на максимальном удалении от синей. А слово «идти», выделенное синим, использовали 27% больных и 9% здоровых. Оно находится в синей зоне, на максимальном удалении от красной, при этом левее по оси X, чем более популярное, частотное в целом слово «бык». Однако кросс-валидация результатов (Рис. 6) при случайном разбиении группы больных и группы здоровых на два множества показала, что аналогичные различия обнаруживаются и в пределах самих групп. Основной причиной этого является, видимо, недостаточный объём корпуса.

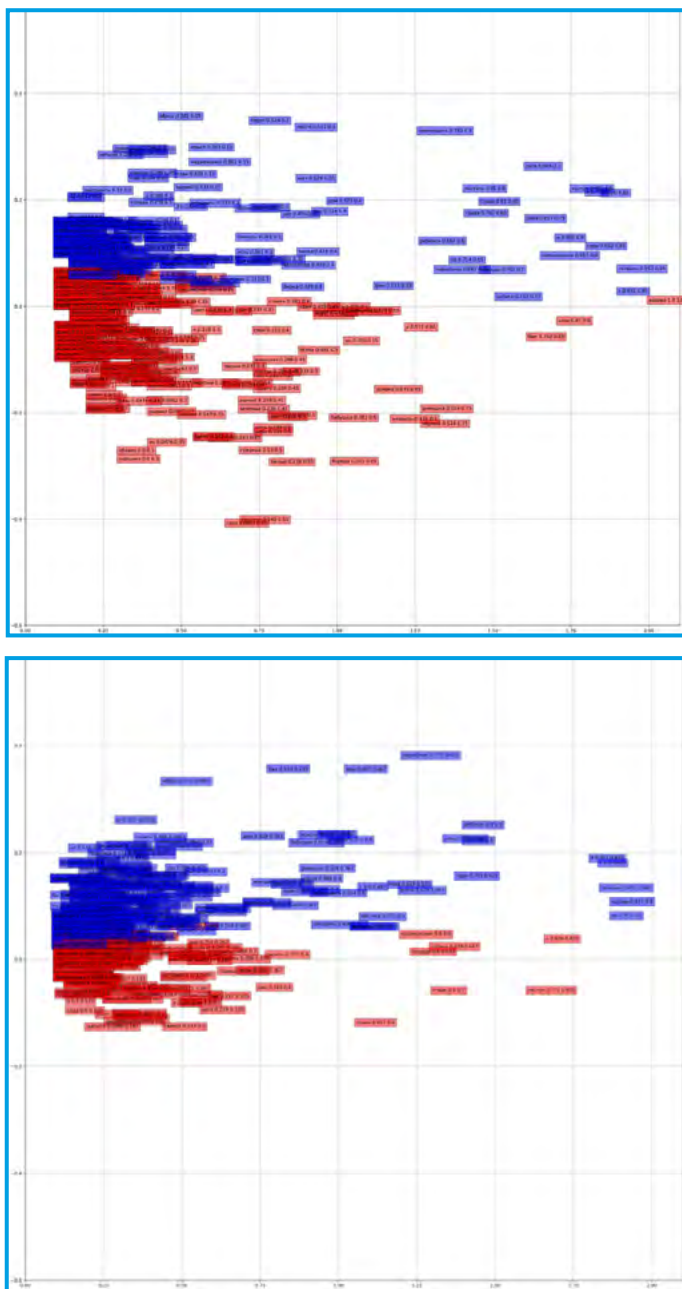


Рис. 6. Результаты кросс-валидации

По данным предшествующих исследований, в результате паспортизации изображений и анализа ранее полученных описаний, проводимых четырьмя независимыми экспертами, были выделены 25 параметров, или компонентов, присутствующих в описаниях подобных изображений (Рис. 7, 8–12).



Рис. 7. Принцип группировки слов, отражающий тактику описания

Можно было попробовать поработать с семантическими группами, как в процитированных выше исследованиях, но нам хотелось, чтобы изучаемые группировки слов отражали не только конкретное содержание стимульных изображений (люди, животные, природные объекты и прочее). Понятно, что если на изображениях нет предметов домашнего обихода, то семантическая группа «Предметы домашнего обихода» не будет представлена. Если на изображениях будет больше животных, чем людей, то, соответственно, и группа «Животные» будет более частотной. Нам хотелось, чтобы изучаемые группы слов отражали коммуникативные тактики людей при описании изображений подобного рода, то есть соответствовали типовым компонентам этих описаний.

параметр	пример
цвет	Три коровы и чёрный медведь пасутся на лугу.
размер	Корова с телёнком возмущены появлением на поляне маленького черного медвежонка.
часть-целое	Телёнок, большая корова с открытым ртом , на переднем плане маленький медведь.
экспрессивно окрашенная лексика	Сухая трава, медвежонок в центре внимания у коровушек .
субъектно-объектные отношения	Три коровы на лугу смотрят на медведя .

Рис. 8. Описания картинок в соответствии с параметрами изображений

параметр	пример
фон	Три коровы и чёрный медведь пасутся на лугу .
количество	Два телёнка обратили внимание на медвежонка.
тип изображения	Фото молодого медведя с коровами на лугу.
перспектива	На первом плане медвежонок, позади него три коровы.
гиперо-гипонимические отношения	Здесь животные разного вида.

Рис. 9. Описания картинок в соответствии с параметрами изображений

параметр	пример
возраст	Фото молодого медведя с коровами на лугу.
эмоциональное состояние	Корова с телёнком возмущены появлением на поляне маленького черного медвежонка.
перечисление	медведь, корова, бирка, колосья, трава, коричневый
динамика	3 коровы с бирочками увидели медвежонка, мычат, убегают . Луг.
прямая речь	«Я всего лишь ягоды искал, а вы прогоняете!»

Рис. 10. Описания картинок в соответствии с параметрами изображений

параметр	пример
компрессия	Медведь, поле, коровы.
деталь	3 коровы из стада, с бирками в ухе и небольшой медведь в поле.
неопределённость	Небольшой медведь рядом со стадом коров. Одна из коров, кажется , удивлена его появлением.
пропуск фигуры	Неопытный медведь решил поохотиться.
ошибка номинации	Стадо коров пасёт собачка .

Рис. 11. Описания картинок в соответствии с параметрами изображений

параметр	пример
родственные отношения	Чужой среди коров. Прогоняет его мать от своего детёныша .
эстетическая оценка	Красивая большая корова мычит на медведя.
реляционные отношения	Медведь бредёт рядом с коровами.
оценка фото	Нечёткое изображение коров, смотрящих на медведя.
время	Осень , луг, медвежонок, корова, телёнок, корова испугана.

Рис. 12. Описания картинок в соответствии с параметрами изображений

Некоторые из тех параметров, которые я уже представила на пяти слайдах, являются лексическими, некоторые — грамматическими. Часть лексических параметров совпадает с существующими в языке семантическими группами. Например, слова «белый», «желтый», «чёрный» и в нашем материале, и в языке в целом обозначают цвета. Другие по определению не могут с ними совпадать, например, «часть — целое» или «фон». Допустим, «рот» на нашей картинке (Рис. 13) — «часть теленка», а может быть основным объектом изображения. «Луг» в нашем наборе изображений характеризуется как «фон», но может быть и основным объектом.



Рис. 13. Объект как часть изображения и как основное изображение

Обращаясь к дальнейшей обработке данных, я бы хотела передать слово моему коллеге Артёму Сергеевичу Шматко.

ШМАТКО А.С.:

— Добрый вечер, уважаемые коллеги. Я бы хотел вернуться немного назад и напомнить, что при кросс-валидации, то есть при разбиении груп-

пы здоровых и группы больных на две подгруппы (Рис. 6) похожие различия между группой здоровых и группой больных обнаруживаются и внутри группы заведомо здоровых.

Если говорить о самом характере распределения, то экспериментальная обработка позволила установить, что само распределение имеет нормальный вид, что, в принципе, соответствует теоретическим представлениям о распределении ошибок, имеющих случайный характер возникновения, а не являющихся результатом какого-либо систематического отклонения.

Однако нами была выдвинута гипотеза о том, что различие в использовании того или иного слова во многом зависит от специфики этого слова. Поэтому, как моя коллега уже сказала, мы разбили слова на некоторые группы, основываясь на их связи с тем или иным из вышеуказанных параметров, и решили построить похожие картинки для каждой из групп.

На слайде (Рис. 14) представлены различия внутри группы здоровых по группе «Люди», Рис. 15 – различия между группой здоровых и группой больных. В группу «Люди» вошли такие слова, как «старушка», «дедушка», «мальчик» и так далее.

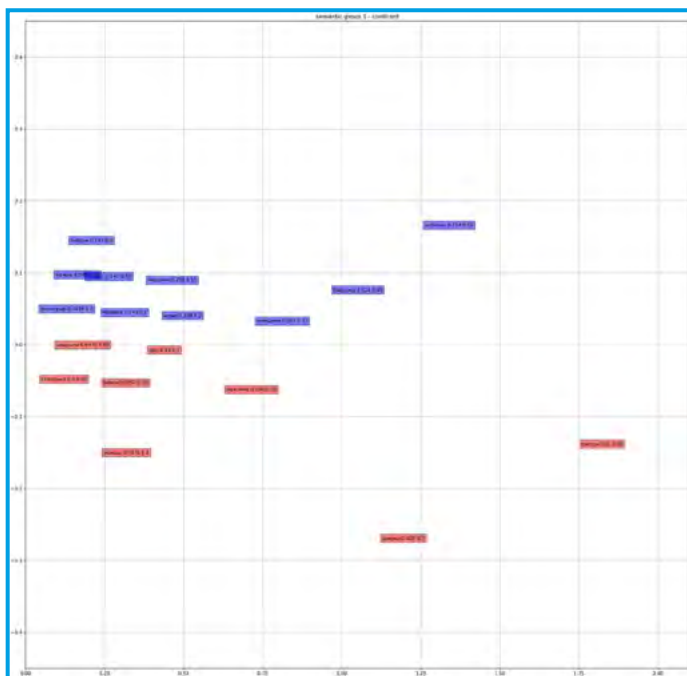


Рис. 14. Различия внутри группы здоровых по группе «Люди»

Несмотря на существенно меньшее количество слов, видно, что слова распределены равномерно в обоих случаях. Поэтому тут мы, опять же, не можем говорить о каком-либо систематическом различии. Оно имеет скорее случайный вид. Однако при переходе к группе, которая относится к параметру «Часть-целое», мы видим совсем другие результаты (Рис. 16а, б).

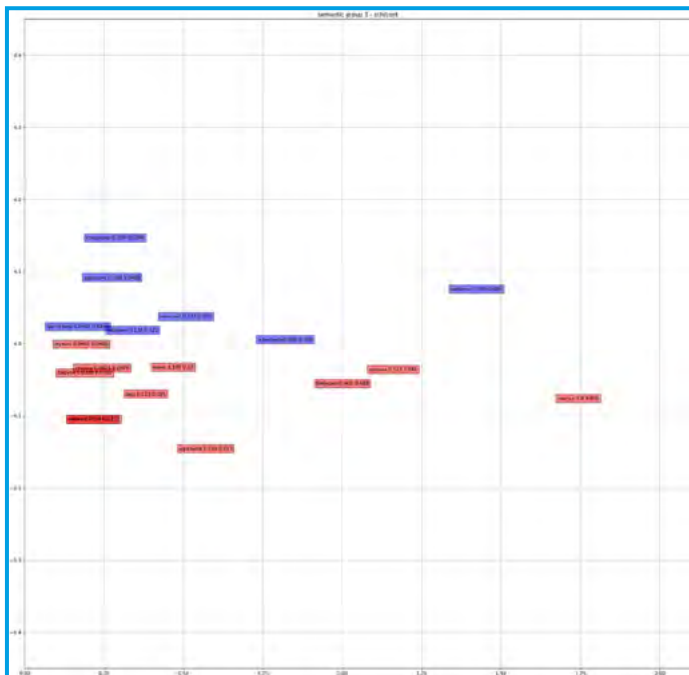


Рис. 15. Различия между группой здоровых и группой больных по группе «Люди»

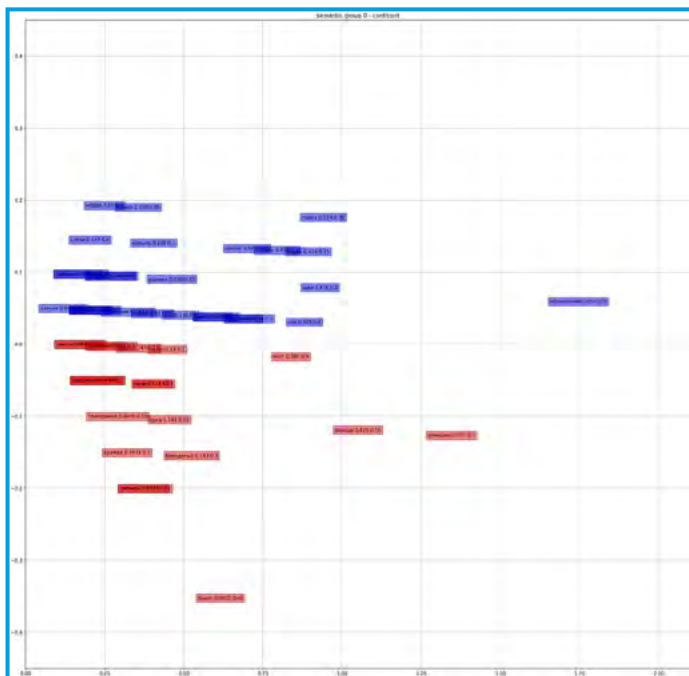


Рис. 16а. Распределение различий внутри группы здоровых

Как вы видите, внутри группы здоровых распределение различий всё ещё имеет нормальный вид (Рис. 16а). То есть, как я уже говорил, оно имеет, скорее всего, некий случайный характер возникновения. Однако в случае различий между группой здоровых и группой больных видна явная тенденция к изменению вида распределения (Рис. 16б). Поэтому мы можем с некой статистической значимостью сказать, что лексика по данной группе у больных и здоровых отличается.

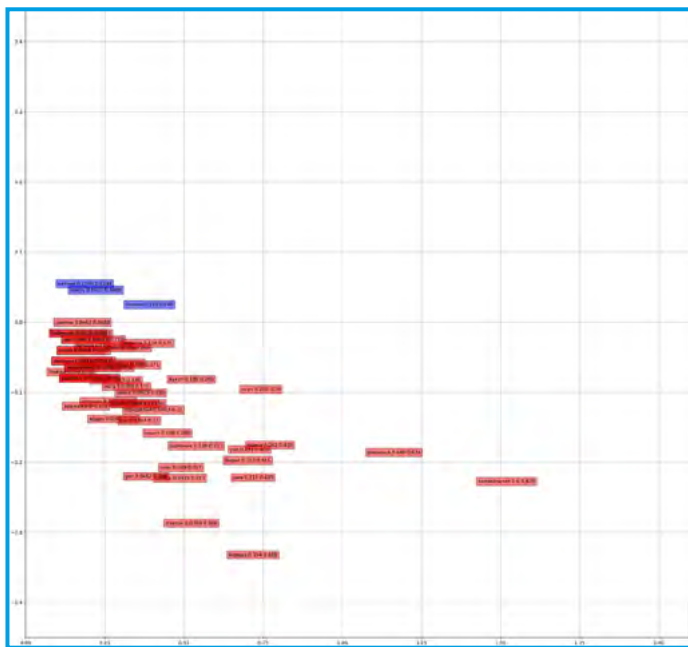


Рис. 16б. Распределение различий между группой здоровых и группой больных

Поскольку нам удалось найти различия на низком лексическом уровне между группами больных и здоровых относительно групп слов, основанных на параметрах, мы решили посмотреть, присутствуют ли подобные различия относительно этих параметров на более высоких уровнях организации речи. Поэтому мы представили полученные нами данные в следующем виде (Рис. 17).

Это таблица, где по оси Y указан определенный параметр, а по оси X – номер картинки, которая была предъявлена респондентам в ходе теста. Собственно, клетка – число на пересечении параметра и номера картинки – обозначает процент участников группы, которые при описании данной картинки использовали данный параметр. Здесь представлен фрагмент картинки для группы здоровых. Также была составлена картинка для группы больных. Однако наибольший интерес представляет именно разница между ними (Рис. 18): из процента группы больных, использовавших данный параметр, мы вычли процент группы здоровых и тем самым получили абсолютное значение в процентах разницы между группами относительно данного параметра и относительно данной картинки.



Рис. 17. Различия в отношении каждого из параметров и каждой из картинок внутри одной группы

Интенсивность синей окраски прямо пропорциональна абсолютному значению разницы между группами в процентах. Наиболее интенсивно окрашенные части изображения соответствуют разнице примерно в 40% по модулю, неокрашенные не показывают какой-либо разницы.

Построение подобных изображений позволило показать, что существует весьма явно выраженная неоднородность в разнице между группами даже внутри одного параметра. То есть мы можем говорить о том, что, скорее всего, на изображениях, несмотря на их общую тематику, присутствовали некие тонкие параметры, которые позволили вызвать определённую реакцию и у больных, и у здоровых, причём эта реакция была различной.

Итак, выводы. В результате данной работы, которая еще ведётся, нам удалось выявить некие различия между лексикой группы здоровых и группы больных, причём эти различия были весьма специфичны для разных параметрических групп слов, то есть слов, связанных с теми или иными параметрами, о которых говорила моя коллега. Существенная неоднородность распределения этих различий между группами наблюдается как в пределах одного параметра, так и при описании одной картинке, что позволяет говорить о том, что различия в реакции между здоровыми и больными обусловлены не просто какими-то параметрами или какими-то элементами изображения, а именно взаимодействием факторов, часть которых зависит как от параметра, так и от изображения.

	Разница											
цвет	0.10	0.03	0.06	0.11	0.02	-0.01	0.18	0.15	0.05	0.01	0.08	-0.04
размер	0.04	0.01	0.05	-0.01	0.00	0.06	0.07	0.08	0.04	-0.02	0.03	0.00
часть - целое	0.11	0.07	-0.04	0.19	0.00	0.00	0.34	0.12	0.05	0.13	0.08	0.00
экспр. окр. лекс.	-0.01	0.03	-0.03	0.18	-0.02	0.08	0.07	0.02	-0.10	0.03	-0.01	-0.02
суб.-об. отн.	0.04	-0.01	0.14	0.09	0.15	0.17	-0.02	0.06	0.00	0.02	0.00	-0.08
фон	0.11	0.18	0.15	0.04	0.03	0.11	-0.01	-0.01	0.14	0.05	0.02	0.11
количество	0.04	0.05	-0.04	0.00	-0.04	0.07	-0.09	-0.08	0.00	0.03	0.13	-0.04
тип изобр.	-0.02	0.03	0.00	0.01	0.03	0.03	-0.08	-0.09	0.16	-0.03	0.01	0.00
перспектива	-0.06	0.00	-0.02	-0.01	-0.07	-0.07	0.12	0.00	0.11	0.26	0.02	0.00

Рис. 18. Разница между группами в отношении каждого параметра и каждой картинки

Последний и наиболее значимый, на мой взгляд, вывод: представляется возможным провести анализ указанных изображений с целью поиска тех факторов, которые и привели к появлению различий в области данных параметров. И если нам удастся обнаружить и выявить эти факторы, станет возможным создание набора изображений, провоцирующих максимизацию подобных различий, что в будущем может помочь при создании методики, которая могла бы быть использована для обнаружения больных в психиатрической практике.

На этом я хотел бы закончить. Спасибо за внимание.

МОДЕРАТОР:

– Маленький вопрос ещё можно?

ШМАТКО А.С.:

– Да.

МОДЕРАТОР:

– Вы в дальнейшем планируете искать стимулы-провокаторы, да?

ШМАТКО А.С.:

– Да, именно.

МОДЕРАТОР:

– И Вы хотите их найти в картинках стимулов, а не внутри того, кто реагирует?

ШМАТКО А.С.:

– Здесь мы воспринимаем мозг человека как некоторый чёрный ящик. Дело в том, что исследования того, что происходит внутри субъекта, позволяют больше сказать о характере заболевания, о возможных процессах, которые приводят к этим нарушениям. Однако технологически они очень сложны и не всегда возможно их применение.

Несмотря на то, что в нашей методике мы не можем говорить о конкретных причинах нарушения, всё равно мы можем наблюдать некую разницу. Несмотря на то, что мы не можем объяснить причину нарушений на количественном уровне, мы всё равно можем сказать о том, что разница есть, что человек, предположительно, является или не является больным. То есть на вопрос, почему наблюдаются те или иные нарушения, наша методика ответа не даёт, однако как вариант простой и применимой в любых условиях диагностики она весьма интересна.

МОДЕРАТОР:

– Спасибо. Еще вопросы? Спасибо большое за интересный доклад.

Ассоциация генетических полиморфизмов COMT и DRD3 с клиническими симптомами шизофрении



Морозова А.Ю.¹, Павлов К.А., Резник А.М.,
Захарова Н.В., Костюк Г.П.

Наши результаты — часть большого междисциплинарного проекта, руководителем которого является Г.П. Костюк «Поиск молекулярных и нейрофизиологических маркеров эндогенных психозов». Проект начал свою работу в конце 2017 года и на сегодняшний день уже получены некоторые результаты.

Шизофрения — тяжелое психическое заболевание, рецидивы в течение года после первичной госпитализации достигают 40%. Очень у большого количества людей (40–80%) болезнь приобретает хронический характер течения. Трудовая занятость среди больных шизофренией в 6–7 раз меньше, чем среди здоровых лиц того же социального статуса. Продолжительность жизни в среднем на 15–20 лет меньше, чем в популяции, а также 4–13% пациентов заканчивают жизнь самоубийством.

Генетическая архитектура шизофрении крайне сложна. Всего известно 148 «локусов риска», но часть мутаций затрагивает некодирующие участки ДНК (интроны и экзоны), оценить степень влияния которых, довольно затруднительно, их функции неизвестны, чаще всего отношение шансов (OR) каждой мутации, связанной с шизофренией не превышает 1,20, следовательно, каждая мутация имеет очень малое влияние на развитие заболевания, большое количество SNP ассоциированы не с одним заболеванием, присутствует много общих мутаций, ассоциированных как с шизофренией, так и с аутизмом, биполярным расстройством, депрессией и другими расстройствами психики (плейотропный эффект генов). При этом, несмотря на долгие годы исследований и открытий — практической пользы от исследований генетики шизофрении до сих пор не получено.

Наш проект предполагает поиск биомаркеров шизофрении, поэтому генетические маркеры мы не могли обойти стороной, однако наш подход несколько отличается от традиционного. Прежде всего тем, что индивидуальная регистрационная карта пациентов очень подробна. Она включает в себя как классические признаки заболевания, так и современные критерии, а также клинические шкалы количественной оценки, и все, что касается психофармакотерапии.

¹ Морозова А.Ю. — с.н.с. отдела фундаментальной и прикладной нейробиологии НМИЦ ПН им. В.П. Сербского.

Аллели	Случаи	Контроли	χ^2	p	OR	
	n = 384	n = 353			знач.	95% CI
Аллель А	0,272	0,227	3,16	0,08	1,27	0.98 – 1.66
Аллель В	0,728	0,773			0,79	0.60 – 1.03

DRD3

Рисунок 1. Частота встречаемости аллелей DRD3 rs6280

Аллели	Случаи	Контроли	χ^2	p	OR	
	n = 384	n = 462			знач.	95% CI
Аллель А	0,507	0,524	0,36	0,55	0,93	0.75 – 1.17
Аллель В	0,493	0,476			1,07	0.86 – 1.34

COMT

Рисунок 2. Частота встречаемости аллелей COMT rs4680

К настоящему моменту нами получено и собрано уже 658 образцов ДНК пациентов с диагнозом шизофрения, шизоаффективное расстройство. Клиническая база находится в ПКБ № 1 им. Алексеева. А все генетические анализы проводятся в институте Сербского, в отделе фундаментальной прикладной нейробиологии, там же хранятся все образцы. Кроме ДНК пациентов, коллекция содержит тысячу образцов ДНК здоровых добровольцев.

На сегодняшний день проведено генотипирование 384-х проб и определены нуклеотидные полиморфизмы некоторых генов (COMT и DRD3) методом идентификации с применением TagMan-зондов. Распределение генотипов всех исследуемых полиморфизмов находилось в соответствии с законом Харди-Вайнберга.

Фермент катехол-О-метилтрансферазы участвует в распаде катехоламинов и содержит однонуклеотидную замену, результатом которой является замещение аминокислоты валин на метионин, что ведет к нарушению его активности.

Особенности строения этого гена связывают с активностью рабочей памяти, способностью к многозадачности, тревожностью, более высоким уровнем организации регуляторных (управляющих) функций или импульсивностью. Рецептор дофамина третьего типа экспрессируется в вентрикулярном стриатуме, участвует в механизмах эффективных реакций

и когнитивных процессов. Этот ген также широко исследован и считается геном — кандидатом в отношении шизофрении. У пациентов с этим заболеванием обнаружено повышение плотности рецепторов в области стриатума с относительным накоплением усеченных, то есть неправильных форм рецепторного белка.

Однонуклеотидная замена в этом гене приводит к замене серина на остаток глицина. И полиморфизм наиболее значим для безопасности психотропной терапии. Считается, что носительство глицин-глицин генотипа достоверно ассоциировано с поздней дискинезией при назначении даже атипичных антипсихотиков. То есть исследование этого полиморфизма достаточно полезно.

Перейдя к результатам, я хочу сказать, что мы не получили никаких достоверных ассоциаций полиморфизмов с заболеванием шизофрения, однако продолжаем набор коллекции, потому что пока у нас не будет хотя бы 1000 образцов и результатов по ним, однозначных выводов делать нельзя. К настоящему моменту нами не было обнаружено значимых связей генотипа мишени с типом течения шизофрении и не было выявлено значимых эффектов для полиморфизмов в отношении отдельных психопатологических симптомов.

Нейронавигация и биомаркеры эффективности транскраниальной магнитной стимуляции (ТМС) при депрессиях



Цукарзи Э.Э.¹

ТМС является методом неинвазивной локальной стимуляции мозга. Интерес к применению транскраниальной магнитной стимуляции в психиатрии и неврологии неуклонно растет, и это не может не радовать. На сегодняшний день при обращении в поисковую систему PubMed регистрируется более 15 тысяч источников, оригинальных исследований и обзоров (Рис. 1). Это достаточно высокий показатель.

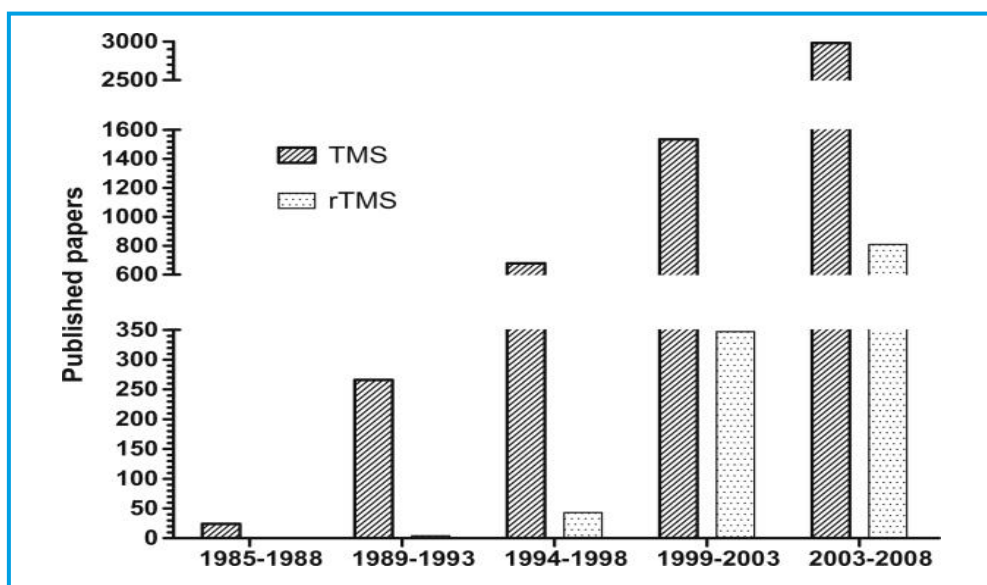
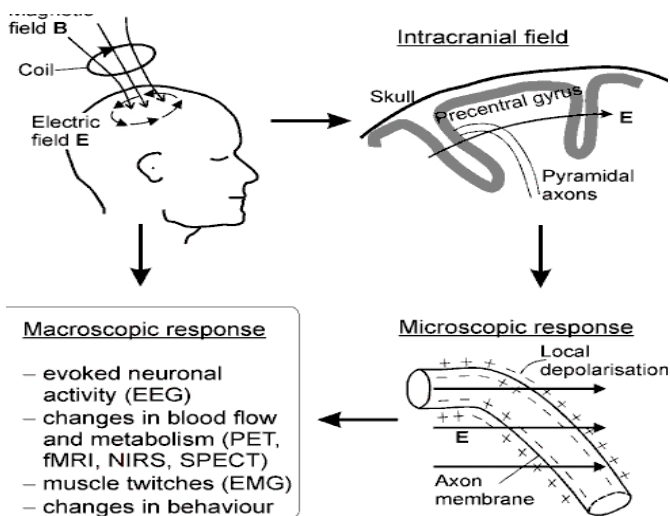
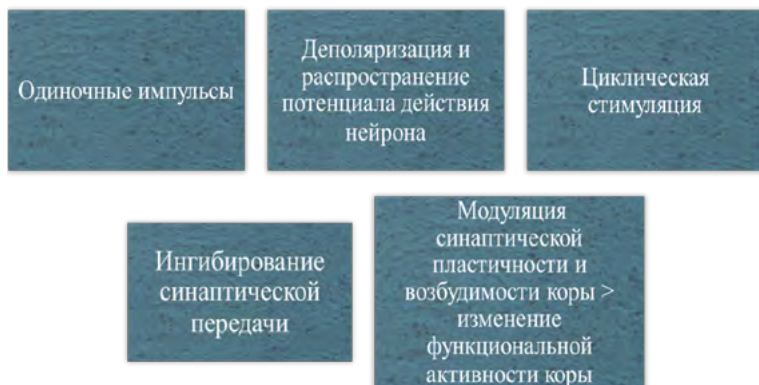


Рис. 1. ТМС: исследования в психиатрии и неврологии

При проведении ТМС магнитное поле проникает на 2–3 сантиметра вглубь ткани мозга. Субстратом воздействия являются электрические токи и индуктивности, вызывая деполяризацию нейрона и распространение потенциала действия нейрона. Распространение деполяризации по эфферентным путям позволяет воздействовать на более глубокие структуры мозга.

¹ Цукарзи Э.Э. – Московский НИИ Психиатрии – филиал НМНЦПН им В.П. Сербского, руководитель отделения интенсивной терапии и нелекарственных методов лечения.



Sackeim H, George M., 2012

Рис. 2. ТМС: нейрофизиологические эффекты

Здесь есть два важных момента (Рис. 2). Первое – даже при однократной стимуляции, нейрофизиологический эффект «последствия», регистрируемый, в частности на ЭЭГ, сохраняется. Тогда как при курсовой стимуляции длительность эффекта существенно повышается.

Второй аспект заключается в том, что при стимуляции в различных ритмах наблюдаются принципиально отличающиеся нейрофизиологические эффекты. При проведении низкочастотной стимуляции происходит ингибирование синоптической передачи. Тогда как при циклической, высокочастотной стимуляции, наоборот, передача усиливается. Более того, при длительном высокочастотном воздействии достигается изменение функциональной активности коры, прежде всего, в отдельных нейрональных сетях.

К настоящему времени проведено достаточно большое количество контролируемых исследований, в том числе плацебо-контролируемых и два мультицентровых (Рис. 3). Опубликована серия метаанализов и систематических обзоров. Размер эффекта ТМС составляет около 0,5, это достаточно высокий показатель. Метод зарегистрирован в качестве второй линии терапии депрессий, при «неудовлетворяющей эффективности» первого курса терапии антидепрессантом. В последнее десятилетие психиатры значительно чаще используют этот метод в повседневной практической работе. Кроме того, появились новые протоколы стимуляции, модификация аппаратов. Наконец, магнитная стимуляция применяется совместно с методиками нейровизуализации.

- Большой массив контролируемых исследований, в том числе мультицентровых при терапевтически резистентных депрессиях (O'Reardon et al., 2007; Herwig et al., 2007; Dunner D et al, 2015)
- Последнее десятилетие: психиатры значительно чаще применяют ТМС
- Новые терапевтические протоколы, модификации аппаратов, комбинация с нейровизуализационными техниками.

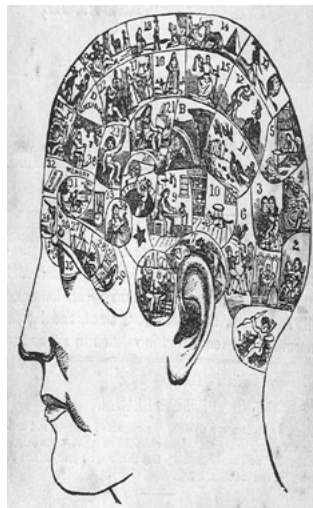


Рис. 3. ТМС при депрессиях

Новым направлением являются попытки подбирать индивидуальные параметры стимуляции для конкретного пациента. Этот подход основан на более глубоком понимании как нейрофизиологических эффектов

ТМС, так и, собственно, патобиологических процессов при психических расстройствах. Очевидно, что возможность персонификации методик ТМС, с поиском индивидуальных клинических и нейрофизиологических предикторов эффективности может позволить существенно оптимизировать терапию. Кроме того, исследования в данной области являются своеобразным катализатором для изучения пластичности мозговых структур при депрессиях и других психических расстройствах (Рис. 4).

- **Клинические симптомы / синдромы (ангедония, заторможенность, инсомния): слабые предикторы эффекта**
- **4 биотипа депрессий, выделенные на основании кластерного анализа функциональной МРТ** Resting-state connectivity biomarkers define neurophysiological subtypes of depression. Drysdale A. et al, Nature medicine, 2016, doi:10.1038/nm.4246
- **Гетерогенность нарушений нейрональных связей** Neuronal connectivity in major depressive disorder: a systematic review. (K. Helm et al, Neuropsychiatric Disease and Treatment, 2018:14 2715–2737)
- **Новые данные о мишенях стимуляции** (левая ДМПК) (Downar J., et al 2014)

Рис. 4. Потенциальные биомаркеры терапевтического эффекта ТМС при депрессиях

Наконец, появляются новые данные об оптимальных мишенях по применению транскраниальной магнитной стимуляции при депрессиях. Новые данные свидетельствуют о том, что такой оптимальной областью стимуляции может быть дорсомедиальная, а не как ранее считалось – дорсолатеральная, префронтальная кора.

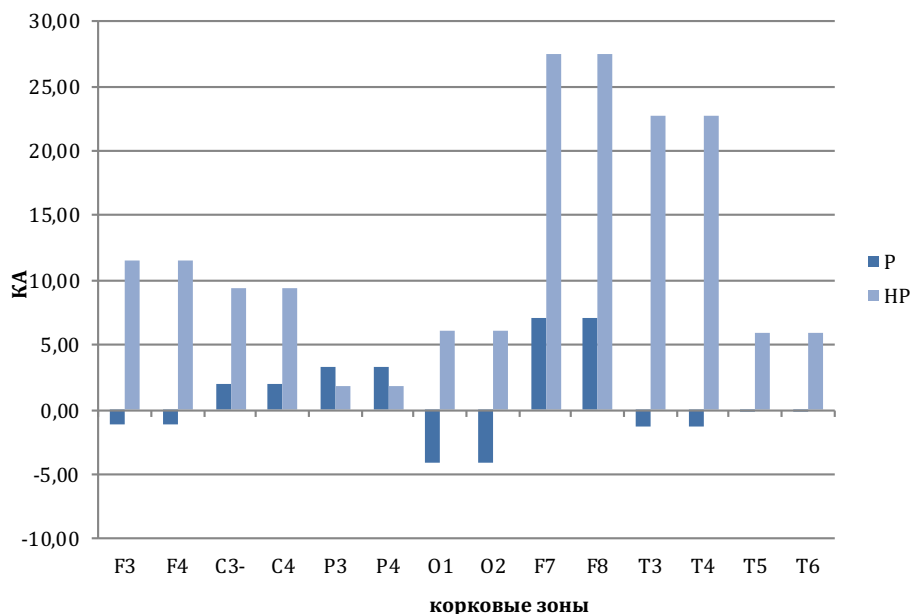
В этом русле нами было проведено клиничко-нейрофизиологическое исследование по применению ТМС при резистентных депрессиях. Цель работы состояла в определении особенностей спектральных и когерентных характеристик ЭЭГ и выявлении динамики этих параметров в процессе терапии (Рис. 5).

При проведении спектрального анализа коэффициент асимметрии по альфа-ритму различался у респондеров и нон-респондеров в височных и передних отделах. Но наибольшие различия были выявлены при проведении дискриминантного анализа. Причем, не по ритмам, а по соотношению альфа-ритма и тета полосы, и в первую очередь по затылочным и средневисочным отделом.

Вместе с тем, ограничением данного исследования является открытый вопрос о специфичности полученных данных для ТМС. Дизайн исследования не позволяет полной мере экстраполировать эти данные на предикцию эффекта ТМС. Возможно, они несут предиктивную нагрузку для всей я антидепрессивной терапии, в целом.

Нейронавигация является новым шагом в развитии техник стимуляции мозга. Выбор мишени для терапии определяется на основании анализа данных функциональной МРТ покоя, так называемый, resting state, при соотнесении его со структурным МРТ пациента (Рис. 6).

- KA = частное от деления разности СМ симметричных зон полушарий на их сумму Max различия в височных и передних отделах
- Дискриминантный анализ: различия между Р и НР по соотношению альфа-ритма и тета-полосы (средневисочные, теменные и затылочные зоны), а не по отдельным ритмам
- Специфичность для ТМС?



Мельникова Т.С., Цукарзи Э.Э., Мосолов С.Н., 2016

Рис. 5. Квантованный анализ альфа-ритма до ТМС у респондеров и нереспондеров при резистентных депрессиях (спектральный анализ) $N = 32$

Нейронавигационная система обеспечивает высокую точность, персонафикацию терапии. Кроме того, навигационная система запоминает и точно воспроизводит на последующих сеансах зону стимуляции, снимая ошибки и погрешности, связанные с субъективными факторами.

В 2018 году нами было инициировано исследование совместно с Центром неврологии и Центром нейрореабилитации и патологии речи по применению персонафицированной навигационной ТМС (Рис. 7). Исследование проводится совместно с Национальным Центром Неврологии и Центром Нейрореабилитации и Патологии Речи ДЗ г Москвы.

- Выбор мишени стимуляции по данным анализа фМРТ покоя (resting state)
- Нейронавигационная система обеспечивает прицельность терапии
- «Запоминание» зоны стимуляции для последующих сеансов

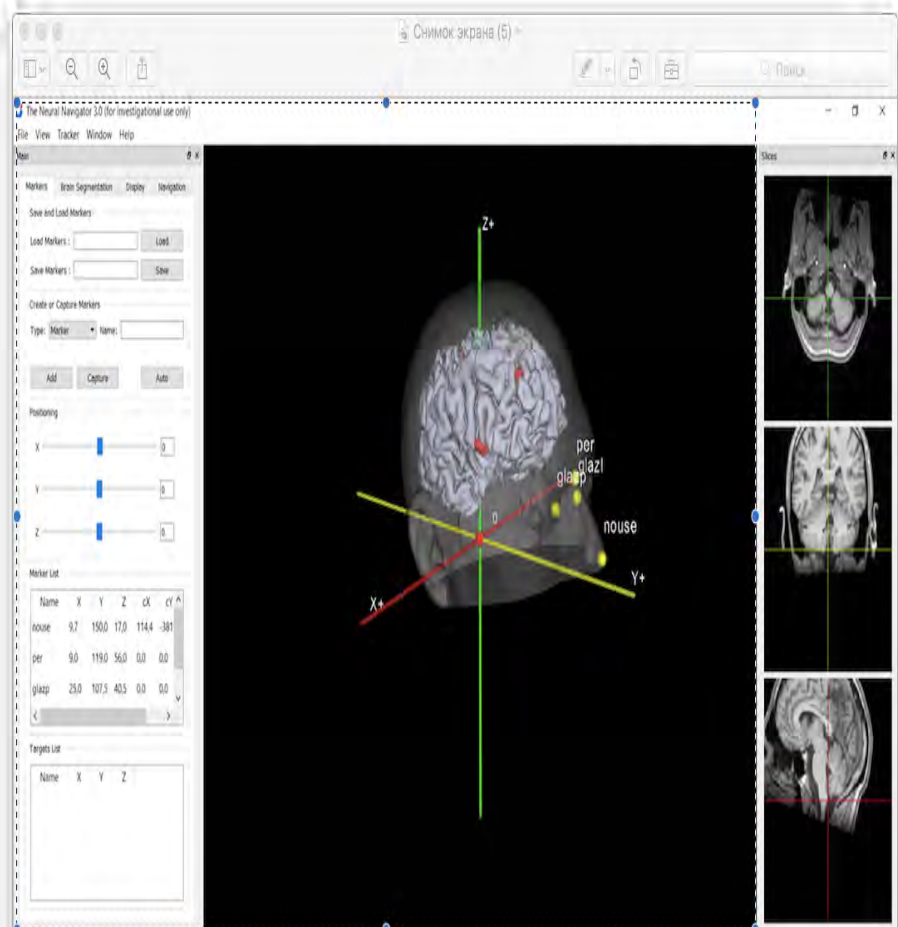


Рис. 6. ТМС с нейронавигацией: персонификация терапии

Дизайн исследования предполагает рандомизированное распределение в 3 терапевтические группы. В первой и второй группах проводится навигационная ТМС с частотой 10 Гц и 15 Гц соответственно. В третьей, контрольной группе магнитная стимуляция проводится по стандартному протоколу без нейронавигации. Исследование инициировано, включены первые пациенты. Первые данные показывают, что при персонифицированной навигации область стимуляции отклоняется от стандартной зоны в разной степени вариабельности. Безусловно, эти данные носят предварительный характер и нуждаются в подтверждении.

Московский НИИ Психиатрии/ филиал НМНЦПН им В.П. Сербского, Национальный Центр Неврологии, Центр Нейрореабилитации и Патологии Речи ДЗ г.Москвы
3 группы: 1 гр – 10Гц, 2 гр 15Гц, 3гр – контроль (ТМС по стандартному протоколу)
Отклонение от «стандартной» локализации: 0,5-12 см



Рис. 7. Сравнительное исследование персонифицированной навигационной ТМС

**Профилактика наркологических заболеваний
в контексте государственной политики:
успехи и проблемы**

Дорожная карта системы мероприятий, направленных на развитие взаимодействия наркологической службы и медицинских организаций, оказывающих первичную медико- санитарную помощь



Деменко Е.Г.¹

Уважаемые коллеги! По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) каждый год в мире от неинфекционных заболеваний умирает более 40 миллионов человек. Причем от прямых последствий табакокурения умирает более 7 миллионов человек, и более 3 миллионов человек погибает от состояний и заболеваний, связанных с употреблением алкоголя. Европейский офис ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними констатирует: «Европейский регион – мировой лидер по вредному употреблению алкоголя, особенно среди молодежи. Но только каждый 20-й человек, употребляющий алкоголь в опасных или вредных количествах, попадает в поле зрения первичной медицинской помощи и получает консультативную поддержку».

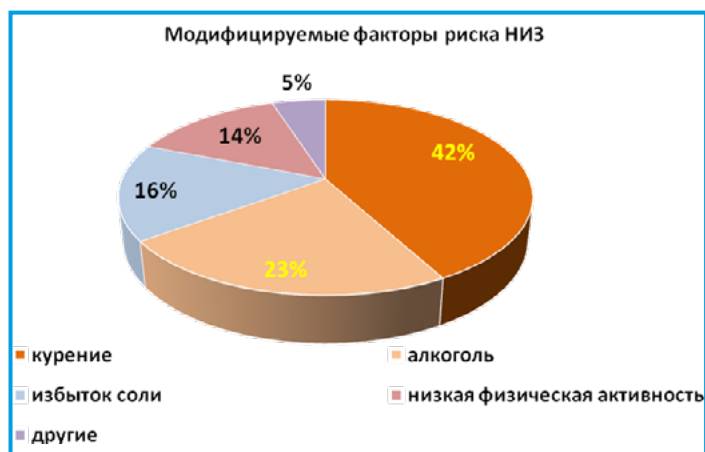
В структуре неинфекционных заболеваний 65% приходится на долю заболеваний, ассоциированных с употреблением никотина и алкоголя. Поведенческие факторы риска приводят к развитию метаболических рисков формирования неинфекционных заболеваний, – повышенное артериальное давление, излишний вес, гиперлипидемия, гипергликемия. И все это вместе формирует четыре основных заболевания, являющиеся причиной смертности населения от неинфекционных заболеваний: сердечно-сосудистые заболевания (от гипертонической болезни до различных форм ишемической болезни сердца, в том числе инфаркта миокарда, кардиосклероза, сердечных аритмий); хронические респираторные заболевания (это хроническая обструктивная болезнь легких – хроническое прогрессирующее заболевание) неизлечимое в настоящее время заболевание); онкология; диабет.

По данным ВОЗ, воздействие на основные факторы риска позволит предотвратить, по меньшей мере, 80% болезней сердца, инсультов и случаев диабета, и 40% случаев рака. В соответствии с данным выводом ВОЗ

¹ Деменко Е.Г. – заведующий Центром профилактики зависимого поведения (филиала) ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы».

разработала Глобальный план действий в области профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними, рассчитанный до 2020 года.

В России разработана государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», приоритетный проект «Формирование здорового образа жизни. Укрепление общественного здоровья». Московское здравоохранение разработало государственную программу города Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение) и подпрограмму «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Совершенствование первичной медико-санитарной помощи». Работа по реализации данных программ привела к позитивным изменениям в понимании населением ценности здорового образа жизни и ответственного отношения к своему здоровью.



В соответствии с глобальными целями развития московского здравоохранения был разработан план мероприятий, направленных на раннее выявление и профилактику злоупотребления алкоголем, табакокурения, незаконного потребления наркотических средств и психоактивных веществ среди населения города Москвы. Определены основные направления системы мероприятий, направленных на развитие эффективного взаимодействия в системе столичного здравоохранения по организации медицинской помощи пациентам по отказу от табакокурения, проблемного употребления алкоголя, немедицинского употребления наркотических веществ, а именно:

- совершенствование нормативно-правового регулирования в сфере здравоохранения;
- организация системы мероприятий, направленных на раннее выявление и профилактику наркологических заболеваний среди населения;
- разработка алгоритма маршрутизации оказания медицинской помощи лицам с риском развития наркологических расстройств и лицам с наркологическими расстройствами;

- организация и развитие эффективного межведомственного взаимодействия.

Одним из результатов эффективного взаимодействия наркологической службы и первичного медико-санитарного звена стал Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 26 января 2018 г. «О совершенствовании организации профилактики злоупотребления алкоголем, табакокурения, незаконного потребления психоактивных веществ, проводимой в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы». В целях дальнейшего развития этого направления профилактической деятельности медицинских организаций государственной формы собственности вышло распоряжение Департамента здравоохранения города Москвы от 01.08.2018 № 2209-р «Об утверждении единого алгоритма оказания медицинской помощи пациентам по преодолению потребления табака в медицинских организациях». В соответствии с данным распоряжением всем пациентам, обратившимся к врачу, определяется факт потребления табака. Полученная информации («курит» либо «не курит») вносится в медицинскую документацию: карту амбулаторного больного или карту стационарного больного, в электронную медицинскую карту. В случае, если пациент курит, врач проводит краткосрочное профилактическое консультирование в персонализированной форме, с учетом состояния здоровья пациента. При этом пациенту выдается информационная листовка, в которой указаны: адреса организаций, оказывающих помощь по отказу от табака (Центра профилактики и лечения табакокурения и нехимических зависимостей, территориальных центров профилактики и центров здоровья). Пациенту, обратившемуся в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья, проводится оценка степени никотиновой зависимости с помощью теста Фагерстрема и консультирование по отказу от табакокурения. Консультирование может быть краткосрочным или продолжительностью в несколько сессий, индивидуальным или групповым углубленным, в рамках «Школы по отказу от табакокурения». Для получения специализированной медицинской помощи по отказу от потребления табака и других никотинсодержащих веществ пациент может быть направлен в Центр профилактики и лечения табакокурения и нехимических зависимостей — филиал ГБУЗ МНПЦ наркологии Департамента здравоохранения города Москвы (филиал) «ГБУЗ МНПЦ наркологии ДЗМ».

Оценка эффективности оказания медицинской помощи по отказу от табакокурения проводится ГБУЗ «Центр медицинской профилактики Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ЦМП ДЗМ») и руководителями медицинских организаций.

В настоящее время продолжается работа над проектом распоряжения Департамента здравоохранения города Москвы «Об утверждении единого алгоритма оказания медицинской помощи пациентам с пагубным потреблением алкоголя в медицинских организациях государственной системы

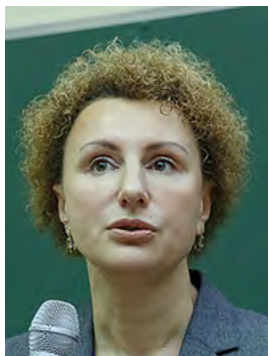
здравоохранения города Москвы». Однако, несмотря на признание того факта, что алкоголь – это ведущий фактор, влияющий на показатели травматизма, семейного насилия, преждевременной смертности, представители первичной медико-санитарной службы высказывают сомнения по поводу целесообразности анкетирования всех пациентов об употреблении ими алкоголя (тест AUDIT), предполагая рост числа возникновения конфликтных ситуаций с пациентами общесоматического профиля. Таким образом, был отвергнут вариант, предполагающий сплошную оценку уровня потребления алкоголя пациентами в рамках первичной медико-санитарной помощи. Внесено предложение о том, что начиная с 2019 года, все население ежегодно будет проходить диспансеризацию или профилактические осмотры в центрах здоровья, кабинетах профилактики, то целесообразно именно здесь проводить с помощью теста AUDIT скрининговые исследования характера потребления пациентами алкоголя. Рассматривается вопрос о включении и лабораторных методов диагностики злоупотребления алкоголем, в частности, анализа карбогидрат-дефицитного трансферрина (CDT), позволяющий исключить субъективизм оценки результатов анкетирования и возможной фальсификации ответов на вопросы теста AUDIT. На основании полученных результатов лабораторного исследования пациенты смогут получить краткосрочное мотивационное консультирование по отказу от злоупотребления алкоголем с учетом состояния здоровья, а также в случае необходимости могут быть направлены в медицинскую организацию, оказывающую наркологическую помощь населению. Наркологическая служба готова оказывать персонализированную наркологическую помощь в зависимости от степени выраженности алкогольных проблем пациента.

Работа по организации раннего выявления и профилактики употребления психоактивных веществ ведется в тесном взаимодействии со специалистами медицинской службы первичного медико-санитарного звена и наркологической службы. В частности, в «ГБУЗ МНПЦ наркологии ДЗМ» проводится обучение врачей-интернистов диагностическим и мотивационным профилактическим технологиям предупреждения неинфекционных заболеваний, связанных с табакокурением, злоупотреблением алкоголем, потреблением наркотических средств и психотропных веществ.

И, заканчивая свое выступление, хочу сказать, что путь к укреплению здоровья, снижению преждевременной смертности и инвалидности населения от предотвратимых поведенческих факторов риска развития неинфекционных заболеваний, предстоит трудный и долгий. Только изменение мировоззрения населения, формирование ответственного отношения к здоровью позволит позитивно изменить демографическую ситуацию в Российской Федерации.

Спасибо, уважаемые коллеги, за внимание!

Краткие психотерапевтические интервенции для профилактики синдрома зависимости и употребления спиртного с пагубными последствиями у пациентов широкой медицинской сети



Агибалова Т.В.¹, Тучина О.Д.

Задачу снижения потребления спиртного гражданами Российской Федерации невозможно решить усилиями только специалистов наркологической службы. Характерные для потребителей спиртного анозогнозия, отсутствие мотивации на отказ от потребления алкоголя, негативные изменения психологической сферы, дефицит мнестических и прогностических функций при развитии наркологического заболевания приводят к тому, что они не обращаются за наркологической помощью [16], а при обращении к врачам первичного звена крайне неохотно говорят об употреблении спиртного, отличаются низким комплаенсом к лечению тяжелых соматических патологий, что ведет к хронификации этих заболеваний, утяжелению их экономического, медицинского и социального бремени, снижению качества и продолжительности жизни больных.

Сегодня назрела острая необходимость открытого обсуждения внедрения в широкой медицинской сети технологий, позволяющих снизить потребление алкоголя и минимизировать причиняемый им вред. Такие технологии должны быть ориентированы на лиц с уже сформировавшимся синдромом зависимости (СЗ) (F10.2 по МКБ-10) и тех, кто потребляет спиртное с пагубными последствиями (ПУ – пагубное употребление) (F10.1 по МКБ-10). Аргумент в пользу внедрения этих технологий – установленное эпидемиологическими исследованиями значительное число случаев снижения потребления алкоголя пациентами, никогда не обращавшимися за наркологической помощью [7; 8]. Для пациентов с ПУ слово и действия специалиста первичного звена (авторитетного, умеющего аргументированно представлять данные о состоянии здоровья пациента и вреде, наносимом привычной для больного дозой алкоголя) могут оказаться решающими для принятия решения о снижении потребления алкоголя. В случае недоучета сочетанных наркологических заболеваний врачи лишаются возможности планировать

¹ Агибалова Т.В. – д.м.н., Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы»

и адекватно выстраивать лечебный процесс, что чревато осложнениями и нарушением режима терапии, снижает показатели эффективности лечения и нивелирует врачебные усилия.

С учетом реальной практики организации российской медицины, ключевой стратегией воздействия на потребителей алкоголя в общемедицинской сети может стать краткосрочная интервенция (КИ). Существует ряд лаконичных форм работы, созданных специалистами-наркологами, целесообразных для снижения потребления алкоголя, в т. ч. и в долгосрочной перспективе (как способ профилактики развития СЗ), и доступных добросовестным и грамотным специалистам, готовым учитывать алкогольные проблемы пациентов при организации взаимодействия с ними [1–3; 5; 6; 9–11; 17].

КИ призвана сократить длительности частоту сессий, построить четко структурированную процедуру, легко воспроизводимую психиатрами-наркологами специалистами, не имеющими психотерапевтической подготовки. КИ (особенно при ПУ) направлена на снижение потребления алкоголя, уменьшение причиняемого привычным потреблением вреда и профилактику формирования СЗ [10]. Снижение потребления может быть промежуточной целью и у пациентов с СЗ, когда они по каким-либо причинам не готовы сразу полностью отказаться от спиртного [1; 6]. В последнем случае важно вовремя перевести пациента на цель полной трезвости, не затягивая терапевтический процесс. Специалист должен быть уверен, что сделал все возможное для мотивирования к полной трезвости на этапе согласия на тот или иной вариант лечения, и что употребление даже «малых доз» у лиц с СЗ не приведет к катастрофическим и необратимым последствиям. Приглашение к участию в программах снижения потребления алкоголя должно базироваться на тщательной оценке клинических и социальных возможностей пациента с учетом основного этического требования «не навреди» [1; 4]. Дополнительная задача КИ для пациентов общемедицинской сети – улучшение compliance к лекарственному лечению соматических заболеваний, что востребовано в разных направлениях медицинской помощи.

Ряд метаобзоров свидетельствуют о неплохой эффективности КИ даже по сравнению с долгосрочными вмешательствами [15; 19; 29]. Последний факт объясняется прогрессом в создании технологий КИ, значительным их усовершенствованием [19; 20; 22]. В общемедицинской сети КИ доказали свою экономическую целесообразность и имеют отсроченные эффекты в виде снижения алкоголь-связанной смертности [14; 17; 25; 27].

КИ, как правило, основываются на техниках мотивационного интервью и когнитивно-поведенческой терапии. Это алгоритмизированные процедуры с рядом обязательных компонентов: скринингом потребления алкоголя субъектом (тесты CAGE, AUDIT, MAST); сравнение этого уровня с медицинскими нормами; беседой с пациентом (15–60 минут); предоставлением обратной связи о негативном эффекте потребляемых доз алкоголя; планированием изменений и контрольной телефонную

сессии через какое-то время [9; 13; 15; 21]. Акцент ставится на мотивации к изменению алкогольного поведения; повышению уверенности пациента в возможности изменить свое поведение («самоэффективности»), и социальной поддержке его усилий со стороны доброжелательно настроенного специалиста (и значимых фигур в окружении больного) [24].

BRENDA – распространенная хорошо изученная модель КИ [28], эффективность которой подтверждена клиническими испытаниями [18; 23; 26]. Подход BRENDA закреплен как рекомендованный к использованию в широкой медицинской сети в Великобритании [12]. Модель опирается на биопсихосоциальную трактовку генеза АЗ, стандартизирована, относительно проста при обучении широкого круга специалистов и внедрении в практику здравоохранения, и сочетается с использованием фармакотерапии для лечения АЗ, тем самым обеспечивая возможность комплексного подхода.

Основные шаги BRENDA:

- **B (Biopsychosocialevaluation)** – многоосевая оценка состояния пациента с позиции биопсихосоциального подхода;
- **R (Report)** – сообщение результатов оценки потребления алкоголя и его последствий;
- **E (Empathetic)** – эмпатическое понимание ситуации пациента;
- **N (Needs)** – потребности в изменениях, план которых определяется совместно с пациентом;
- **D (Direct)** – прямой совет в отношении того, как именно можно достичь запланированных изменений;
- **A (Assessing)** – оценка реакции на рекомендации и отслеживание происходящих изменений, с подкреплением позитивных результатов.

КИ включает первичную беседу и 3-8 повторных контактов для усиления эффекта и оценки изменений в поведении. Длительность первичной беседы не превышает 60 минут (при усвоении навыков специалиста – 40 минут); последующих консультаций – 15-30 минут. Возможно сочетание очных сеансов с беседами по телефону; последние могут превалять на завершающих этапах программы (в зависимости от потребностей и запросов пациента).

BRENDA не заменяет специализированные виды психотерапии (ПТ), поскольку не решает амбициозных задач изменения личности, взглядов, ценностей, стиля реагирования, как это происходит в ходе профессиональной ПТ. Не решает она и задач лечения сопутствующей психопатологии, например, депрессии, если таковая имеется. Вместе с тем, глубинная ПТ может осуществляться параллельно с КИ, дополняться различными стратегиями преодоления влечения, выявления и преодоления алкогольных триггеров и пр. Важнейшее достоинство BRENDA – логичное встраивание в нее рекомендаций по фармакотерапии наркологических и соматических заболеваний, психофармакоте-

рапии, или ведению здорового образа жизни. КИ по модели BRENDA может проводить врач общего профиля, психиатр-нарколог, психиатр, психотерапевт, медицинский психолог, специалист по социальной работе после специальной подготовки.

Идея использования модели BRENDA или мотивационного консультирования в общемедицинской сети может вызвать определенное сопротивление у части специалистов. Одновременно с этим мы полагаем, что при правильном подходе к организации помощи и овладении некоторыми процедурами (в первую очередь, оценкой объема потребления алкоголя и навыками психологического консультирования), врач практически любой специализации может расширить число пациентов, которым он сумел действительно помочь; повысить эффективность работы и удовлетворенность от нее.

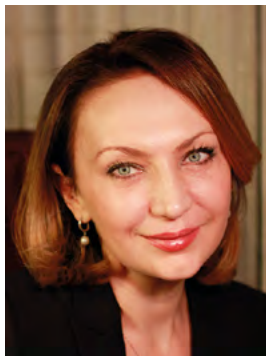
Библиография

1. Агибалова Т.В., Тучина О.Д., Шустов Д.И., и [др.] Стратегия снижения потребления алкоголя как новая возможность в терапии алкогольной зависимости // Социальная и клиническая психиатрия. 2015. Т. 25. № 3. С. 61–68.
2. Агибалова Т.В., Шустов Д.И., Кошкина Е.А., Тучина О.Д. Психотерапия в наркологии – обзор научно-доказательных моделей психотерапевтического вмешательства: зарубежный опыт. Часть 1. Психотерапия как эмпирически обоснованный метод лечения // Вопросы наркологии. 2015. № 2. С. 69–81.
3. Агибалова Т.В., Шустов Д.И., Тучина О.Д., Тучин П.В. Психотерапия в наркологии – обзор научно-доказательных моделей психотерапевтического вмешательства: зарубежный опыт. Часть 2. Эмпирически обоснованные методы психотерапии наркологических заболеваний // Вопросы наркологии. 2015. № 5. С. 46–65.
4. Сиволап Ю.П. Лечение алкогольной зависимости: рациональные и спорные подходы // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014. Т. 114. № 5–2. С. 53–56.
5. Сиволап Ю.П. Злоупотребление алкоголем и фармакотерапия алкоголизма // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2014. № 3. С. 4–9.
6. Сиволап Ю.П., Савченков В.А., Янушкевич М.В., Смирнова В.Н. Налтрексон-депо (вивитрол) в лечении алкоголизма: первый опыт применения в России // Наркология. 2009. Т. 8. № 9. С. 48–52.
7. Шустов Д.И., Агибалова Т.В., Федотов И.А. Обратная сторона алкогольной зависимости: абстиненты и спонтанные ремиссии. Вопросы наркологии. 2014. № 5. С. 147–161.
8. Dawson D.A., Grant B.F., Stinson F.S. [et al.] Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001–2002. *Addiction*. 2005. № 100 (3). P. 281–92.
9. D’Onofrio G., Fiellin D.A., Pantalon M.V. [et al.] A brief intervention reduces hazardous and harmful drinking in emergency department // *Annals of Emergency Medicine*. 2012. № 60(2). P. 181–92.
10. Fleming M.F., Barry K.L., Manwell L.B., [et al.] Brief physician advice for problem drinkers. A randomised controlled trial in community-based primary care practices // *JAMA*. 1997. № 277. P. 1039–45.

11. Higgins-Biddle T.F. Brief intervention for hazardous and harmful drinking. A manual for use in primary care. World Health Organization, 2001. 53 p.
12. Hall W. British drinking: a suitable case for treatment? // *BMJ*. 2005. № 331. P. 527–528.
13. Imel Z.E., Wampold B.E., Miller S.D., Fleming R.R. Distinctions without a difference: direct comparisons of psychotherapies for alcohol use disorders // *Psychol Addict Behav*. 2008. № 22. P. 533–43.
14. Jonas D.E., Garbutt J.C., Brown J.M. [et al.] Screening, behavioral counseling, and referral in primary care to reduce alcohol misuse. Comparative effectiveness review No. 64. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2012.
15. Kaner E.F., Dickinson H.O., Beyer F., [et al.] The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review. *Drug Alcohol Rev*. 2009. № 28. P. 301–23.
16. Mark T.L., Kranzler H.R., Poole V.H., [et al.] Barriers to the use of medications to treat alcoholism // *Am J Addict*. 2003. № 12. P. 281–94.
17. McQueen J., Howe T.E., Allan L. [et al.] Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards // *Cochrane Database Systematic Reviews*. 2011. Issue 8. CD005191.
18. Monterosso J.R., Flannery B.A., Pettinati H.M., [et al.] Predicting treatment response to naltrexone: the influence of craving and family history // *Am J Addict*. 2001. № 10. P. 258–68.
19. Moyer A., Finney J. W., Swearingen C. E., [et al.] Brief interventions for alcohol problems. A meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction*. 2002. № 97. P. 279–92.
20. Moyer A., Finney J.W. Brief interventions for alcohol misuse // *Canadian Medical Association Journal*. 2015. № 187(7). P. 502–6.
21. Nilsen P., Baird J., Mello M.J. [et al.] A systematic review of emergency care brief alcohol interventions for injury patients // *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2008. № 35. P. 184–201.
22. O'Donnell A., Anderson P., Newbury-Birch D., [et al.] The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews // *Alcohol Alcohol*. 2014. № 49(1). P. 66–78.
23. Pettinati H.M., Volpicelli J.R., Pierce J.D., [et al.] Improving naltrexone response: An intervention for medical practitioners to enhance medication compliance in alcohol dependent patients // *J Addict Dis*. 2000. № 19. P. 71–83.
24. Rome J. An evidence-based analysis of the 'BRENDA Approach': psychosocial interventions for dependent alcohol drinkers [Электронный ресурс] // *Gen Practice*. 2015. S.1. URL: <http://dx.doi.org/10.4172/2329-9126.S1-002>
25. Solberg L.I., Maciosek M.V., Edwards N.M. Primary care intervention to reduce alcohol misuse: ranking its health impact and cost effectiveness // *Am J Prev Med*. 2008. № 34. P. 143–52.
26. Starosta A.N., Leeman R.F., Volpicelli J.R. The BRENDA Model: integrating psychosocial treatment and pharmacotherapy for the treatment of alcohol use disorders. *J Psychiatr Pract*. 2006. № 12(2). P. 80–89.
27. Sullivan L., Tetrault J., Braithwaite S. [et al.] A meta-analysis of the efficacy of nonphysician brief interventions for unhealthy alcohol use: implications for the patient-centered medical home. *Am J Addiction*. 2011. № 20. P. 343–56.

28. *Volpicelli J.R., Pettinati H.M., McLellan A.T., O'Brien C.P.* BRENDA manual: compliance enhancement techniques with pharmacotherapy for alcohol and drug dependence. Philadelphia, PA: Gilford Press, 1997.
29. *Wilk A.I., Jensen N.M., Havigan T.C.* Meta-analysis of randomised control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers // *Journal of General Internal Medicine*. 1997. № 12. P. 274–83.

Атипичные антипсихотики в терапии больных с «двойным диагнозом»



Винникова М.А.¹, Ежкова Е.В.²

Уважаемые коллеги, добрый день! Вопросы терапии больных с коморбидной наркологической и психической патологией являются актуальными.

По эпидемиологическим данным уже несколько лет наблюдается тенденция к снижению общей заболеваемости наркологическими заболеваниями, одновременно с этим меняется структура наркоманий (Рисунок 1). Это достаточно интересный феномен, свидетелями которого мы являемся. Так,

в России, начиная с конца 90-х годов, в структуре наркоманий наибольший удельный вес занимала опиная зависимость – практически 90%. На все остальные виды зависимостей в общей сложности приходилось приблизительно 10%. В настоящее же время опиная зависимость составляет чуть более 70%; 2-е место по распространенности стала занимать полинаркомания (зависимость от нескольких психоактивных веществ) – около 13%; возрос удельный вес зависимости от каннабиноидов – 9% (возможно, за счет распространения употребления синтетических каннабиноидов); увеличилась доля стимуляторов, которая составляет чуть более 4% (Рисунок 1).

Фактором, осложняющим как клиническую диагностику, так и лечение, является высокая частота встречаемости коморбидной психиатрической патологии среди больных, сочетано употребляющих несколько ПАВ. По научным данным доля таких больных выросла в течение последних двух-трех десятилетий с 25 практически до 40%. По нашим наблюдениям, этот рост происходит и в настоящее время (Рисунок 2).

У больных наркологического профиля выделяют наиболее распространенные варианты коморбидных психических расстройств. На 1-м месте стоят расстройства личности, аффективные расстройства диагностируются в 16% случаев, расстройства шизофренического спектра – около 10%, умственная отсталость – 8,5%, немного уступают умственной отсталости экзогенно-органические поражения головного мозга, которые составляют 7,4%. Наблюдается и обратная ситуация: среди лиц, страдающих психическими заболеваниями, в частности заболеваниями шизофренического

1 *Винникова М.А.* – д.м.н., профессор, главный научный сотрудник научно-клинического отдела.

2 *Ежкова Е.В.* – врач психиатр-нарколог. ГБУЗ «МНПЦ наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы».

спектра — а для наркологической практики более типичными являются малопрогрессирующие формы — растет доля лиц, страдающих наркоманиями, которые составляют, по различным оценкам, от 10 до 25%.

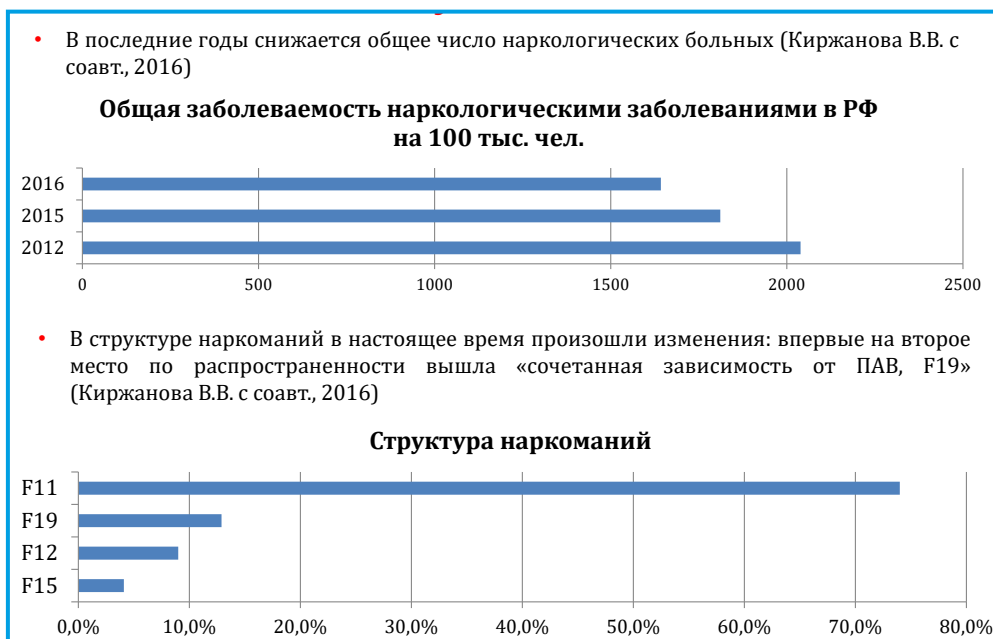


Рис. 1. Общая заболеваемость наркологической патологией в России

ПРОБЛЕМА КОМОРБИДНОСТИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ

- В популяции происходит рост лиц, страдающих сочетанными формами психической и наркологической патологий (*Fisher M. et al., 2005; Regier D.A. et al., 2005, Семке В.Я., Бохан Н.А., 2008; Hunt G.E. et al., 2018*). Так, в течение последних трех десятилетий их число выросло с 25% до 37,4% (*Mauri et al., 2014*).
- Наиболее распространенными нозологическими формами коморбидных психических расстройств у больных наркоманиями являются: расстройства личности 58,9%, аффективные расстройства 15,8%, расстройства шизофренического спектра 9,4%, умственная отсталость 8,5%, экзогенно-органические поражения головного мозга 7,4% (*Чащина О.А., 2011 г.*).
- Среди больных, страдающих заболеваниями шизофренического спектра, наркологическая патология (алкоголизм, наркомания) диагностируется, по различным оценкам, в 10 до 25% (*Liberman J.A., Bowers M.B., 1990, Hanson S.S., 1997, Hunt G.E. et al., 2018*).

Рис. 2. Коморбидная психическая патология у больных наркологического профиля



Рис. 3. Тревожные тенденции современности

Таким образом, можно говорить о следующих тревожных тенденциях современности (Рисунок 3): увеличение количества пациентов с синдромом зависимости от множества психоактивных веществ; увеличение распространенности коморбидной психической патологии среди этого контингента; отсутствуют единые подходы к лечению, потому что есть достаточно большие трудности в диагностике. Данный контингент больных склонен к частому рецидивированию и быстрой инвалидизации. Ну и, соответственно, нет каких-либо не то, что единых, но и вообще общепринятых протоколов лечения этой группы больных.

В ГБУЗ «МНПЦ наркологии» проводится научное исследование, посвященное изучению клинко-динамических особенностей синдрома зависимости от ПАВ у больных с коморбидной патологией шизофренического спектра и разработке дифференцированных подходов к терапии. В своем общем виде дизайн исследования представлен на слайде (Рисунок 4).

Он состоит из двух параллельных блоков: клинко-психопатологическое сравнительное исследование течения наркологического заболевания у больных с «двойным диагнозом» и разработка дифференцированных программ терапии для этих пациентов.

Длительность исследования составляла 3 недели, совпадала с длительностью стационарного курса лечения. В последующем проводилось катамнестическое наблюдение в течение не менее 1,5 лет.

Критерии включения достаточно широкие (Рисунок 5).

В исследование включались лица мужского пола с диагнозом при поступлении «F19 — синдром зависимости от нескольких ПАВ», диагноз F20 (шизофрения и различные ее формы) подтверждался в процессе иссле-

дования. Конечно, все больные должны были подписать несколько информированных согласий, касающихся как участия в научном исследовании, так и использовании специфических лекарственных средств и консультации специалистов.

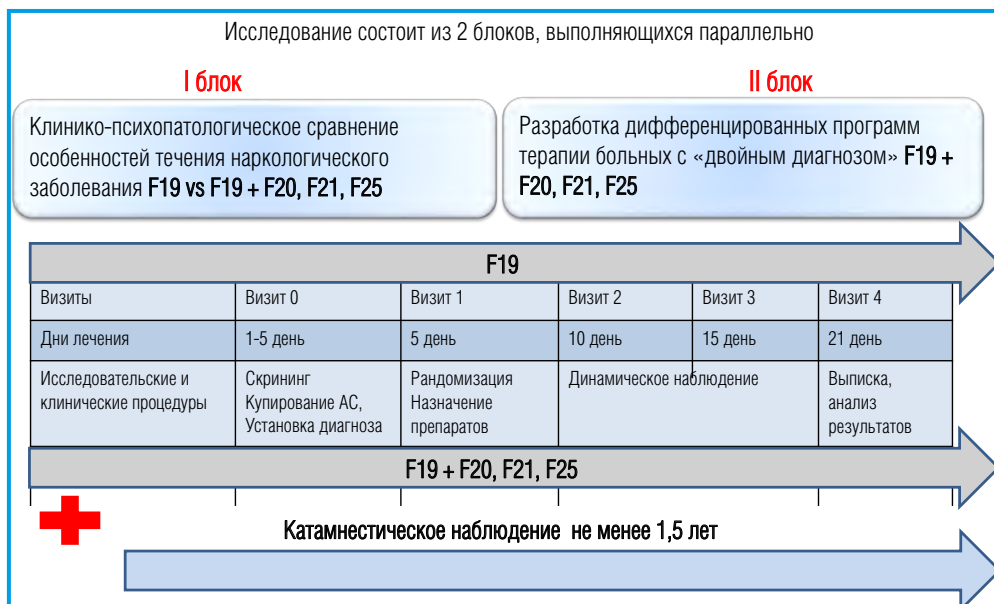


Рис. 4. Дизайн исследования

Критерии включения		Критерии исключения	
Мужчины	+	Патологическое влечение к одному ПАВ	+
Возраст от 20 до 50 лет	+	Патологическое влечение к азартным играм F63.0	+
F20	+	Острые и обострения хронических заболеваний. Положительный анализ RW, HIV	+
F19	+	Повышение АЛТ и АСТ при первичной диагностике более, чем в 3 раза от верхней границы нормы	+
Подписавшие ИС на участие в научном исследовании	+		
Подписавшие ИС на использование атипичных антипсихотиков	+		
Подписавшие согласие на консультацию психиатра	+		

Рис. 5. Критерии включения и исключения из исследования

Критерии исключения: обострения хронических соматических заболеваний, синдром зависимости от одного психоактивного вещества, патологическое влечение к азартным играм.

Мы подбирали шкалы таким образом, чтобы, во-первых, объективизировать наркологический и психиатрический диагнозы, оценить в динамике эффективность и безопасность используемых лекарственных средств.

Шкалы	V0	V1	V2	V3	V4
BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) – шкала для оценки выраженности продуктивной психопатологической симптоматики		+			+
MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) – опросник, используемый для оценки изменений, произошедших при развитии болезни, либо под воздействием терапии	+				
ASI (Addiction Severity Index) – инструмент для комплексной оценки медицинского, психологического и социального состояния лиц, страдающих наркотической зависимостью	+				
PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) – оценка выраженности позитивных, негативных и общих психопатологических нарушений при шизофрении		+			+
Визуальная аналоговая шкала (ВАШ, VAS – Visual Analogue Scale)	+	+		+	+
Шкала патологического влечения к наркотикам (М.А. Винникова)		+	+		+
Катамнестическое наблюдение в течение 1,5 лет					
Шкалы	6 мес	12 мес	18 мес		
PSP (Personal and Social Performance scale) – шкала для оценки изменения социального функционирования	+	+	+		

Рис. 6. Методы (инструменты) исследования

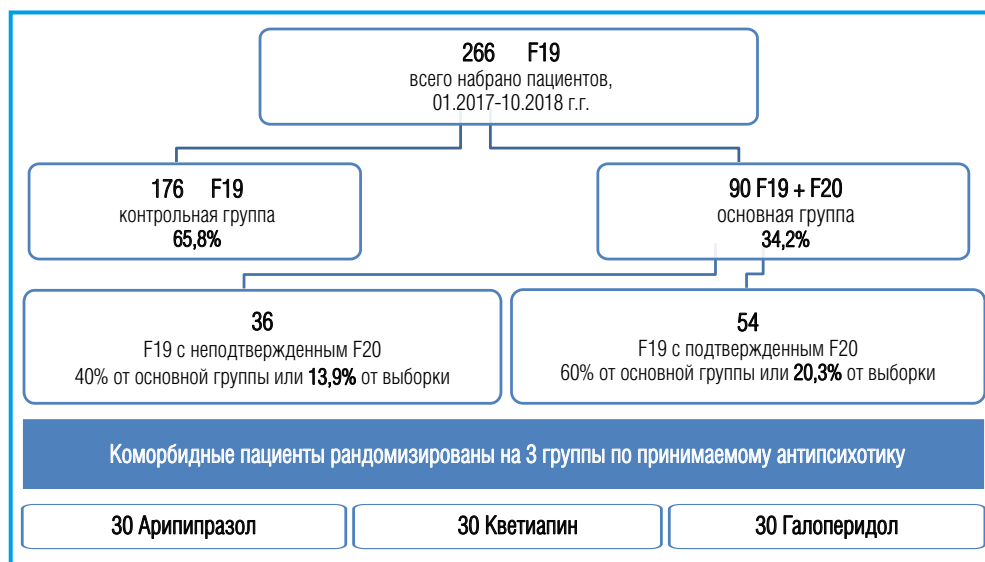


Рис. 7. Характеристика материала исследования

Для катамнестического наблюдения использовалась шкала для оценки изменения социального функционирования, которая позволяла оценить качество сформированной ремиссии.

Переходя к обзору материала исследования, уже можно говорить о некоторых результатах. Было набрано всего 266 пациентов, 34,2% из нихотягощены коморбидно. Это достаточно большой процент отягощенных пациентов. Из этой группы у 60% пациентов (или 20,3% от общей выборки) диагноз уже был установлен до поступления в наркологический стационар. Обращает на себя внимание тот факт, что 40% из этой группы (или 13,9% от общей выборки) ранее не попадали в поле зрения психиатров (то есть, у них не установлен диагноз психического заболевания), хотя клиничко-динамические особенности заболевания свидетельствовали в пользу наличия «двойного диагноза».

Пациенты с «двойным диагнозом» были рандомизированы на 3 подгруппы (по 30 человек в каждой), в каждой из которых назначался один из антипсихотических препаратов: арипипразол в дозе 10–20 мг, кветиапин в дозе 300–60 мг, галоперидол в дозе 10–30 мг.

Коротко про особенности течения наркологического заболевания у пациентов с психической патологией (Рисунок 8).

- Раннее начало: для коморбидных пациентов характерно начало наркологического заболевания в более раннем возрасте. F19+F20 – 21,2 года, а F19 – 23,4 года.
- Высокая прогрессивность: СЗ сформировался в период до трех месяцев, существенно чаще, F19+F20 (60%) в сравнении с F19(48%)
- Хаотичное употребление ПАВ: особенностью больных с двойным диагнозом была невозможность выделить превалирующее ПАВ в структуре употребления. F19+F20(66,8%) в сравнении с F19 (10,3%)
- В структуре абстинентного синдрома преобладают психопатологические расстройства. У коморбидных больных АС протекал с формированием сверхценных идей, паранойальности, идей самообвинения и отношения, преобладали депрессивные настроения, аффективные колебания. F19+F20 (68%) в сравнении с F19 (12%)
- В структуре патологического влечения преобладает идеаторный компонент. У пациентов с двойным диагнозом преобладали размышления, сомнения, внутренний диалог, которые подчеркивали доминантность влечения. F19+F20(68%) в сравнении F19 (12%)

Рис. 8. Особенности течения наркологического заболевания у пациентов с малопрогрессирующими формами шизофрении

Для коморбидных пациентов характерно: более раннее начало, высокая прогрессивность. Следует отметить хаотичное употребление психоактивных веществ. Особенностью больных с «двойным диагнозом» была невозможность выделить превалирующее психоактивное вещество в структуре употребления. В структуре абстинентного синдрома преобладали психопатологические расстройства, касающиеся регистра сверхценных идей, паранойальности, идей самообвинения и отношения, а также аффективных нарушений. А в структуре патологического влечения преобладал идеаторный компонент.

В каждой группе подбор доз антипсихотика осуществлялся индивидуально. Дозы не превышали рекомендованных терапевтических. Основной мишенью терапии являлось купирование аффективных, поведенческих нарушений, а также негативной симптоматики психического заболевания. В исследовании соблюдалось правило монотерапии: назначался один антипсихотический препарат, другие психотропные средства не назначались. К разрешенным препаратам относились гипнотики и транквилизаторы, которые использовались в качестве симптоматической терапии, короткими курсами в минимально допустимых дозах (Рисунок 9).

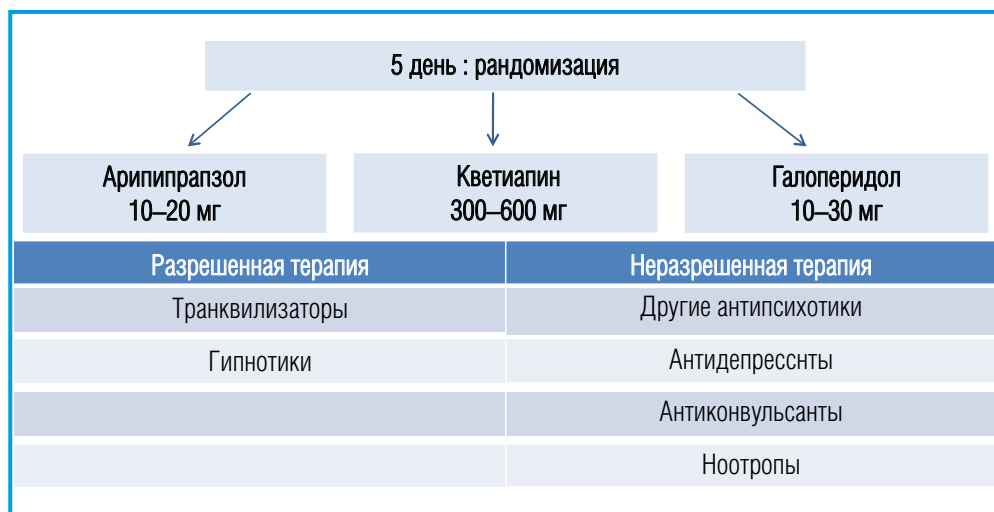


Рис. 9. Разрешенная и неразрешенная терапия

По краткой шкале психопатологических нарушений были получены следующие результаты. Изначально на визите рандомизации различий между группами не было, что свидетельствует об однородности сравниваемых групп. Внутригрупповая динамика была положительной во всех трех группах. Межгрупповой анализ показал, арипипразол достоверно эффективнее в сравнении с галоперидолом. То есть арипипразол более эффективно снимает общую психопатологическую симптоматику (Рисунок 10). В отношении кветиапина достоверных различий достигнуто не было.

По шкале PANSS позитивных и негативных симптомов получены следующие результаты. Динамика общей психопатологической симптоматики: на момент рандомизации группы однородны, то есть на первом визите нет статистически достоверных различий между группами. Внутригрупповая динамика положительная во всех группах. Достигнуты межгрупповые различия между арипипразолом и галоперидолом, между кветиапином и галоперидолом: и арипипразол, и кветиапин более эффективны по сравнению с галоперидолом (Рисунок 11).

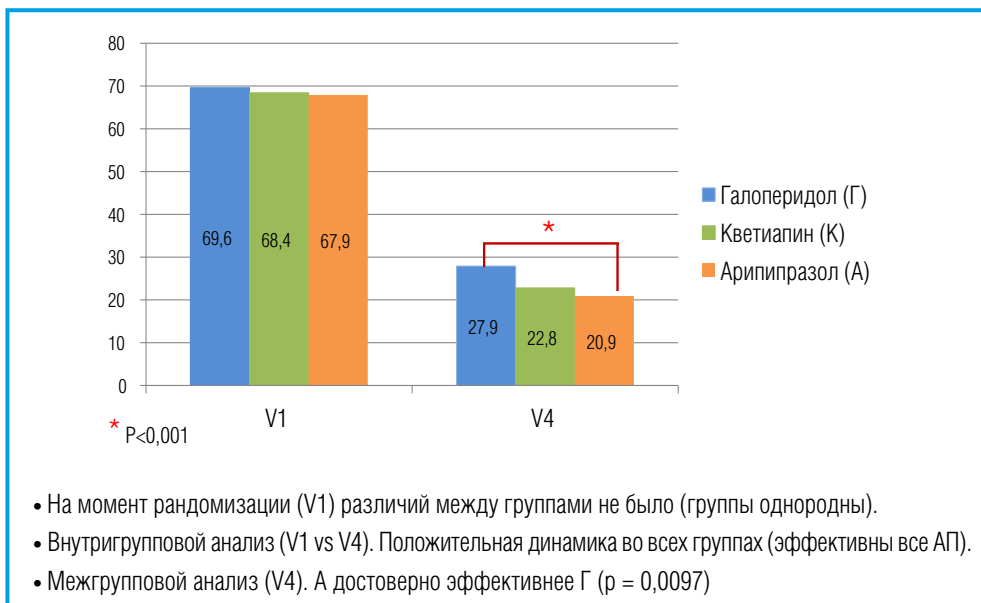


Рис. 10. Результаты исследования: шкала BPRS

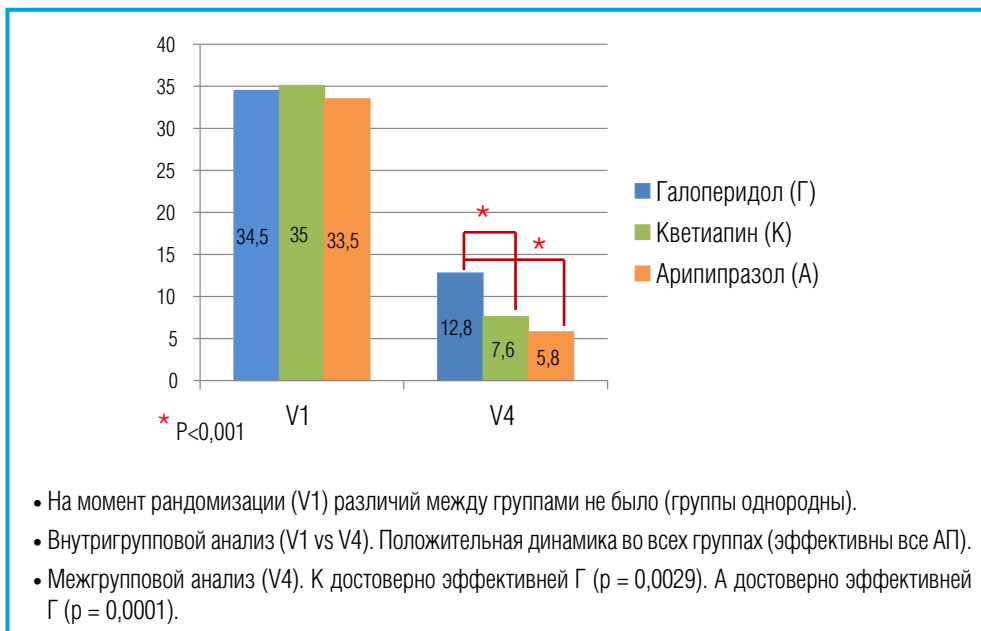


Рис. 11. Результаты исследования: шкала PANSS, общие психопатологические симптомы

Динамика негативной симптоматики: атипичные антипсихотики более эффективны по сравнению с типичным антипсихотиком, пусть даже и таким универсальным, как галоперидол. Получены значительные межгрупповые различия между арипипразолом и галоперидолом, кветиа-

пином и галоперидолом. Непосредственно между арипипразолом и кветиапином достоверных различий нет (Рисунок 12).

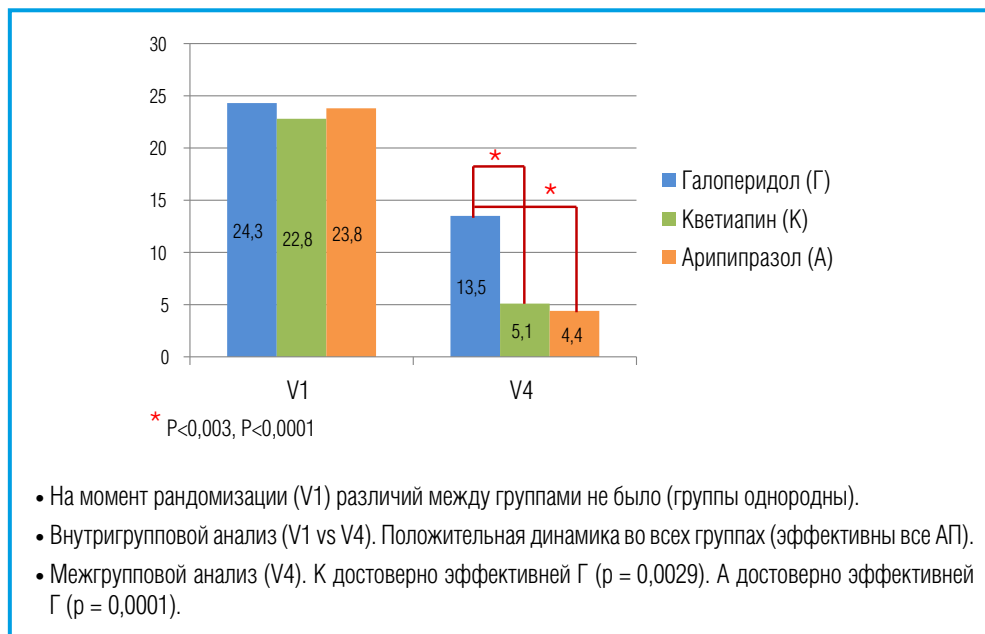


Рис. 12. Результаты исследования: шкала PANSS, негативные симптомы

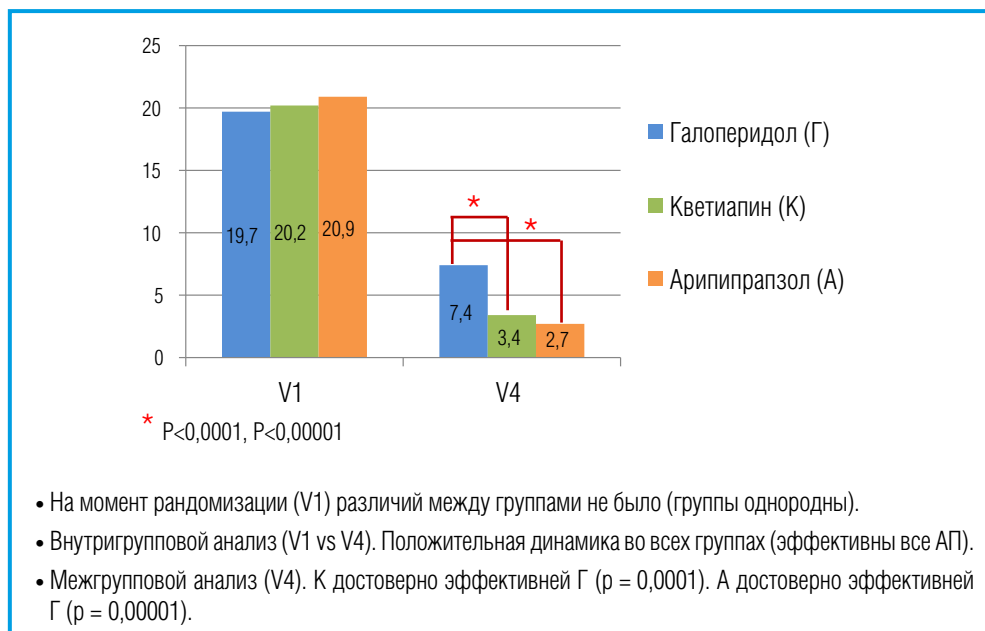


Рис. 13. Результаты исследования: шкала PANSS, позитивные симптомы

В отношении позитивной симптоматики динамика была схожей, и при межгрупповом различии все-таки более эффективно позитивную симптоматику купировали атипичные антипсихотики. Наиболее часто позитивная симптоматика проявлялась сверхценными идеями, паранойяльностью, подозрительностью, идеями преследования, враждебностью. Получены межгрупповые различия между арипипразолом и галоперидолом, кветиапином и галоперидолом. Статистически достоверной разницы между кветиапином и арипипразолом получено не было (Рисунок 13).

Конечно, было весьма интересно посмотреть, как же все-таки реагирует симптоматика наркологического заболевания при терапии основного. Было проведено сравнение по нескольким шкалам. Продемонстрируем результаты по визуально-аналоговой шкале (Рисунок 14).

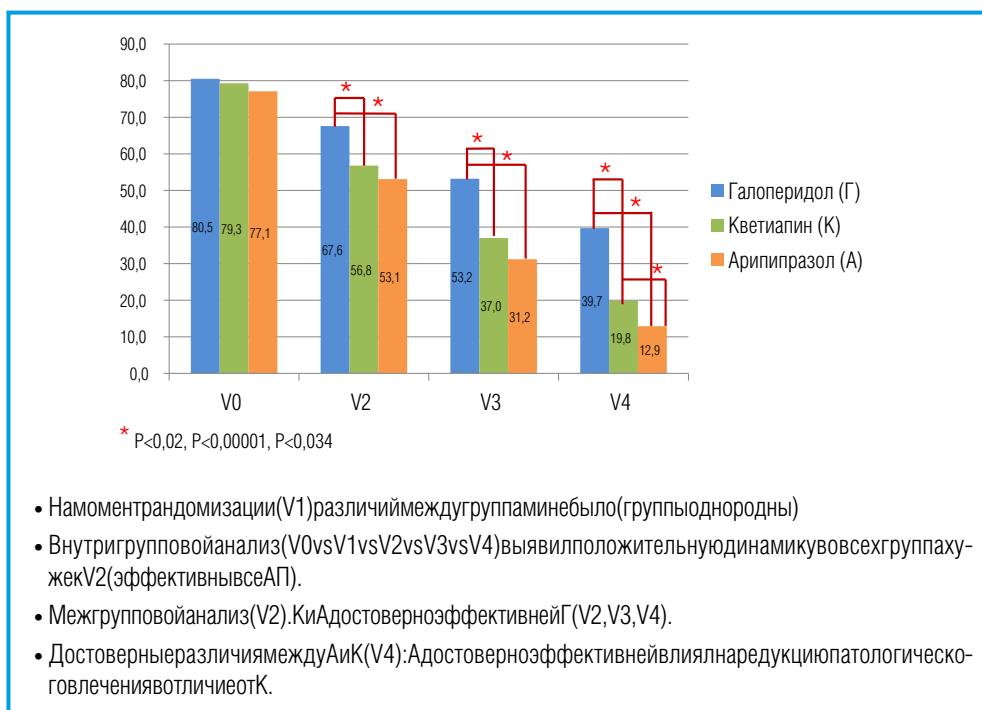


Рис. 14. Результаты исследования: визуально-аналоговая шкала

Если по шкалам BPRS и PANSS результат статистически достоверный результат наблюдался к Визиту 4 (V4), то по шкале ВАШ достоверные различия наблюдались уже к Визиту 2 (V2). Получены межгрупповые различия между арипипразолом и галоперидолом, кветиапином и галоперидолом. Обратите внимание, что к Визиту 4 (V4) получены статистически достоверные различия между кветиапином и арипипразолом в пользу последнего. То есть происходит достоверно более эффективное купирование синдрома патологического влечения под действием арипипразола по визуально-аналоговой шкале.

Катамнестическое наблюдение. При диагностировании шизофрении больным рекомендовалось пройти консультацию врача-психиатра и встать на диспансерное наблюдение. Кто-то из них туда приходил и продолжал лечение, кто-то – нет. Но из общей выборки пока 32 пациента вернулись к врачу-исследователю на один, два или три катамнестических визита. Пока получены достаточно скромные данные. В количественном отношении это единичные пациенты, но пациенты, которые получали атипичные антипсихотики, более успешно удерживаются в лечебной программе: 1,5-годовой ремиссии достигли только пациенты двух основных групп.

На втором графике показано поступательное улучшение персонального и социального функционирования, что свидетельствует об эффективности использования атипичных антипсихотиков в протоколах лечения данного контингента пациентов (Рисунок 15).

Спасибо за внимание. Благодарю!



Рис. 15. Результаты исследования: катамнестическое наблюдение до 1,5 лет

Литература

1. UNODC, World drug report 2013. United Nations Office on Drugs and Crime. New York: United Nations; 2013. 151 p. ISBN: 978–92–1–056168–6. <https://doi.org/10.1111/dar.12110>
2. Наркология: национальное руководство /Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой, 2-е издание, переработанное и дополненное. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2016. 944с. [Narkologiya: natsional'noe rukovodstvo. /Pod red. N.N. Ivantsa, I.P. Anokhinoi, M.A. Vinnikovoi, 2-e izdanie, pererabotannoe i dopolnennoe. M.:GEOTAR-Media; 2016. 944s. (In Russ.).]

3. *Киржанова В.В., Григорова Н.И., Сидорюк О.В.* Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2013–2014 годах. Статистический сборник. М.; 2015. 142 с. [Kirzhanova, V.V. Grigorova N.I., Sidoryuk O.V. Osnovnye pokazateli deyatel'nosti narkologicheskoi sluzhby v Rossiiskoi Federatsii v 2013–2014 godakh. M.; 2015. 142 s. (In Russ.).]
4. *Киржанова В.В., Григорова Н.И., Киржанов В.Н., Сидорюк О.В.* Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2014–2015 годах. Статистический сборник. М.: 2016. 182 с. [Kirzhanova, V.V. Grigorova N.I., Kirzhanov V.N., Sidoryuk O.V. Osnovnye pokazateli deyatel'nosti narkologicheskoi sluzhby v Rossiiskoi Federatsii v 2014–2015 godakh. Statisticheskii sbornik. M., 2016. 182 s. (In Russ.).]
5. *Киржанова В.В., Григорова Н.И., Киржанов В.Н., Сидорюк О.В.* Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2015–2016 годах. Статистический сборник. М.; 2017. 183 с. [Kirzhanova, V.V., Grigorova N.I., Kirzhanov V.N., Sidoryuk O.V. Osnovnye pokazateli deyatel'nosti narkologicheskoi sluzhby v Rossiiskoi Federatsii v 2015–2016 godakh. Statisticheskii sbornik. M., 2017. 183 s. (In Russ.).]
6. *Чащина О.А.* Распространенность, клиническая динамика и профилактика синдрома зависимости от психоактивных веществ у лиц с коморбидными психическими расстройствами: дисс. канд.м.н. О.А. Чашина. Томск. 2011; 265 с. [Chashchina O.A. Rasprostranennost', klinicheskaya dinamika i profilaktika sindroma zavisimosti ot psikhoaktivnykh veshchestv u lits s komorbidnymi psikhicheskimi rasstroistvami: diss. kand.m.n. O.A. Chashchina. Tomsk, 2011; 265 s. (In Russ.).]

Половозрастная структура пациентов соматического стационара, употребляющих алкоголь с вредными последствиями и госпитализированных по неотложным показаниям



Надеждин А.В., Петухов А.Е.

Актуальность проблемы. По данным Всемирной организации здравоохранения, во всем мире в результате вредного употребления алкоголя ежегодно умирает 3,3 миллиона человек, что составляет 5,9% от всех случаев смерти. Вредное употребление алкоголя является причинным фактором более чем 200 нарушений здоровья, связанных с болезнями и травмами. 5,1% общего глобального бремени болезней и травм обусловлено алкоголем, согласно оценкам в показателях DALY (годы жизни, утраченные в результате инвалидности). Употребление алкоголя приводит к смерти и инвалидности на относительно более ранних стадиях жизни. Среди людей в возрасте 20–39 лет примерно 25% всех случаев смерти связаны с алкоголем.

Существует причинно-следственная связь между вредным употреблением алкоголя и целым рядом психических и поведенческих расстройств, другими неинфекционными нарушениями здоровья, а также травмами. В последнее время также установлены связи между вредным употреблением алкоголя и заболеваемостью такими инфекционными болезнями, как туберкулез, а также ВИЧ и СПИД. Помимо негативных последствий для здоровья, употребление алкоголя наносит значительный социально-экономический ущерб отдельным людям и обществу в целом.

Настоящее исследование реализуется Московской научно-практической центр наркологии и городской клинической больницей имени В.П. Демикова. На этапе подготовки к реализации проекта были получены необходимые заключения соответствующих этических комитетов.

Дизайн исследования. У всех больных в возрасте старше 18 лет, госпитализированных по неотложным показаниям в четыре соматических отделения указанной выше городской клинической больницы, бралось информированное письменное согласие на участие в исследовании. Пациентами заполнялись специально разработанные опросники и тест AUDIT. У них брались анализы крови на наличие алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ, а также фосфатидилэтанола.

В рамках данного исследования впервые в Российской Федерации был применен сравнительно новый маркер потребления алкоголя – фос-

фатидилэтанол. Патофизиологически он синонимичен гликозилированному либо гликированному гемоглобину. На практике это означает, что если человек в течение последнего месяца или полутора употребляет алкоголь, то наблюдающиеся за это время пики концентрации алкоголя в крови суммируются в виде показателей фосфатидилэтанола. При отсутствии потребления алкоголя показатель будет составлять 0, при умеренном употреблении $< 0,3$ мкмоль/л, а при употреблении с вредными последствиями — $> 0,3$ мкмоль/л. Отмечаются и катастрофические уровни в 3–4 мкмоль/л — это крайне тяжелое пьянство, которое очень часто имеет фатальные последствия.

На следующем этапе работ проводилась выкопировка ряда данных из медицинской документации пациентов, включенных в исследование. Следует особо отметить, что все опросники и сведения из медицинской документации были обезличены. Проводимое исследование характеризуется высочайшей степенью анонимности и соблюдением прав пациента.

В отделениях городской клинической больницы им. Демикова был собран 3 191 образец крови и такому же количеству пациентов было предложено принять участие в исследовании. Было получено 182 отказа, включено в исследование 3009 человек (Рис. 1). На каждого из них, в соответствии с протоколом исследования, было заполнено три анкеты. На момент написания настоящей статьи были обработаны и введены в базу данных сведения о 2100 пациентах.

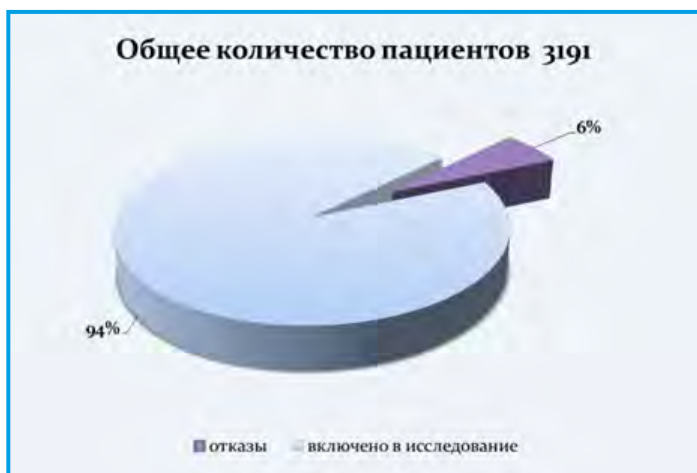


Рис. 1. Включение пациентов в исследование

Взятые образцы крови исследовались в химико-токсикологической лаборатории МНПЦ наркологии. Как указывалось выше, поступило 3 191 образец, из этого числа было исключено и не анализировалось 182 образца, поскольку данные больные либо не смогли, либо не дали согласия на участие в исследовании. Всего было проанализировано 3 009 образцов (Рис. 2).



Рис. 2. Работа с образцами крови в химико-токсикологической лаборатории МНПЦ наркологии

Положительный PEth > 0,3 мкмоль/л был выявлен у 429 пациентов, что соответствует 14,2% от всей выборки. Это позволяет обоснованно утверждать, что среди лиц, поступающих по неотложным показаниям в соматические отделения обычной московской городской клинической больницы, 15% будут иметь потребление алкоголя с вредными последствиями.

Также в анализах крови 137 пациентов были выявлены маркеры некоторых наркотических средств и психотропных веществ, включая диазепам, фенобарбитал и феназепам. То есть, среди пациентов соматического стационара количество лиц, употребляющих наркотические либо психотропные вещества, весьма невелико – 6,3% (Рис. 3).

Хотелось бы обратить внимание, что пациенты с большой заинтересованностью принимали участие в исследовании, в частности, заполняли тест AUDIT. Они также охотно отвечали на вопросы, об употреблении наркотиков в течение своей жизни. В этом отношении очень показательным соотношением лиц, согласившихся на участие в исследовании, и отказавшихся от него.

В основном причинами отказов явились деменция. Среди других причин – тяжесть состояния, сопутствующее психическое заболевание, срочный перевод в другое отделение по неотложным показаниям, отказ от лечения и уход из больницы до того, как с пациентом была проведена беседа. Число полностью дееспособных пациентов, отказавшихся от участия в проекте, не превысило 30 человек.

Статистика наркотических средств, психотропных веществ и психофармакологических препаратов. Основная масса выявленных веществ – это феназепам, бензодиазепины и барбитураты. В 95–96% случаев речь идет о препаратах, назначенных врачами. Нелегальных наркотиков, относящихся к первому либо второму списку, в ходе исследования было выявлено немного: 24 случая каннабиса, 5 – метадона, 4 – амфетаминов, и 3 – опио-

тов. Фактически, не более 2% лиц, поступающих в соматические стационары больниц, находятся в стадии наркотического опьянения.



Рис. 3. Статистика потребления наркотических средств, психотропных веществ и психофармакологических препаратов (абсолютные показатели)

Распределение больных. Больше всего было отмечено поступлений в терапевтические отделения (53%), поскольку они, фактически, работают как отделения «скорой помощи» и диагностические. 25% пациентов поступило в отделение неврологии, 17% – в отделение пульмонологии и 5% – в отделение кардиологии. Среди больных доминируют женщины. 53% поступивших было женского пола, 47% – мужского. По возрасту основная масса поступивших находилась в интервале 41–80 лет. Это – ядерный контингент поступающих в соматические больницы (Рис. 4).



Рис. 4. Распределение обследованных больных по возрасту

По мнению авторов, проявившиеся в ходе исследования гендерные различия связаны с различной продолжительностью жизни у женщин и мужчин. Рассматривая старшие возраста, например 71–90 лет, мы видим доминирующее количество пациентов женского пола.

У 429 больных был выявлен $PEth > 0,3$ мкмоль/л. В этой группе мужчины составили 329 человек, что составляет 10,9% от общего числа включенных в исследование, а женщины – 100 человек (3,3%). Это показывает, что мужчины чаще употребляют алкоголь с вредными последствиями. Если посчитать отношение шансов, то вероятность употребления алкоголя с вредными последствиями в 3 раза выше у мужчин, чем у женщин.

Примерно таким же является и распределение по возрасту. Хотелось бы обратить внимание на казуистический случай: женщина в возрасте 87 лет употребляла алкоголь в количествах, соответствующих категории «употребление с вредными последствиями». Подобный случай был единственным во всей анализируемой выборке. Как правило, эти пациенты не доживают до такого возраста, поэтому не встречаются в клинической практике. Основная масса попадает в интервал с 31 года до 70 лет с локальными максимумами в интервале 41–50 и 51–60 лет.

Общее распределение больных по отделениям, а также распределение больных с положительным $PEth > 0,3$ мкмоль/л приведено на Рис. 5 и 6.



Рис. 5. Общее распределение больных по отделениям

Максимальное процентное отношение лиц, употребляющих алкоголь с вредными последствиями, отмечается в неврологическом отделении. Как правило, речь здесь идет о судорожных расстройствах у сравнительно молодых людей. Сценарий развития ситуации носит достаточно стандартный характер – припадок развивается на улице с последующим вызовом «скорой помощи» и госпитализацией. В терапевтических отделениях пациентов, употребляющих алкоголь с вредными последствиями 6%, в пульмо-

нологических – 1% и менее 1% в кардиологических. В последнем случае речь, как правило идет об алкогольной кардиомиопатии.



Рис. 6. Распределение больных с положительным $PEth$

Показательным параметром является «алкогольное бремя» отделений, то есть доля пациентов с $PEth > 0,3$ мкмоль/л в общем числе исследуемых больных в отделении. Если раньше мы говорили об абсолютных цифрах, то сейчас обратимся к относительным. Они покажут, что алкоголь с вредными последствиями употребляют 24% пациентов неврологического отделения, 13% – кардиологического отделения, 11% – терапевтического отделения и 7,4% – пульмонологического отделения (Рис. 7).

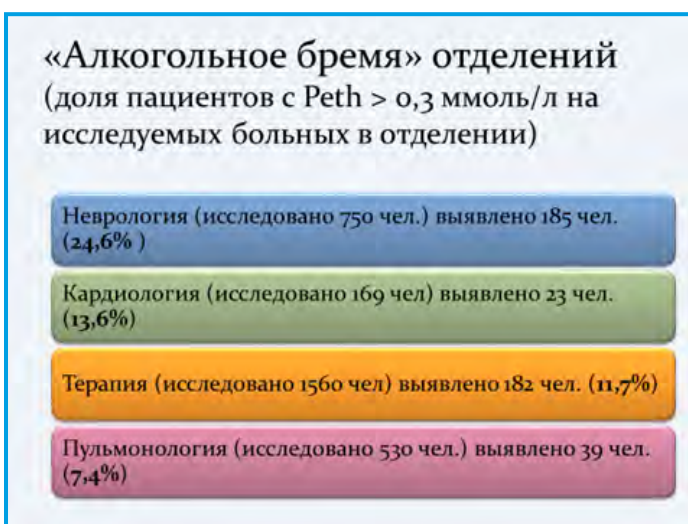


Рис. 7. «Алкогольное бремя» соматических отделений

Ожидаемые результаты. Одной из основных проблем, возникающих у работников органов здравоохранения при попытках проведения первичного скрининга потребления алкоголя с вредными последствиями, является отсутствие удобного инструмента для его проведения. Тест AUDIT, состоящий из 10 вопросов, достаточно громоздок. Его проведение требует 10–15 минут. В рассматриваемом исследовании использовалась сокращенная версия, AUDIT-4, состоящая из 4 вопросов. Важной задачей проекта была проверка того, возможно ли использование сокращенного варианта теста на российской популяции.

Также в ходе проведения исследования впервые в отечественной практике было использовано определение в крови фосфатидилэтанола. Опыт работы с этим важным и высокочувствительным маркером потребления алкоголя во всей Российской Федерации обладает только химико-токсикологическая лаборатория МНПЦ наркологии.

Результаты исследования позволят оптимизировать организационно-методические подходы к лечению и профилактике алкоголь-ассоциированной патологии.

Совершенствование медико-генетического подхода к изучению синдрома зависимости от психоактивных веществ



Есакова А.П.¹

Прогресс молекулярно-генетических технологий обеспечил возможность изучения роли генов в этиопатогенезе любых многофакторных заболеваний, включая и наркологические расстройства.

В настоящее время вклад наследственности в развитие аддикций уже установлен в результате близнецовых и семейных исследований. [1] Влияние наследственности может определять вероятность заболевания в большей или меньшей степени,

что зависит, в первую очередь, от свойств психоактивного вещества.[2]

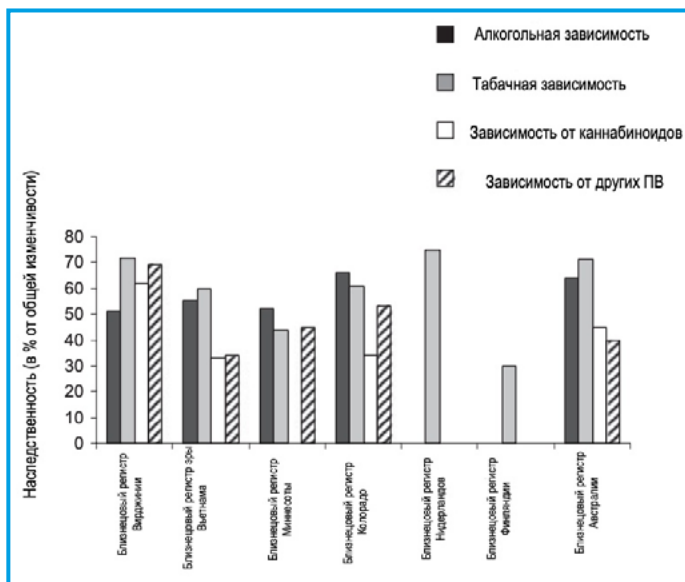


Рис. 1. Близнецовые исследования (по Agrawal, 2008)

Таким образом, в соответствии с данными близнецовых исследований, наследственные факторы опосредуют алкоголизм не менее чем наполовину.

Установление значимой доли наследственности в этиологии нарколо-

¹ Есакова А.П. – Врач-генетик Московского Научно-практического центра наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы (сокращенно: ГБУЗ МНПЦ Наркологии ДЗМ).

гических заболеваний диктует необходимость идентификации конкретных генов и их вариаций, ассоциированных с повышением риска.

Эффекты генетических вариаций могут реализовываться посредством различных механизмов.



Рис. 2. Механизмы реализации генетических вариаций на уровне фенотипа

Знания о механизмах, опосредующих риск формирования зависимости, определили вектор поиска «генов-кандидатов».

Исследования, направленные на выбор потенциально значимых генетических вариаций и оценку их вклада в этиопатогенез синдрома зависимости активно проводились в течение последних 20 лет и позволили значительно углубить понимание биологических основ зависимого поведения.

Исследования методом генов-кандидатов позволили обнаружить наиболее критичные для развития синдрома зависимости от алкоголя полиморфизмы- вариации генов детоксикации этанола – алкогольдегидрогеназы и альдегиддегидрогеназы [3]. Эффекты этих генов могут быть существенными и в отношении хронических заболеваний ЖКТ [4],[5].

Кроме того, статистическую значимость нуклеотидных вариаций гена дофаминового рецептора второго типа и его регуляторной последовательности удалось воспроизвести в ряде исследований методом генов-кандидатов [6].

Метод полногеномного поиска ассоциаций (GWAS) не подразумевает проверки избранных генов, а направлен на обнаружение тех вариаций (полиморфизмов), которые достоверно чаще встречаются среди носителей патологических фенотипов. Вследствие этого концептуального различия, метод полногеномных ассоциаций позволил определить потенциально значимые вариации (полиморфизмы) не только в функциональных последовательностях генома (связанных с нейромедиаторами в головном мозге), но и в тех участках, которые ответственны за регуляцию экспрессии генов

белков в нужное время в нужном месте в ответ на возникшую локальную потребность.

На сегодняшний день в отношении алкогольной зависимости было проведено несколько исследований методом полногеномного поиска ассоциаций. GWAS удалось воспроизвести результаты в отношении генов метаболизма этанола [7], но обладавшие высокой репликативностью в рамках метода «генов-кандидатов» полиморфизмы генов катехол-о-метилтрансферазы, дофаминового рецептора второго типа, дофаминового транспортера и μ -опиоидного рецептора не подтвердили свою статистическую значимость при анализе результатов GWAS [8].

Есть основания полагать, что результаты полногеномных исследований могут значительно изменить текущую практику медико-генетического консультирования и подходы к оценке и прогнозу рисков. Однако, на текущий момент внедрение результатов GWAS в практику медико-генетического консультирования, на наш взгляд, преждевременно: роль некоторых выявленных полиморфизмов неизвестна, производимый ими эффект требует изучения, а фактические коэффициенты мутаций в общей структуре риска необходимо валидизировать, в том числе и в исследованиях другого дизайна.

Таким образом, исследования генетических причин наркологических заболеваний направлены на идентификацию конкретных значимых точек вариации. Данная задача требует продолжения научного поиска и диктует необходимость участия врачей-генетиков в диагностике и изучении болезней зависимости. Интерпретация результатов новых аналитических методов и расшифровка генетических факторов риска сопряжены с необходимостью построения и анализа родословных, анализа сложных фенотипов, разработкой рациональных моделей и обоснованного выбора дизайна исследований.

Литература

1. Prescott, C. and Kendler, K. (1999). Genetic and Environmental Contributions to Alcohol Abuse and Dependence in a Population-Based Sample of Male Twins. *American Journal of Psychiatry*, 156(1), pp. 34–40.
2. Verhulst, B., Neale, M. and Kendler, K. (2014). The heritability of alcohol use disorders: a meta-analysis of twin and adoption studies. *Psychological Medicine*, 45(05), pp. 1061–1072.
3. Edenberg, H. and McClintick, J. (2018). Alcohol Dehydrogenases, Aldehyde Dehydrogenases, and Alcohol Use Disorders: A Critical Review. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 42(12), pp. 2281–2297.
4. Губергриц Н.Б., Голубова О.А. Полиморфизм генов метаболизма этанола при хроническом алкогольном панкреатите // ЭиКГ. 2014. № 5 (105).
5. Edenberg, H. and McClintick, J. (2018). Alcohol Dehydrogenases, Aldehyde Dehydrogenases, and Alcohol Use Disorders: A Critical Review. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 42(12), pp. 2281–2297.

6. Dick, D., Wang, J., Plunkett, J., Aliev, F., Hinrichs, A., Bertelsen, S., Budde, J., Goldstein, E., Kaplan, D., Edenberg, H., Nurnberger, J., Hesselbrock, V., Schuckit, M., Kuperman, S., Tischfield, J., Porjesz, B., Begleiter, H., Bierut, L. and Goate, A. (2007). Family-Based Association Analyses of Alcohol Dependence Phenotypes Across DRD2 and Neighboring Gene ANKK1. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(10), pp.1645–1653.
7. Frank J, Cichon S, Treutlein J, Ridinger M, Mattheisen M, Hoffmann P, Herms S, Wodarz N, Soyka M, Zill P, Maier W, Mössner R, Gaebel W, Dahmen N, Scherbaum N, Schmä C, Steffens M, Lucae S, Ising M, Müller-Myhsok B, Nöthen MM, Mann K, Kiefer F, Rietschel M. Genome-wide significant association between alcohol dependence and a variant in the *ADH* gene cluster. *Addiction Biology*. 2012;17:171–180
8. Olfson E., Bierut L.J. Convergence of genome-wide association and candidate gene studies for alcoholism. *Alcohol Clin Exp Res*. 2012;36:2086–2094.

Профилактика срыва у пациентов с наркологическими расстройствами на примере социально-психологической службы МНПЦН



Новаков А.В.¹, Автономов Д.А.²

НОВАКОВ А.В.:

– Уважаемый Евгений Алексеевич, уважаемые коллеги, участники конференции. Я хотел рассказать о постреабилитационном этапе на примере социально-психологической службы. Амбулаторная программа для лиц, прошедших длительную медико-социальную реабилитацию в реабилитационном центре МНПЦ наркологии (филиале) подтвердила эффективность своей работы в период с 01.02.2015

по 16.07.2018 гг. Программа осуществляла свою деятельность на территории отделений медицинской реабилитации в Филиалах (НД) № 8, № 4, № 6 и № 9. В 2015 году лечение получили – 90 человек, в 2016 году – 188 человек, в 2017 году – 203 человека. За первое полугодие 2018 года – 91 человек.

В целях оптимизации работы медицинского, вспомогательного и административно-хозяйственного персонала, рациональной расстановки кадров и повышения уровня организации работы в подразделениях ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», Приказом № 659 от 09 июля 2018 года «О внесении изменений в штатное расписание» была образована Социально-психологическая служба (клиника), целью которой, в том числе, является психологическая поддержка и социальное сопровождение лиц, прошедших лечение и/или реабилитацию в структурных подразделениях МНПЦ наркологии. Благодаря объединению всех площадок в единую Социально-психологическую службу (СПС) был выработан алгоритм перевода пациентов в постреабилитационное пространство из стационарных отделений МНПЦН.

Кроме того, согласно Приказу № 192 от 20 февраля 2018 г. утвержден порядок реализации научно-практического проекта «Театротерапия в лечении, реабилитации, микро- и макросоциальной адаптации детей с наркологическими расстройствами», и специальной реабилитационно-адаптивной программы «Театротерапия: потому что ты нужен».

В целях формирования системы выявления и мотивирования лиц с наркологическими расстройствами к участию в программах социальной реабилитации, в 2018 году были подписаны Договоры о сотрудничестве между

¹ *Новаков А.В.* – заведующий социально-психологической службой ГБУЗ МНПЦ наркологии ДЗМ

² *Автономов Д.А.* – медицинский психолог ГБУЗ МНПЦ наркологии ДЗМ.

ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» с рядом некоммерческих организаций (НКО), работающих в сфере реабилитации. В этом году представители НКО были активно вовлечены в совместные профилактические мероприятия, научно-практические конференции, форумы и акции.

Я хочу сказать о том, что важным показателем эффективности работы является достижение пациентами ремиссии наркологического заболевания. Такой большой победой, я считаю, то что в 2015 году из 90 человек, которые прошли постреабилитационный этап – 44 пациента находятся в ремиссии более трех лет и были сняты с диспансерного наблюдения по месту жительства. В 2017 году уже 228 пациентов прошли постреабилитационное сопровождение.

Кроме этого, специалисты СПС, активно содействуют в решении социальных вопросов пациентов – трудоустройства, восстановления в учебных заведениях, вовлечения в волонтерское движение, а также оказывают помощь в оформлении инвалидности. Было направлено в Центр занятости населения – 72 человека, из них фактически трудоустроено – 51; оформлена инвалидность/пособие по состоянию здоровья – 7; в статусе волонтера – 3; состоят на бирже труда – 5 человек.

Мы продолжаем работать в этом направлении. Более подробно о психокоррекционных подходах и методиках, которые мы применяем, расскажет медицинский психолог социально-психологической службы Автономов Денис Александрович.

АВТОНОМОВ Д.А:

– Уважаемые коллеги, участники конференции я продолжу сообщение. Рецидивирующий характер наркотической зависимости побуждает к развитию и внедрению ресурсосберегающих технологий лечения и реабилитации, осуществляемых специалистами: врачами психиатрами-наркологами, медицинскими психологами, специалистами по социальной работе и социальными работниками. Цель амбулаторного этапа лечения заключается в том, чтобы обеспечить преемственность терапии и предотвратить возвращение пациента прошедшего реабилитацию к новому срыву и рецидиву наркологического расстройства.

Задача специалистов социально-психологической службы МНПЦ наркологии состоит в том, чтобы укрепить мотивацию на выздоровление, сформировать устойчивый психотерапевтический альянс, научить пациента как избегать ситуаций высокого риска срыва и тому, как сдерживать свои позывы к употреблению психоактивных веществ (ПАВ). Мероприятия по предотвращению срывов и рецидивов включают в себя научно обоснованную фармакотерапию, психотерапию, психокоррекционную психологическую помощь и социальную работу. Эта работа, в рамках третьей профилактики, осуществляется командой специалистов социально-психологической службы МНПЦН, включающей в себя врача психиатра-нарколога, медицинского психолога, специалиста по социальной работе и социального работника. Помимо этого, в работе активно участву-

ют волонтеры-выпускники программы реабилитации с целью повышения комплаентности и мотивации пациентов «новичков». Таким образом, обеспечивается преимущество лечения и оказания реабилитационных услуг для пациентов амбулаторной программы.

Синдром наркотической зависимости понимается, как психическое и поведенческое расстройство, поддающееся лечению, но склонное к рецидивам. Компоненты вмешательства по профилактике срыва и рецидива амбулаторной программы социально-психологической службы МНПЦН включают в себя три этапа. Во-первых, это и оценка степени выраженности влечения к психоактивным веществам. Во-вторых, анализ триггеров, которые запускают у пациента влечение к употреблению ПАВ, оценка факторов риска срыва и рецидива. В-третьих, целенаправленные вмешательства по избеганию воздействия триггера или совладания с влечением к ПАВ.



Рис. 1. Компоненты вмешательства по профилактике срыва и рецидива в рамках амбулаторной программы социально-психологической службы МНПЦН

Итак, начнем со скрининга. Почему мы начинаем с момента скрининга и оценки выраженности влечения? Потому что мы исходим из того, что стержневым феноменом наркологического расстройства является влечение к психоактивным веществам. Влечение является предиктором употребления ПАВ и рецидива, как в процессе, так и по окончании лечения. Наша задача заключается в том, чтобы наши пациенты не вернулись к проблемному употреблению наркотиков после того, как мероприятия по лечению и реабилитации завершились.

Крайне полезной практикой, которую с самого начала общения с пациентом мы вводим в терапевтический дискурс, является использование числовых ранговых (или визуальных аналоговых) шкал для обозначения эмоциональных состояний пациента и силы его влечения. Для профессионала крайне неудовлетворительным является получение ответов без соотнесения (вроде: «слабо», «не очень» и т.д.). Нам необходима точка отчета, ясная и понятная как для специалиста так и для самого пациента. Это поможет пациенту лучше и точнее дифференцировать свои состояния и проблемы,

что позволит ему и врачу лучше отслеживать динамику и эффекты терапии. Иногда пациенты не совсем понимают, что конкретно от него хочет врач или психолог. В таком случае важно дать дополнительное пояснение, например: «Представьте, что 10 баллов это максимально возможный уровень, 1 минимальный, насколько баллов Вы бы сейчас оценили свое состояние?»

В нашей стране, большинство пациентов обращающихся за стационарной медицинской помощью являются зависимыми от опиоидных наркотиков. По этой причине, для психометрической оценки выраженности влечения к ПАВ мы используем «Шкалу влечения к опиоидам» (Opioid Craving Scale (OCS)). «Шкала влечения к опиоидам» – это компактный, трехкомпонентный инструмент оценки выраженности влечения к наркотикам [3]. Шкала состоит из трех вопросов, каждый параметр оценивается по визуальной аналоговой (ранговой) шкале от 0 до 10. Таким образом, максимальное количество баллов, которое может набрать пациент равно 30. По данным разработчиков «Шкалы влечения к опиоидам» использование этого диагностического инструмента позволяет не только оценить выраженность влечения к ПАВ, но и спрогнозировать увеличение вероятности угрозы срыва у пациентов зависимых от опиоидов. По результатам исследования McHugh R.K., с коллегами (2014), каждое повышение на одну единицу по этой шкале было ассоциировано с увеличением на 17% вероятности употребления опиоидов на следующей неделе [3].

Текст опросника «Шкалы влечения к опиоидам» (Opioid Craving Scale):

1. *Насколько сильно вы сейчас хотите принять опиоиды? (Варьируется от отсутствия желания (0) до исключительно сильного (10)).*

2. *Оцените, насколько сильным было ваше желание употребить опиоиды на прошлой неделе, когда что-то напоминало вам об употреблении наркотиков? (Варьируется от отсутствия желания (0) до исключительно сильного (10)).*

3. *Представьте себя в обстановке, в которой вы раньше употребляли опиоиды. Если бы вы оказались в этой обстановке сегодня и если бы это было время дня, в которое вы обычно употребляли опиоиды, какова вероятность того, что вы бы употребили наркотики сегодня? (Варьируется от совсем нет (0) до я уверен, что я бы употребил опиоиды (10)).*

Таким образом, нам в рамках осуществления мероприятий социально-психологической службы МНПЦН удастся оценить и зафиксировать интенсивность актуального влечения на момент обследования и его выраженность на прошедшей неделе. А также специалисты клиники получают возможность оценить самоэффективность – способность пациента сопротивляться влечению к наркотику в целом (третий вопрос шкалы).

Несомненным достоинством «Шкалы влечения к опиоидам» является простота регистрации и оценки, легкость ее применения в клинической практике. Исследование занимает минимальное количество времени, а сама шкала годится для повторного использования при следующей встрече с пациентом. Полученные баллы по «Шкале влечения к опиоидам» заносятся и фиксируются в медицинской карте пациента.

Исследование
занимает
минимальное
количество
времени, а сама
шкала годится
для повторного
использования
при следующей
встрече с
пациентом

Opioid Craving Scale (OCS)

Ваше имя _____ Дата _____

1. Насколько сильно Вы сейчас хотите принять опиоиды? (Варируется от отсутствия желания (0) до исключительно сильного (10)).
0 _____ 10
2. Оцените, насколько сильным было Ваше желание употребить опиоиды на прошлой неделе, когда что-то напоминало Вам об употреблении наркотиков? (Варируется от отсутствия желания (0) до исключительно сильного (10)).
0 _____ 10
3. Представьте себя в обстановке, в которой Вы раньше употребляли опиоиды. Если бы Вы оказались в этой обстановке сегодня и было то самое время дня, в которое Вы обычно употребляли опиоиды, какова вероятность того, что Вы бы употребили сегодня? (Варируется от совсем нет (0) до я уверен, что я бы употребил опиоиды (10)).
0 _____ 10

Запишите сумму баллов. _____

Рис. 2. Бланк «Шкалы влечения к опиоидам» (Opioid Craving Scale (OCS))

Как правило, влечение к психоактивным веществам определяется как субъективный опыт желания. Однако значимая часть пациентов говорят об отсутствии у них желания употреблять ПАВ и отрицают тягу в процессе лечения. Такие пациенты традиционно считаются самыми сложными. Если пациент отрицает переживание влечения к ПАВ, то мероприятия, направленные на уменьшение вероятности рецидива, оценку триггеров, самоконтроль и т.д. не имеют для него почти никакого смысла, так как он не воспринимает влечение к ПАВ как предупредительный сигнал об опасности рецидива зависимости. На таких пациентов, равно как и на пациентов отмечающих очень высокие данные по «Шкале влечения к опиоидам», специалисты социально-психологической службы МНПЦН обращают особенно пристальное внимание.

Следующим компонентом является анализ триггеров, которых запускает у пациента влечение к употреблению ПАВ. Понятие «триггер» (англ. *trigger*) в значении существительного «собачка, защёлка, спусковой крючок – в общем смысле, приводящий нечто в действие элемент»; в значении глагола «приводить в действие») имеет несколько смыслов. Под триггерами в клинике наркологии понимается любые эмоциональные состояния и событийные факторы, которые способствуют активации у пациентов влечения к употреблению ПАВ (тяги) после периода воздержания [1]. Взаимосвязь триггеров и влечения к ПАВ схематично выглядит следующим образом: «триггер» – «мысль» – «тяга» – «употребление ПАВ».

Зависимость в рамках когнитивно-поведенческого подхода понимается как поведенческий стереотип решения своих внутренних и внешних проблем посредством наркотиков, сформировавшийся в результате многократного повторения опыта. Это осознание может привести к пониманию двух перспектив: во-первых, какие конкретно потребности индивид пыта-

ется удовлетворить посредством приема наркотиков, и, во-вторых, какие навыки удовлетворения собственных потребностей нужно развить, чтобы субъект перестал полагаться исключительно на употребление ПАВ.



Рис. 3. Взаимосвязь триггеров и влечения к ПАВ

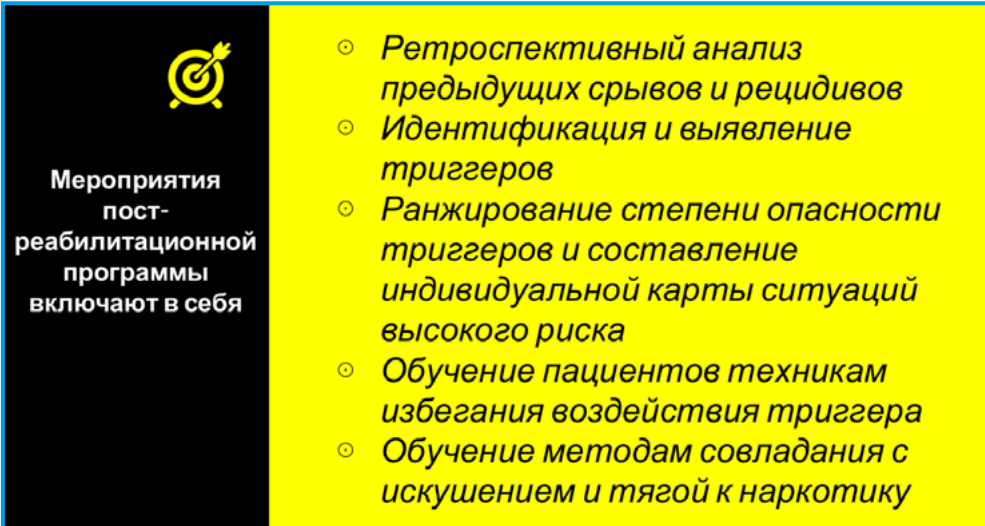
Ретроспективный анализ предыдущих срывов может помочь идентифицировать триггеры, проблемные сферы пациентов, а также ожидаемые ими эффекты от употребления ПАВ. Epstein D.H. с коллегами (2009), выделял 12 триггеров запускающих влечение у пациентов зависимых от героина и кокаина: «Я почувствовал скуку»; «Я был зол или расстроен»; «Я чувствовал волнение, беспокойство или напряжение»; «Мне стало грустно»; «Я почувствовал, что окружающие критически настроены против меня»; «Я был в хорошем настроении и испытывал желание «отметить»»; «Я почувствовал себя плохо, испытал боли или дискомфорт»; «Я увидел героин или кокаин»; «Кто-то предложил мне героин или кокаин»; «Я хотел проверить, что произойдет, если употреблю немного героина или кокаина»; «Я внезапно почувствовал искушение и соблазн употребить героин или кокаин»; «В течение прошедшего часа у меня на руках было 10 и более долларов наличными» [2].

Первоначальным этапом вмешательства является психообразование и просвещение. Специалисты социально-психологической службы МНПЦН доступным языком объясняют пациенту концепцию зависимого поведения и роль триггеров. Как правило, зная анамнез, врач, психолог или социальный работник может на примерах из жизни и истории болезни самого пациента продемонстрировать роль пусковых механизмов в активации влечения к употреблению ПАВ после периода воздержания.

Первостепенной задачей является научение пациентов технологии выявления и идентификации триггеров, «запускающих» активацию влечения. После того, как триггеры были выявлены, специалисты социально-психологической службы МНПЦН, совместно с пациентом, помогают ему оценить степень риска каждого триггера и составить индивидуальную карту ситуаций высокого риска, в котором триггеру будет присвоен ранг опасности (например: красный, оранжевый или желтый). Данные ситуа-

ции могут быть использованы в дальнейшей работе для организации тренинга совладания путем ролевого проигрывания ситуаций и составления рационального плана действий.

Другой задачей является проведение тренинга навыков – как избежать и обходить стороной триггеры. Помимо этого специалисты службы обучают пациентов овладеть другими, более эффективными способами управления своими чувствами и навыками решения проблем, не прибегая к использованию наркотиков.



Мероприятия
пост-
реабилитационной
программы
включают в себя

- *Ретроспективный анализ предыдущих срывов и рецидивов*
- *Идентификация и выявление триггеров*
- *Ранжирование степени опасности триггеров и составление индивидуальной карты ситуаций высокого риска*
- *Обучение пациентов техникам избегания воздействия триггера*
- *Обучение методам совладания с искушением и тягой к наркотику*

Рис. 4. Мероприятия постреабилитационной программы социально-психологической службы МНПЦН

Обобщая, можно сказать, что вмешательства по профилактике срыва и рецидива в рамках амбулаторной программы социально-психологической службы МНПЦН сводится к трем основным пунктам:

1. Признать триггер.
2. Избежать воздействия триггера.
3. Совладать с искушением и влечением к наркотику.

Модель «триггера» вооружает врача или психолога подходом, реализация которого на практике способствует более эффективному взаимодействию с пациентом. Эта концептуализация находит свой отклик в сердцах многих пациентов, которые находят ее разумной, соответствующей их реальному опыту и простой для понимания. Тренировка навыков избегания и совладания снабжает пациентов набором несложных инструментов, необходимых для того, чтобы воздерживаться от употребления наркотиков. Используя этот подход в процессе психокоррекционной работы, специалисты социально-психологической службы МНПЦН стимулируют личную ответственность пациента за свое состояние и предлагает ему самому играть активную роль в изменении дезадаптивного поведения связанного с употреблением ПАВ. В своей работе мы придерживаемся метафоры,

авторство которой предписывается Мартину Лютеру: «Вы не можете запретить птицам летать у Вас над головой, но Вы можете не дать им построить гнездо у Вас на голове».

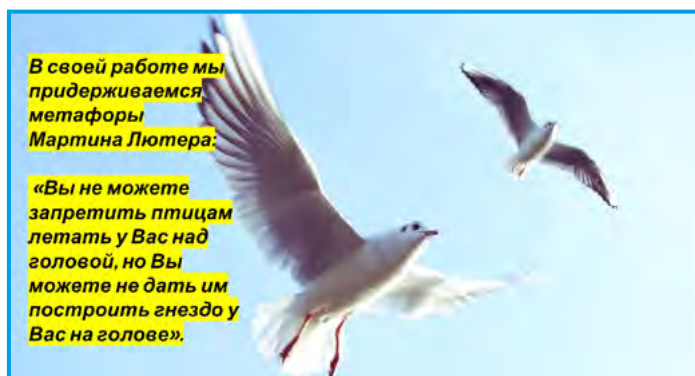


Рис. 5. Терапевтическая метафора

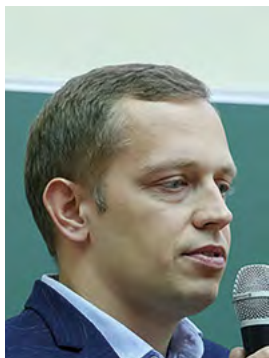
Перефразируя для наших пациентов: «Вы не можете избежать появления тяги к наркотикам, но в Ваших силах не позволить тяге полностью захватить и подчинить Вас». Преодоление стигматизации, пассивности и чувства безнадежности, осознание влияния триггеров и возможности совладания с влечением, способствует росту самооценки и самоуважения пациентов, что самым положительным образом сказывается на качестве их жизни. Пациенты, вставшие на путь изменений, остро нуждаются в объяснительной системе, которая могла бы не только «задним числом» объяснить природу их затруднений, но и была бы способной, прогнозировать реакцию усиления влечения к наркотикам в ситуации, которую мы определяем как «триггер».

Практическая и творческая реализация представленных выше методик способствует развитию сотрудничества с пациентами для осуществления терапевтических целей, большей индивидуализации лечения и отказу от патерналистской традиции, стигматизации и морализаторства.

Литература

1. *Автономов Д.А., Дегтярева Т.П.* Триггеры к употреблению ПАВ и методы психотерапии // Наркология. № 2. 2016. С. 26–33.
2. *Epstein D.H., Willner-Reid J., Vahabzadeh M., Mezghanni M., Lin J.L., Preston K.L.* Real-time electronic diary reports of cue exposure and mood in the hours before cocaine and heroin craving and use // Arch Gen Psychiatry. 2009; 66: 88–94.
3. *McHugh R.K., Fitzmaurice G.M., Carroll K.M., Griffin M.L., Hill K.P., Wasan A.D., Weiss R.D.* Assessing craving and its relationship to subsequent prescription opioid use among treatment-seeking prescription opioid dependent patients // Drug & Alcohol Dependence, Volume 145, 121–126.

Профилактика рецидивов у пациентов с зависимостью от психостимуляторов на этапе реабилитации



Поплевченков К.Н.¹

Актуальность. Количество больных с диагнозом: «Синдром зависимости от психостимуляторов и кокаина» за последние 5 лет увеличилось на 33% (Кошкина Е.А., 2017; Киржанова В.В. 2017). За 2016 г. в структуре госпитализированных больных с «зависимостью от наркотиков» 9,6% составили больные с зависимостью от психостимуляторов, а в сравнении с другими видами зависимости от наркотиков и их сочетанным употреблением, удельный вес

зависимости от психостимуляторов составляет более одной трети. Уровень преждевременного отказа от начатого лечения нередко превышает 50% среди всех обратившихся с зависимостью от психостимуляторов. Количество потребителей кокаина за последние 15 лет возросло на 34%. (UNODS World Drug Report, 2016). В настоящее время наблюдается тенденция сочетанного употребления различных ПАВ и психостимуляторов, при этом выделяются определенные устойчивые варианты сочетанного употребления ПАВ (Roth В. 2007; Prejbisz A. et al. 2011; Рохлина М.Л. 2014). На современном этапе развития наркологии, отсутствуют эффективные методы лечения и профилактики зависимости от психостимуляторов.

Был проанализирован опыт лечения 200 пациентов с диагнозом зависимости от психостимуляторов (F 14.2, F 15.2, F19.2 по МКБ-10).

Результаты. Все пациенты были разделены на группы в зависимости от вариантов сочетанного употребления ПАВ (Рис. 1).

Больше всего оказалось больных с зависимостью от психостимуляторов, не употребляющие другие ПАВ (1-я группа, 71 человек – 36%). Количество больных с зависимостью от психостимуляторов и со сформированной зависимостью от каннабиноидов составило 62 человека – 31%, 2-я группа. В 3-ю группу (21 человек – 11%) вошли больные с зависимостью от психостимуляторов и сформированной зависимостью от опиоидов (метадон, героин). 4-ю группу составили 20 пациентов (10%) употребляющие психостимуляторы сочетано с алкоголем. Пятую группу составили 26 пациентов (13%) которые наряду с систематическим употреблением психостимуляторов употребляли несколько ПАВ и у них была сформирована зависимость от нескольких ПАВ сразу.

¹ Поплевченков К.Н. – к.м.н., старший научный сотрудник, врач психиатр-нарколог группы психотерапии, психологии и реабилитации, Московского научно-практического центра наркологии ДЗ Москвы.

	"1 группа N = 71"	"2 группа N = 62"	"3 группа N = 21"	"4 группа N = 20"	"5 группа N = 26"
Вид ПАВ	Психостимуляторы	"Психостимуляторы + ТГК"	"Психостимуляторы + Опиаты"	"Психостимуляторы + Алкоголь"	"Психостимуляторы + Несколько ПАВ"
Наследственная отягощенность	"28 человек (40%)"	"30 человек (48%)"	"11 человек (52%)"	"13 человека (67%)"	"14 человек (54%)"
Расстройства личности	"14 человек (20%)"	"39 человек (63%)"	"16 человек (78%)"	"14 человек (72%)"	"24 человека (92,3%)"

Рис. 1. Распределение больных по группам

Уровень наследственной отягощенности у пациентов 1-й группы достоверно ниже в среднем на 13% по сравнению с остальными группами. Было установлено, что в группах больных с зависимостью от психостимуляторов и сопутствующим употреблением других ПАВ достоверно больше пациентов с различными расстройствами личности (от 63 до 92% обследованных больных). Чаще других встречаются пациенты с эмоционально лабильным расстройством личности (импульсивный и пограничный типы).

Большинство обследованных больных (56%) прошли курс стационарной медицинской реабилитации по программе, разработанной в соответствии с утвержденными клиническими рекомендациями с продолжительностью от 3 до 12 месяцев. Около 21% всех обследованных больных находились на амбулаторной реабилитации, принимали поддерживающую психофармакотерапию в течение первых нескольких месяцев. 11% всех обследованных больных категорически отказались от дальнейшей реабилитации, приема поддерживающей психофармакотерапии и возобновили употребление ПАВ в первые месяцы после выписки из стационара.

Больше всего пациентов прошедших стационарную реабилитацию в 1-й группе 53 человека (75%). В остальных группах таких больных достоверно меньше (от 36 до 50%) (Рис. 2).

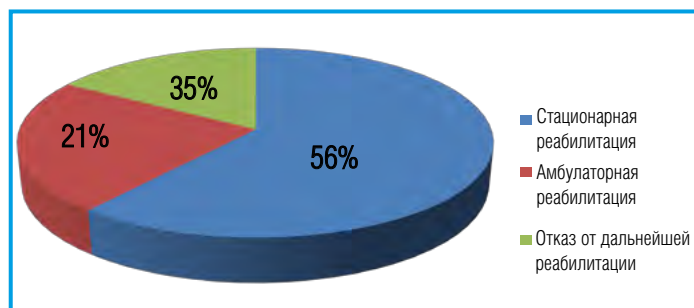


Рис. 2. Количество больных, прошедших реабилитацию, по группам

Мероприятия, направленные на профилактику рецидивов среди всех больных с различными видами зависимости, проводятся на всех этапах медицинской реабилитации, всеми специалистами, участвующими реабилитационном процессе. Медицинское направление осуществляется врачом психиатром-наркологом, психологическое – медицинским психологом, психотерапевтическую работу проводит врач психотерапевт, социальную поддержку проводит специалист по социальной работе (социальный работник и консультант по химической зависимости).

Медицинские мероприятия: фармакотерапевтическое воздействие (строго по показаниям, пациент информируется об этом), физиотерапия, лечебная физкультура. Специфично для больных с зависимостью от психостимуляторов на медицинском уровне – терапия депрессивных расстройств, лечение резидуальных расстройств после перенесенного психоза.

Психологические мероприятия по профилактике рецидивов: индивидуальное и групповое консультирование пациентов (клинический распрос и наблюдение, ориентировано на решение текущих проблем, в том числе связанных с обострением ПВ); психообразование (образовательные программы по профилактике срывов и рецидивов); психокоррекция (психокоррекционные тренинги для выработки новых навыков и способов реагирования на обострения ПВ).

Психотерапевтическая профилактика рецидивов – это психотерапия направленная в первую очередь на купирование патологического влечения к наркотику. 1 этап: Осознание проблемы. Мотивирование. Специфично для больных с зависимостью от психостимуляторов – психотерапия психопатологических расстройств, возникающих после приема психостимуляторов (постпсихотических и депрессивных). 2 этап: Работа по совладанию с симптомами ПВ. Специфично для больных с зависимостью от психостимуляторов – работа с аффективным компонентом ПВ. 3 этап: Социальное подкрепление. Дальнейшее позитивное воздействие на поведение.

Обучения умению определять предвестники обострения влечения к ПАВ и преодолевать рецидивы заболевания с помощью ряда психотерапевтических когнитивно-бихевиоральных методик. Специфично для больных с зависимостью от психостимуляторов – КБТ депрессивных расстройств. Обучения навыкам противостояния стрессовым ситуациям и умению сказать «нет» ПАВ. Обучение родственников пациентов навыкам оказания психологической поддержки пациентам и контролю за их состоянием с целью предупреждения рецидивов заболевания. Преодоление родственниками созависимости

Социальная профилактика рецидивов. Деятельность социального работника совместно со специалистом по социальной работе направлена на повышение стрессоустойчивости и развитие навыков совладающего поведения (продуктивных копинг-стратегий) при возникновении симптомов влечения и эйфорических воспоминаний, связанных с употреблением ПАВ, в конфликтных и других трудных жизненных ситуациях.

Работа со срывом. В соответствии с известным в психотерапии принципом, любой опыт, включая отрицательный, необходимо интегрировать в психотерапевтический процесс и использовать. Специфично для больных с зависимостью от психостимуляторов – проработка токсических эмоций стыда и вины, депрессии. Срыв не означает завершения процесса, окончания усилий, но есть новый опыт, который может оказаться полезен.

Длительность ремиссий (Рис. 3). Количество срывов после выписки у пациентов в 1-й группе, употребляющих одни психостимуляторы, составило 40% (28 человек). В этой же группе достоверно больше всего пациентов с ремиссией от 6 до 12 месяцев – 19 человек (27%).

	1 группа n = 71	2 группа n = 62	3 группа n = 21	4 группа n = 20	5 группа n = 26
Стационарная реабилитация	53 (75%)	27 (43%)	9 (44%)	10 (50%)	9 (36%)
Амбулаторная реабилитация	11 (15%)	19 (31%)	6 (27%)	7 (33%)	4 (16%)

Рис. 3. Длительность ремиссий по группам

Несмотря на большое количество срывов у больных 1-й группы (40%), вместе с этим к систематическому употреблению наркотика в ближайшее время после выписки из стационара вернулись только 10 человек (15%). В остальных группах от 37 до 60% пациентов воздерживались от употребления наркотиков не более 3-х месяцев. Ремиссии сроком от 6 до 12 месяцев удалось добиться 6-и больным (11%) из 2-й группы, употребляющих психостимуляторы и каннабиноиды. В остальных группах больных с ремиссиями от 6 до 12 месяцев было не более 2 человек.

В целом у пациентов 1-й группы продолжительность ремиссии достоверно больше по сравнению с пациентами из остальных групп, в данной группе большинство больных прошли реабилитацию в стационарных условиях. У большинства пациентов из групп употребляющих вместе с психостимуляторами другие ПАВ срывы практически сразу привели к систематическому употреблению ПАВ (Рис. 4).

	1 группа n = 71	2–5 группы n = 129	Достоверность Различия (критерий Фишера)
Срывы	28 (40%)	87 (67%)	p<0,03
Рецидивы	10 (15%)	88 (68%)	p<0,001
Ремиссия 1–3 мес.	20 (29%)	57 (44%)	p<0,001
Ремиссия 3–6 мес.	18 (26%)	21 (16%)	p<0,001
Ремиссия 6–12 мес.	19 (27%)	12 (9%)	p<0,001

Рис. 4. Сравнение групп пациентов при помощи дисперсионного анализа Фишера

Видимо выраженная психопатизация больных 2–5 групп, в целом более тяжелое течение зависимости оказало отрицательное влияние на становление ремиссии. Все, кому удалось добиться ремиссий от 6 до 12 месяцев прошли курс стационарной реабилитации, остальные больные данной группы отказались от стационарной реабилитации и начали проходить реабилитационную программу в амбулаторных условиях, что в короткие сроки привело к возобновлению систематического употребления ПАВ.

Семейная профилактика синдрома зависимости от алкоголя с точки зрения нарушений проспективной способности



Тучина О.Д.¹, Агибалова Т.В.²

Настоящий доклад посвящается психологическим аспектам модификационной профилактики синдрома зависимости от алкоголя с точки зрения коррекции нарушений проспективной способности у зависимых пациентов.

Как известно, низкий комплаенс лечению — это серьезное препятствие в терапии алкогольной зависимости. По некоторым данным, отсев из лечения пациентов с алкогольной зависимостью достигает 57% (Brorson et al., 2016). Низкий комплаенс обусловлен целым рядом факторов, важнейшими из которых являются игнорирование разумных стратегий воздержания, несмотря на декларируемое пациентами знание о них, импульсивное поведение, склонность к рискованному принятию решений, а также предпочтение немедленного вознаграждения отдаленным позитивным последствиям трезвости, которое также носит название гиперболического обесценивания последствий.

Все эти факторы характеризуют неспособность пациентов адекватно планировать свое будущее, прогнозировать его, и отражают различные дефициты проспективной способности, которые описываются в литературе рядом терминов (Рисунок 1).

Цель нашего сообщения — продемонстрировать роль дефицитов проспективной способности в формировании и поддержании алкогольной зависимости, показать их связь с семейными факторами, а также предложить психологические способы модификационной профилактики АЗ.

Начнем с определения проспективной способности. Сегодня это одна из самых широко изучаемых и исследуемых тем в психологических исследованиях. Проспективная способность — это способность формировать психические образы будущего и использовать их в процессе долгосрочного и краткосрочного планирования и принятия решений. Интересно, что нейробиологический субстрат данной способности, сеть пассивного режима работы головного мозга, пересекается с системой, которая ответственна

1 Тучина О.Д. — научный сотрудник, научно-клинический отдел ГБУЗ «МНЦП наркологии ДЗМ», Москва, Россия. E-mail: shtuchina@gmail.com.

2 Агибалова Т.В. — доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, научно-клинический отдел, ГБУЗ «МНЦП наркологии ДЗМ», Москва, Россия. E-mail: agibalovatv@mail.ru.

и за декларативную память (Рисунок 2). Это значит, что при планировании будущего и воспоминании о прошлом люди пользуются сходными мозговыми структурами, и обе способности в значительной степени взаимосвязаны (Schacter & Addis, 2009; Schacter et al, 2012).



Рис. 1. Факторы низкого комплаенса лечению и дефициты проспективной способности



Рис. 2. Проспективная способность и сеть пассивного режима работы мозга

Нейробиологическими исследованиями продемонстрированы параллельные нарушения автобиографической памяти и проспективной способности, которые связаны с нарушениями сети пассивного режима у пациентов с алкогольной зависимостью (Chanraud et al., 2011). Клини-

чески мы видим это не только в бедности и обобщенности автобиографических воспоминаний наших пациентов, но также и в неспособности использовать прошлый опыт для прогнозирования будущего (Нуркова В., Бодунов Е., 2014; Nandrino J.-L. et al., 2017). Фактически пациенты не учатся на собственных ошибках и повторяют вновь и вновь те же самые паттерны. Таким образом, дефициты автобиографической памяти являются одним из важнейших факторов нарушения проспективной способности (Рисунок 3).

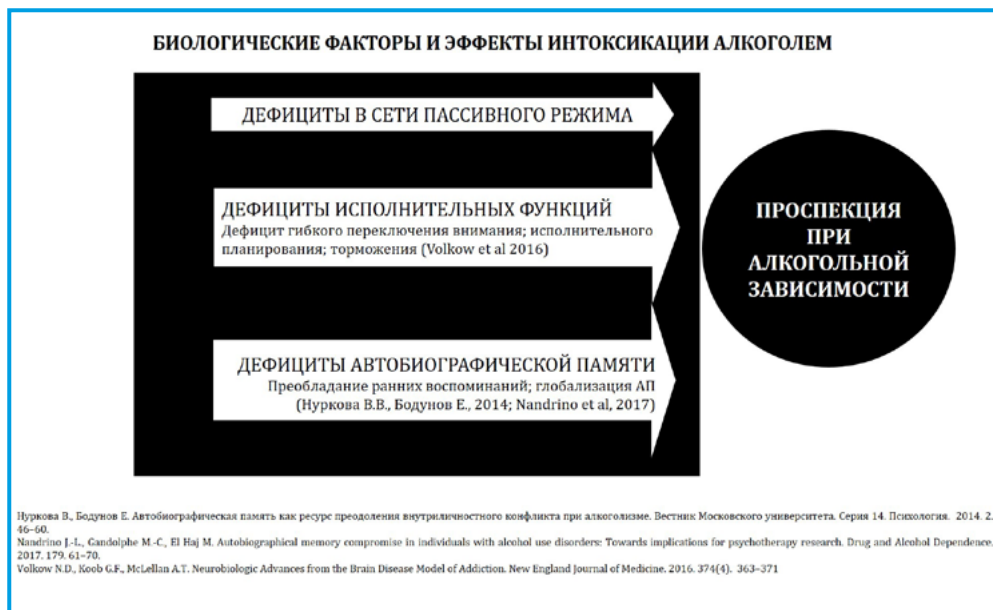


Рис. 3. Факторы нарушения проспективной способности

Другим фактором являются дефициты исполнительных функций, которые вызваны хронической или острой интоксикацией алкоголем (Volkow N.D., 2016). Интересно, что указанные дефициты самостоятельно восстанавливаются, а также корригируются при помощи методов когнитивной психотерапии, когнитивной реабилитации по истечении определенного срока воздержания от алкоголя. В то же время дефициты способности прогнозировать, планировать, предвидеть результат собственных действий сохраняются у пациентов с алкогольной зависимостью даже при формировании устойчивых долгосрочных ремиссий.

Почему это происходит? На сегодняшний день исследователями установлено, что проспективная способность может реализовываться в двух основных формах (Рисунок 4). Первая из них – это сознательная проспекция, которая отражает сознательные трудности моделирования, прогнозирования, формирования намерений и планирования (Szpunar K.K. et al, 2014; D'Argembeau A. et al., 2010). Это то, что называют антиципационной несостоятельностью наших пациентов (Менделевич В.Д., 2011).



Рис. 4. Формы перспективной способности

В то же время, работая с пациентами с алкогольной зависимостью, мы видим, что они демонстрируют абсолютно сохраняющую способность к планированию, прогнозированию в случае совершения каких-то анти-социальных поступков либо сознательного обхода действия фармакопрепаратов. Также мы наблюдаем высокую частоту алкогольных суицидов, летальные попытки которых, как известно, связаны с очень хорошим планированием. Все эти действия сложно назвать по-настоящему сознательными, сознательным планированием. Скорее, здесь действует более глобальная бессознательная программа (Gerrans P., Sander D. 2013; Szpunar K.K., 2010).

В терминах когнитивной психологии такие бессознательные перспективные схемы известны под названием автоматических когнитивных схем, сценариев (Рисунок 5). В терминах автобиографических исследований их называют «культурным сценарием». В психодинамически ориентированной психотерапии используется термин «сценарий жизни», который отражает долгосрочное бессознательное планирование людьми своей собственной судьбы.

Все эти психологические подходы сходятся в том, что сценарий формируется под влиянием социокультурных факторов, и в особенности семейного окружения, и выступает в качестве схемы, с помощью которой человек организует собственный опыт, ретроспективно и проспективно. Различными исследованиями установлено, что в ситуациях стресса, неопределенности или под влиянием химических веществ малоосознаваемые когниции способны обходить исполнительный контроль и стимулировать импульсивное поведение. Это изучалось очень широко в моделях двойного процесса.

АВТОМАТИЧЕСКИЕ ПРОСПЕКТИВНЫЕ СХЕМЫ

- **Сценарий** – определенная последовательность событий или действий в определенном контексте или ситуации; «предсуществующее» знание, разделяемое собеседниками (*Shank & Abelson, 1977*)
- **Сценарий** - индивидуальные правила прогнозирования, интерпретации, реакции на и контроля над укрупненным набором сцен (*Tomkins, 1979*)
- **Культурный сценарий** – общекультурное знание о последовательности и времени высокозначимых и преобладающих событий в рамках идеального жизненного пути (*Berntsen & Rubin, 2004*)
- **Сценарий жизни** – жизненный план, основанный на решениях, принятых в детстве; подкрепленный родителями; оправданный последующими событиями и обретающий кульминацию в виде выбора определенной альтернативы (*Berne 1972*)

Berne E. What do you say after you say Hello? New York: Grove Press, 1972.
Berntsen D., Rubin D.C. Cultural life scripts structure recall from autobiographical memory. *Memory & Cognition*. 2004. 32. 427–442.
Shank R., Abelson R. Scripts, Plans, Goals and Understanding. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1977.
Tomkins S. Script theory: Differential magnification of affects. In H. E. Howe, Jr., & R. A. Dienstbier (Eds.), *Nebraska Symposium on Motivation - 1978* (Vol. 26, pp. 201-236). Lincoln: University of Nebraska Press

Рис. 5. Определения автоматических проспективных схем

Таким образом, социокультурные влияния являются фактором формирования и сохранения дезадаптивных проявлений проспективной способности (Рисунок 6).



[Рис. 6. Факторы нарушения проспективной способности]

Это можно увидеть в следующих клинических примерах. Пациент К., 67 лет, 6 месяцев находится в ремиссии и получает поддерживающую амбулаторную терапию. Зависимость у пациента сформировалась в 30 лет, когда пациент работал гравером на заводе и получал оплату спиртом за «калым».

Сначала этот спирт отдавался коллегам, а потом под влиянием жены, которая предлагала ему отдохнуть после работы, начал употреблять сам. Употребление стало периодическим.

Пациент употреблял алкоголь на протяжении 20 лет, но в 50 лет у него была обнаружена астма, которая стала для него очень серьезной встряской. К. принял сознательное решение отказаться от употребления алкоголя и от курения, и сформировал 17-летнюю ремиссию никотиновой зависимости и годовичную ремиссию алкогольной зависимости. Срыв алкогольной ремиссии произошел после того, как жена привезла с юга красное вино и предложила употреблять его в оздоровительных целях.

Пациент продолжал попытки лечения. Он два раза лечился предметно-опосредованной терапией, один раз кодировался на год, второй раз — на три. В обоих случаях пациент соблюдал сроки терапевтической договоренности и начинал употреблять сразу же после того, как оканчивался его терапевтический договор.

Случай интересен тем, что пациент демонстрирует хорошее сознательное планирование. К. 17 лет не курит (а трудность поддержания ремиссии никотиновой зависимости — общеизвестна). К. способен контролировать употребление и не употребляет перед поездками на рыбалку, никогда не водит машину в состоянии интоксикации или в состоянии синдрома отмены.

На вопрос о том, как он представляет свою жизнь через 5 лет, К. дает подробный и очень красочный отчет, что очень редко для наших пациентов, временная перспектива которых обычно ограничивается периодом не более года. Все эти факторы свидетельствуют о достаточно неплохом терапевтическом потенциале К., но его болезнь продолжает развиваться. Пациент продолжает употреблять после всех попыток лечения.

Такой паттерн может свидетельствовать о наличии у К. сценария — когнитивной перспективной схемы, которую мы можем видеть на генограмме (Рисунок 7). Это «двойное дно» сценариев, передающихся в его семье, и определяет его планирование в долгосрочном периоде, лишая его проекцию эффективности.

На вопрос о предполагаемой продолжительности жизни К. отвечает, что планирует дожить до 80 лет. Однако последний указанный им возраст по методике «Линия жизни» — 67 лет. Причем он ставит на этой линии отметку о собственной смерти за 1,5 сантиметра до окончания. Фактически подсознательно пациент планирует «досрочную» гибель, не достигая 85 лет.

Следующее наблюдение дополнительно демонстрирует, как сценарий проявляется в перспекции, которая связана с продолжительностью жизни, и какую роль в этом могут играть семейные факторы (Рисунок 8). Пациент П. находится в ремиссии алкогольной зависимости 20 лет. По линии отца два его брата близнеца, умерли в 4-месячном возрасте от пневмонии, причем в один день. Отец Петра, который страдал алкогольной зависимостью, назвал двух своих сыновей в честь своих погибших братьев, Иваном и Петром.

Оба сына выросли, сформировали алкогольную зависимость. Причем, младший Иван в 38 лет покончил жизнь самоубийством на фоне алко-

гольного опьянения. А Петр незадолго до самоубийства брата обратился за профессиональной помощью и сформировал 20-летнюю ремиссию. До сих пор посещает поддерживающие психотерапевтические сессии.



Рис. 7. Генограмма К.



Рис. 8. Генограмма П.

Петр называет собственного сына в честь своего отца Аланом, и сын также умирает в тот же день, в который покончил жизнь самоубийством его брат, и в тот же день, в который умерли его дяди по линии отца, 15 мая, и также в возрасте 4 месяцев. Дата 15 мая очень беспокоит пациента. Он шутит, что умрет в скором времени 15-го числа. При конфронтации такой негативной иронии и на прямой вопрос о планируемой смерти, он заявляет, что планирует прожить до 82 лет. Тем не менее, по «Линии жизни» его жизнь до последнего представляемого события занимает 84% жизни, то есть подсознательно остаток его жизни не превышает 11 лет. Терапевтический договор заключен П. на 10 лет, где-то до возраста 62 лет. Соответственно, между сознательным и бессознательным планированием наблюдается 20 лет разницы. Таким образом, в психике П. как бы два возможных срока смерти — 82 года, сознательный, и 62 года — бессознательный.

Что это значит с точки зрения проспективной способности? Мы видим, что оба пациента демонстрируют дезадаптивные и мало осознаваемые формы проспективной способности параллельно адаптивным и осознаваемым. Интересно, что оба пациента способны поддерживать длительные сроки трезвости и не имеют сочетанных психических расстройств. То есть мы исключаем влияние каких-то экзогенных факторов в нарушениях проспективной способности.

В то же время автобиографические повествования обоих пациентов открывают наличие семейных факторов, которые способствовали формированию бессознательных проспективных схем, которые нарушают сознательное планирование. Среди этих факторов необходимо отметить социальный прайминг. В случае П. это прайминг имени, когда в его семье все называли своих детей именами умерших не своей смертью родственников. В случае К. это прайминг концепции преждевременной смерти и употребления алкоголя.

Вторым фактором можно назвать сценарный скаффолдинг. Это специфические семейные повествования, которые создают семантическую опору для формирования автоматических проспективных схем. В случае П. это семейный секрет близнецов, которые умерли в один день от пневмонии. А в случае К. это любимая сказка этого пациента «Золушка», которую рассказывала ему мать. Интересно, что в судьбе К. сложилась похожая ситуация, поскольку отец не признавал К. своим сыном, в пьяном виде избивал его и жену. В самой сказке для К. ключевым моментом для него был пир горой, который он, собственно, и воспроизводит теперь всю свою жизнь, уходя от тяжелых чувств стыда, безысходности и одиночества.

В этом смысле на первый план в семейной профилактике алкогольной зависимости выходят инсайт-ориентированная психотерапия, которая сфокусирована на выявлении дезадаптивных проспективных схем, которые транслируются между поколениями, и позволяет реконсолидировать негативные самоопределяющие проекции, сформированные нашими пациентами.

Это может осуществляться в рамках семейной терапии, когнитивно-поведенческой терапии, такого метода, как транзактный анализ. Также очень хорошо для этого подходят методы анализа генограмм, «Линии жизни» (Нуркова В.В., 2000), которые дополняются полуструктурированными интервью (сценарным опросником (Johnsson, 2011), аутоагрессивным интервью (Шустов Д.И. и др., 2000)).

Таким образом, мы видим, что дефициты проспективной способности вполне могут корректироваться. Хотя мы не можем изменить реальное прошлое наших пациентов, мы вполне способны реконсолидировать воспоминания о нем и создать новую, более оптимальную картину будущего.

Литература

1. *Менделевич В.Д.* Антиципационные механизмы неврозогенеза. Казань: Медицина, 2011. 288 с.
2. *Нуркова В.В.* Свершенное продолжается: Психология автобиографической памяти личности. М.: Изд-во Университета РАО, 2000.
3. *Нуркова В., Бодунов Е.* Автобиографическая память как ресурс преодоления внутриличностного конфликта при алкоголизме. Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2014. № 2. 46–60.
4. *Шустов Д.И., Меринов А.В., Валентик Ю.В.* Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью. М: МЗ РФ, 2000. 20 с.
5. *Brorson H.H., Arnevik E.A., Rand-Hendriksen K., Duckert F.* Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*. 2013; Vol. 33. P. 1010–1024.
6. *Chanraud S., Pitel A.L., Pfefferbaum A., Sullivan E.V.* Disruption of Functional Connectivity of the Default-Mode Network in Alcoholism. *Cerebral Cortex*. Oxford University Press (OUP); 2011; Vol. 21(10). P. 2272–81.
7. *D'Argembeau A., Lardi C., van der Linden M.* Self-defining future projections: Exploring the identity function of thinking about the future. *Memory*. 2012. Vol. 20(2). P. 110–120.
8. *Gerrans P., Sander D.* Feeling the future: prospects for a theory of implicit propection. *Biology & Philosophy*. 2013. Vol. 29(5). P. 699–710.
9. *Johnsson R.* Client Assessment in Transactional Analysis – A Study of the Reliability and Validity of the Ohlsson, Björk and Johnsson Script Questionnaire. *International Journal of Transactional Analysis Research & Practice*. 2011. Vol. 2(2). doi: 10.29044/v2i2p19
10. *Nandrino J.-L., Gandolphe M.-C., El Haj M.* Autobiographical memory compromise in individuals with alcohol use disorders: Towards implications for psychotherapy research. *Drug and Alcohol Dependence*. 2017. Vol. 179. P. 61–70.
11. *Schacter D.L., Addis D.R.* On the nature of medial temporal contributions to the constructive simulation of future events. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*. 2009. Vol. 364. P. 1245–1253.
12. *Schacter, D. L., Addis, D. R., Hassabis, D., Martin, V. C., Spreng, R. N., & Szpunar, K. K.* The Future of Memory: Remembering, Imagining, and the Brain. *Neuron*, 2012. 76(4). P. 677–694.

13. *Szpunar K.K.* Evidence for an implicit influence of memory on future thinking. *Memory & Cognition*. 2010. Vol. 38(5). P. 531–540.
14. *Szpunar K.K., Spreng R.N., Schacter D.L.* A taxonomy of prospection: Introducing an organizational framework for future-oriented cognition. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2014. Vol. 111(52). P. 18414–18421.
15. *Volkow N.D., Koob G.F., McLellan A.T.* Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. *New England Journal of Medicine*. 2016. Vol. 374(4). P. 363–371

**В преддверии принятия МКБ-11:
перспективы перехода на новую
классификацию в российской психиатрии**

Диагностика шизофрении и расстройств аффективного спектра в клинической практике психиатра



Мартынихин И.А.¹, Незнанов Н.Г.²

О нововведениях в главе психических и поведенческих расстройств Международной классификации болезней (МКБ) в России чаще упоминают в негативном свете. Критика касается и используемой уже 20 лет МКБ-10, и планов, связанных с ее пересмотром. Однако давайте посмотрим на процесс разработки МКБ с другой стороны, задумаемся, почему авторы МКБ-11 говорят о важности утилитарных свойств классификации и диагностического руководства к ней. В первую очередь это связано с тем, что при создании руководств, которые будут использоваться на практике большим числом специалистов, необходимо отталкиваться не от теоретических конструкций, а от того, как психиатры осуществляют диагностику психических расстройств в своей работе, а также от того, какие пациенты к ним обращаются.

К сожалению, можно констатировать, что в России диагностика психических расстройств имеет существенные изъяны, что, вероятно, обусловлено большим числом разнообразных факторов, как связанных с организацией психиатрической помощи, её доступностью, так и с пробелами в образовании психиатров, отставании программ обучения в нашей стране от эволюции мировой психиатрии. Иллюстрацией этому могут служить данные официальной государственной статистики. На рисунке 1 представлены данные о контингентах больных с расстройствами аффективного спектра и шизофренией, наблюдавшиеся в 2005–2013 гг. в государственной психиатрической службе [1].

Данные, представленные на рисунке 1, свидетельствуют о значительном преобладании пациентов с установленным диагнозом шизофрении (0,34% населения в 2013 году), тогда как, например, пациентов с непсихотическими депрессиями наблюдалось практически в пять раз меньше (0,074% населения в 2013 году). При этом, согласно эпидемиологическим

1 *Мартынихин И.А.* – к.м.н., доцент кафедры психиатрии и наркологии 1СПбГМУ им. И.П. Павлова, редактор веб-сайта Российского общества психиатров.

2 *Незнанов Н.Г.* – д.м.н., профессор, директор Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии 1СПбГМУ им. И.П. Павлова, Президент Российского общества психиатров.

исследованиям, истинная распространенность депрессии и шизофрении должна быть обратной: депрессией страдает около 5,7% населения в год [2], тогда как распространенность шизофрении в срезовых исследованиях составляет приблизительно 0,4% населения [3]. То же касается и биполярного аффективного расстройства (БАР): заболеваемость БАР в течение года составляет порядка 1,2% населения [3], что как минимум в три раза чаще распространенности шизофрении, однако, согласно данным российской психиатрической службы, количество уставленных диагнозов БАР в нашей стране исчезающе мало (0,008% населения в 2013 году) и не идет ни в какое сравнение с количеством установленных диагнозов шизофрении.



Рис. 1. Контингенты зарегистрированных в течение года больных с расстройствами аффективного спектра и шизофренией, наблюдавшиеся в 2005–2013 гг. в государственной психиатрической службе (на 100 тыс. населения) [1]

Подобные статистические данные делают актуальным вопрос о том, какими критериями при диагностике психических расстройств пользуются российские психиатры? Согласно ст.10 Закона РФ от 02.07.1992 «О психиатрической помощи...» диагностика психических расстройств должна осуществляться «в соответствии с общепризнанными международными стандартами», более того, с 1999 года в соответствии с приказом Минздрава (№ 170 от 27.05.1997 года) Россия должна была перейти на кодирование болезней по МКБ-10. Все диагностические руководства к МКБ-10 (а их было выпущено ВОЗ четыре версии) доступны, как в виде печатных изданий, так и в электронном формате, в котором они представлены на сайте Российского общества психиатров (РОП) (<https://psychiatr.ru/news/181>).

Однако используют ли российские психиатры на практике критерии диагностических руководств МКБ-10 или опираются на какие-либо другие диагностические подходы? Этот вопрос остается открытым. Создается субъективное впечатление, что в нашей стране одновременно используются очень серьезно различающиеся между собой подходы к диагностике психических расстройств, что обусловлено тем, что в ВУЗах до сих пор изу-

чают психиатрию преимущественно в соответствии «традиционным нозологическим» подходом, клиническая работа психиатров, как было отмечено выше, должна быть основана на МКБ-10, т.к. врач несет юридическую ответственность за свои действия с больным, а научные публикации, которые мы читаем в журналах, используют совершенно другие подходы, в первую очередь американскую классификацию DSM и психометрические методики.

С тем, чтобы подробнее ответить на вопрос о том, какие подходы используются российскими психиатрами на практике при диагностике шизофрении, в 2016 году на сайте РОП нами был организован онлайн опрос. В опросе участвовало достаточно большое число психиатров (807 человек), со средним стажем 17 лет, 69 докторов наук и 152 кандидата наук. Среди респондентов было 33% работников стационаров, 39% – амбулаторной службы, научно-педагогических работников и представителей администрации ЛПУ – 25%.

Что же продемонстрировали результаты опроса? С одной стороны, коды МКБ-10 используют практически все наши коллеги (96%). С другой, критериями диагностики шизофрении, изложенными в диагностическом руководстве к МКБ-10, руководствуются далеко не все респонденты: в каждом случае с ними сверяется лишь 14% респондентов, еще 21% делают это часто, тогда как 36% ответили, что сверяются только в диагностически неясных случаях, 26% не сверяются с ними совсем, но ориентируются на них в общем смысле, а 3% не используют вовсе.

Утилитарные свойства критериев диагностики шизофрении наши респонденты в среднем оценили не очень высоко: удобство использования на 3,4 балла из 5, соответствие перечня клинике, наблюдаемой у своих больных, – на 3,6 баллов. Действительно, перечень критериев шизофрении, который есть в диагностическом руководстве к МКБ, достаточно объемный, в нём достаточно сложно ориентироваться. Тем не менее, когда мы попросили респондентов оценить каждый из пунктов перечня в отдельности, все-таки большая часть ответов была в пользу того, чтобы оставить эти критерии такими, как они сформулированы сейчас, и в МКБ-11. Более того, для ряда критериев существенная часть респондентов указали, что их необходимо сделать обязательными, облигатными для диагностики. В первую очередь это относится к негативной симптоматике.

Перечень критериев диагностики шизофрении в МКБ-10 весьма объемный и многословен, содержит множество уточняющих деталей (например, один из девяти пунктов сформулирован так: «д) постоянные галлюцинации любой сферы, которые сопровождаются нестойкими или не полностью сформированными бредовыми идеями без четкого эмоционального содержания, или постоянные сверхценные идеи, которые могут появляться ежедневно в течение недель или даже месяцев»), диагностическая ценность которых не ясна. В классификации Американской психиатрической ассоциации DSM-5 критерии сформулированы гораздо короче и четче, но, с другой стороны, они, возможно, становятся из-за этого слишком общи-

ми. Например, «бред», «галлюцинации» без каких-либо уточнений. Соответственно, мы задали вопрос респондентам о том, какие они критерии предпочитают, обобщенные критерии или подробные, и большая часть респондентов (71%) ответила, что предпочитают подробные критерии, видимо, опасаясь утраты их специфичности. Имеющийся в настоящее время проект перечня критериев диагностики шизофрении в МКБ-11 подразумевает промежуточный вариант между МКБ-10 и DSM-5: если в МКБ-10 девять пунктов, в DSM-5 – пять, в проекте МКБ-11 – 7 пунктов, и они подразумевают некоторое уточнения симптомов (например, не просто «бред», а «персистирующий бред»).

Но наибольшие различия между респондентами были обнаружены в их отношении к облигатности негативной симптоматики при шизофрении. Половина (51%) респондентов считают негативную симптоматику обязательной для диагностики шизофрении, и примерно такое же количество (46%) не относят её к облигатной симптоматике, то есть считают, что негативные расстройства могут быть представлены при шизофрении, но могут и отсутствовать, что не исключает этот диагноз. Эти ответы свидетельствует о двух доминирующих моделях диагностики шизофрении: модели Крепелина-Блейлера, в которой негативные симптомы воспринимаются как базис, основа, из которой вытекает вся остальная симптоматика шизофрении. В этом случае для диагностики мы сначала должны выявить негативную симптоматику, сказать, что это шизофрения, а потом уже обратить внимание на продуктивную симптоматику, которая лишь определяет клиническую форму шизофрении. И противоположный подход, в котором шизофрения представляется просто первичным психозом, соответственно, когда мы выявляем у больного психотическую симптоматику, оцениваем причины, которые могли к ней привести, исключаем вторичные причины в виде органических заболеваний, использования психоактивных веществ, аффективных расстройств, и если мы все это исключили, то у нас остается диагноз шизофрения («диагноз исключения»). Таким же образом, например, в общей медицине диагностируется гипертоническая болезнь. Последний подход доминирует последние десятилетия в мире и имеет отражение в МКБ-10 и в разных версиях DSM. Соответственно, участники опроса разделились по приверженности к этим моделям примерно поровну.

Действительно, негативные расстройства во многом определяют неблагоприятные социальные последствия шизофрении, однако они не могут быть обязательными для диагностики этого расстройства. Мы можем вспомнить классические работы академика А.В. Снежневского о том, что негативные симптомы могут быть выражены по-разному у разных больных (от минимальных нарушений, заметных только самому больному, до грубых нарушений, очевидных для всех), а также что их диагностика достаточно субъективна (нет четких границ эмоционально-волевого снижения), кроме того, есть множество причин вторичной негативной симптоматики (экстрапирамидная симптоматика, депрессия, госпитализм и пр.), поэ-

тому попытка найти, увидеть негативные симптомы у каждого больного с первичной психотической симптоматикой приводит к тому, что ряд психиатров начинает выискивать и приписывать негативную симптоматику там, где ее на самом деле нет, в том числе расширяя диагноз шизофрении на случаи БАР.

Также мы оценили степень уверенности в правильности выставленных диагнозов. Конечно, клиническая диагностика шизофрении достаточно сложна, поэтому, наверное, адекватно то, что респонденты ответили, что они уверены в правильности своих диагнозов шизофрении в среднем на 75%. Однако важно, что, когда к ним приходят пациенты с диагнозом шизофрения, поставленным другими врачами, уверенности в правильности диагноза, доверия к нему, оказывается существенно меньше (средняя оценка – 63%). И как раз в отношении шизофрении это порождает не самую благоприятную ситуацию, в связи с тем, что пациент может быть в ремиссии, мы его не видели в обострении, и учитывая это, нам следует доверять своим коллегам, возможно, видевшим данного пациента в совсем другом состоянии, даже в больше степени, чем собственным оценкам состояния больного. Однако из-за того, что представителями разных поколений, разных научных школ в нашей стране используются разные критерии диагностики шизофрении, такого взаимного доверия в профессиональной среде оказывается недостаточно.

В отношении судьбы клинических форм и типов течения шизофрении также существует достаточно болезненная для многих российских психиатров ситуация: и в DSM-5 (2013) отказались от форм шизофрении, и в МКБ-11, проект которой сейчас уже опубликован, нет клинических форм шизофрении, осталась просто «шизофрения». Мы задали вопрос, как респонденты относятся к этому. Восемьдесят процентов ответили, что клинические формы (параноидную, кататоническую и прочие) нужно оставить в МКБ. Только 14% согласились с тем, что их можно удалить. Однако далее мы попросили респондентов дать оценки частоты этих форм среди своих пациентов. Средние результаты такой оценки участниками опроса: параноидная форма у 70% пациентов, гебефреническая – у 5%, кататоническая – у 6%, недифференцированная – у 8%, простая – у 11%. Далее, мы взяли полные статистические данные шести крупных психиатрических больниц (Казанская, Свердловская, Ставропольская, Рязанская психиатрические больницы, Московская № 3, Санкт-Петербургская № 6), в них было суммарно 8 тысяч пациентов, которые лечились в 2015 году с диагнозом шизофрения, и выяснилось, что параноидная форма была определена у 98% больных, других форм практически не было. Надо отметить, конечно, что это данные только стационарного звена, наверное, в общей популяции больных шизофренией, например, простой формы будет немного больше, но, принципиально это ничего не меняет. Собственно говоря, подобные данные и есть то, из чего исходят авторы МКБ-11: нет смысла оставлять формы в классификации, если они не используются на практике.

Кроме того, понятно, что на постановку такого серьезного и во многом

стигматизированного диагноза, как шизофрения, могут весьма значимо влиять социальные факторы. И здесь в опросе мы выявили как ситуацию, когда часть докторов не ставит диагноз шизофрении, чтобы не стигматизировать пациентов (в таких случаях выставляют острое транзиторное психическое расстройство, какие-то другие расстройства, даже понимая, что все-таки это больной шизофренией), так и противоположную ситуацию, когда диагноз шизофрении ставится в тех случаях, когда его нет (Рис. 2). Ради чего? Ради того, например, чтобы пациент с БАР получил бы инвалидность, имел бы лекарственное обеспечение. Кроме того, 50% респондентов отметили, что намеренно утяжеляют описание выраженности эмоционально-волевого дефекта у своих больных ради получения группы инвалидности.

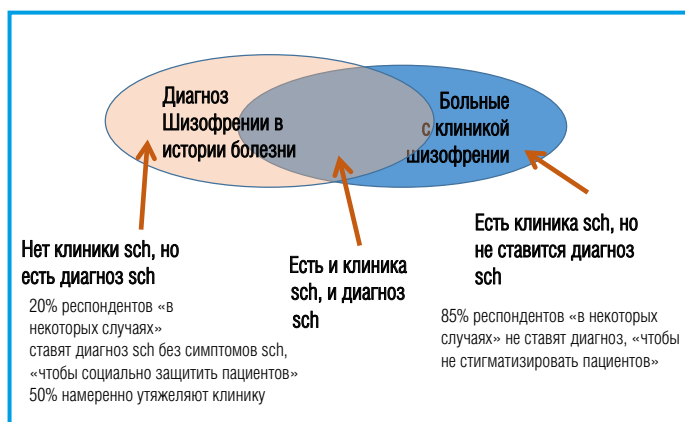


Рис. 2. Результаты опроса РОП о диагностике шизофрении: влияние социальных факторов на постановку диагноза шизофрении

К счастью, у большей части наших коллег (46%), принявших участие в опросе, ожидания от перехода на МКБ-11 позитивные (лишь у 28% негативные). Однако, не все они в достаточной степени следят за разработкой МКБ-11 (37% никак не следят, 42% только по отечественным публикациям), а это значит, что, возможно, точно так же, как и с МКБ-10, которую до сих пор продолжает критиковать часть наших коллег, может произойти и с МКБ-11. Если не знать и не понимать причины тех или иных изменений, которые происходят в классификации и диагностическом руководстве, закономерно может возникать отторжение всех нововведений.

Отношение к созданию клинических рекомендаций по диагностике шизофрении: Тридцать процентов респондентов ответили, что необходимо создать такие рекомендации на основе отечественной классификации, 45% высказались за адаптацию МКБ, и только 18% — за использование МКБ без адаптации. Получается, что есть риск, что с таким отношением мы вновь можем оказаться далеко от международных научных исследований, не сможем использовать на практике те достижения современной науки, которые есть в мире, что, конечно, не очень хорошо для отечествен-

ной психиатрии и для российских больных.

В целом, можно констатировать, что это разнообразие диагностических подходов, используемое в своей практической работе российскими психиатрами, к сожалению, затрудняет применение существующих клинических рекомендаций по лечению психических расстройств, адекватное назначение современных лекарств и оценку эффективности оказания помощи. Для всего этого нам нужно быть уверенным в безошибочности установленных диагнозов, быть уверенным, что тот или иной диагноз, установленный больному, означает что этот больной имеет такую клиническую картину заболевания, которая соответствует критериях, по которым диагностировали заболевания пациентов, принимавших участие в клинических исследованиях, подтвердивших эффективность в этих случаях данного лекарственного препарат. Упрощенно говоря, что пациент с диагнозом «шизофрения», которого мы встречаем в своей работе, это действительно, пациент, страдающий шизофренией в понимании МКБ-10, а не, например, БАР или чем-то иным. К сожалению, в действительности в настоящее время мы не всегда имеем такую возможность. Спасибо большое за внимание.

Литература

1. *Кекелидзе З.И., Казаковцев Б.А.* (ред). Эпидемиологические показатели и показатели деятельности психиатрических служб в Российской Федерации (2005–2013 гг.): Статистический справочник. Москва: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2015. С. 572.
2. *Steel Z., Marnane C., Iranpour C.* et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013 // *International Journal of Epidemiology*. – 2014. Vol. 43 (2). – P. 476–493
3. *Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J.* A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med.* 2005;2(5):e141.
4. *Clemente AS, Diniz BS, Nicolato R, Kapczinski FP, Soares JC, Fermo JO, Castro-Costa É.* Bipolar disorder prevalence: a systematic review and meta-analysis of the literature. *Braz J Psychiatr.* 2015 Apr-Jun;37(2):155–61.doi: 10.1590/1516–4446–2012–1693. Epub 2015 May 1. Review. PubMed PMID: 25946396.

Этапы пересмотра и предстоящие нововведения МКБ-11



Кулыгина М.А.¹

Говоря об изменениях, которые нас ожидают в МКБ-11, следует напомнить, что Международная классификация болезней является прерогативой ВОЗ и основным учетным инструментом для нужд здравоохранения. И нынешний этап продолжительностью более 25 лет стал самым длительным, в течение которого классификация не пересматривалась. МКБ-10 была одобрена в 1990 году, в 1994 году была принята к применению во всех странах-членах ВОЗ, и с 1999 года в России приказом Минздрава утверждена как основной статистический инструмент. Процесс пересмотра МКБ-10 и разработки 11-й версии начался еще с 2004 года, когда были созданы группы профессионалов, чье мнение учитывалось как определяющее. В 2010 году в Петербурге состоялась конференция-совещание с представителями ВОЗ и специалистами российской психиатрии. С 2014 года Россия была включена в список стран, в которых проводились полевые испытания главы о психических и поведенческих расстройствах. В мае 2019 года на Генеральной Ассамблее ВОЗ ожидается принятие МКБ-11, и с 1 января 2022 года она должна получить распространение на государственном уровне. При подготовке новых диагностических указаний фокус делается на клинической применимости с учетом того, что специалисты разных дисциплин участвуют в диагностике и в оказании помощи при охране психического здоровья в разных странах, и тем самым классификация приобретает истинно всемирный охват.

Основное предназначение МКБ состоит в использовании классификации в целях мониторинга угроз для общественного здоровья, облегчения доступа к услугам в области здравоохранения и в качестве основы для руководств по оказанию помощи и стандартов клинической практики.

На данном этапе разработана полностью статистическая версия, и в центре внимания оказываются клинические описания и диагностические указания, в этом смысле психиатрия является одним из немногих направлений, для которых готовятся дополнительные диагностические руководства, не все главы МКБ снабжены ими. Также будет разрабатываться версия для первичной сети и для исследований.

¹ Кулыгина М.А. – канд.психол.наук, руководитель Лаборатории психологических проблем судебно-психиатрической профилактики отдела судебно-психиатрической профилактики ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, национальный координатор полевых испытаний МКБ-11 в России.

Если мы говорим о диагностических указаниях как основном инструменте специалиста-практика, следует учесть, какие будут внесены изменения. Помимо названия категорий, определений, условий включения и исключения и основных признаков, то, что уже нам знакомо по прежним классификациям, гораздо более подробно будет прописана дифференциальная диагностика. Будут детально представлены границы с другими расстройствами и с нормой, что является новшеством. Подробно будут описаны подтипы в виде кодируемых квалификаторов или спецификаторов. Также учитывается динамика расстройств в виде указания на особенности течения. Кроме того будут указываться такие специфические особенности, которые касаются культуральных, возрастных и гендерных аспектов, Все это будет прописано по каждой категории в главе «Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейро-психического развития», которая поменяет номер. В отличие от главы V МКБ-10, это будет глава шестая. Она содержит четырехзначно кодируемые категории, всего 161, и предваряется общим определением. Психические и поведенческие расстройства трактуются как синдромы, которые характеризуются клинически значимыми отклонениями в познавательной сфере, эмоциональной регуляции и в поведении, и отражаются в дисфункциях не только на биологическом, но и на психологическом уровне, а также на процессе развития, и приводят к нарушению психического и поведенческого функционирования.

Меняется в целом мета-структура главы, порядок и количество блоков (Рис. 1).

Вместо прежних 11 в МКБ-11 будет 20 блоков, начиная с нарушений нейропсихического развития. Расформируется глава «Невротические связанные со стрессом и соматоформные расстройства», она разбивается на несколько разделов, это тревожные и связанные со страхом (не фобические, а именно связанные со страхом) расстройства, обсессивно-компульсивные расстройства, собственно расстройства, связанные со стрессом, телесный дистресс. Вводятся новые категории гемблинга и гейминга в разделе расстройств вследствие аддиктивного поведения. Из главы «Психические и поведенческие расстройства» выводятся расстройства сна и расстройства сексуальной сферы, они будут объединены с нарушениями из других медицинских областей в две самостоятельные главы, при этом гендерное несоответствие теряет статус психиатрического диагноза.

Меняется принцип группирования. Я не буду останавливаться на всех изменениях, их достаточно много, и у нас нет сейчас возможности охватить все, но мне бы хотелось отметить, что принцип группирования разделов становится более сущностным и существенным. Например, в разделе тревожных и связанных со страхом расстройств отдельные категории группируются на основе предмета опасений, то есть стимулов или ситуаций, которые вызывают страх или тревогу. Допустим, при сепарационном тревожном расстройстве – это ситуация разлучения с объектом привязанности, при социальных тревожных расстройствах – это ситуация социальных взаимодействий, или внимания со стороны окружающих, и так далее.

Принцип группирования другого раздела, «Обсессивно-компульсивные и сходные расстройства», основывается на наличии повторяющихся мыслей и действий. Сюда вводятся новые категории, которых не было в прежней классификации, это расстройства, связанные с обонянием и патологическое накопительство, здесь же помещены дисморфические расстройства и ипохондрия. Объединение этих и других, на первый взгляд, разрозненных категорий происходит на основе учета фиксации на мыслях, то есть в данном случае именно когнитивный компонент является ключевым. Расстройства же, объединенные на основе моторного компонента, — это расстройства телесно-направленного повторяющегося поведения, к которым относят экскорации и трихотилломанию.

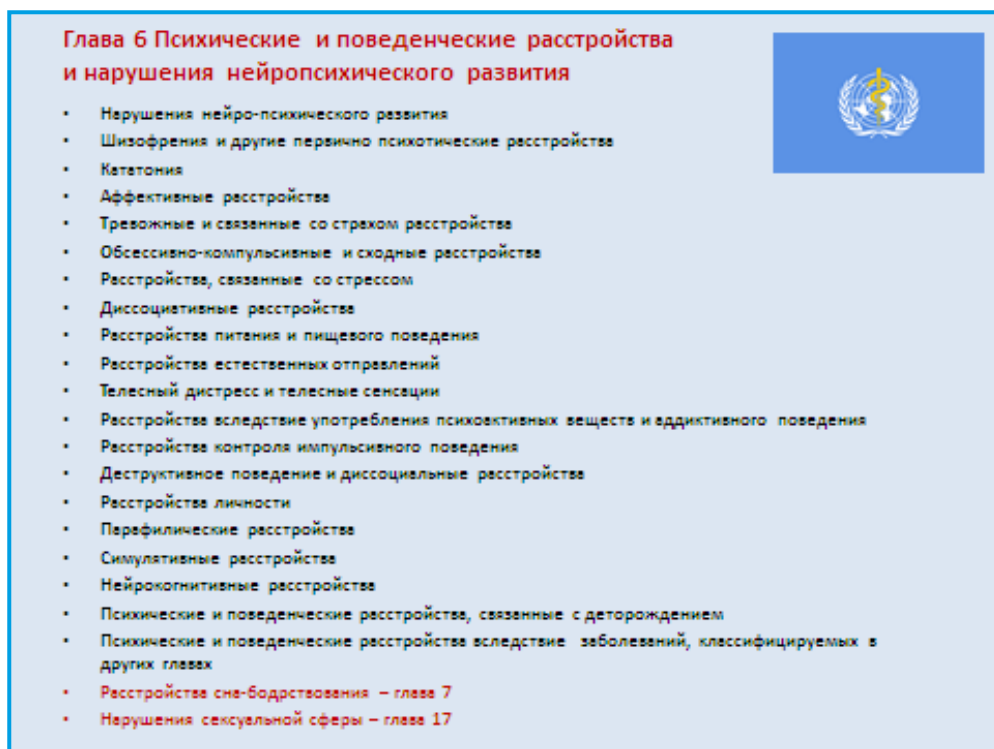


Рис. 1. Мета-структура главы 6 МКБ-11

Большое значение приобретают уточняющие критерии, которые заменяют в ряде случаев подтипы нарушений. Что касается шизофрении, устраняются формы шизофрении, но расширяются уточняющие критерии, которые позволяют более дифференцированно диагностировать эти расстройства. Например, для шизофрении и других первично психотических расстройств выделяются уточняющие критерии течения, статуса и выраженности симптомов, то есть лонгитюдинальные, кросс-секторальные и симптоматические квалификаторы. Учитываются шесть типов симптомов: позитивные, негативные, когнитивные, кататонические и аффектив-

ные: депрессивные и маниакальные. Свои уточняющие критерии применяются и для аффективных, т.е. депрессивных и биполярных расстройств, характеризуя степень тяжести и наличие или отсутствие психотических симптомов, при этом в отличие от МКБ-10 при умеренной тяжести допустимо наличие психотических симптомов. Также в качестве квалификаторов указывается разный тип ремиссии, полная или частичная, и добавляются уточняющие критерии, которые характеризуют тип аффективного расстройства: с выраженной тревогой, с меланхолией (имеется в виду соматический компонент депрессивных расстройств), текущий перинатальный эпизод, сезонные проявления и, применительно к биполярным расстройствам, – быстрая цикличность, то есть когда в течение года отмечается смена не менее 4 фаз.

Наиболее частым уточняющим критерием является степень тяжести. Помимо указанных категорий, он применяется также при телесном дистрессе и при расстройствах личности, и это характеризует тренд дименсионального подхода. Важным изменением является устранение принципа классификация расстройств личности по характерологическому типу. В новой классификации расстройства личности будут оцениваться по тяжести, т.е. выраженности нарушений, и при этом будет учитываться тип поведенческого паттерна. Выделяются пять паттернов, которые заменяют характерологические типы в МКБ-11.: негативная эмоциональность, расторможенность, ананкастность, диссоциальность, отстраненность.

Один из примеров уточняющего критерия – это наличие панических приступов, и он используется для диагностики тревожных и обсессивно-компульсивных расстройств. Для обсессивно-компульсивных расстройств другой важный уточняющий критерий – степень критики, что, собственно, позволяет их дифференцировать от бредовых расстройств при снижении или отсутствии критики. Для раздела «Деструктивное поведение и диссоциальные расстройства» используются уточняющие критерии с наличием или отсутствием гневливости, а также с началом в детском или подростковом возрасте.

Ключевым моментом в новой классификации является учет нарушений функционирования, то есть если симптомы вызывают дистресс или проблемы в личной, семейной, социальной, учебной, профессиональной или трудовой и других важных сферах функционирования. При этом предлагаются два инструмента для оценки нарушения функционирования WHO-DAS 2.0 и SOFAS, они оба переведены на русский язык и, возможно, будут использоваться в этих целях на практике.

Теперь несколько слов об этапах разработки МКБ-11. Можно выделить два основных этапа: подготовительных и оценочных исследований. Первый включал международные опросы профессионального сообщества, организованные ВОЗ и Всемирной психиатрической ассоциацией, а также мнения профессионалов о систематике психических расстройств, полученные по принципу народной классификации. Россия была подключена на следующем этапе исследований, то есть при проведении непосредствен-

но полевых испытаний. Да, надо сказать еще, что за время пересмотра и разработки МКБ-11 более 10 тысяч предложений поступило со всего мира, и их еще предстоит проанализировать, и в течение ближайшего года еще будут внесены изменения, но не в структуру классификации, а в текст диагностических указаний, которые, по сути, являются основным инструментом клинициста-практика.

Полевые испытания проводились двух типов: по интернету, посредством Всемирной сети клинической практики, возможно, многие присутствующие получали приглашение по электронной почте для участия в этих опросах на основе заданных клинических случаев, так называемых виньеток; и экологические испытания, то есть испытания, которые проходили в естественных клинических условиях в психиатрических отделениях, для оценки согласованности диагностических суждений и клинической применимости.



Рис. 2. Центры экологических полевых испытаний МКБ-11 в России

В России центром международных полевых испытаний по согласованию с ВОЗ был выбран Московский НИИ психиатрии. На русском языке проводились интернет-исследования по шизофрении, обсессивно-компульсивным и тревожным расстройствам, и в данный момент проходят по аффективным расстройствам. Процесс подготовки полевых испытаний был довольно объемный и трудоемкий, с участием многих специалистов. Предварительные тенденции показали, что российские специалисты лучше оперируют понятиями МКБ-10, что неудивительно, поскольку эта классификация является общепринятым государственным статистическим инструментом. Российские специалисты успешно оценивали бредовые расстройства, но недостаточно эффективно оценивали шизоаффективные расстройства по критериям обеих классификаций и шизотипические расстройства по критериям новой классификации. И некоторые участни-

ки высказывали критические замечания по поводу того, что реализуется синдромальный подход в ущерб нозологическому и естественно-научному. Экологические полевые испытания проходили на клинических базах Санкт-Петербургской больницы имени Кашенко и Московского НИИ психиатрии (Рис. 2). Оценивалась клиническая согласованность и применимость диагностических указаний МКБ-11.

Этому также предшествовал достаточно длительный процесс подготовки. И главный вопрос, который решался в ходе исследований, придут ли клиницисты, использующие новые диагностические указания, к одному и тому же диагностическому выводу, основываясь на общей информации о пациенте. Надо сказать, что это исследование проводилось в 13 странах, и в целом был получен очень хороший показатель клинической согласованности, особенно для биполярного расстройства первого типа, шизофрении и социального тревожного расстройства, тогда как у нас был отмечен умеренный показатель согласованности в отношении шизофрении и шизоаффективного расстройства. Не плохой, но и не очень хороший, что может косвенно свидетельствовать о недостаточности диагностических критериев для диагностики этих нарушений в наших условиях.

С учетом сказанного, конечно, будет необходима адаптация новых клинических описаний и диагностических указаний в российской версии и проведение дополнительных обучающих мероприятий для специалистов-практиков. В заключении разрешите напомнить электронный адрес Всемирной сети клинической практики, на котором можно зарегистрироваться и получать приглашения для участия в полевых испытаниях: www.gcpnetwork.com. Спасибо за внимание.

Динамика диагностической парадигмы при оценке расстройств шизофренического спектра: от МКБ-9 к МКБ-11



Усов Г.М.¹

Принятие в 2018 году Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) 11-й версии Международной классификации болезней (МКБ-11) актуализировало проблему систематики психических расстройств. Не вызывает сомнений, что в ближайшем будущем МКБ-11 будет принята в качестве единого инструмента для диагностики и медицинской статистики и в Российской Федерации. В этой связи для врачей-психиатров представляет безусловный интерес изменение подходов к диагностике и классификации психических расстройств.

Изменения диагностических подходов, в большей или меньшей степени, коснутся всех групп психических расстройств: психозов, аффективных и тревожных расстройств, расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ и т.д. Данное сообщение посвящено анализу пути эволюции диагностических критериев шизофрении и расстройств шизофренического спектра, происходившей в МКБ девятого, десятого и одиннадцатого пересмотров.

Важно отметить, что у такого подхода есть одно важное методологическое ограничение, связанное с тем, что МКБ-9 и МКБ-10 были адаптированы для использования в нашей стране. Адаптация порой существенно изменяла первоначальные идеи классификации, в том числе и в отношении диагностики шизофрении. МКБ-11 к настоящему моменту не подвергалась адаптации, что вносит некоторую неопределенность относительно того, как будут окончательно выглядеть диагностические критерии расстройств шизофренического спектра.

МКБ-9 была издана в СССР в 1983 году. Во введении к ней отмечалось, что она «представляет собой большой шаг вперед по сравнению с МКБ-8», хотя классификация психозов при этом не претерпела существенных изменений. В отечественных публикациях середины восьмидесятых годов, посвященных переходу на МКБ-9, поднимались вопросы о размывании границ в психиатрии, включении в раздел психических расстройств МКБ состояний, которые не являются психическими заболеваниями. Уже тогда

¹ Усов Г.М. – доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии, медицинской психологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

шли дискуссия о терминологических и методологических различиях в понимании сущности психозов в нашей стране и за рубежом. Видимо поэтому в адаптированном варианте классификации отчетливо прослеживалось стремление к развитию и сохранению классического крепелиновского нозологического подхода в психиатрии, идущего вразрез с духом МКБ-9.

Все психические расстройства в МКБ-9 были разделены на четыре группы: органические психозы, другие психозы (куда была включена и шизофрения), пограничные состояния в широком смысле (т.е. неврозы, психопатии и прочие) и олигофрении. В строгом смысле назвать диагностические критерии шизофрении в адаптированной версии МКБ-9 такими мы не можем, потому что вместо них было дано достаточно подробное клиническое описание заболевания. При ближайшем рассмотрении оно в значительной степени согласовывалось со взглядами отечественной психиатрической школы академика А.В. Снежневского. То есть, акцент в диагностике шизофрении был сделан на негативную симптоматику, к которой были отнесены «явные расстройства личности, существенные искажения мышления». По мнению редакторов адаптированного издания МКБ-9, меньшим диагностическим значением обладали чувство воздействия посторонних сил, бред, который может быть причудливым, расстройства восприятия и другие симптомы.

Названные критерии были достаточно понятны и хорошо приняты тем поколением врачей, которое было воспитано на классических для отечественной психиатрии идеях. На этом фоне неожиданным выглядел конфликт хорошо знакомых терминов, описывающих клинические проявления и течение шизофрении: «форма» и «тип». Классические крепелиновские формы заболевания – простая, гебефреническая, кататоническая, параноидная – стали называться словом «тип». А слово «форма» использовалось по отношению к принятой в советской психиатрии комбинации типичных клинических проявлений, рассматривавшихся в непосредственной взаимосвязи с типом течения.

Диагноз острого шизофренического эпизода уже был введен в МКБ-9, но понимался он также в соответствии с отечественной парадигмой: его значение вытекало не из продолжительности психотического состояния, а из определенной психопатологической структуры психоза. По сути дела, приводился знак равенства между острым шизофреническим эпизодом (в понимании МКБ-9) и острыми психозами, протекающими с выраженным чувственным компонентом бреда, с растерянностью и, возможно, даже с нарушениями сознания. Резюмируя краткий обзор диагностических критериев шизофрении в МКБ-9, можно сказать, что в своем адаптированном виде она представляла из себя довольно эклектичное соединение идей, заложенных в ВОЗовской версии, и отечественных классификационных тенденций.

Переход на МКБ-10 ознаменовался новыми тенденциями в подходах к диагностике психических расстройств, из которых для нашей страны наибольшее значение имели следующие. Во-первых, новая классифика-

ция отличалась отчетливым смещением акцентов на синдромальную диагностику, что нашло отражение и в разделе, посвященном шизофрении. Во-вторых, в МКБ-10 отсутствовало дихотомическое разделение всех психических расстройств на невротические и психотические.

В свою очередь, шизофрения стала пониматься как часть широкого спектра генетически связанных друг с другом состояний, что нашло отражение как в названии раздела F2 (Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства), так и в его содержании. Впервые шизофрения была отграничена от других психотических расстройств, а также от шизотипического, хотя и признавалось, что они могут обладать общими чертам. Тем не менее, МКБ-10 продолжала признавать «фундаментальные и весьма типичные расстройства мышления, восприятия, а также уплощенный аффект» характерными клиническими проявлениями шизофрении.

Важной особенностью МКБ-10, отличавшей ее от предыдущих версий классификации, являлась чрезвычайная подробность и структурированность диагностических критериев. В то же время, во введении в раздел F2 оговаривалось, что отсутствуют убедительные доказательства особой специфичности каких-либо симптомов шизофрении, хотя для практического применения рекомендовали использовать четыре продуктивных симптома, относящихся к критериям I ранга по К. Шнайдеру (они же – проявления синдрома психического автоматизма). Данное решение обосновывалось тем, что по данным эпидемиологических исследований наибольшая сопоставимость диагнозов достигалась при верификации шизофрении по этим диагностическим критериям. Наличие одного из этих симптомов на протяжении минимум одного месяца МКБ-10 определяла как условие, достаточное для постановки диагноза.

В МКБ-10 были подробно описаны формы шизофрении и варианты течения, причем последние очень хорошо согласовывались с отечественной систематикой заболевания. Кроме того, в адаптированной версии МКБ-10 присутствовала дополнительная оценка степени достигнутой ремиссии. Однако при внешней терминологической и категориальной схожести, клинические проявления и течение шизофрении в международной классификации не рассматривались в жесткой взаимосвязи между собой, не проводилась градация степеней прогрессивности внутри типов течения, что создавало определенные трудности в понимании целостности данного заболевания.

Принятию МКБ-11 предшествовала длительная дискуссия о целесообразности переименования шизофрении и разделения ее на группу расстройств. Поэтому сразу следует отметить, что в новой версии международной классификации термин «шизофрения» решено было сохранить, а структура соответствующего раздела МКБ-11 претерпела, скорее, косметические изменения.

Пытаясь обозначить сущность данного психического расстройства, авторы раздела отмечали, что шизофрения проявляется грубым искажением восприятия реальности: как чувственного, так и абстрактного. Нега-

тивная симптоматика сохранила за собой место одного из проявлений заболевания, хотя ее диагностическая значимость и специфичность уже не воспринимаются столь однозначно, а их содержание в МКБ-11 редуцировано до уплощения эмоциональных реакций и обеднения волевых побуждений.

В МКБ-11 шизофрения получила код 6A20. К основным ее проявлениям отнесены бред и галлюцинации без уточнения их содержания и ощущение воздействия внешней силы, что отражает снижение диагностической значимости симптомов I ранга. Временной критерий остался без изменения и по-прежнему требует наличия симптомов на протяжении не менее чем одного месяца. Таким образом, размываются границы между шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, акцент в их диагностике делается на неспецифическую психотическую симптоматику, что находит отражение в названии раздела классификации «Шизофрения или другие первичные психотические расстройства». Кроме шизофрении в данный раздел включены уже знакомые нам шизоаффективное и шизотипическое расстройства, острое и транзиторное психотическое расстройство а также бредовое расстройство.

Завершается данный раздел кодом 6A25, который является не самостоятельной разновидностью расстройств шизофренического спектра, а спецификатором. Введение спецификатора, позволяющего уточнить доминирующие клинические проявления заболевания (позитивные, негативные, депрессивные симптомы и т.д.), полностью заменяет привычные нам формы шизофрении, которые были исключены из МКБ-11. Аналогичным образом создатели международной классификации избавились от типов течения шизофрении. Их заменили такими категориями как первый и множественный эпизоды, а также континуальное течение, при котором симптоматика персистирует не менее одного года. Кроме того, предполагается оценивать этап текущего психоза: обострение, частичная ремиссия и полная ремиссия.

Таким образом, анализ эволюции диагностической парадигмы шизофрении и расстройств шизофренического спектра позволяет сделать вывод о том, что последние 30 лет при разработке классификаций за основу берется прагматический подход, ориентированный на клинические проявления психических расстройств без учета их динамики и прогноза, с полным отрицанием этиопатогенетических закономерностей. Отечественные авторы еще в начале 1990-х гг. усматривали в этом признаки вступления психиатрии в постнозологическую эпоху. Судя по всему, увеличение количества психических расстройств в каждой последующей версии классификации является прямым следствием возрастающего влияния данной парадигмы.

Тем не менее, при кажущейся революционности изменений, произошедших с диагностикой и систематикой шизофрении в МКБ-11, они не должны повлечь за собой глобальных изменений в количестве выявленных пациентов. Проведенные ВОЗ полевые испытания показали, что в подавляющем большинстве случаев диагноз шизофрении, установлен-

ный пациентам по МКБ-10, подтверждался при диагностике другими специалистами, использовавшими критерии МКБ-11. Однако такой подход не снимает вопросов выработки критериев дифференцированного назначения антипсихотиков в условиях диагностического редуционизма, дальнейшего отграничения шизофрении от других расстройств данного спектра и т.д. А для психиатров РФ особую актуальность представляет вопрос о вероятности и масштабах адаптации МКБ-11 для использования в нашей стране.

Различие методологических подходов к диагностике расстройств личности в МКБ-10 и МКБ-11



Бобров А.Е.¹

Изменения, которые затрагивают проблему личности в проекте МКБ-11 назрели уже давно. Они во многом носят новаторский, даже революционный характер. И поэтому осваивать данную категорию расстройств нам будет очень и очень непросто.

На этом слайде (рисунок 1) я постарался отразить общую тенденцию развития клинических представлений о расстройствах личности, которая началась с представлений о дегенерациях, концепции диатеза и далее развивалась, усложнялась. К ней присоединялись представления, связанные с концепцией личностных черт, концепцией нажитых изменений, концепцией драйвов, структурной моделью, концепцией отношений и др.

Многие из перечисленных названий, а также их авторов мы с вами, безусловно, хорошо знаем. Среди них такие представители отечественной науки как П.Б. Ганнушкин, Л.С. Выготский, В.Н. Мясищев, А.Н. Леонтьев и многие другие. Общая тенденция в разработке представлений о личности, идет в направлении понимания личности как некой сложной системы, интегрирующей, с одной стороны, взаимоотношения индивидуума с обществом, а, с другой стороны, интегрирующей его психобиологические процессы.

Классификация расстройств личности, существовавшая до сегодняшнего дня, носила во многом односторонний характер, поскольку акцентировала внимание на патохарактерологических паттернах, т.е. типовых аномальных формах социального поведения, с помощью которого индивидуум реализует свои потребности. Однако, как свидетельствуют зарубежные, в том числе эпидемиологические исследования, эти формы поведения не существуют в том виде, в котором они описаны в классификациях психических расстройств.

Это нашло подтверждение и в наших исследованиях. Когда в начале 90-х годов мы (С.Ю. Циркин, А.Е. Бобров, В.Ю., Пятницкий Н.Ю.) в рамках апробации МКБ-10 проводили сопоставление воспроизводимости различ-

¹ Бобров А.Е. – Российский национальный исследовательский университет им. Н.И. Пирогова, профессор кафедры психиатрии ФДПО; Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского, руководитель отделения консультативной и дистанционной психиатрии.

ных диагностических категорий, то обнаружили, что воспроизводимость диагнозов расстройств личности оказалась самой низкой (таблица 1).



Рис. 1

Таблица 1

КОЭФФИЦИЕНТЫ СОГЛАСОВАННОСТИ ПО ДИАГНОСТИЧЕСКИМ РУБРИКАМ ПРИ АПРОБАЦИИ МКБ-10 (1994 год)			
Коды МКБ-10	Названия рубрик МКБ-10	Исследования	
		МКБ- ИДК	МКБ-КО
Кол-во больных		n=30	n=22
Кол-во экспертов		4	3
F0	Органические, включая симптоматические, психические расстройства	-	1,000
F1	Психические расстройства вследствие употребления психоактивных веществ	-	0,567
F2	Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства	0,739	0,637
F3	Аффективные расстройства настроения	0,652	0,588
F4	Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	0,518	0,721
F5	Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами	0,685	0,734
F6	Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых	0,223	0,302
F7	Умственная отсталость	-	-

Обозначения: МКБ – Международная классификация психических и поведенческих расстройств 10 пересмотра; МКБ-ИДК – версия МКБ-10 (исследовательские диагностические критерии) – версия для научных исследований; МКБ-КО – МКБ-10 (клинические описания) – версия для общей клинической практики

Так, если, категории шизофрении, аффективных расстройств и поведенческих синдромов, связанных физиологическими нарушениями, имели коэффициент воспроизводимости, равный 0,739, 0,652, и 0,685, то коэффициент воспроизводимости каппа по расстройствам личности составлял всего лишь 0,223. Понятно, что это — неудовлетворительная воспроизводимость.

Кроме изменений в представлениях о личности за последние 10–15 лет наметилась тенденция к следующему: стало понятно, что традиционно применяемый клиничко-психопатологический метод неоднороден. Оказалось, что помимо традиционного феноменологического существует еще клиничко-описательный метод, реализованный в МКБ-10, а также клиничко-экспериментальные и интерпретативные психопатологические методы (рисунок 2). У каждого из них, как подвидов клиничко-психопатологического метода, есть свой специфический теоретический аппарат. Именно это, в конечном счете, и привело к необходимости изменения классификации психических расстройств, которая, по существу, из чисто статистического инструмента превратилась в методологический базис для понимания клинической сущности психопатологических состояний.



Рис. 2

Для лучшего понимания тех изменений в диагностической квалификации расстройств личности, которые привносятся в проект МКБ-11, сначала необходимо дать обобщенную характеристику этой категории в МКБ-10, которая действует в настоящее время.

В текущей классификации все расстройства зрелой личности и поведения у взрослых можно условно разделить на несколько групп (рисунок 3). Прежде всего, это специфические расстройства, которые выявляются чаще всего. Указанная группа расстройств отражает обобщенные представления клиничков об аномалиях характера. Существенно реже используется второй кластер личностных расстройств, т.е. расстройств, связанных с измене-

нием личности после пережитой катастрофы или психического заболевания. В основу выделения этого кластера положена этиология психических расстройств. Третий кластер можно обозначить как расстройства личности, связанные с доминированием определенных патологических мотивов и побуждений. И близко к нему примыкает четвертый кластер, который в значительной степени отражает девиации в сексуальности и, в частности, проблемы, связанные с нарушением поло-ролевой идентичности.

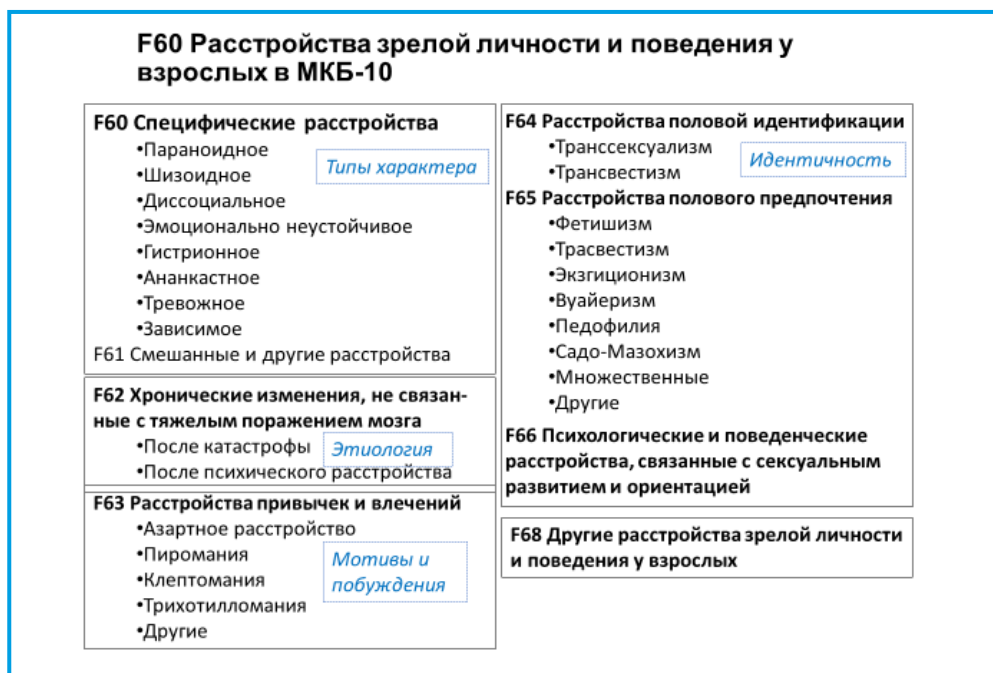


Рис. 3

Современные представления о личности, как уже было отмечено ранее, изменяются в направлении создания интегративной модели, в рамках которой личность рассматривается как некий интегрирующий аппарат — своего рода невидимый координирующий орган психики. При этом наметился ряд фундаментальных сдвигов, на которые следует обратить внимание, и разработчики проекта МКБ-11 их учли. В данном отношении проект МКБ-11 весьма сближается с альтернативной моделью классификации расстройств личности в DSM-5, где рассматриваемые тенденции, вероятно, выступают даже более явно. Причем указанная модель в американской классификации сосуществует наряду с традиционной классификацией расстройств личности, основанной на выделении доминирующих характерологических радикалов. При этом американцы представили определенное теоретическое и практическое обоснование для введения новых принципов классификации расстройств личности, которое пока отсутствует в проекте МКБ-11.

Исходя из новых воззрений, личность рассматривается уже не только как набор конституциональных социально значимых стереотипов поведения и реакций. В структуре личности начинает выделяться то, что мы раньше называли «смысловой сферой». Это – самосознание с ключевым его элементом идентичностью (рисунок 4). Это – «Я-концепция» и прилегающие к ней такие понятия, как самоуважение, самооценка, «образы Я», а также субъективные репрезентации социального окружения, других людей и взаимоотношений с ними. Кроме того, очень важными параметрами для оценки личности становятся социальная включенность, эмпатия, интерперсональная толерантность. Помимо сказанного, в концепции расстройств личности выделяются так называемые дезадаптирующие черты, среди которых необходимо указать на неадекватную эмоциональность, недостаточную развитость когнитивной сферы, а также аномалии поведения. В клиническую концепцию расстройств личности, помимо отдельных черт, включено также описание ряда целостных стилей реагирования и поведения, которые как считается, связаны с биологическими свойствами индивидуума.

F60 Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых в МКБ-10	
F60 Специфические расстройства <ul style="list-style-type: none"> • Параноидное • Шизоидное <i>Типы характера</i> • Диссоциальное • Эмоционально неустойчивое • Гистрионное • Ананкастное • Тревожное • Зависимое 	F64 Расстройства половой идентификации <ul style="list-style-type: none"> • Транссексуализм <i>Идентичность</i> • Трансвестизм
F61 Смешанные и другие расстройства	F65 Расстройства полового предпочтения <ul style="list-style-type: none"> • Фетишизм • Трасвестизм • Экзгиционизм • Вуайеризм • Педофилия • Садо-Мазохизм • Множественные • Другие
F62 Хронические изменения, не связанные с тяжелым поражением мозга <ul style="list-style-type: none"> • После катастрофы <i>Этиология</i> • После психического расстройства 	F66 Психологические и поведенческие расстройства, связанные с сексуальным развитием и ориентацией
F63 Расстройства привычек и влечений <ul style="list-style-type: none"> • Азартное расстройство • Пиромания <i>Мотивы и побуждения</i> • Клептомания • Трихотилломания • Другие 	F68 Другие расстройства зрелой личности и поведения у взрослых

Рис. 4

Здесь мы видим три основных критерия: дисфункции самосознания, межличностные дисфункции и дезадаптирующие стили поведения, то есть негибкие, плохо регулируемые формы поведения, воспроизводимые во времени и в разных ситуациях. Подчеркивается, что эти дезадаптирующие стили не соответствуют индивидуальному развитию, не обусловлены влиянием социальных, культуральных факторов и, в известной степени, имеют биологические основания. Указанные паттерны ассоциируются с серьезными психологическими переживаниями либо с различными проблемами в микросоциальном окружении пациентов, которые затрагивают семейную, социальную, профессиональную и личностную сферу. Кроме

того, подчеркивается, что расстройство личности — это длительное патологическое состояние, которое сохраняется на протяжении не менее 2 лет.

При этом следует принять во внимание, что в конце 90-х и в начале нулевых годов проводились широкомасштабные психологические исследования по анализу наиболее воспроизводимых паттернов поведения людей. В результате было выявлено пять основных поведенческих паттернов, обозначенных как «Большая Пятерка». В нее вошли пять основных поведенческих факторов, которые устойчиво воспроизводятся от исследования к исследованию и от одного личностного теста к другому. В широком смысле это статистические кластеры, которые отражают типичные аномальные сочетания форм поведения людей в различных культурах.

К ним относятся, во-первых, негативная аффективность — то, что часто по традиции называется нейротизмом. Противоположным полюсом данного фактора является эмоциональная устойчивость. Второй фактор — отстраненность, противоположностью которому является экстраверсия. Следующим фактором является антагонизм, противоположным полюсом которого является согласие. Далее идет расторможенность, которая противопоставляется совестливости. И, наконец, пятый фактор, психотицизм, альтернативой которому является ясность сознания.

Кроме того, современные представления о расстройствах личности основаны на том, что граница между патологией и нормой здесь весьма условна. Поэтому расстройства личности необходимо оценивать в виде определенного континуума, начиная от того, что раньше обозначалось как акцентуация характера, и далее — к тяжелой патологии личности.

Заканчивая рассмотрение современной концепции расстройства личности, следует указать на еще один критерий, который характеризует ее патологию, как объективную данность. Это — наличие или отсутствие субъективных психологических и/или объективных микросоциальных проблем.

Исходя из указанной теоретической схемы, впервые апробированной в альтернативной модели расстройств личности по DSM-5, фактически и были сформулированы предложения по изменению категории «Расстройство личности» в проекте МКБ-11 (рисунок 5).

Здесь мы видим три основных критерия: дисфункции самосознания, межличностные дисфункции и дезадаптирующие стили поведения, то есть негибкие, плохо регулируемые формы поведения, воспроизводимые во времени и в разных ситуациях. Подчеркивается, что эти дезадаптирующие стили не соответствуют индивидуальному развитию, не обусловлены влиянием социальных, культуральных факторов и, в известной степени, имеют биологические основания. Указанные паттерны ассоциируются с серьезными психологическими переживаниями либо с различными проблемами в микросоциальном окружении пациентов, которые затрагивают семейную, социальную, профессиональную и личностную сферу. Кроме того, подчеркивается, что расстройство личности — это длительное патологическое состояние, которое сохраняется на протяжении не менее 2 лет.

F60 Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых в МКБ-10	
F60 Специфические расстройства • Параноидное • Шизоидное • Диссоциальное • Эмоционально неустойчивое • Гистрионное • Ананкастное • Тревожное • Зависимое F61 Смешанные и другие расстройства	F64 Расстройства половой идентификации • Транссексуализм • Трансвестизм F65 Расстройства полового предпочтения • Фетишизм • Трансвестизм • Экзгиционизм • Вуайеризм • Педофилия • Садо-Мазохизм • Множественные • Другие
F62 Хронические изменения, не связанные с тяжелым поражением мозга • После катастрофы • После психического расстройства	F66 Психологические и поведенческие расстройства, связанные с сексуальным развитием и ориентацией F68 Другие расстройства зрелой личности и поведения у взрослых
F63 Расстройства привычек и влечений • Азартное расстройство • Пиромания • Клептомания • Трихотилломания • Другие	

Рис. 5

В проекте МКБ-11 помимо категории «Расстройство личности и связанные с ними особенности» впервые вводится еще одна категория – «Личностные затруднения» (рисунок 6). Фактически, это аналог того, что мы понимаем, под акцентуацией личности. Критерием личностных затруднений является то, что нарушения в эмоциональной, когнитивной и поведенческой сферах не носят тотальный характер. Второй же признак данной категории заключается в том, что возникающие личностные и социальные проблемы, не настолько массивны, как при расстройстве личности, либо имеют временный характер.

Современная концепция расстройств личности
<ul style="list-style-type: none"> • Самосознание (идентичность, «Я»-концепция) • Взаимоотношения (социальная включенность, эмпатия, толерантность) • Деадаптирующие черты <ul style="list-style-type: none"> • Эмоциональность • Когнитивная сфера • Поведение • Устойчивые интегральные стили реагирования, основанные на биологических свойствах («Большая пятерка») <ul style="list-style-type: none"> • Негативная аффективность vs. Эмоциональная стабильность (<i>нейротизм</i>) • Отстраненность vs. Экстраверсия (<i>экстраверсия</i>) • Антагонизм vs. Согласие (<i>доброжелательность, социальность</i>) • Расторможенность vs. Совестьливость (<i>добросовестность</i>) • Психотицизм vs. Ясность сознания (<i>открытость опыту</i>) • Континуальность расстройств от акцентуаций к тяжелым расстройствам личности • Наличие субъективных и микросоциальных проблем

Рис. 6

В конечном счете, классификацию расстройств личности по МКБ-10 можно свести к схеме, в которой имеются две, так сказать, родительские категории (рисунок 7). Одна, это – «Расстройство личности и соответствующие ему особенности». Эта категория включает в себя собственно «Расстройство личности», степень которого может дифференцироваться на легкую (мягкую), средней степени и тяжелую. Глубина расстройства личности оценивается, исходя из выраженности нарушений в трех основных сферах – когнитивной, эмоциональной и поведенческой, т.е. того, насколько полно и стабильно проявляются нарушения в этих сферах. Помимо этого, учитывается глубина микросоциальной проблематики и тяжесть личностного дистресса, который имеется у пациента.

Вторая родительская категория – это «Проблемы, связанные с взаимоотношениями». Именно к ней относится диагностическая рубрика «Личностные затруднения», о которых уже было сказано. Выглядит это, конечно, несколько парадоксально, поскольку в таком контексте личностные затруднения оказываются напрямую не сопряженными с расстройствами личности. Однако это, по всей видимости, обусловлено тем, что составители новой классификации стремятся придать ей матричный характер.

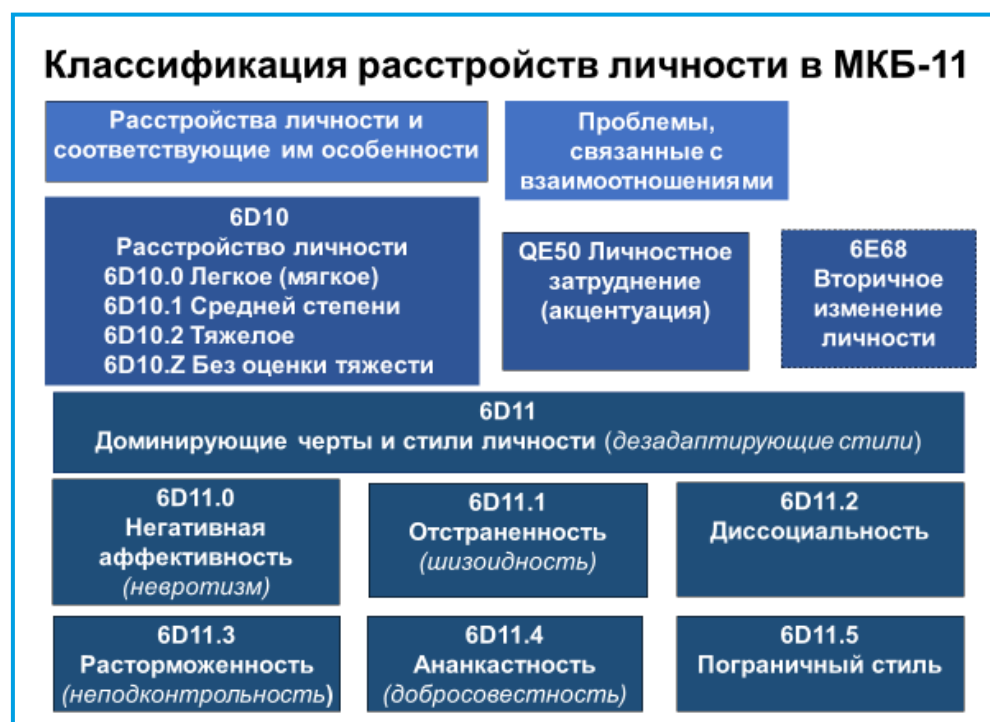


Рис. 7

Наконец, на этом слайде отображена категория «Вторичное изменение личности». Сюда следует относить изменения личности, возникающие в результате заболеваний, в том числе и соматических. Надо отметить, что

вторичные изменения личности не связаны с тем, что было ранее принято рассматривать как психопатоподобные изменения в результате органического или эндогенного заболевания. Вторичные изменения личности в проекте МКБ-11 рассматриваются, скорее, как пролонгированные нарушения, обусловленные определенными переживаниями. Это в определенном смысле аналоги прежних представлений о нажитых развитиях личности. Примером здесь может явиться, разрыв социальных связей, эмоциональная неустойчивость, повышенная возбудимость или протестность.

Важно заметить еще одну особенность проекта МКБ-11. В нем выделено шесть дезадаптирующих стилей. Именно поэтому родительская категория обозначена как «Расстройства личности и соответствующие им особенности». Указанные стили могут включаться в описание состояния пациента как при расстройствах личности, так и личностных затруднениях (или акцентуациях). Это позволяет несколько конкретизировать клиническое описание и расширить возможности для типологизации аномалий личности. Здесь мы видим в несколько измененном виде ту же самую концепцию пяти факторов, о которой уже говорилось выше. Правда, она видоизменена, раздроблена и представлена не в таком полном виде, как в альтернативной американской модели расстройств личности.

Это — негативная аффективность, которая близка к уже упоминавшемуся фактору нейротизма. Отстраненность, как концепция некоторой шизоидности, сочетающейся, с одной стороны, разрывом социальных связей, а, с другой стороны, с недостаточностью способностью к доверительным отношениям и близости. Диссоциальность, как антисоциальные проявления, неуважение к правам других людей и их чувствам, эгоцентризм и отсутствие эмпатии. Расторможенность, как недостаточная подконтрольность поведения. Ананкастность, как аналогия фактора добросовестности в пятифакторной модели, включает обязательность, ригидность, перфекционизм. И, наконец, — пограничный стиль, который, по всей видимости, был выделен в МКБ-11 в качестве самостоятельного ввиду высокой частоты этого стиля поведения среди пациентов с расстройствами личности.

Заключая, хотелось бы подчеркнуть, что, конечно, для клинициста освоить эти новые подходы будет весьма непросто, потому что новая концепция расстройств личности, включая представления о самосознании, межличностных дисфункциях, дезадаптирующих чертах и стилях, производных от пятифакторной модели, выходит за рамки как клинико-описательной, так и феноменологической традиции. Эта концепция в большой степени опирается на интерпретативную, психометрическую и дименсионную методологию. В связи с этим их выявление, осмысление, и прочувствование расстройств личности и личностных затруднений как диагностических категорий для многих практикующих психиатров будет представлять существенные сложности.

**Первый психотический эпизод:
эпидемиологические и клинико-
терапевтические аспекты оказания помощи**

Обобщение результатов эпидемиологических данных в отношении оказания помощи в регионах Российской Федерации пациентам с первым психотическим эпизодом в рамках шизофрении или расстройств шизофренического спектра



Шмуклер А.Б

— Уважаемые коллеги, добрый вечер! Как уже объявил Анатолий Болеславович, я доложу вам результаты крупного эпидемиологического исследования, которое было проведено в большом количестве регионов Российской Федерации, и касалось оказания помощи больным с впервые возникшими психотическими состояниями.

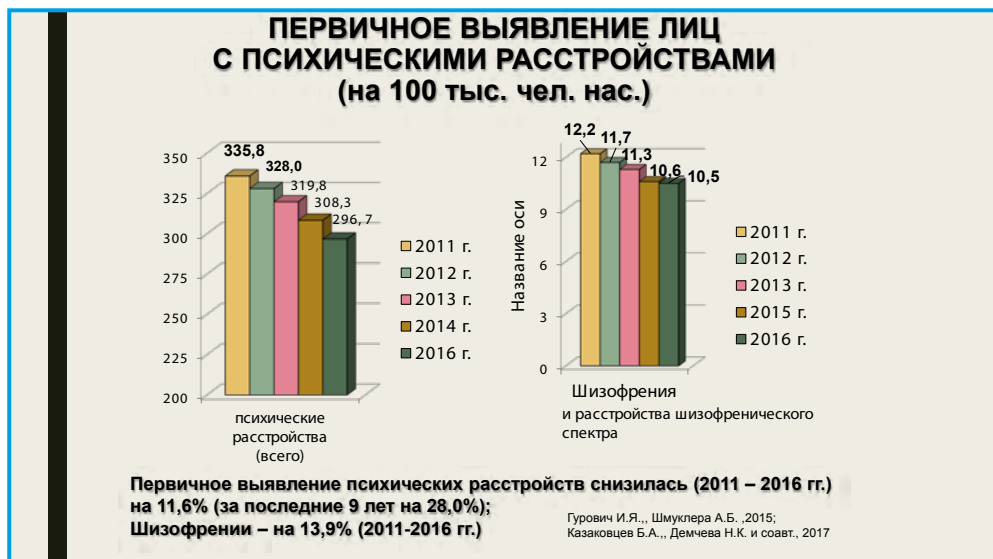
Прежде чем переходить к результатам этого исследования, я бы хотел представить вам некоторые эпидемиологические данные, касающиеся выявления и организации помощи психически больным. К сожалению, имеющиеся у нас статистические данные не очень оптимистичны, потому что из года в год снижается первичное выявление лиц с психическими расстройствами, и это касается практически всех диагностических групп. Вы видите, что за последние 5 лет почти на 14% уменьшилось число больных шизофренией, причем и в абсолютных значениях, и в относительных цифрах (на 100 тысяч населения).

Это в полной мере касается и первичного выявления психических расстройств. Уменьшается число больных с впервые в жизни установленным диагнозом, взятых под диспансерное наблюдение. Я бы сейчас не стал оценивать этот показатель как положительный или отрицательный. Здесь важно не количество взятых под диспансерное наблюдение, а обоснованность установления диспансерного наблюдения и соблюдение всех принципов диспансерного наблюдения.

По факту, снижается количество больных, которых берут под диспансерное наблюдение. В том числе, снижается и количество больных с психозами, и число больных с шизофренией, взятых под диспансерное наблюдение.

Несмотря на то, что заболеваемость как бы снижается — об этом сегодня утром на пленарном заседании уже говорил Георгий Петрович — к сожалению, увеличивается число психически больных-инвалидов. Увеличение не очень значительное, но оно неуклонно и происходит достаточно последовательно, если так можно сказать, из года в год. Это

происходит, главным образом, за счет числа больных, впервые признанных инвалидами вследствие психических расстройств. Опять же это касается как целиком всех психических расстройств, так и увеличения числа больных шизофренией. Постепенное, но неуклонное увеличение из года в год.



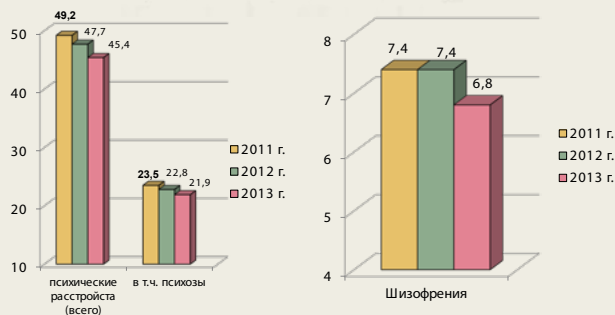
Ну, а теперь, после такого вступления я хотел бы, собственно, перейти к результатам большого эпидемиологического исследования, которое было проведено в этом году, и с помощью которого мы пытались оценить оказание помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра за предшествующий период с 2013-го по 2017 год.

Всего было обследовано почти 14 тысяч больных, и результаты мы получили из 14 регионов. Надо сказать, что исследование было сплошным. Это были все больные, которые наблюдались в этих регионах за указанный промежуток времени.

Было примерно равное количество мужчин и женщин. И обратите внимание на возраст: возраст – а это впервые в жизни установленный диагноз шизофрении – 37 лет. Георгий Петрович сегодня говорил о 36 лет по Москве, по другим регионам примерно такие же показатели. Очевидно, что это не возраст, когда эти пациенты заболели, а возраст, когда они обратились, и им был установлен диагноз. То есть здесь налицо достаточно позднее выявление и диагностика заболевания и, соответственно, более позднее оказание психиатрической помощи.

Я скрыл регионы, потому что цифры не всегда комплементарны, и мы с руководителями психиатрических служб регионов обсуждали эти результаты, которые они приняли к сведению, но в данном случае важен не конкретный регион и его показатели, а их распределение и выявление определенных зависимостей.

ЧИСЛО БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ В ЖИЗНИ УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ, ВЗЯТЫХ ПОД ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ (на 100 тыс. чел. нас.)



Диспансерное наблюдение назначается при первичном выявлении только 60% больных шизофренией [Гурович И.Я. 2014]

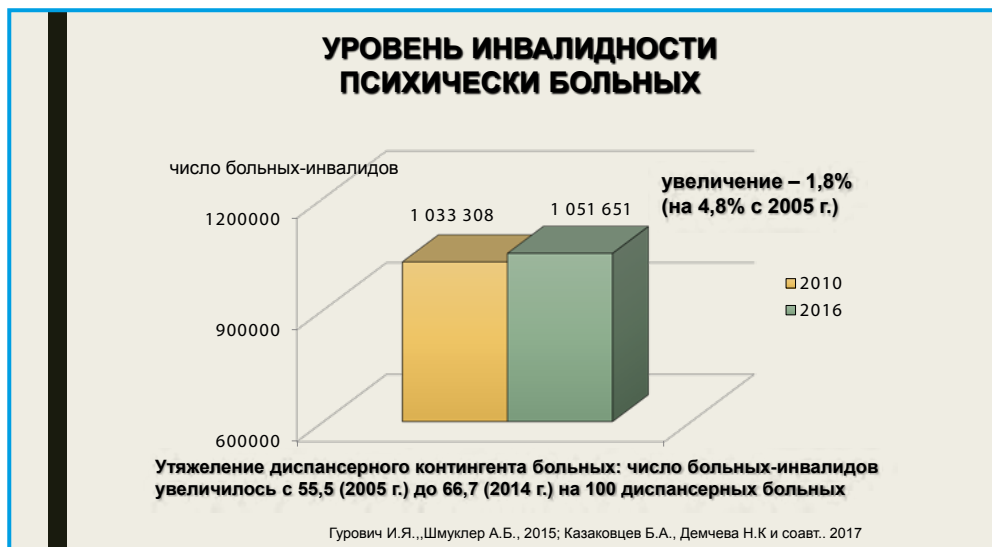
Итак, как я уже говорил, соотношение «мужчины / женщины» примерно одинаково, за исключением нескольких регионов, где количество мужчин несколько выше, чем женщин. Возраст в среднем – 37 лет, и эта цифра по 13 регионам с небольшими отклонениями повторяется, за исключением одного региона, в котором отмечается более ранняя обращаемость и более ранняя диагностика шизофрении. Я сразу скажу, что этот регион, на который мы будем ссылаться и дальше, отличается и по другим показателям.

Диагнозы. В основном это шизофрения, преимущественно параноидная шизофрения. 7% – это больные шизотипическим расстройством, что меньше, чем было в прежние годы, 7% – шизоаффективное расстройство и 3% – острое полиморфное психотическое расстройство.

Среднее время между первым обращением и постановкой диагноза шизофрении. В шести регионах данное заболевание диагностируются относительно рано – менее 3-х месяцев между первым обращением к психиатру и установлением диагноза «шизофрения». Но в то же время есть еще шесть регионов, где это время достаточно велико – примерно год между обращением к психиатру и постановкой диагноза «шизофрения». Значит в течение года больные наблюдались и получали помощь с другим диагнозом.

Следующий аспект – это интенсивность оказания психиатрической помощи. На слайде показано количество госпитализаций, как вы помните, за 5 лет – с 2013-го по 2017 год. В среднем 2,7 госпитализации за 5 лет и 0,54 за последние перед обследованием 12 месяцев.

Однако обратите внимание на стандартное отклонение, которое достаточно велико, что указывает на разнородность представленной выборки. Соответственно, были больные, которые не госпитализировались или госпитализировались очень редко, и были больные со значительно более частыми госпитализациями.



То же самое касается и количества дней, проведенных в стационаре. В среднем это чуть менее месяца, однако чрезвычайно большое стандартное отклонение говорит о том, что в данном случае большие различия как между регионами, так и внутри региона. Значительная часть больных не госпитализируется, а другая часть больных госпитализируется многократно, и длительность госпитализаций, конечно, не месяц, а два, три и более.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**(все диагностированные больные с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра за период 2013–2017 гг. – 13 748 чел.)**

1. Казань (963 чел.)
2. Кемерово (1 127 чел.)
3. Краснодар (1 270 чел.)
4. Москва (4 707 чел.)
5. Нижний Новгород (571 чел.)
6. Новосибирск (355 чел.)
7. Омск (661 чел.)
8. Оренбург (366 чел.)
9. Санкт-Петербург (1 517 чел.)
10. Ставрополь (427 чел.)
11. Тверь (201 чел.)
12. Уфа (1 059 чел.)
13. Хабаровск (260 чел.)
14. Ярославль (264 чел.)

Ну и, наконец, амбулаторные посещения: в среднем – шесть. С учетом того, что 60% больных устанавливается диспансерное наблюдение, которое подразумевает относительно частое посещение психиатра – шесть посещений в год можно признать достаточно удовлетворительным показателем. Хотя и здесь отмечается высокое стандартное отклонение, что указывает на то, что часть больных наблюдается достаточно интенсивно, практически ежемесячно и даже чаще, а часть больных наблюдается редко или вообще не посещает психиатра.

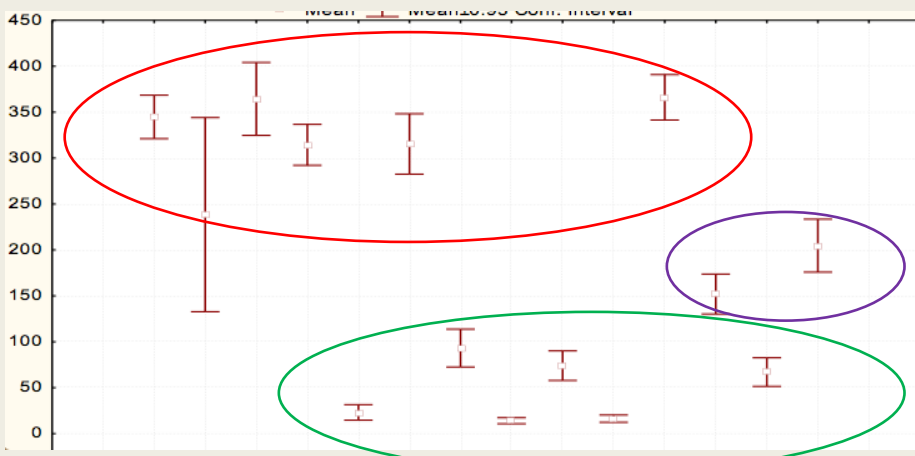
Ну, а теперь эти же показатели по регионам. Таблица насыщенная и для удобства восприятия зеленым обведены низкие показатели, красным обведены показатели, превышающие среднее значение. Итак, мы видим регионы с интенсивной госпитализацией, с большим числом госпитализаций – четыре и более четырех за 5-летний период; регионы с высокой госпитализацией за последние 12 месяцев: более одной госпитализации, то есть в 2 раза выше среднего значения по всем регионам; регионы с практически двукратным увеличением длительности госпитализации за последние 12 месяцев (напомним, что среднее значение по этому показателю составляло 25 дней). И высокие показатели числа больных, которые госпитализируются. Например, регионы 13 и 14, в которых процент больных без госпитализации составлял только 24 и 31%, соответственно. Таким образом, 70–75% больным диагнозом шизофрении впервые был установлен в стационаре. И, наоборот, существуют регионы, в которых число больных, впервые обратившихся за психиатрической помощью, и которым был выставлен диагноз шизофрении, и не госпитализированных, достаточно велико.

КОЛИЧЕСТВО ИЗУЧЕННЫХ СЛУЧАЕВ И ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ (2013 – 2017 гг.)		
Города	Пол(муж / жен)	Возраст (±СО)
Регион 1	46,0/54,0	40,5±14,3
Регион 2	48,1/51,9	36,1±11,9
Регион 3	50,1/49,9	40,1±13,8
Регион 4	51,5/48,8	34,3±10,5
Регион 5	49,5/50,5	39,9±14,0
Регион 6	53,3/46,7	35,3±7,3
Регион 7	58,0/42,0	37,8±15,8
Регион 8	49,6/50,4	37,3±12,0
Регион 9	53,7/46,3	33,5±7,7
Регион 10	55,0/45,0	35,0±51,9
Регион 11	55,5/44,5	28,7±4,9
Регион 12	48,0/52,0	35,8±9,5
Регион 13	51,7/48,3	41,2±23,3
Регион 14	46,8/53,2	33,8±11,0
Всего	50,8/49,2	37,0±12,1

Регион 11 – это тот самый регион, о котором я говорил в начале своего выступления, где отмечалось раннее выявление и установление диагноза «шизофрения». Здесь имеет место небольшое количество госпитализаций, в том числе за последние 12 месяцев (оно практически в 2 раза меньше средних значений). Среднее число дней госпитализации тоже небольшое. Конечно, пациенты не лечатся 6 дней: данная цифра означает, что значительное число больных не госпитализируются. Мы видим следующий столбец, который говорит, что 90% больным оказывается помощь либо в дневном стационаре, либо амбулаторно (при достаточно интенсивном амбулаторном наблюдении: больные в среднем делают 10 посещений в год). Стандартное отклонение относительно невелико – 3,5. Таким образом, практически все больные, которые попали в указанную выборку, посещали диспансер не менее 6 раз в год, то есть, как минимум, один раз в 2 месяца, а многие и ежемесячно. Забегая вперед, хочу сказать, что в этом регионе наилучшие показатели социального восстановления больных. Вот такой акцент на внебольничную помощь и достаточно интенсивное амбулаторное наблюдение дает свои клинические и социальные результаты.

ДИАГНОЗЫ (%)				
F20 / F20.0	F21	F22	F23	F25
82.7 / 73	7	0.3	3	7

СРЕДНЕЕ ВРЕМЯ (ДНИ) МЕЖДУ ПЕРВЫМ ОБРАЩЕНИЕМ И ПОСТАНОВКОЙ ДИАГНОЗА ШИЗОФРЕНИИ



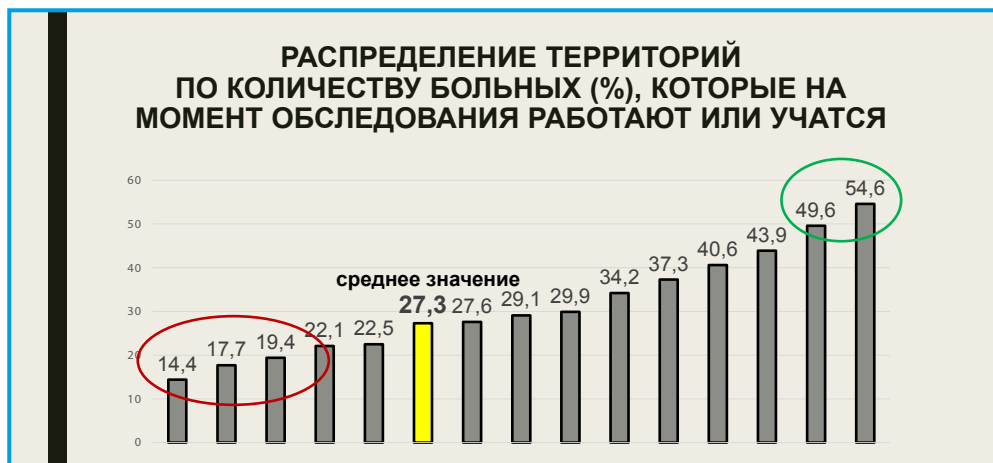
Далее, на следующем слайде вы видите распределение территорий по количеству больных, которые на момент обследования работают либо учатся. Средний показатель – 27%, то есть почти 3/4 больных в трудовом и в учебном отношении дезадаптированы. Но есть регионы, где этот показатель (число работающих или продолжающих обучение больных) ниже – 14, 17, 19%, и, тем не менее, есть регионы с достаточно высокими показателями – в районе 50%. И вот один из этих регионов – это как раз тот самый регион 11 с интенсивной внебольничной помощью.

ИНТЕНСИВНОСТЬ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ

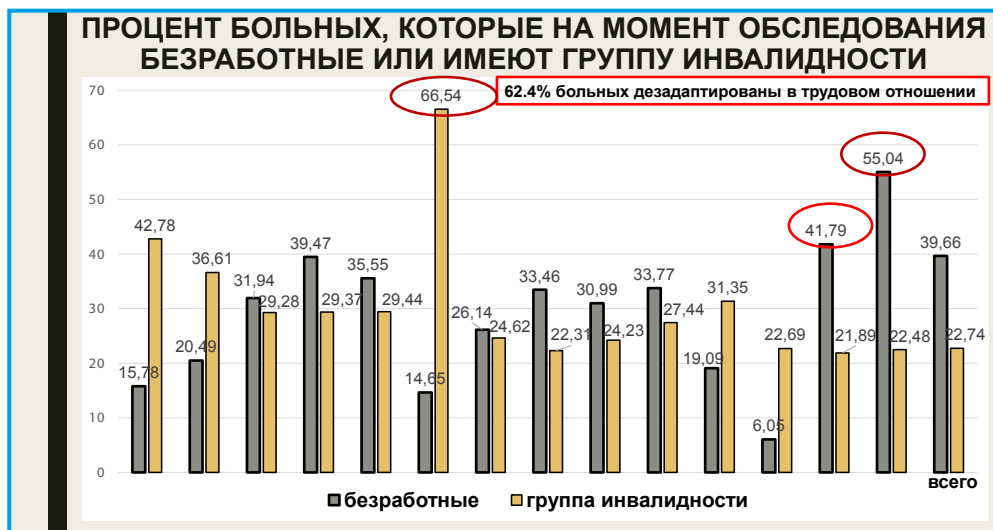
Города	Госп. всего	Госп. за 12 мес.	Госп. за 12 мес. (дни)	% б-ных без госп	ДС за 12 мес.	Амб. посещения
Регион 1	1.76±0.78	0.30±0.50	17.07±33.45	71.3	0.14±2.75	4.7±6.3
Регион 2	2.40±2.02	0.55±0.76	27.98±56.85	57.7	0.67±9.20	6.5±4.6
Регион 3	2.48±0.92	0.37±0.50	25.13±45.10	63,9	0.17±0.45	3.1±3.8
Регион 4	2.69±2.12	1.20±7.17	45.29±67.90	31.2	0.25±0.64	6.3±4.1
Регион 5	2.27±2.22	0.42±0.69	16.88±38.31	64.6	0.31±0.58	5.8±5.8
Регион 6	4.53±3.15	0.72±1.66	30.41±36.26	45.5	0.07±0.28	8.4±3.7
Регион 7	1.39±5.68	0.58±0.82	34.96±62.56	59.5	0.28±0.59	8.5±6.3
Регион 8	3.56±3.13	0.65±0.90	32.23±52.65	44.2	0.30±0.62	4.2±4.4
Регион 9	3.60±1.76	0.84±3.99	33.68±47.44	49.3	0.12±0.34	6.8±3.0
Регион 10	2.25±1.99	0.50±0.77	30.92±54.11	62.0	0.50±3.32	6.8±5.5
Регион 11	1.09±1.14	0.13±0.39	6.20±18.61	90.7	0.33±0.50	10.4±3.5
Регион 12	3.03±2.10	0.37±0.64	23.15±43.04	69.3	0.28±0.60	8.3±3.7
Регион 13	4.35±1.79	1.14±0.97	45.91±40.15	31.3	0.35±0.62	6.6±2.2
Регион 14	2.60±1.96	0.98±1.55	37.19±35.27	24.1	0.05±0.25	1.5±1.3
Всего	2.67±2.24	0.54±2.27	25.33±45.90	58.9	0.28±2.07	6.15±5.3

Вот достаточно показательный слайд – это число больных, которые на момент обследования являются безработными или имеют группу инвалид-

ности. Суммарное число примерно одинаковое, однако различаются подходы к оказанию помощи. Есть регионы, в которых очень низкий показатель безработицы, но высокое число лиц с инвалидностью. Вот регион, где 66,5% больных уже в течение первых 5-ти лет получили инвалидность — это очень высокий показатель, даже в некоторой степени превышающий ожидаемый за весь период заболевания. Есть регионы с обратным подходом, когда больным не устанавливается группа инвалидности. Они находятся на этапе неустойчивой трудовой адаптации и фактически не имеют средств к существованию.

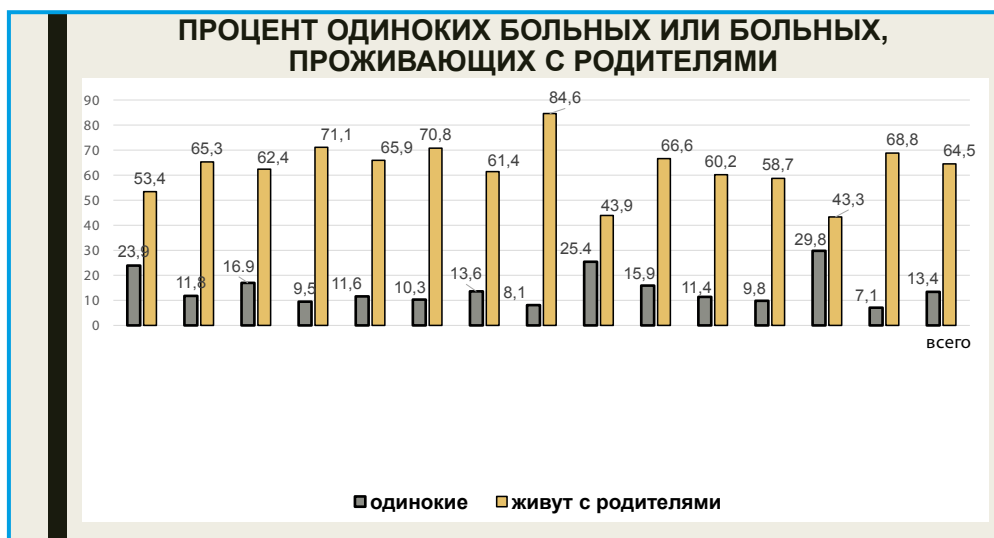


Процент больных, которые не стояли в браке, ожидаемо высокий. В среднем это около 60%. Высокий процент одиноких больных или больных, проживающих с родителями.



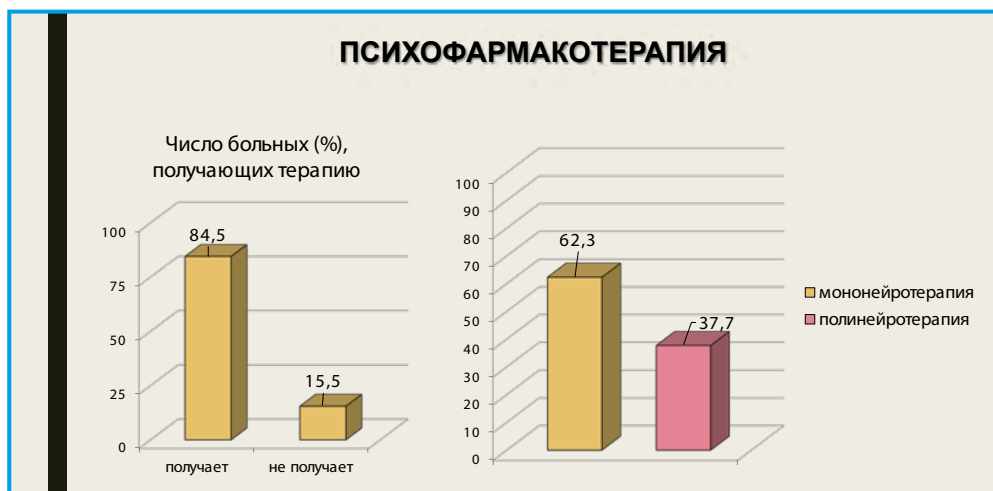
Психотерапия. Большинство больных, наблюдающихся в диспансере (85%), получили лечение. Причем более 60% больных — один

антипсихотик, и только 37,7% больных получали два и более антипсихотиков. Очень странные и удивительные для меня результаты, потому что при аудите стационаров и лечения в амбулаторных условиях показатели полифармакотерапии оказываются выше, но так отчитались, так заполнили наши анкеты представители регионов.



Структура антипсихотической терапии. Большинство пациентов ожидаемо, к сожалению, хотя это больные с первым психотическим эпизодом, получали традиционные антипсихотики. Главным образом это галоперидол. Дюрантные антипсихотики назначались 10% больных. Это число примерно соответствует количеству больных, получающих пролонги на отдаленных этапах заболевания, что тоже несколько удивитель-

но. Большинству назначались традиционные антипсихотики-пролонги, атипичные – только 3,2%. Хотя, с другой стороны, это примерно 30% всех больных, которые получали пролонги. На сегодняшний день атипичные инъекционные антипсихотики пролонгированного действия – это два препарата: палиперидон пальмитат и рisperидон длительного высвобождения.



Теперь я бы все-таки хотел бы сказать несколько слов об исходах заболевания. Это уже другое длительное катамнестическое исследование. Кадамнез – более 25 лет. Мы обследовали больных, которые обратились в психоневрологический диспансер в 1980–1985 году, и посмотрели, что с ними стало в 2010–2012 году. Обратите внимание, что среди больных, впервые обратившихся в диспансер в 80-е годы и получивших диагноз «шизофрения», 45% находились в ремиссии длительностью 5 лет и больше. Единственный психотический эпизод наблюдался в 17,5% случаев. Эта цифра совпадает с другими исследованиями в разных странах, в том числе и в России (здесь никаких отличий нет). Несколько психотических эпизодов и длительная многолетняя ремиссия наблюдалась еще у 27%. То есть порядка 45%, впервые обратившихся и получивших диагноз «шизофрения», имеют благоприятный исход. И это в значительной степени коррелирует с теми цифрами диспансерного наблюдения, которые мы получили при анализе статистических данных. Если вы помните, только 60% больных берется на диспансерное наблюдение, что можно признать в определенной степени справедливым.

Затухающая активность процесса – 29%. Достаточно выраженная активность процесса – 17,5%, и частые длительные госпитализации – 9%. Таким образом, 25–30% больных – это больные, требующие достаточно интенсивного диспансерного наблюдения. Часть из них требует активной стационарной помощи. Остальные больные – это либо больные в ремиссии, либо с затухающей активностью процесса.



Какова тактика оказания помощи в отделении первого психотического эпизода? Возможно более раннее выявление психопатологических нарушений. Оказание помощи в наименее стигматизирующих условиях на основе принципа партнерства с пациентом (здесь важен именно акцент на внебольничные условия). Оптимальный выбор фармакотерапии: отдается предпочтение атипичным антипсихотикам. Раннее присоединение психосоциального вмешательства, уже буквально с первого дня обращения, а не отложено на момент становления ремиссии.

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРВОЙ РЕМИССИИ

Длительность (лет)	Число больных		
	Абс.	%	
< 1 года	39	22,5	55,6
≥ 1 года + < 2 лет	25	14,5	
≥ 2 лет + < 3 лет	17	9,9	
≥ 3 лет + < 5 лет	15	8,7	
≥ 5 лет + < 8 лет	12	6,9	21,9
≥ 8 лет + < 20 лет	26	15,0	
≥ 20 лет	39	22,5	22,5
Всего	173	100	100
Нет данных	5	-	-

Шмуклер А.Б., Бочкарева О.С., 2012

И, пожалуй, самый сложный, но один из самых важных аспектов – это последующее ведение больных как минимум на протяжении 5-летнего периода. Речь идет именно о данной программе, программе первого психотиче-

ского эпизода. В дальнейшем, по истечении 5-летнего периода эти пациенты переходят в те программы, которых требует их психическое состояние.

ОТДАЛЕННЫЙ КАТАМНЕЗ БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ ШИЗОФРЕНИИ

Продолжают наблюдаться в ПНД – 50% от общего количества обратившихся в 1980-1985 гг. Из них группа диспансерного наблюдения – 85,4%

1. Единственный психотический эпизод – 17,5%
2. Несколько психотических эпизодов и длительная ремиссия – 27,1%
3. Затухающая активность процесса после предшествующего периода активного течения – 28,8%
4. Умеренная активность процесса – 17,5%
5. Частые и длительные госпитализации – 9,1%

Бочкарева О.С., 2018

Каковы потоки больных в программах первого эпизода? Это, конечно, больные, направленные различными подразделениями психиатрической службы, но не только. Это и внедиспансерные психиатрические структуры и, самое главное, это другие медицинские учреждения и другие социальные службы, учебные учреждения, что требует специальной работы с ними.

Я бы хотел сделать акцент на развитии внедиспансерного раздела психиатрической службы, особенно на взаимодействии психиатрической службы с общесоматической медициной, имея в виду как непосредственно интеграцию с общемедицинской службой, так и развитие консультативной психиатрии. Существенным является создание системы раннего выявления психических расстройств и в общемедицинских учреждениях, и собственно в психиатрической службе.

Система помощи больным с первым психотическим эпизодом по структуре мало отличается от обычной системы помощи. Может быть, в большей степени, чем для обычной психиатрической службы, акцент должен быть сделан на внебольничный раздел психиатрического обслуживания.

Ну и последнее, о чем я хотел бы сказать: каким образом целесообразно оценивать результаты работы по оказанию помощи больным с первым психотическим эпизодом. Можно использовать известный подход, предложенный немецкими коллегами – качество структуры, качество процесса и качество результата.

Структура – это условия оказания помощи, это доступность помощи, максимально приближенной к месту жительства пациента, и это наличие обученного персонала, который владеет максимально возможным числом методик как биологической, так и психосоциальной терапии.

О качестве процесса я уже говорил. В том числе, это оказание помощи в наименее ограничительных условиях, предпочтительно во внебольничных. Использование современных методов психофармакотерапии.

Несмотря на очевидность данных подходов, тем не менее в процессе их реализации обнаруживается значительное количество проблем. В частности, существует тенденция назначения больным на начальных этапах заболевания в качестве первого препарата галоперидола, причем даже в регионах в хорошо налаженной программой первого эпизода. Как показал анализ, проведенный в одном из таких регионов, количество больных, у которых первым назначенным антипсихотиком был галоперидол, за последние 15 лет (2001–2016 гг.) значительно возросло. И этого не оправдывает тот факт, что в дальнейшем этих больных переводят на атипичные антипсихотики.

Качество процесса оказания психиатрической помощи также определяет использование широкого спектра подходов к психосоциальному лечению, начиная с первых инициальных этапов ее оказания, а также создание системы длительной поддерживающей терапии: как фармакотерапевтической, так и психосоциальной.

Ну и, наконец, качество результата. В этом отношении необходимо отметить следующее. Мы не можем ограничиться только оценкой полноты и длительности ремиссии симптомов; необходимо оценивать и социальную ремиссию. И основной показатель результатов нашей работы – уровень социального функционирования и качества жизни пациентов, что не ограничивается только работой и учебой. Это и социальное взаимодействие, и семейные отношения, и досуг. Ну и, естественно, уровень выхода на инвалидность, уровень первичной инвалидизации.

Большое спасибо за внимание.

Анализ данных и особенности оказания помощи пациентам с первым психотическим эпизодом в Москве



Костюк Г.П.¹

Последнее время мы довольно много говорим о первом эпизоде, об оказании помощи при первом эпизоде. И тут невозможно каждый раз говорить что-то новое, приходится хотя бы отчасти повторяться.

В частности, хорошо известный всем, наверное, уже слайд (рис. 1), который приводит обычно Сергей Николаевич Мосолов в своих докладах, который показывает, какие задачи, терапевтические приоритеты были у психиатров в зависимости от тех или иных возможностей, в том числе, фармакотерапевтических возможностей. И сегодняшние фармакотерапевтические технологии — но не только, в том числе и психосоциальные — позволяют ставить нам перед собой задачу возводить в абсолютный приоритет улучшение когнитивных функций и социальное выздоровление. То, что называют английским словом «recovery». И это, действительно, возможно, но пока что, к сожалению, в теоретическом плане.



Рис. 1. Терапевтические приоритеты лечения психических расстройств

1 Костюк Г.П. — д.м.н., профессор, главный врач ГБУЗ «ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ», главный внештатный специалист психиатр Департамента здравоохранения Москвы.

Конечно, остаются задачи и предыдущих лет – улучшение социального функционирования и достижение ремиссии, потому что у нас сейчас находятся пациенты на разных стадиях заболевания. И есть те, которым уже невозможно достичь этих амбициозных целей. Актуальным остается и удлинение стабильных периодов, и снижение негативных симптомов.

Хотелось бы сегодня проговорить и проанализировать, почему эти задачи уже 30-летней давности все еще актуальны. Кстати говоря, снижение позитивных симптомов, предотвращение обострений – тоже остается в качестве актуальной задачи, несмотря на все те возможности, о которых я сказал в начале.

И если посмотреть длинник заболевания, то хорошо известно, что максимальная эффективность терапевтических вмешательств возможна на начальных этапах заболевания. То есть очень важно, чтобы в поле зрения специалистов, психиатров пациент попадал на том этапе, когда ему еще можно оказать эффективную помощь и достичь того самого улучшения когнитивных функций и социального выздоровления.

Мы сейчас прослушали доклад Александра Борисовича, который обобщил материалы почти 14 тысяч наблюдений за пятилетний период в 14 регионах нашей страны – там существенная часть данных была по Москве – который показывает, что, к сожалению, к нам пациенты попадают далеко не на том этапе своего заболевания, когда можно оказать такую помощь.

Тем не менее, во всем мире развивается именно это направление. И должен сказать, что это преимущество наших западных коллег в области психиатрии. При том, что у них есть свои существенные проблемы и пробелы как раз там, где у нас очень сильная сторона и где у нас есть свои преимущества. Я хотел бы об этом сразу сказать, мне не хватило времени в моем пленарном выступлении. У нас создана очень эффективная, развернутая сеть амбулаторной помощи пациентам через систему психоневрологических диспансеров и эффективно работающая сеть психоневрологических интернатов для тех пациентов, которые уже не могут удерживаться в обычной среде и переходят на следующий этап.

У большинства наших западных коллег эта работа почти не ведется. И контингент пациентов долго болеющих и находящихся на далеко зашедших стадиях заболевания с выраженным личностным дефектом пополняет контингент заключенных тюрем либо создают колонию лиц без определенного места жительства.

Этой категорией пациентов мы занимаемся, занимаемся достаточно эффективно. Это стоит значительных усилий, но, тем не менее, у нас такой ситуации нет. И в этом наше преимущество. Но у нас, к сожалению, не очень развита работа с выявлением пациентов на тех этапах заболевания, когда можно оказать помощь и не допустить, чтобы они пополняли ряды вот этих самых пациентов, которые у коллег переходят в тюрьмы или становятся бродягами, а у нас переходят в интернаты.

У англичан, американцев, австралийцев, в Новой Зеландии очень развиты программы оказания помощи на этапе первого эпизода. В Соединен-

ных Штатах Америки в каждом штате эти программы носят свое название, но их объединяет то, что они опираются на 4 основных блока. Во-первых, это эффективная современная персонализированная фармакотерапия, это поддержка в трудоустройстве и учебной деятельности, психообразование самих пациентов и членов их семьи и улучшение социальных навыков и психологическая поддержка.

Александр Борисович докладывал о пятилетнем наблюдении в 14 регионах. А начиналась эта история с однолетнего наблюдения в городе Москве, когда мы проанализировали все случаи впервые выставленного диагноза шизофрении в 2016 году и получили 937 таких случаев. Это была сплошная выборка, все диспансеры приняли участие. Средний возраст составил 35 лет первичного обращения и 36 лет на момент верификации диагноза шизофрении. Три четверти — это были пациенты, страдающие параноидной шизофренией, были пациенты, страдающие шизотипическим расстройством, хроническим бредовым расстройством очень мало, меньше всего, полиморфным психотическим расстройством и шизоаффективным психозом.

Что мы получили по итогам первого года? Я прошу уловить разницу между теми данными, которые докладывал Александр Борисович, и этой выборкой. Данные за пять лет показывали накопленную инвалидность всех, кто заболел в течение пятилетнего периода. Это были пациенты, которые заболели в начале 2013 года и заболели к концу 2017 года, и на начало 2018 года мы получили какую-то группу инвалидов. В разных регионах это было представлено по-разному — от 30 до 66 процентов.

В данном случае — я прошу на это обратить внимание — мы говорим всего лишь о годе наблюдения. То есть данные анализировались в начале 2017 года и охватывали всех заболевших, точнее всех, кому был выставлен диагноз с начала по конец 2016 года. Так вот, 20% имели группу инвалидности, еще 48%, почти 50% не работали, не учились, то есть по факту были инвалидами, но группу инвалидности пока не получили. А, может быть, и не получают. И не получают не потому, что им не положено или им не дадут, а потому что они не обращаются. Для них, для родителей это дополнительный психологический барьер, который им порой бывает очень сложно преодолеть. И я это покажу на материале пятилетней выборки.

Мы посмотрели с шагом в 5 лет, как распределилось выявление больных шизофренией. И мы видим, что пик заболеваемости пришелся на возраст 26–31 год. И со значительным смещением в более поздний возраст мы видим, что диагностировали шизофрению и после 50 лет, и даже после 70 лет было несколько случаев.

С более коротким шагом выявились немного другие пики. Выявился пик 19–20 лет. Он был сформирован молодыми людьми мужского пола преимущественно во время работы медицинских комиссий военных комиссариатов. Следующий пик — 66, самый высокий — 27–28 лет. Дальше вы видите. Здесь немного по-другому сместились акценты, но, тем не менее, мы хорошо знаем, это из учебников нам известно, что коридор возрастной, в котором, как правило, развивается это заболевание, это 18–25 лет. И если

мы посмотрим, то в этот возрастной период попадает не более трети от всех случаев.

Мы анализировали терапию наших пациентов. Нужно отметить, что все-таки были случаи монотерапии, в том числе атипичными нейролептиками — порядка 30% пациентов находились на такой терапии, на одном традиционном нейролептике — 15%. И были, конечно, случаи коктейлей — коктейлей из типичных, коктейлей из атипичных, из смешанных, сочетанных коктейлей, когда эти и другие препараты использовались и не по одному.

К сожалению, у 24% терапия вообще отсутствовала.

А это часть того большого исследования, о котором говорил Александр Борисович. Но по Москве здесь было 4708 человек, почти те же и возрастные особенности пациентов, и распределение диагнозов практически такое же. И возрастное распределение пациентов по времени постановки диагноза тоже не изменилось.

До 40% диагноз устанавливался на момент обращения. В течение первого полугодия, исключая день обращения, выставлялся диагноз 30%. От полугодия до 3 лет — 18%, от 3 до 5 лет — 3%. И спустя более 5 лет 6% пациентов получали диагноз.

По инвалидности этой группы. После первого года 20% имели группу инвалидности, а накопительная инвалидность за период 5 лет составляла 35%: 1,2% — инвалиды первой группы, 29% — инвалиды второй группы и 4,6% — инвалиды третьей группы.

Обратите внимание, что, несмотря на уже немолодой в основном возраст, 66% проживали с родителями или с родственниками, 11,5% были одинокие, в семье, в браке проживало меньше 15% наших пациентов.

Несмотря на то, что пациенты к нам попадают явно не на этапе первого психотического эпизода, мы попытались организовать клинику первого психотического эпизода, и с ноября прошлого года она работает. В четверг будет год ее работы.

Клиника построена по тому принципу, о котором только что говорил Александр Борисович. Есть стационарное отделение, есть дневной стационар, есть амбулаторная участковая служба. Пациенты, которые включаются для лечения в эту клинику, должны соответствовать критериям отсутствия инвалидности по психическому заболеванию на момент госпитализации, сохранения трудовой или учебной функции, коды заболевания F02, F03 без ограничений, длительность заболевания не более 5 лет и число предшествующих госпитализаций в психиатрический стационар не более трех по анамнестическим данным.

Круглосуточный стационар клиники организован на 50 мест, дневной стационар тоже на 50 мест. На сегодняшний день в диспансерном отделении порядка 150 человек находятся на диспансерном наблюдении. И мы будем создавать уже второй участок по мере накопления пациентов. В структуру клиники первого эпизода входит также патопсихологическая лаборатория, на которую возложено не только экспериментально-психо-

логическое исследование, не только диагностическая функция, но в гораздо большей степени функция по психосоциальной терапии и реабилитации наших пациентов.

За полгода работы клиники через нее прошел 171 пациент. По диагнозам эти пациенты распределились следующим образом: 58 пациентов – F20, 9 пациентов с шизотипическим расстройством, 57 пациентов – F23, 24 пациента – F25, 23 пациента – F3. Возраст все-таки немного более молодой по сравнению с теми данными, которые мы демонстрировали, но все равно, к сожалению, это не 18-20 лет, это 29 лет. В случае шизотипического расстройства – 22, для F23 – 30 лет, для F25 – 27 лет, для аффективных расстройств – 29 лет. Таков средний возраст госпитализации. Длительность лечения составляла от 30 до 40 суток.

Последняя строка в этой таблице показывает, сколько пациентов в итоге выбыли из программы по причине того, что они в конечном итоге не соответствовали критериям пациентов первого психотического эпизода. То есть они поступали в приемное отделение, на уровне приемного отделения они соответствовали критериям, госпитализировались в отделение, а дальше либо переводились в другие отделения, либо долечивались стационарно, но выписывались на участок в диспансер, а не на участок в клинику первого эпизода. Так вот, 48% для F20, 33% – для шизотипического расстройства, 24% – F23, четверть пациентов с F25 и 22% с F23. Даже с F23 в конечном итоге не всегда соответствовали критериям клиники первого эпизода.

Если взять всю группу целиком, то 33% не смогли продолжить лечение в клинике первого эпизода. Еще раз подчеркиваю, я говорю не про стационарное отделение, а про весь комплекс – и стационарное, и полустационарное, и участковую службу.

Я хотел проиллюстрировать этими данными ту, к сожалению, очень печальную ситуацию... Да, что еще нужно сопоставить, чтобы понимать масштаб проблемы. Эта клиника работает в интересах 5,5 миллионов жителей Москвы. Столько москвичей прикреплены по территории проживания к нашей больнице, соответственно, если кто-то заболевает, то попадает в эту клинику. Это не городской центр, она организована для пациентов нашей больницы.

Так вот, при таком количестве населения за полгода работы клиники мы получили такие результаты. Это притом, что почти в ручном режиме мы анализировали каждую госпитализацию, соответствует ли она критериям направления в эту клинику.

Александр Борисович, вы говорили, что сталкиваетесь с увеличением числа назначений галоперидола на начальном этапе ведения пациентов первого эпизода. К сожалению, это обусловлено тем, что на сегодняшний день у нас совсем ограниченный арсенал парентеральных антипсихотиков. У нас исчез оланзапин, зельдокс имеет очень узкий клинический набор показаний. И, к сожалению, иногда краткосрочно приходится прибегать именно к галоперидолу.

К сожалению, у нас и пролонгированных препаратов очень ограниченный ресурс, хотя есть препараты в мире, не только палиперидон и рisperидон. Но на сегодняшний день на нашем рынке они недоступны, и мы пользуемся тем, что есть. Но даже то, что у нас на сегодняшний день есть — а Москва выделяет значительные средства на льготное лекарственное обеспечение — мы нарастили существенно и наш портфель атипичных антипсихотиков, к сожалению, из-за отсутствия пациентов на том этапе лечения, когда эти препараты в наибольшей степени могут быть эффективны и показаны... Я не скажу, что у нас есть какие-то сложности с назначением, но у нас есть много случаев неэффективного использования этих препаратов, когда идет повторная госпитализация как раз при переходе на них.

Конечно же, в Москве с 13 миллионами жителей все-таки найдутся пациенты, которые найдут свой препарат или он их найдет, но ситуация именно такая, и она грустная. То есть мы получаем пациента на том этапе, когда мы можем быть мало чем ему полезны. И о том амбициозном приоритете, о котором мы говорили в самом начале, говорить приходится далеко не всегда.

Параллельно с работой и развитием, становлением клиники первого эпизода мы, памятуя о важности поддерживаемого трудоустройства и поддерживаемого обучения, провели довольно интересный и очень серьезный проект по трудоустройству пациентов. И тоже столкнулись с тем, что те НКО, которые работают в Москве на рынке реабилитации инвалидов, трудоустройства инвалидов, они заточены, привыкли и научились работать с пациентами-инвалидами на далеко зашедших стадиях заболевания. А когда объектом приложения усилий стали пациенты первого эпизода, то это был очень сложный проект.

Нам по ходу приходилось расширять линейку трудовых предложений. Те типовые наработки, которые существовали, были неинтересны для наших пациентов. И это была очень сложная история, но, тем не менее, она прошла, прошла, как нам кажется, очень полезно. Во-первых, мы много чему научились. И она даже получила награду в категории проектов в поддержку социально незащищенных слоев населения конкурса «Лучшие социальные проекты России» 2018 года. Эта программа реализовывалась совместно и при поддержке компании «Янссен».

Что касается опыта организации клиники первого эпизода в Москве, я могу сказать, что эта клиника состоялась, она может совершенствовать свою работу. Я надеюсь, она будет более популярной, может быть, другие районы нашего города будут направлять своих пациентов. Мы активно работаем с поликлиниками и надеемся, что и оттуда будет поток наших пациентов. Но на сегодняшний день за редким исключением к нам приходят пациенты давно болеющие и на далеко зашедших стадиях заболевания даже в возрасте 28–29 лет.

Спасибо за внимание. У меня доклад окончен.

Негативные расстройства при шизофрении и заболеваниях шизофренического спектра (клиника, терапия)



Смулевич А.Б.¹

Распространенность негативных расстройств при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра в зависимости от типа течения определяется максимальными значениями при непрерывных негативных расстройствах, непрерывно текущей шизофрении, становится несколько ниже при шубообразной и, соответственно при рекуррентной шизофрении составляет минимум. В зависимости от длительности течения, то на протяжении первых 12 месяцев после манифестации (первого эпизода) показатель распространенности негативных расстройств достигает 35% и через 2 года болезни не снижается.

Основы современного понимания негативной шизофрении и негативных расстройств заложил J.H. Jackson (1864), который указал на то, что негативные симптомы отражают выпадение рефлексов на уровне высших когнитивных функций и трактовал негативные расстройства как основу, а позитивные расстройства как «феномен высвобождения» вследствие возникновения негативных расстройств.

В клиническом плане представление о негативных расстройствах было сформулировано намного позднее, в 1911 г. E. Bleuler, который выдвинул концепцию первичных симптомов. Автор не называл их негативными, он называл их первичными, но считал, что именно они и являются основой психопатологической структуры шизофрении. К первичным симптомам он отнес четыре «А»: анормальность (дизинтеграцию) мышления и речи (утрату ассоциативных связей); амбивалентность (волевою неустойчивость); аффективную неконгруэнтность и аутизм.

Современные концепции негативных расстройств фактически аналогичным образом концептуализируют структуру первичных негативных расстройств. В частности, согласно концепции первичных персистирующих негативных расстройств, развиваемой S. Galderisi, выделяются две группы симптомов: одни связаны с мотивацией — абулия/апатия (Avolition), и вторая, связанная с эмоциями — то есть уплощенный аффект и эмоциональный дефицит.

¹ Смулевич А.Б. — академик РАН, д.м.н., зав. отделом ФГБНУ НЦПЗ; зав. кафедрой психиатрии и психосоматики ЛФ ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет).

Если мы подходим к структуре негативных расстройств, полагая, что это первичные расстройства, и что они состоят в основном из волевых и эмоциональных симптомов, то тогда концепция псевдопсихопатического дефекта, псевдоорганического дефекта, астенического дефекта и прочее становятся неправомерными. И все эти расстройства, вся симптоматика, традиционно трактуемая как нерядоположенная основным негативным расстройствам, может рассматриваться как вторичные психопатологические образования по отношению к первичным негативным расстройствам.

Это положение существенным образом отличается от отечественных публикаций, выполненных на протяжении последних 20 лет.

Негативные расстройства в современных зарубежных исследованиях выделяются с помощью шкал. Такой подход, основанный на этом методе, полностью не совпадает с клиническим подходом, потому что в клинике в чистом виде негативных расстройств увидеть не удастся.

Чаще всего негативные расстройства выступают во взаимосвязи с позитивными в рамках синдромов. Такое понимание поддерживалось не только отечественными (А.В. Снежневский, В.А. Внуков, А.О. Эдельштейн, Д.Е. Мелехов), но зарубежными учеными (К. Leongard, С. Pascal).

Соответственно, при сочетании негативных и позитивных расстройств формируются синдромы, в структуре которых негативные и позитивные расстройства развиваются независимо. Такое представление отличается от традиционного, согласно которому при прогрессивной шизофрении негативные расстройства нарастают по мере нарастания позитивных. Это только частный случай, а на самом деле негативные и позитивные расстройства на протяжении болезни могут двигаться в самых разных направлениях, и от этого зависит структура синдромов.

При классическом варианте происходит симультанное прогрессивное развитие и позитивных, и негативных расстройств, а болезнь завершается конечными состояниями. Что такое «конечные состояния»? Это ассоциация негативных расстройств с позитивными. Таких состояний выделяется множество — достаточно того, что Е. Krepelin их выделял 8, К. Leongard — 16.

При другом варианте такого симультанного движения в исходе болезни происходит редукция позитивных расстройств. Они превращаются в псевдопсихопатические, и образуется резидуальное состояние.

Резидуальное состояние — это негативные расстройства с переформированными остаточными позитивными расстройствами. Классический пример — это резидуальное состояние по типу второй или новой жизни, описанное J. Vie и W. Maueг-Gross. Кончается психоз, и больной как бы отрекается от всех своих прежних бредовых построений. Он одновременно отказывается от семьи, от прежней буржуазной профессии, женится на крестьянке и занимается сельским хозяйством.

На самом деле в этих случаях происходит следующее. На месте прежнего бреда формируется новое паранойальное образование, содержанием которого является борьба с болезнью, преодоление болезни. Ради преодоления болезни он отказывается от прежней религии, от семьи и так далее.

А вот что происходит при негативной шизофрении, когда позитивные расстройства наблюдаются лишь в дебюте. В этих случаях негативные расстройства объединяются с расстройствами личности и образуют общие синдромы, например, дефицитарная шизоидия, злокачественная истерия, псевдопсихастенические расстройства. Здесь негативные расстройства тоже не изолированные, но выступают в рамках общих синдромов. Здесь можно констатировать разнонаправленное течение, потому что позитивных симптомов почти что нет.

Возможно и обратное соотношение — это шизофрения, остановившаяся в самом начале. Первичный дефект (эмоциональный или апато-абулический) — это шуб, и дальше происходит остановка развития негативных расстройств, а динамика позитивных продолжается. Мы определяем этот вариант термином «вторая болезнь». Чаще всего это псевдоневротические, истерические расстройства и ипохондрические расстройства, которые формируются на базе дефекта, но дефект сам по себе непрогредиентный.

И еще один вариант — это симультанное развитие негативных и позитивных расстройств, но фазное течение. Основоположником этой концепции фазного течения считается канадский психиатр R. Tandon. Автор считает, что фазный дефект появляется только во время фазы, что, в общем, неверно. Фазный дефект, конечно, существует в более или менее латентном виде уже при возникновении депрессии. Это описывается чаще всего при состояниях юношеской несостоятельности — возникает депрессия, и эта депрессия сопровождается обострением негативных расстройств. Нарастает апатия, ангедония, абулия, аутохтонная астения, но это состояние обратимо — это фаза. И когда фаза кончается, негативные расстройства тоже несколько редуцируются, хотя не полностью. Полного восстановления все-таки не происходит, но можно говорить о фазном течении негативных расстройств в сочетании с позитивными.

Что касается лечения, то общие принципы терапии сводятся к тому, что какой бы не был дефект: транзиторный, фазный, на уровне конечных и резидуальных состояний — во всех случаях показаны препараты, обладающие отчетливыми «антинегативными» свойствами. Прежде всего, это атипичные антипсихотики, типа палиперидона пальмитата, рисперидона, карипразина, флупентиксола, клозапина, а также, конечно, и традиционные антипсихотики, типа галоперидола и трифлуоперазина.

И наконец, уместно провести некую параллель. В кардиологии считается, что лечение инфаркта эффективно только в первые часы, пока не произошел некроз. Именно на этом этапе необходима коронарография, стентирование — действия по спасению жизни, а после этого паллиативное лечение.

Тот же принцип можно распространить и на лечение негативных расстройств: чем раньше начнется лечение, тем эффективнее будет терапия. Когда дефект уже сформировался, дело обстоит значительно сложнее.

У W. Yanzarik есть концепция о том, что негативные расстройства формируются еще раньше, чем началась шизофрения, что они заложены уже

в преморбиде. Соответственно, если начать с самого начала, в продроме, то тогда терапия для негативных расстройств будет курсовой, а для позитивных – профилактической. Тем самым, во-первых, отодвигается манифестация первого эпизода, а во-вторых, выраженность негативных расстройств будет значительно меньше, и амплитуда позитивных расстройств даже в первом эпизоде будет меньше, чем если бы лечение начали непосредственно в начале психоза.

Гиподиагностика депрессий и БАР



Калинин В.В.

Гиподиагностика или неверная диагностики депрессий и БАР до настоящего времени встречается в психиатрии, что является недопустимым.

Возникает вопрос, в чем причина неверной диагностики? Их несколько. Они включают 1) нечеткие психопатологические критерии диагностики; 2) коморбидность депрессии с другими нейропсихиатрическими расстройствами; 3) влияние основного заболевания, при котором встречается депрессия на коморбидное аффективное расстройство; 4) участие других факторов, таких как личностный преморбид, структурно-функциональная асимметрия головного мозга, локализация и латерализация фокуса при эпилепсии и некоторые другие.



На слайде показано сочетание личностных характеристик и нейробиологических параметров, как они взаимодействуют. В результате возникает депрессия при эпилепсии.

Недооценивать развитие депрессии неправомерно, поскольку она утяжеляет течение эпилепсии, и коррекция депрессии необходима для улучшения контроля над приступами. Надежный нормотимический компонент усиливает потенциал антиэпилептических препаратов (АЭП). Существенно, что суициды при эпилепсии превышают частоту в общей популяции примерно в 6–7 раз, а при височной — в 25 раз.

Возникает вопрос о возможных общих механизмах аффективных расстройств и эпилепсии. Они представлены на следующем слайде.

**Возможные общие механизмы эпилепсии
и аффективных расстройств**

- **1. Участие лимбической системы (гиппокамп, миндалина) в происхождении припадков и аффективных нарушений**
- **2. Участие в патогенезе припадков и аффективной патологии серотонинергической системы:**
 - а) антиконвульсивный эффект некоторых АД, в т.ч. СИОЗС**
 - б) тимолептический и антидепрессивный эффект некоторых АЭП (Ламотриджин, Фельбамат)**

Здесь важно подчеркнуть участие в патогенезе припадков и аффективной патологии серотонинергической системы. Серотонин при этом играет основополагающую роль. Четыре АЭП, по меньшей мере, подобно антидепрессантам, оказывают влияние на обратный захват серотонина. К ним относятся вальпроаты, карбамазепин, окскарбазепин и ламотриджин. Депрессия ухудшает прогноз лечения эпилепсии, и поэтому гиподиагностика депрессии у больных эпилепсией, в общем, недопустима.

Переходя к БАР, следует подчеркнуть что его диагностические критерии менее четкие и более размытые. Они несколько различаются в МКБ-10 и DSM-IV.

Сопоставление БАР с рекуррентной депрессией по клиническим характеристикам, показывает определенные различия. Для БАР характерен более ранний возраст. Оно начинается в пубертатном возрасте. Генетические факторы имеют большее значение, и депрессивная симптоматика включает заторможенность, гиперсомнию, малое соматическое участие, тогда как при рекуррентной депрессии возраст начала более поздний, генетические факторы имеют меньшее значение, и депрессия включает ажитацию, гнев против себя и других, гипосомнию и соматическое участие.

Сопоставление рекуррентной депрессии и БАР по полу показывает, что между ними существуют определенные различия. Рекуррентная депрессия – это прерогатива женского пола. Женщины заболевают где-то в 1,5–3 раза чаще, тогда как биполярное расстройство примерно с одинаковой частотой возникает и у мужчин, и у женщин.

Следует отметить, что биполярные расстройства I и II типа довольно распространены, и поэтому их надо своевременно диагностировать. Здесь

же следует подчеркнуть, что смешанные состояния (СС), которые впервые описал Крепелин, являются также примером БАР.

СС согласно Крепелину включают шесть разновидностей:

Смешанные состояния (Mischzustände) по Kraepelin (1913)
1. Депрессивная или тревожная мания (Depressive oder ängstliche Manie)
2. Возбужденная депрессия (Erregte Depression)
3. Бедная идеями мания (Ideenarme Manie)
4. Маниакальный ступор (Manischer Stupor)
5. Депрессия со скачкой идей (Ideenflüchtige Depression)
6. Заторможенная мания (Gehemmte Manie)

Важно подчеркнуть, что смешанные состояния имеют в прогностическом смысле неблагоприятное значение поскольку, психотические эпизоды чаще встречаются при БАР-I типа, непсихотические – при БАР-II. СС часто коморбидны с алкоголизмом, наркоманиями, и при них находят нейropsychиатрические изменения, в том числе эпилепсию.

Так называемая быстрая цикличность (Rapid Cycling) также относится БАР, когда в течение года происходят не менее, а более четырех фаз. Они чаще встречаются у женщин и возникают на поздних этапах БАР. Развиваются чаще на основе циклотимии и БАР II типа. Прогноз течения ухудшается, и чаще возникают суицидальные попытки. Следует подчеркнуть, что быстрая цикличность практически не реагирует на терапию солями лития, и рекомендована комбинация вальпроатов с литием.

Возникает вопрос о значении личностных преморбидных характеристик для развития аффективной патологии. В этой связи следует указать на Эрнста Кречмера, который писал, что циклоидные личности обладают характером.

Интересно, что в 30-е годы японский исследователь Шимода выделил иммобилотимию или статотимию, которая включает прилежность в работе, погруженность в дела, основательность, честность, порядочность, справедливость, чувство ответственности.

Так называемый меланхолический тип (Typus melancholicus) выделенный в 60-е годы, немецким психиатром Телленбахом, в принципе повторяет данные Шимоды об иммобилотимии. Он включает такие характеристики, как добросовестность, высокую ответственность, надежность, высокую способность к труду, лояльность перед начальством, заботливость, избегание ссор, конфликтов, «патологическую нормальность».

Typus melancholicus также включает две констелляции признаков, для которых нет адекватного перевода на русский язык – это Inkludenz и Remanenz. Inkludenz – это закрытость в пределах порядка. Это говорит о том, что эти индивиды, так сказать, внутренне закрыты. Они ограничивают собственное поведение и развитие. Remanenz – это способность

оставаться самим собой при высокой требовательности к себе. То есть они в конфликтах берут вину на себя.

Личностные характеристики преморбидного периода БАР были изучены и введены как *Tyrus manicus* современным психиатром фон Церсеном. Они включают в уменьшенном виде проявление маниакального синдрома — это непостоянство, независимость, нетрадиционность, необидчивость, склонность к воображению, щедрость, великодушие, дерзость и смелые поступки.

БАР имеет основные клинические и социальные характеристики. Его возраст начала приходится на пубертатный период. При БАР очень высок риск появления последующих эпизодов — до 70%. Он рассматривается по значимости на 6-м месте в плане развития социальной дезадаптации во всем мире.

Социальные последствия тоже не очень благоприятны, потому что больные с БАР в 2 раза чаще разводятся, в 2 раза чаще имеют трудности с устройством на работу, и высоки суицидальные попытки, которые совершаются в четверти случаев.

Переходя к вопросу о лечении этих состояний, следует сказать о противосудорожных и психотропных свойствах АЭП. Надо сказать, что данные о психотропных свойствах антиэпилептических препаратов в расчет принимаются только психиатрами при попытке их назначения больным с маниями.

Здесь правомерно возникает вопрос о спектре их психотропной активности. Основные препараты при лечении фазнопротекающих психозов включают соли лития, АЭП (нормотимики), нейролептики и антидепрессанты. Если оценить психотропные свойства АЭП, их влияние на когнитивные функции, настроение и суицидальность, то оказывается, что вальпроаты и еще три других препарата наделены благоприятной комбинацией. Они улучшают когнитивные функции, они повышают настроение и снижают суицидальность.

Основные АЭП, применяющиеся для лечения фазнопротекающих психозов, включают вальпроаты, карбамазепин, ламотриджин и окскарбазепин.

Вальпроаты имеют ряд преимуществ по сравнению с солями лития, поскольку они работают у больных с быстрой сменой фаз, где литий не оказывает эффекта. Эффект от солей лития развивается гораздо в более поздние сроки, чем эффект от вальпроатов.

Начальная доза вальпроатов составляет от 150 до 300 мг, суточная доза при острой мании — 2400 мг, суточная доза при профилактике — до 1500 мг. Эти данные представлены в монографии А. Marneros “Das neue Handbuch der bipolaren und depressiven Erkrankungen”, 2004.

Тимолептические свойства вальпроатов, в частности, «Депакина», «Депакина Хроно», «Депакина Хроносферы», включают улучшение настроения и снижение суицидальных тенденций у больных эпилепсией, хотя они не являются, строго говоря, антидепрессантами.

Механизм нормотимического действия вальпроатов сводится к влиянию на ГАМК-ергическую систему. При этом повышается концентрация ГАМК, которая является медиатором торможения, и за счет этого снижается выраженность маниакальной симптоматики.

Наряду с этим они оказывают, собственно, тимолептический эффект, антидепрессивный, и нормотимический эффект, что нельзя сбрасывать со счетов. И это, очевидно, связано с тем, что вальпроаты, подобно серотонинергическим антидепрессантам оказывают ингибирующее влияние на обратный захват серотонина.

Вальпроаты оказывают, таким образом, анксиолитическое, тимолептическое и нормотимическое действие. При этом купируется симптоматика раздражительности, дисфория, астено-дистимические синдромы, депрессивно-ипохондрические состояния, тревожные расстройства и панические состояния.

Режим дозирования хорошо известен. Здесь необходимо соблюдать терапевтическую концентрацию. Важно всегда иметь в виду, что при нераспознанной депрессии, при гиподиагностике депрессии велик риск суицидов. Поэтому высоко значение своевременного распознавания и назначения вальпроатов, в том числе.

Если говорить о применении вальпроатов в психиатрии, то надо сказать, что психотропные свойства были выявлены не сразу. Наибольшую эффективность вальпроаты и «Депакин» продемонстрировали для лечения острых маниакальных состояний. При этом анализ открытых исследований показал, что они оказывают эффект более чем у 60% больных, и улучшение психического состояния при этом наступает в течение 1–2 недель. При этом концентрация вальпроатов должна достигать не менее 50 мкг/мл.

Сравнение вальпроатов, лития и плацебо показало, что вальпроаты оказывают положительный терапевтический эффект как у респондеров, так и нон-респондеров на литий. Также надо подчеркнуть эффект вальпроатов при профилактическом применении, при лечении больных с быстрой цикличностью. При этом они больший эффект оказывают у больных, у которых преобладает маниакальная симптоматика. При преобладании депрессии эффект несколько хуже.

Принципиально, что длительность госпитализации больных с маниями на разных вариантах терапии имеет отличия. При этом вальпроаты купируют, психотическую симптоматику и приводят к менее длительной госпитализации. Госпитализация при этом в среднем составляет около 10 дней, тогда как на литии – около 20 дней. При монотерапии карбамазепином длительность госпитализация составляет около 20 дней.

Таким образом, «Депакин», в частности «Депакин Хроносфера», представляет средство выбора для лечения больных с БАР и даже с депрессией, с целью предотвращения суицида.

**Организационные и психотерапевтические
подходы к профилактике эмоционального
выгорания специалистов в области
психического здоровья**

Балинтовские группы как эффективный метод профилактики и реабилитации профессионального выгорания (на примере работы в психиатрической клинической больнице № 1 им. Н.А. Алексеева)



Авагимян А.А.¹

Сегодня очевидно, что в среде врачей, медицинских и социальных работников, психологов и психотерапевтов, словом, у всех специалистов «помогающих» профессий, развит синдром профессионального выгорания. Профессиональное выгорание включает в себя три составляющих, проявляющихся поэтапно: эмоциональная истощенность, деперсонализация (цинизм) и редукция профессиональных достижений. Под эмоциональ-

ным истощением понимается чувство эмоциональной опустошенности и усталости, вызванное собственной работой. Деперсонализация предполагает циничное отношение к труду и объектам своего труда. В частности, в социальной сфере деперсонализация предполагает бесчувственное, негуманное отношение к клиентам, пациентам. Они воспринимаются не как живые люди, а все их проблемы и беды, с которыми они приходят к профессионалу, с его точки зрения, благо для них. Редукция профессиональных достижений представляет собой возникновение у работников чувства некомпетентности в своей профессиональной сфере, осознание неуспеха в ней. Иными словами, на последнем этапе специалист переживает утрату профессионального мастерства.

Естественно, что специалисты помогающих профессий каким-то образом пытаются найти выход из создавшегося положения. Имеет место бегство от сложившейся ситуации. В частности, применение психотропных веществ, алкоголя, наркотиков и, как крайний вариант, суицид. По данным западной статистики число самоубийц среди врачей составляет от 28 до 40 на 100 тысяч. Количество врачей, сводящих счеты с жизнью, за один год в США сравнимо с одним-двумя выпусками среднего мединститута. Это факт, вдумайтесь, пожалуйста, коллеги в эти цифры.

Медицина является одной из сфер деятельности, к работникам которой предъявляются чрезвычайно серьезные требования, как в плане личных качеств, так и касательно профессиональных знаний, умений и навы-

¹ *Авагимян А.А.* – старший преподаватель кафедры управления сестринской деятельностью и социальной работы, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, медицинский психолог ГБУЗ «ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ»

ков. Ведь от того, насколько квалифицировано и профессионально будет выполнять свои обязанности врач, будут зависеть здоровье и жизнь его пациентов. Замечательно, что наша медицина от болезнecентрированной стала пациент-центрированной. Очень хорошо, что проводится психообразование для пациентов и их родственников, предлагаются здоровьесберегающие технологии. Но как-то врачи и медицинские работники остаются здесь в стороне. Нам представляется, что медицина станет еще более успешной, если она станет пациент-доктор-центрированной. Да, на первом месте пусть остается пациент, но не упускается из виду и сам врач, и отношения врач – пациент.

Президент Владимир Владимирович Путин в своем послании Федеральному собранию отметил, что «важнейший показатель благополучия граждан и страны – это, конечно, продолжительность жизни и что должна расти продолжительность именно здоровой, активной, полноценной жизни, когда человека не ограничивают, не сковывают болезни. И здесь важнейшая задача профилактика заболеваний и важно воспитание ответственного отношения к собственному здоровью». Но если нам с вами необходимо этим заниматься, и мы, собственно говоря, этим занимаемся, то все-таки нам важно и нужно начать с себя. По словам Грейдер, врачей много учат теории и практике медицины, но почти не учат тому, как заботиться о себе и справляться с неизбежными стрессами.

В современной ситуации, когда, с одной стороны, увеличивается количество специалистов «помогающих» профессий, с другой стороны, возрастает нагрузка, которая на них ложится, велика необходимость в разработке и применении методов, способствующих профилактике их профессионального выгорания и профессиональному и личностному развитию. И мы хотим предложить вам один из способов заботы о себе и профилактики профессионального выгорания – это Балинтовские группы.

Применение Балинтовских групп для профилактики профессионального выгорания имеет давнюю историю, начатую еще их создателем, Михаэлем Балинтом, когда он в 50-е годы начал проводить лондонские семинары для врачей, консультантов и социальных работников на базе известной Тэвистокской клиники в Лондоне, и впоследствии они стали называться Балинтовскими группами.

В нашей стране использование Балинтовских групп также уже имеет значительную историю. И где-то уже около 30 лет, с 90-х годов прошлого века, коллеги пытались развивать и развивали Балинтовское движение на постсоветском пространстве.

Сегодня Балинтовские группы являются общепринятым методом профилактики профессионального выгорания и широко используются за рубежом для работы с людьми, чья профессиональная деятельность связана с интенсивным, тесным общением с клиентами, пациентами, эмоциональным перенапряжением. За рубежом Балинтовские группы используются и в процессе обучения студентов, в частности, студентов-медиков, что дает возможность с самого начала профессионального становления

обучить молодых специалистов способам профилактики профессиональных стрессов.

В нашей работе мы тоже пытаемся использовать это. В частности, в течение 6 лет проводятся презентации для студентов факультетов лечебного, педиатрического, фармацевтического, высшего сестринского образования Первого Московского государственного университета им. И.М. Сеченова. И сейчас на базе ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева мы начали проведение Балинтовских групп с нашими ординаторами.

В течение 4 лет ваша покорная слуга является руководителем проекта «Балинтовские группы для врачей-психиатров, медицинских психологов и медицинских сестер». Мы проводили Балинтовские группы в 2015–2016 году с медицинскими сестрами и старшими медицинскими сестрами на базе ПКБ № 3. Всего в исследовании было задействовано около 300 специалистов. С 2017 года проводим Балинтовские группы с врачами-психиатрами, заведующими отделений, медицинскими психологами, старшими медицинскими сестрами и медицинскими сестрами на базе Психиатрической клинической больницы № 1 им. Н.А. Алексеева. Этот проект проходит под патронажем главного врача ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева и главного специалиста психиатра города Москвы профессора Костюка Георгия Петровича.

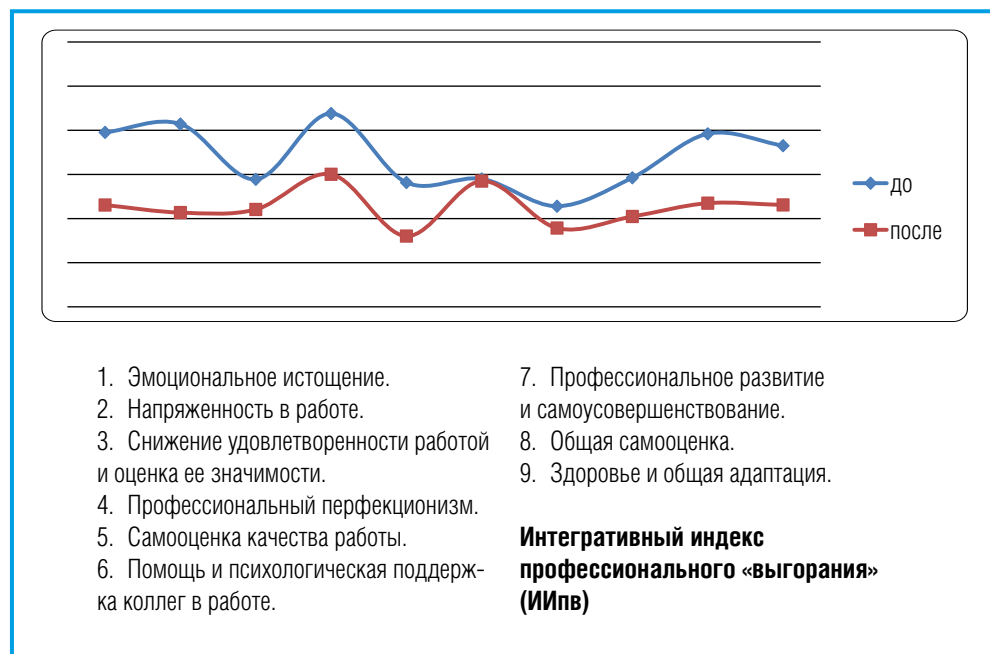


Рис. 1. Результаты теста ОПРВ (до и после проведения Балинтовских групп)

Было всего 14 Балинтовских групп, и с каждой было проведено 40 академических часов, задействовано семь ведущих. Две группы – заведующие отделений, две группы – старшие медицинские сестры, пять групп – меди-

цинские сестры и пять групп – врачи-психиатры и медицинские психологи. Всего в исследовании приняли участие более 200 специалистов.

Была использована батарея методик, позволяющая определить степень профессионального выгорания. Это – тест Винокура и опросник выгорания Маслач, а также были использованы индекс групповой сплоченности Сисшора, методика диагностики копинг-механизмов Хейма, опросник самоотношения Столина и Фрайбургский многофакторный личностный опросник. Мы предлагали участникам Балинтовской группы в самом начале их заполнить. И затем после последней встречи опять-таки они тоже заполняли те же опросники, и мы проводили анализ на базе этого исследования.

Были получены значимые улучшения по следующим шкалам: эмоциональное истощение, напряженность в работе, профессиональный перфекционизм, самооценка качества работы, общая самооценка, здоровье и общая адаптация и в общем интегративном индексе профессионального выгорания.

Мы видим также значительные различия в том, как воздействуют Балинтовские группы в зависимости от возраста и стажа испытуемых. Также получены данные, говорящие о том, что для различных профессиональных возрастных групп результативность Балинтовской группы отличается.

Мы можем отметить, что в результате проведения Балинтовских групп значимо улучшились параметры, измеряемые индексом групповой сплоченности Сисшора – по параметру принадлежность к группе, то есть первая шкала, и в целом. Также расширился репертуар адаптивных копинг-стратегий, измеряемых по методике Хейма, по шкале эмоциональных копинг-стратегий, и суммарный индекс.

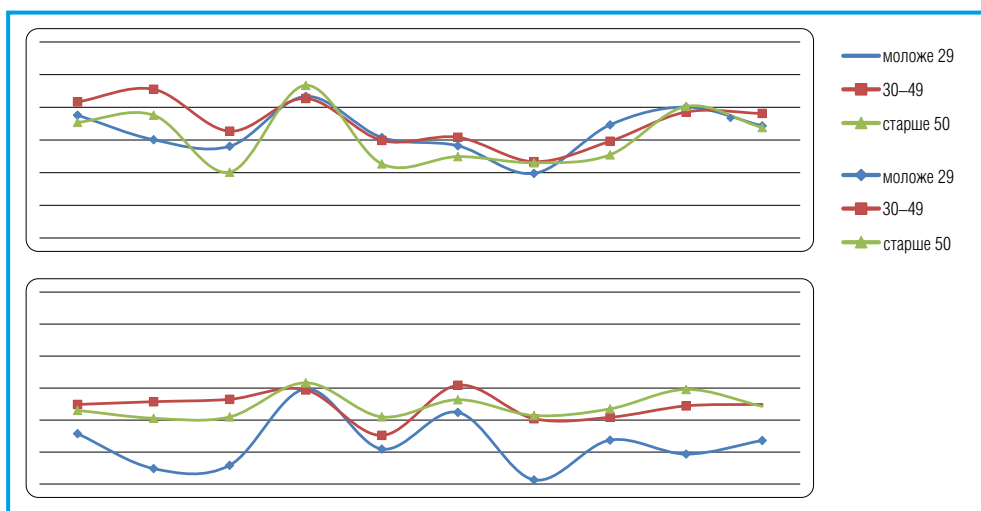


Рис. 2. Результаты теста ОПРВ (до и после проведения Балинтовских групп, разбиение по возрасту)

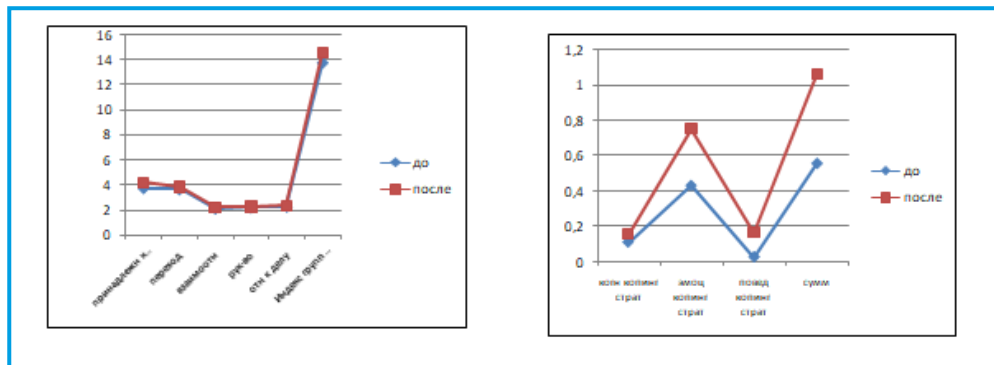


Рис. 3. Результаты тестов Сишора и Хейма (до и после проведения Балинтовских групп)

А также результаты Фрайбургского многофакторного опросника, который диагностирует состояние и свойства личности, которые имеют первостепенное значение для процесса социальной адаптации и регуляции поведения. Значимые различия получены для шкал 3 – депрессивность, 4 – раздражительность, 8 – застенчивость и 11 – эмоциональная лабильность, то есть неустойчивость эмоционального состояния.

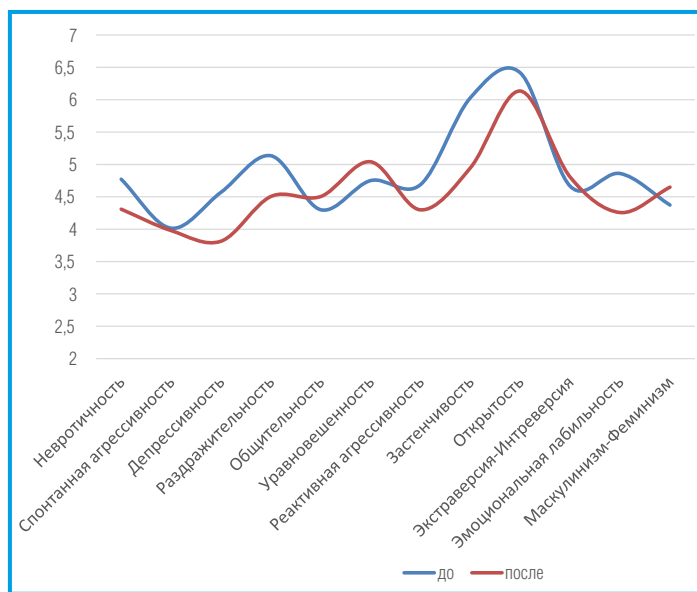


Рис. 4. Результаты Фрайбургского многофакторного личностного опросника (до и после проведения Балинтовских групп)

На основании этого исследования мы сделали следующие выводы. Врачи, медицинские психологи и медицинские сестры, работающие в психиатрических клиниках, подвержены профессиональному выгоранию. Существуют значимые различия в формировании и протекании профессионального выгорания между этими тремя группами, а также в зависимости от возраста.

Балинтовские группы способствуют уменьшению профессионального выгорания и дают хорошие результаты в улучшении профессиональной коммуникации и профессионального самочувствия специалистов. Балинтовские группы по-разному воздействуют на специалистов, в зависимости от их возраста и профессиональной принадлежности, что говорит о необходимости применения дифференцированного подхода в различных группах.

Сегодня, для того чтобы развивать Балинтовское движение, необходимо привлекать внимание зарубежных коллег, руководителей и наших соотечественников. В 2015 и 2016 году нами были проведены Международные Балинтовские конференции в Армении. В июле 2017 года в Москве прошла конференция «Психосоматической медицины и Балинтовские группы — теория и практика взаимодействия». Конференция была проведена под эгидой Общероссийской профессиональной терапевтической лиги и Первого московского государственного университета им. И. М. Сеченова при участии Германского Балинтовского общества и Балинтовского общества Великобритании. Содействие оказывал нам главный врач ПКБ № 1, профессор Костюк Георгий Петрович и президент ОППЛ профессор Макаров Виктор Викторович.

Также необходимо обучать специалистов на руководителей Балинтовских групп, чтобы они могли затем в свою очередь вести Балинтовские группы в разных регионах России и постсоветского пространства. На сегодняшний момент уже имеются выпускники международной обучающей программы, выданы сертификаты руководителей Балинтовских групп в Ереване и Москве. С сентября 2017 года новые обучающие группы начали работать в Новосибирске, Нижнем Новгороде и еще новая группа образовалась в Москве. Также хочу сказать о том, что в 2017 году зарегистрировано Балинтовское общество в городе Москве. И наше сообщество принято 17 мая 2018 года в Международную Балинтовскую Федерацию, и это для нас большая честь и ответственность.

Хочу поделиться с вами своей ассоциацией, которая появилась у меня, когда я впервые прикоснулась к работе Балинтовских групп. В Крыму эксперт из Германии доктор Барбара Шлихте-Хирземенце проводила Балинтовскую группу, и я стала ее участником. И мне на ум пришла такая ассоциация. Когда мы с вами садимся в самолет, стюардесса проводит инструктаж, дескать, в случае разгерметизации кабины, пожалуйста, наденьте сначала маску себе, а затем ребенку, которого вы сопровождаете. Может быть, и нам, дорогие коллеги, стоит одеть эту маску вначале себе, а затем уже стараться оказать помощь тем людям, которые ждут ее от нас.

Эмоциональное выгорание как барьер профессиональной самореализации личности педагога



Берберян А.С.¹, Берберян Э.С.²

В настоящее время возрастает интерес к проблеме укрепления психосоматического здоровья специалистов с целью повышения эффективности их профессиональной деятельности. К освещению этой проблемы обращались такие исследователи, как В.А. Ананьев, Л.И. Анцыферова, Б.Ф. Ломов, Г.С. Никифоров, С. Maslach, G. Matulene и др. Особого внимания заслуживают исследования проблем влияния профессиональной деятельности на психосоматическое здоровье специалистов «помогающих» профессий. В частности, у педагогов и психологов нередко проявляются симптомы психосоматических расстройств, ведущих к профессиональной деформации, высокий уровень синдрома эмоционального выгорания. Вопросы психопрофилактики профессиональной деформации у педагогов и психологов при изучении психосоматического состояния здоровья представляются актуальными ввиду распространенности проблемы и недостаточной ее изученности.

Эмоциональное выгорание исследуется как психо-социальная болезнь стресса, своеобразная «расплата» за постоянный стресс. В индивидуальном проявлении выделяются ведущие к эмоциональному выгоранию форм несоответствия личности специалиста требованиям и условиям его профессиональной деятельности.

Генеральная гипотеза: мы предполагаем, что существует взаимосвязь между особенностями восприятия психосоматического здоровья и психоэмоциональными характеристиками личности у педагогов и психологов.

Частные гипотезы:

- существует взаимосвязь между психосоматическими жалобами, уровнем тревожности, уровнем невротизации и психопатизации и уровнем субъективного контроля специалистов.
- у педагогов и психологов, специалистов «помогающих» профессий, существуют различия в особенностях субъективного восприятия показателей психосоматического здоровья.

1 Берберян А.С. – доктор психологических наук, профессор, зав.кафедрой психологии Российско-Армянского университета.

2 Берберян Э.С. – аспирант Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики».

Теоретико-методологическая база

В качестве основы для исследования послужили теоретические принципы системного подхода к здоровью личности как субъекта деятельности (Б.Г. Ананьев, П.К. Анохин, Б.Ф. Ломов), исследования психологических аспектов деструктивного влияния профессиональной деятельности на личность (В.В. Безносков, Э.Э. Сыманюк, С. Е. Борисова), положения особенностей деятельности балинтовских групп как способа психопрофилактики профессиональных деформаций и нарушений психосоматического здоровья личности специалистов (Э.Г. Эйдемиллер, В.А. Винокур и др.).

Методы и методики исследования

Анкетирование и тестирование: Гиссенский опросник соматических жалоб для оценки физического и психического компонентов психосоматического здоровья (E. Bluhner, G. Sner, адаптация В.М. Абабкова, С.М. Бабина, Г.Л. Исуриной), шкала самооценки Спилбергера, опросник уровня невротизации и психопатизации психоневрологического института имени В. М. Бехтерева, субъективная оценка состояния физического здоровья, опросник Плутчика Келлермана Конте — Методика Индекс жизненного стиля (Life Style Index, LSI), тест-опросник субъективного контроля (УСК) Дж. Роттера, метод статистического анализа.

Деятельность психолога и педагога традиционно входит в число профессий, которые являются наиболее стрессогенными. Проявление профессиональных деформаций личности специалиста активно обсуждается в научной психологии. Профессиональные деформации воздействуют на огромное количество людей, на «Образ-Я», на психическое и соматическое здоровье человека. Именно поэтому профессиональные деформации педагогов, психологов, связанные со здоровьем обучающихся, клиентов, являются важной и приоритетной задачей развития образования и сохранения психического здоровья в стране. Множественные представления о профессиональных деформациях нашли отражение в многообразии их определений. На сегодняшний день существует более 20 определений понятия «профессиональные деформации». Анализ данных определений позволяет дифференцировать их по сущностным подходам. Первый подход отличается широтой охвата всех негативных явлений, сопровождающих профессиональную деятельность личности специалиста. Исследователи связывают профессиональную деформацию с синдромом эмоционального выгорания, профессиональной дезадаптацией, неврозами, с синдромом хронической усталости и др. Такое расширительное толкование понятия профессиональных деформаций не позволяет четко обозначить его содержание. Второй подход концентрирует внимание на качестве профессиональной деятельности, характеризуя его как снижение продуктивности и эффективности, как профессиональный регресс. Третий подход в определении профессиональных деформаций отражает значимость профессиональных качеств, рассматриваемых во всех сферах жизнедеятельности

человека – семейной, досуговой и др. [2, 4, 5]. Все обозначенные подходы характеризуются перечислением многочисленных симптомов, проявлений профессиональных деформаций, провоцирующих исследователей к большому «коллекционированию», накоплению именно негативных результатов профессиональной деятельности. Однако фиксирование только негативных результатов не позволяет познать глубинную сущность генезиса происхождения данного понятия. Исходя из этимологии слова, деформация, которая означает «искажение, преобразование формы», мы акцентируем внимание именно на искажении сущностных особенностей личности.

В нашем практическом исследовании было обследовано 35 педагогов и 35 психологов, из которых мужчин – 23%, женщин – 77%. Возраст респондентов составил от 25 до 60 лет, из них со стажем работы до 30 лет и более. Соответственно, для выявления уровня тревожности респондентов мы поделили на группы: 1 – до 5 лет, 2–10 лет, 3 – с 20-летним стажем, 4 – более 30 лет. Результаты уровня личностной и реактивной тревожности свидетельствуют о том, что прогрессивное возрастание личностной тревожности выявляет проявление профессиональных деформаций. Реактивная тревожность увеличилась в течение первых 20 лет работы, а после 20 лет профессионального стажа стабилизировалось.

Результаты методики, выявляющие уровень невротизации и психопатизации, также свидетельствуют о возрастании профессиональных деформаций. По мере увеличения стажа работы повышается уровень личностной и реактивной тревожности, что коррелирует с признаками невротизации и психопатизации, что, в свою очередь, проявляется в безразличии к профессиональной деятельности, ригидности в межличностных взаимоотношениях. По показателям психосоматического здоровья преподавателей и психологов и особенностей проявления выявлено: у преподавателей доминируют сердечные жалобы, у психологов – жалобы на истощение. Субъективная оценка состояния физического здоровья у преподавателей ниже, чем у психологов. На «первом месте» по интенсивности физических жалоб стоят преподаватели, и менее интенсивность соматических жалоб выражена в группе психологов. Следовательно, в соответствии с первой гипотезой, наблюдается взаимосвязь между психосоматическими жалобами, уровнем тревожности, уровнем невротизации и психопатизации и уровнем субъективного контроля специалистов.

Мерами профилактики профессиональных деформаций должны быть определенные условия организации профессиональной деятельности:

- 1) Обеспечение атмосферы принятия, поддержки и взаимопонимания со стороны руководства и коллектива, общение с профессиональным сообществом.
- 2) Возможность психологической помощи специалистов как метода мониторинга душевного состояния и равновесия сотрудника.
- 3) Обучение методам психологической саморегуляции, освоение приёмов визуализации, аутотренинга, самопрограммирования, использование

специалистами индивидуальных стратегий «усиления» внутренних ресурсов.

- 4) Рефлексия, осознание, концептуализация собственного опыта переживаний, восприятие ситуации эмоционального выгорания как возможности переосмыслить свои позиции, сделав свою жизнь более продуктивной и позитивной.

Таблица 1

Результаты взаимосвязи между психосоматическими жалобами и психоэмоциональными характеристиками личности специалистов

	Психосоматические жалобы	Уровень тревожности	Уровень невротизации и психопатизации	Уровень субъективного контроля
Психологи	Жалобы на истощение(менее интенсивные)	Доминирование реактивной тревожности Средняя связь (Кор. Пирсона = 0.59)*	Средний уровень Слабая связь (Кор. Пирсона = 0.32)*	Интернальность Слабая связь (Кор. Пирсона = 0.3)*
Педагоги	Сердечные жалобы (более интенсивные)	Доминирование личностной тревожности Средняя связь (Кор. Пирсона = 0.65)*	Средний уровень- Сильная связь (Кор. Пирсона = 0.89)*	Экстернальность Сильная связь (Кор. Пирсона = 0.87)**

* Статистически достоверная связь (Sig<0.05)

** Статистически достоверная связь (Sig<0.01)

Хорошей профилактикой синдрома эмоционального выгорания профессионалов является Балинтовская группа. Специфика Балинговской группы заключается в характере взаимоотношений с терапевтом, основанных на разборе конкретных трудностей и проблем, которые консультанты обсуждают с членами группы. Примечательно, что недерективный стиль общения во время занятий позволяют выявить стереотипы и установки в профессиональной деятельности, которые препятствуют решению профессиональных проблем для установления конструктивных взаимоотношений с клиентами, обучающимися. В работе Балинговских групп эффективно используются приемы эмпатического слушания, ролевые и деловые игры, элементы тренингов, психодрамы и др. Необходимо переосмыслить свое отношение к работе: что работа — это не вся жизнь, а только ее часть. В.А. Винокур отмечает: синдром «выгорания» у специалистов «помогающих» профессий является одним из источников формирования деструктивной терапевтической среды и снижения качества оказываемой медицинской и консультативной помощи. А.А.Авагимян отмечает: «Работа в группе помогает специалистам разобраться в отношениях врач-пациент. Здесь они могут поделиться своими чувствами, осознать их и потом совладать с ними. Они лучше контролируют свою рабочую и психоэмоцио-

нальную нагрузку. По сравнению с теми, кто не участвовал в Балинговской группе, медицинские работники, которые использовали методику около двух лет, более удовлетворены своим выбором профессии.

Примечательно, что недерективный стиль общения во время занятий позволяют выявить стереотипы и установки в профессиональной деятельности, которые препятствуют решению профессиональных проблем для установления конструктивных взаимоотношений с клиентами, обучающимися.

В настоящее время в медицинской и консультативной практике развивается тенденция рассматривать состояние здоровья работника как один из важных факторов оценки качества и эффективности работы учреждения. Очевидные выводы, которые базируются на исследованиях профессиональных деформаций, заключаются в акцентировании следующего положения: внимание к своему собственному психосоматическому здоровью является частью профессиональной культуры педагога и показателем его профессионального мастерства и компетентности.

**Опыт внедрения в клиническую практику
доказательных подходов к психосоциальной
терапии и реабилитации пациентов
с тяжелыми психическими расстройствами**

Психосоциальная терапия шизофрении: панорама исследований и клинических разработок



Семенова Н.Д.¹

Итак, уважаемые товарищи, начинаем наше секционное заседание. Название секции очень интересное, придумала его Ольга Анатольевна Карпенко – «Опыт внедрения в клиническую практику доказательных подходов к психосоциальной терапии реабилитации пациентов с тяжелыми психическими расстройствами». Меня зовут Семенова Наталья Дмитриевна, Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского, я буду первым докладчиком. Сопредседатели – мои уважаемые коллеги: Палин Александр Васильевич, заведующий Центром психолого-психотерапевтической помощи, врач-психиатр, психотерапевт, сексолог, психиатрической клинической больницы № 4 имени Ганнушкина; и Чернов Никита Владимирович – заведующий отделением психотерапевтической помощи и социальной реабилитации психиатрической клинической больницы № 1 имени Алексеева. У Никиты Владимировича Чернова сегодня будет два доклада. К сожалению, одна из докладчиц по уважительным причинам присутствовать не может, отметьте у себя, это Якубова Лилия Наимовна, доклад интереснейший, который нам, конечно же, хотелось бы заслушать – о работе с родственниками больных. Такого рода доклады всегда привлекают внимание, своим особым гуманистическим наполнением. Что касается Натальи Георгиевны Малюковой, представляющей Центр патологии речи и нейрореабилитации, я пока не знаю, пришла ли она. Итак, у нас будет не шесть, а пять докладов и далее – дискуссия. Как председатель этого секционного заседания, я разрешаю докладчикам чуточку превысить нормы. То есть, регламентом отпущено 12 минут, докладчики могут расширить выступление до 15 минут, и далее, 7–10 минут мы оставляем на краткие вопросы-ответы. Итак, начинаем с моего доклада.

1 *Семенова Н.Д.* – к.п.н., ведущий научный сотрудник Московского НИИ психиатрии – филиала Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского Министерства здравоохранения РФ. Секретарь Секции «Психическое здоровье женщины» Правления Российского Общества Психиатров. Сопредседатель Секции Women's Mental Health Всемирной Психиатрической Ассоциации (WPA) http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=11&content_id=578

Уважаемые коллеги, позвольте представить Вашему вниманию сообщение на тему – «Психосоциальная терапия шизофрении: панорама исследований и клинических разработок». Вот содержание:

- Введение
- Психосоциальная терапия и реабилитация
- Панорама исследований: СТАТИКА
- Панорама исследований: ДИНАМИКА
- Психосоциальная терапия «новой волны»
- Заключение

О важности психосоциальной терапии и реабилитации красноречиво свидетельствует известный факт о существовании все увеличивающегося «зазора» – когда восстановление психосоциального функционирования – не поспевает за симптоматическим улучшением состояния ремиссии (Рис. 1). Начальные этапы шизофрении, когда прогрессивный процесс обнаруживает свой особо деструктивный характер, сопровождаются наиболее выраженной динамикой социальных потерь.

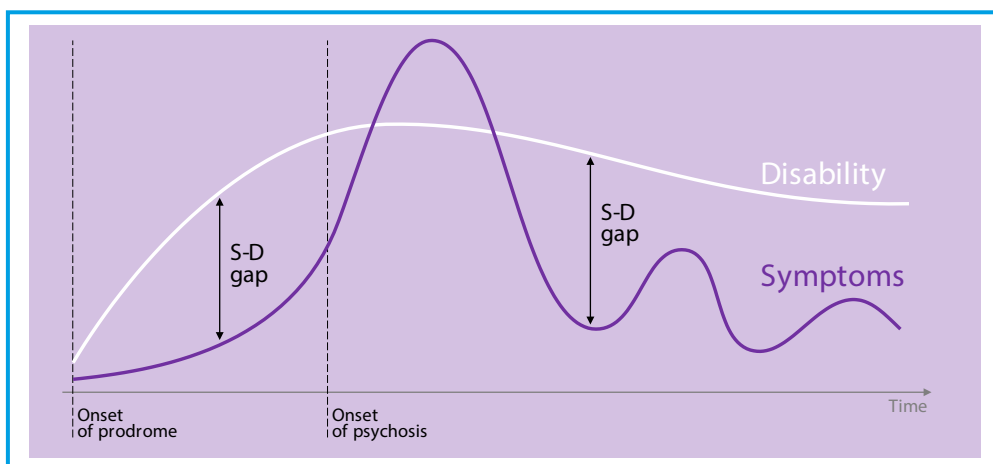


Рис. 1. Разрыв между симптоматикой и психосоциальным функционированием при шизофрении [Источник: David Fowler 2015]

Хотя на Рис. 1 все это продемонстрировано для «первого эпизода», данная закономерность распространяется и на весь курс течения болезни, каким бы он ни был – рекуррентным, эпизодическим, непрерывным.

Каждая госпитализация – это отрыв от жизни, «ниспадающая спираль» социальных навыков и обедненного, недостаточно стимулирующего социального окружения, негативно подкрепляющих друг друга. После каждой госпитализации мы видим все ту же нисходящую «волну» и все более увеличивающийся зазор между симптоматикой и психосоциальным функционированием.

Психосоциальная терапия шизофрении как раз и нацелена на ликвидацию этого зазора. На это, так или иначе, указывали великие отечественные клиницисты – Модест Михайлович Кабанов и Исаак Яковлевич Гурович, мой учитель и научный руководитель, научный консультант. На это указывают и зарубежные авторитеты – выступления на последних конференциях (Рис. 2).

- Психиатрическая реабилитация как «открытая система»
- Восстановление нарушенных в результате болезни ресурсов личности

Кабанов М. М. 1985
Гурович И.Я. 2014

IEPA 2018 WPA 2018 EPA 2018

Рис. 2. Психосоциальная терапия и реабилитация

Описать весь «пул», весь массив работ и направлений в сфере психосоциальных вмешательств, на первый взгляд, не представляется возможным. Однако это возможно, если обратиться к следующему образу и подать все это в виде некой «статике» и «динамики». «Статика» – аналог кросс-секционного исследовательского дизайна, тогда как «динамика» – аналог лонгитюда.

«Статика» – это некий одномоментный срез. Итак, что мы имеем в настоящее время? Это «поле» можно представить в виде четырех больших блоков. Первый блок – *тип терапии*. В него входят: поведенческая, когнитивно-поведенческая, когнитивно-информационные подходы, психодинамическая терапия и системный подход. Второй блок – *тип представления*, то есть, кому предназначается психосоциальное вмешательство. Он включает следующее: индивид, группа, семья, заботящиеся о больном лица, община, сообщество и общество в целом. Третий блок – *время подключения*, представлен следующими рубриками: превенция (профилактика), продрома, острое состояние, поддержание оптимального состояния и функционирования пациента. Четвертый блок – *основная цель*, то есть, на что идет нацеленность. Здесь имеем все расширяющийся круг явлений, а именно: позитивные симптомы, негативные симптомы, когнитивная сфера, установки по отношению к лечению (как медикаментозному, так и немедикаментозному), социальное функционирование, работа, функционирование в целом, навыки повседневной жизни, самостигматизация, самооценка, Я-эффективность, коморбидная симптоматика, качество жизни и так далее.

А что же «динамика»? Теоретический анализ состояния дел в данной области, анализ и систематизация эмпирических исследований, а также направлений, форм и методов работы, — все это позволяет говорить о переплетении истории и логики развития психосоциальных вмешательств, о фазах, которые в определенном порядке проходила психосоциальная терапия. Осветим эти ключевые моменты.

В зависимости от основных вопросов, которые ставились исследователями во главу угла, линия исследований, клинических разработок и подходов в своем развитии прошла ряд этапов или фаз.

Фаза легитимации, это ответ на вопрос: эффективна ли психотерапия при шизофрении? Словом «психотерапия» называлось то, что сейчас обозначают словосочетанием «психосоциальная терапия» шизофрении (об этом подробно мы писали в наших обзорах). Были сомнения, были споры, и это понятно — учитывая контингент больных, которые предстали перед специалистами. Первый этап уже в целом пройден. Да, психосоциальная терапия шизофрении эффективна и она работает. Более того, ее удельный вес в комплексном лечении психотических расстройств все возрастает. Есть даже перекосы или, как говорят, «перегибы на местах». Так, на одном из международных форумов говорилось об отказе от лекарств и о том, что психосоциальная терапия — это и есть лекарство. В настоящее время скептицизм в отношении психосоциальной терапии и ее эффективности остался (и это тоже, как нам думается, «перегибы на местах») — у биологически ориентированных психиатров преимущественно двух возрастных групп: либо совсем молодых, либо совсем немолодых.

Фаза соревнования — это ответ на вопрос, какая из существующих форм психосоциальной терапии эффективнее. Речь идет о сравнении разных форм и методов психосоциальных вмешательств в разных ее модальностях (индивидуальная, групповая, семейная): от поддержки и тренинга социальных навыков — до современных когнитивных и мета-когнитивных тренингов. Второй этап еще не пройден, имеем «застревание» на нем — исследователи и практики все еще соревнуются, привлекая РСТ (рандомизированные контролируемые исследования). За последние 10 лет можно наблюдать и смену «модных» тенденций: от поддержки и тренинга навыков, приоритетности социальной сети значимых других — к когнитивным, mindfulness- и recovery-ориентированным подходам. Это как смена парадигм по Томасу Куну: один подход сменяет другой и делается модным, доходит до предела и — «опрокидывается». Так, социальная и эмоциональная поддержка, социальная сеть значимых других — в свое время представлялись как приоритетные. Однако жизнь показала, что это не так. Сеть важна, никто не спорит, но часто она натурально превращается в гамак, на котором возлежит, расслабившись, пациент. Фаза соревнования оставила нам интересную вещь. Как результат РСТ (рандомизированных контролируемых исследований), мы имеем ограниченный набор подходов, что-то типа большой пятерки, а именно: семейная терапия, СВТр (когнитивно-поведенческая психотерапия для психозов), тренинг навыков, пси-

хообразование и когнитивная ремедиация. И, как видим (Рис. 3), в плане доказательности подходы к психосоциальной терапии в разных странах различаются, и вместе с этим различен и опыт их внедрения в клиническую практику.








	 Япония	 Италия	 Испания	 UK	 Австралия	 США	 Канада
Семейная терапия	+	+	+	+	+	+	+
CBTr	+	+	+	+	+	+	+
Social Skills	+	+	!	!	+	+	+
Психообразование	+	+	+	!	+	+	!
CRT (remeditaion)	+	!	+	!	+	!	!

Рис. 3. Доказательные подходы к психосоциальной терапии пациентов с тяжелыми психическими расстройствами в разных странах [Источник: Til Wykes 2017]

Фаза «предписания» (предписывающая) – это ответ на вопрос, какая из форм психосоциальной терапии для каких категорий пациентов с шизофренией и для решения каких проблем этих пациентов предназначается. Речь идет о призыве осуществлять более фокусированные вмешательства для тех или иных групп. Однако психосоциальная терапия не может быть сведена к предписанию правильного терапевтического метода конкретному нарушению (симптому) – и это особенно очевидно в свете современных исследовательских находок. Это, например, работы Jim van Os, психиатра из Нидерландов (которого я лично называю «Моцарт от психиатрии»), – его исследования, касающиеся фигура-фон отношений, сигнал-шум отношений, роли контекста и так далее. Не выдерживает критики и сам термин «мишень». Это не мишень для стрельбы, а некая диаграмма рассеяния. Мишень – неудачный перевод с английского «goal» – это, скорее, цель (!), а не мишень. «Мишень», это когда мы бьем по врагу, когда речь идет о точечной ликвидации террористов или о ликвидации раковой опухоли, о методе тканевой деструкции в онкохирургии. В нашем же случае это, скорее, осушение болотистых земель, появление и разрастание здоровых «островков» в психическом мире и в психической деятельности пациента. Современные исследовательские находки касательно boosting outcomes (повышение результатов в плане внедрения доказательных подходов) – также можно расценивать как критику прицельных, по типу мишеней сконструированных, методов воздействия.

Наконец, четвертый этап, и четвертый вопрос, определивший следующую, настоящую фазу развития психосоциальной терапии, – вопрос об

активных ингредиентах и механизмах изменения. *Фаза исследования процесса*. Как работает психосоциальная терапия при шизофрении, что мы видим на практике? Названия разные, а за ними подчас стоит одно и то же психосоциальное воздействие (в плане «ингредиентов» и «механизмов»). Установленный эффект различных форм психосоциальной терапии сводится к работе ограниченного набора базовых механизмов изменения. Среди них – копинг-аспект, мотивационный аспект. Эффективность той или иной формы психосоциальной терапии шизофрении, на наш взгляд, определяется тем, в какой степени эти механизмы активизируются. А активизируются они именно конкретным терапевтическим действием, процедурой, приемом, – а вовсе не той формой психосоциальной терапии, в которую данная процедура организационно закладывается. Механизмы, призванные запустить терапевтические изменения, остаются инертными (это необходимое, но недостаточное условие), – если в то же самое время не включается еще один механизм, а именно: активизация ресурсов пациента. Эти ресурсы клиницист и должен использовать, так как именно они и есть тот актуальный «мотор», что приводит в действие весь процесс, это альфа и омега эффективной психосоциальной терапии, а именно – умение, мастерское управление этими механизмами.

Наконец, завершая, подчеркну, что психосоциальная терапия – это открытая система, и не на все вопросы этого большого проблемного поля в настоящее время есть ответы. Появилась психосоциальная терапия «новой волны»: это набирающие силу подходы с использованием современных технологий – по типу «Аватар», «TemStem», и об этом уже говорилось на утренних заседаниях нашей конференции. Необходимо развивать данное направление в рамках доказательной медицины, и эта необходимость говорит нам о том, что нужны исследования, позволяющие объективно детерминировать вышеназванные активные ингредиенты и механизмы психосоциальных вмешательств шизофрении.

В городе Ростове-на-Дону учениками Александра Олимпиевича Бухановского ежегодно проводятся конференции по психиатрии с красивыми креативными названиями. Одна из них, конференция 2016 года, называлась: «Психиатрия – любовь моя!». Так вот у многих одаренных врачей, медицинских сестер и других специалистов, работающих с психически больными, и для которых «психиатрия – любовь моя», эти моменты имплицитно присутствуют. Вышеназванные активные ингредиенты, как жемчужины, разбросаны россыпью в их психосоциальных подходах и работе с пациентами. А наша задача – научная, коль скоро речь идет о доказательных подходах, – увидеть это, осознать, эксплицировать, и со знанием дела управлять этими механизмами и ингредиентами. Спасибо.

Раннее подключение психосоциальных вмешательств



Палин А.В.¹

Добрый день, уважаемые коллеги. Пользуясь случаем, хочу поблагодарить организаторов конференции за прекрасный сегодняшний день и всех вас, за то, что вы еще здесь, несмотря на поздний вечер.

Итак, я хочу обратить внимание на название моего доклада «Раннее подключение психосоциальных вмешательств» — и это не только про первый эпизод. Это про то, как пациенты, фактически только что вышедшие из тяжелого психотического

состояния, вовлекаются в психосоциальное воздействие.

Многие исследователи — зарубежные и отечественные — работали над проблемой ранних вмешательств. Свой первый слайд я демонстрирую в память об Исааке Яковлевиче Гуровиче, который в этом году, 10 февраля, на 91-м году своей жизни, к сожалению, нас покинул. Он активно занимался вопросами ранних вмешательств у пациентов с шизофренией. Светлая память этому выдающемуся исследователю, нашему учителю.

Хочу обозначить те принципиальные моменты, на которые мы опираемся. Основной парадигмой лечения шизофрении в настоящее время является долгосрочная антипсихотическая терапия. Поэтому так важно соблюдение больным режима лечения. Несоблюдение этого режима может начаться сразу же после выписки: 25% больных делают это в первые дни, на 7-й — 10-й день после выписки. По разным данным, частота некомплаенса к антипсихотическим препаратам составляет 50–60% (и колеблется в пределах 11–80%). По последним данным, средний показатель составляет 41.2–49.5%.

Думаю, что в зале много практикующих врачей, много психологов, работающих в психиатрии. Соответственно, каждый из вас подтвердит, что некомплаенс у пациентов с шизофренией особенно актуален на сегодняшний момент. В моем докладе будет сделан упор на комплаентную составляющую психообразования — а именно, на соблюдение режима лечения. Я расскажу о проведении психообразования на базе стационарного звена ПКБ № 4 им. П.Б. Ганнушкина Департамента Здравоохранения города Москвы.

Основой комплаентности, а также функционального прогноза терапии шизофрении, — является именно терапевтический альянс. В тех случаях, когда в контекст психообразования вводятся элементы и приемы психоте-

¹ Палин А.В. — заведующий центром психолого-психотерапевтической помощи ГБУЗ ПКБ № 4 им. П.Б. Ганнушкина ДЗМ, врач-психиатр.

рапии, — комплаенс улучшается, — и, по данным литературы, достоверно снижаются клинические показатели.

Терапевтический альянс, безусловно, возможен с пациентами, и здесь со мной, думаю, согласятся те, кто имеет психотерапевтическое образование, что лишь информирование пациентов, лишь инструктирование или объяснение того, что с ними происходит, — недостаточно эффективны. Необходимо работать на терапевтический альянс: создавать теплую, положительную обратную связь в групповой или индивидуальной работе. И, что мне кажется особенно важным и необходимым, это вовлечение пациента в процесс принятия решений, то есть когда пациент сам становится активным участником лечебного процесса, а не пассивно присутствует на занятиях группы или на индивидуальном приеме, никак не проявляя себя.

Мы не начинаем психообразовательный модуль, рассказывая пациентам о необходимости принимать препараты, о том, что у них есть болезнь, и так далее. Мы начинаем работать с пациентом как бы исподволь, обращая внимание на соблюдение режима лечения и стереотипы реагирования на болезнь, на переживания и поведение в болезни. Устойчивый комплаенс мы формируем фактически на партнерской модели и непротиворечивой внутренней картине заболевания.

Обычно авторы мыслят дихотомически, по типу полярного мышления (как мы говорим в когнитивной терапии), и делят соблюдение режима лечения на «да» и «нет» — комплаенс или нонкомплаенс. Мы же в реализации психообразовательных программ при их как можно более раннем подключении используем континуальное представление — как спектр вариантов отношения к лечению, что зависит от времени, от сроков. Сегодня комплаенс может быть достаточно высоким (больной систематически принимает лекарства в необходимой дозе и в нужное время), а завтра у пациента психическое состояние ухудшилось — и комплаенс резко снижается.

Сразу подчеркну, что, безусловно, атипичные антипсихотики, которые ворвались в начале двухтысячных и сейчас активно продолжают к нам врываться, изменили парадигму лечения психозов. Но это не значит, что пациенты стали соблюдать режим лекарственной терапии. Действительно, препараты нового класса способствуют улучшению качества жизни, однако они не определяют полностью соблюдение лекарственного режима в долгосрочной перспективе. В связи с этим и ученым и клиницистам необходимо изучить и вскрыть факторы риска — почему же пациенты нарушают режим медикаментозной терапии. Причины несоблюдения врачебных рекомендаций психически больными подобны таковым при хронических соматических заболеваниях (бронхиальная астма, сахарный диабет и т.д.). Больной не понимает характера болезни или отрицает заболевание; схема лекарственной терапии, предполагающая многократный прием разных препаратов, трудновыполнима и сложна; есть побочные действия и страх вреда от длительного приема лекарств, боязнь привыкания к ним и т.д. Шизофрения добавляет к этому списку еще и нейрокогнитивный дефицит, сниженную или неустойчивую критику к своему состоянию.

То есть, мы с вами, как психиатрическая сеть, должны учитывать эти факторы, снижающие комплаенс. У больных шизофренией критика к своему состоянию может снижаться существенно, что не позволяет им вовремя принимать препараты, — и все это нивелирует лекарственную терапию. У пациентов-мужчин особенно актуально злоупотребление психоактивными веществами, что тоже приводит к серьезным проблемам с комплаенсом.

Еще раз хочу обратить внимание психотерапевтов, психологов на то, что плохой терапевтический альянс в условиях групповой работы или в индивидуальной работе с пациентом является важнейшим фактором риска нонкомплаенса при шизофрении. Важно вскрыть эти факторы и точно, именно точно, попасть в тот фактор, который вы обнаружили у пациента или как-то выявили его в процессе работы с ним.

Комплаенс зависит от времени подключения психосоциального вмешательства (психообразования), его длительности и его качества. При проведении психообразования на базе **стационарного звена ПКБ № 4 им. П.Б. Ганнушкина** мы опираемся на четко очерченные информационные модули — в группе участников со смешанным составом по полу, возрасту, синдромально-нозологическим и личностно типологическим характеристикам. На Рис. 1 эти информационные модули работы представлены.

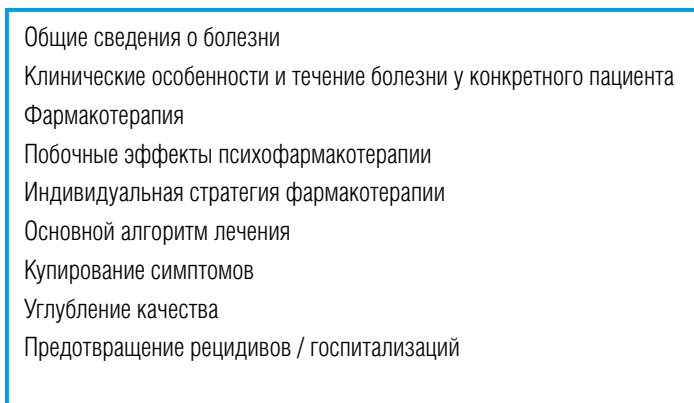


Рис. 1. Информационные модули программы психообразования

Я не буду останавливаться на всем этом подробно, лишь укажу на основную цель, которую ставят перед нами в том числе и высшие, так скажем, административные инстанции, и, конечно же, сами пациенты и их родственники. Эта цель — предотвращение рецидивов и госпитализаций.

Безусловно, на сегодняшний момент именно ре-госпитализируемые пациенты — это пациенты с плохим комплаенсом, это пациенты, злоупотребляющие психоактивными веществами. И эта проблема остается до сих пор актуальной.

Повторю, что сниженная или неустойчивая критика к своему состоянию у пациентов с шизофренией, безусловно, влияет на нонкомплаенс. Я хочу указать на так называемый низкий уровень инсайта у таких паци-

ентов. Речь идет об инсайте не в психотерапевтическом смысле, а в смысле ином — понимает ли пациент, что болен, умеет ли отделить «Я больной» от «Я здоровый». Сниженный уровень инсайта — существенная причина несоблюдения врачебных рекомендаций, фактор риска нарушения режима лечения при шизофрении. Другим фактором является неадекватная субъективная модель лечения (или неадекватное влияние окружения). И здесь мы опираемся на две важные работы (Рис. 2).

- 1) «Мотивы отказов больных шизофренией от длительной антипсихотической терапии», Аведисова А.С. и др.*
 - 2) «Особенности психотического инсайта в дневниках пациентов», Бышок С.О., Рупчев Г.Е., Семенова Н.Д.**
- * Психиатрия и психофармакотерапия. — 2009. — Т.11. - № 2. — с.6-13
 ** Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. — в печати.

Рис. 2. Публикации по изучению факторов риска нарушения лечения при шизофрении: низкий уровень критичности (инсайта) и неадекватная субъективная модель лечения

Первая, это исследование, проведенное в одном из отделов Центра имени В.П.Сербского, затрагивает несоответствие между реальными причинами отказов больных шизофренией от длительной антипсихотической терапии и представлениями психиатров об этих причинах. Вторая работа — совместная с МГУ — о том, как на материале дневников пациентов можно отследить динамику их психотического инсайта — в привязке к комплаентности, и все это использовать нами далее — уже как учебный материал психообразования.

На Рис. 3 отражены показатели раннего подключения психосоциальных вмешательств. Речь идет об охвате психосоциальным вмешательством (психообразование) пациентов на стационарном этапе лечения, и виден рост этих показателей.

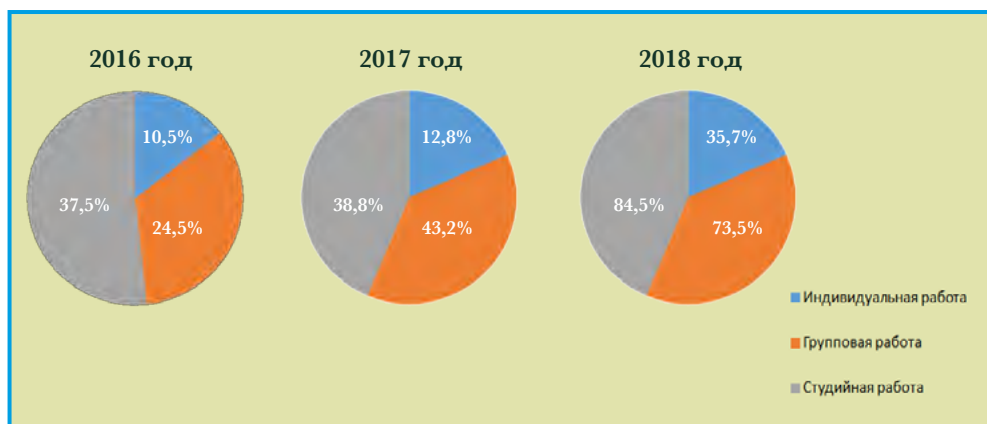


Рис. 3. Показатели раннего подключения психосоциальных вмешательств на стационарном этапе лечения

Ранее в психиатрии и психосоциальной терапии студийная работа (обозначена на Рис. 3 серым цветом) занимала основное место и ею исчерпывалась психосоциальное вмешательство. Мы же настаиваем на том, что необходимо проводить фокусированное психосоциальное воздействие, и таковым является психообразование. Как видно из Рис. 3, в 2018 году психообразование фактически приближается по показателям к студийной работе. Перед нами ставят задачи стопроцентного охвата психообразованием пациентов самого разного контингента, что является немаловажным в решении многих проблем, в том числе, проблемы комплаенса.

Завершая свой доклад, я хочу показать вам рисунок одной из наших пациенток (Рис. 4). С разрешения данной пациентки я демонстрирую вам этот рисунок – именно в преддверии фестиваля «Нить Ариадны», который пройдет с 18 по 25 ноября.

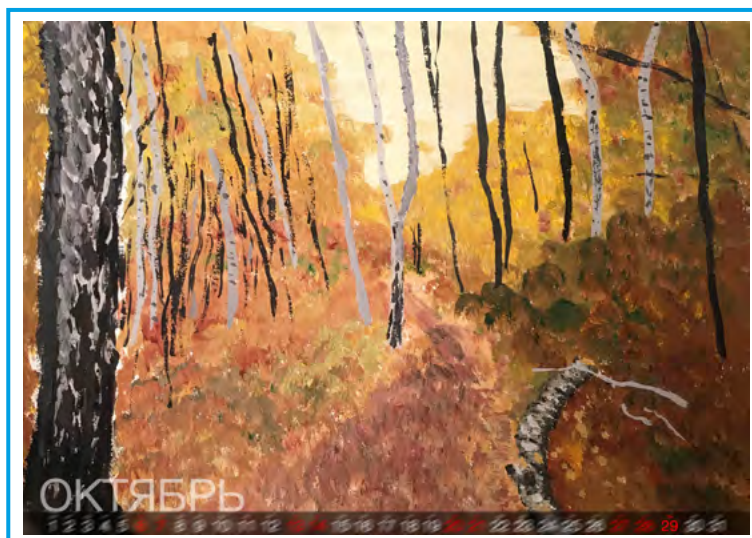


Рис. 4. Рисунок пациентки А

Этот рисунок, как отклик пациентки на психосоциальную терапию, так или иначе, помогает нам лишний раз убедиться в том, что реабилитационное психосоциальное воздействие позволяет вернуть здоровье психике.

Спасибо за внимание.

Психосоциальная реабилитация в Клинике первого психотического эпизода ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ»



Чернов Н.В.¹, Карпенко О.А.²

Уважаемые коллеги, мой доклад посвящен психосоциальной реабилитации в клинике первого эпизода. Уже больше года прошло после того, как в Алексеевской больнице открыли специализированное подразделение – Клиника первого психотического эпизода, задумка которой с самого начала заключалась в том, что в ней будет сделан большой акцент на психосоциальную реабилитацию. И было организовано отдельное подразделение Клиники –

патопсихологическая лаборатория, которая отвечает за психосоциальную реабилитацию на всех этапах лечения пациентов: стационар, дневной стационар, диспансерный кабинет.

Также, с точки зрения организационных подходов, можно отметить, что работа строится по бригадному принципу, то есть совместной работе с пациентами как психологов, так и врачей-психиатров. И скажу, что постепенно, с некоторыми сложностями, мы добились больших результатов в плане взаимодействия между медицинскими психологами и врачами-психиатрами, и в частности многие врачи, которые работают в Клинике первого эпизода, также стали обучаться психотерапии, в частности вот одному такому сейчас известному подходу – терапии принятия и ответственности. А также все врачи у нас ведут психообразовательные мероприятия совместно с психологами.

Если говорить про медицинских психологов и их функционал, то он вполне классический. Это проведение патонейродиagnostических мероприятий, это участие в психосоциальной реабилитации в виде групповой и индивидуальной работы и исследовательская деятельность.

Если говорить про групповые мероприятия, которые мы проводим, то они разделены на три направления: психообразовательные мероприятия, психокоррекционные группы (группа развития навыков самонаблюдения или метапознания, группа эмоциональной саморегуляции на основе терапии принятия и ответственности и когнитивная ремедиация) и так называемые группы поведенческой социальной активности (арт-терапия, кино клуб, музыкотерапия и театр). Мы максимально быстро пытаемся включить в процесс реабилитации пациента,

1 Чернов Н.В. – клинический психолог, заведующий отделением психотерапевтической помощи и социальной реабилитации ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ».

2 Карпенко О.А. – заместитель заведующего Учебным центром ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ».

где-то уже на десятый-двенадцатый день госпитализации, как только позволяет самочувствие.

Если говорить про психообразование, то формат этих групп открытый. На стационарном этапе это пять тем, пять занятий: причины и механизмы развития заболевания, распознавание ранних признаков обострения заболевания, лекарственная терапия, как справляться с болезнью (это больше про совладающее поведение), а также нами была разработана отдельная тема, где мы рассказываем о том, как устроена психиатрическая служба, потому что, к сожалению, есть нехватка информации, и часто наши пациенты не знают, что их ждет дальше и в чем смысл поэтапного оказания помощи.

В дневном стационаре мы добавляем еще два занятия. Это острые симптомы болезни: галлюцинации, бред. Почему мы их добавляем как раз на следующем этапе — в дневном стационаре, — потому что, по нашему опыту, эти темы не воспринимаются пациентами, когда они находятся в остром состоянии, вызывают сильнейшее сопротивление. И когда пациент постепенно выходит из острого состояния, он готов и может воспринимать произошедшее с ним. И отдельная тема — социальные связи. Здесь мы говорим о роли социального взаимодействия для выздоровления пациента.

По нашему опыту, психообразовательные мероприятия, для того чтобы они принесли результат, должны проходить не меньше трех раз. То есть один пациент должен на каждом из этапов помощи, на каждом этапе лечения еще раз пройти психообразовательные мероприятия.

Параллельно мы включаем родственников, которые также проходят психообразовательные мероприятия, у них похожие темы, что и у пациентов. Есть различия в плане темы, касающейся юридических аспектов, и отдельная у них есть тема — «Жизнь семьи в условиях психической болезни».

Следующее занятие, которое мы проводим и активно используем, это группа развития навыков самонаблюдения. По большому счету группа развития навыков самонаблюдения является практическим продолжением психообразования. В основе этой группы находится контекстуальный подход, в этой группе нет заранее заданных тем, но в ней предполагается четыре модуля, вокруг которых мы выстраиваем нашу программу, но эти модули могут меняться в зависимости от происходящего и, по сути, в зависимости от контекста. У нас могут быть разные пациенты, у них совершенно разные состояния, разная мотивация к изменениям. Мы проводим ее два раза в неделю.

Какие это модули? Первый информационный модуль, направленный на мотивацию, мы работаем на то, что объясняем, зачем нужно наблюдать за своим состоянием, а также работаем с сопротивлением у пациентов к развитию так называемого метапознания, то есть навыка наблюдения за собой, за своими симптомами. Это достаточно сложная работа, потому что надо признать, что метапознание не всегда развито и у здоровых людей. Один из вопросов, который мы часто задаем: «Что вам может мешать

наблюдать за своим состоянием?» — и наши пациенты честно отвечают: «Меня никогда этому не учили. Я не хочу погружаться в свои болезненные переживания. Я вообще не считаю, что со мной что-то не то». Поэтому как раз первый блок направлен на то, чтобы сформировать концепцию метапознания у пациентов, а также мотивировать их запустить этот процесс, который зачастую бывает очень сложным.

Второй информационный блок — мы разработали с коллегами так называемый «дневник самонаблюдения». Пациенты его ведут каждый день. В нем есть несколько подразделов: нарушения сна, нарушения настроения, внутреннее напряжение, нарушения мышления, ошибки восприятия, двигательные нарушения. И постепенно пациент, заполняя этот дневник, учится распознавать свои симптомы, а также их дифференцировать. То есть второй блок в нашей программе самонаблюдения направлен на то, чтобы пациент понимал и мог дифференцировать свои симптомы.

Третий информационный блок касается понимания закономерностей развития острого состояния. Одно из заданий, которые мы выполняем на занятиях, — мы анализируем произошедшее с пациентом. То есть мы смотрим, какие симптомы у него были, например, за месяц до возникновения острого состояния, пациенты учатся отмечать на нашем же дневнике динамику своего состояния. То есть мы спрашиваем: «Что с вами было месяц назад? За три дня попадания в больницу? С какими симптомами вы попали в больницу? Что сейчас с вами происходит?» И за счет анализа прошлого и настоящего пациент может увидеть, что симптомы постоянно меняются. Это как раз очень важная работа. Пациент постепенно конструирует свой опыт попадания в больницу, постепенно учится понимать свои симптомы.

И четвертый информационный блок — мы просто обсуждаем текущую ситуацию, например, как сейчас происходит заполнение дневника, какое сейчас состояние, какие сейчас симптомы. Группа развития навыков самонаблюдения начинается в стационаре и потом плавно переходит в дневной стационар.

Третья группа, которую мы проводим с пациентами, это так называемая группа эмоциональной саморегуляции, в ее основе лежит подход, который называется «Терапии принятия и ответственности». Сейчас этот метод активно изучается и внедряется в клиниках по всему миру, и у него есть показания работы с психотическими симптомами, в том числе есть рандомизированное исследование, которое показывает эффективность как раз в работе с острыми симптомами болезни. Суть данного метода, в развитии навыков совладающего поведения (самонаблюдение, толерантность к эмоциональному дискомфорту, дистанцирование от болезненных мыслей и переживаний), которые помогают снизить дистресс связанным с психическим заболеванием и мотивирует пациентов к возврату к значимой деятельности (социальная включенность, отношения с близкими, работа, хобби) Сотрудники нашей лаборатории проходили обучение этому методу у зарубежных специалистов и постепенно мы внедряем данный метод в нашу практику.

Можно отметить, что и психообразование, и группа самонаблюдения, и терапия принятия и ответственности воспринимаются нашими пациентами как некая общая модель, и часто им кажется, что группа развития самонаблюдения — это тоже психообразование. То, что пациент слабо дифференцирует эти группы, мы, наоборот, считаем позитивным эффектом, потому что в каком-то смысле и терапия принятия и ответственности, и группа развития самонаблюдения являются практическим продолжением психообразования.

Также в клинике первого эпизода проходят группы по когнитивной ремедиации, которые направлены на восстановление и компенсацию нейрокогнитивного дефицита возникшего в следствии перенесённого пациентами психоза или возникновения негативных проявлений болезни. При помощи определённых упражнений мы воздействуем на такие когнитивные сферы как: внимание, память, исполнительные функции, а также социальное познание. Данную программы мы начинаем в стационаре реализуя принцип «от простого к сложному», в соответствии с которым вначале пациентам даются самые простые задания, но которые постепенно усложняются, как только пациенты в состоянии их выполнить. Программа по когнитивной ремедиации носит преемственный характер и проводится на всех этапах лечения (стационар, дневной стационар, амбулаторная служба).

В настоящий момент мы активно изучаем еще несколько современных подходов в психосоциальной реабилитации и надеюсь, что в ближайшее время нам удастся внедрить их в нашу практику.

Спасибо.

Опыт применения психотерапевтического подхода «Терапия принятием и ответственностью с пациентами психотического спектра»



Чернов Н.В.¹, Белякова М.А.²

Несмотря на то, что метод терапии принятием и ответственностью (ТПО) считается достаточно новым, если обращаться к исследованиям, то относительно помощи пациентам с расстройствами психотического спектра первые исследования были опубликованы именно в рамках ТПО, и чуть позже появились публикации об эффективности применения когнитивно-поведенческой терапии для психозов.

Терапия принятия и ответственности — это современный подход, научно обоснованный и относится к так называемой третьей волне. Как вы можете видеть на рис. 1. на «дереве» всех направлений, связанных с когнитивной терапией, в 60-х гг. XX в. произошло своеобразное разделение, так называемая «когнитивная революция», после которой появились направления, больше сфокусированные на когнитивном содержании внутреннего опыта и больше сфокусированные на работе с поведением и с контекстом этого поведения. ТПО относится к ветке поведенческих направлений, то есть направление является контекстуально-поведенческим.

Это значит, что основным методом является клинический анализ поведения, где основной фокус не на содержании самих мыслей, неприятных переживаний или убеждений, а, скорее, на том, как мы его перерабатываем, как мы на него реагируем, как он влияет на контекст нашей жизни и наше поведение.

Как уже было сказано Никитой Владимировичем в предыдущем докладе, также этот подход является трансдиагностическим, то есть его целью является исследование и изменение, насколько это возможно, основных процессов психики, которые, по мнению представителей данного подхода, являются универсальными для любого заболевания и, кроме психических заболеваний, здесь достаточно большой пул исследований по применению терапии принятия и ответственности и в рамках онкологических заболеваний, в терапии хронической боли, и в терапии общего стресса, эмоционального выгорания и так далее.

1 Чернов Н.В. — заведующий отделением психотерапевтической помощи и социальной реабилитации ГБУЗ ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева.

2 Белякова М.А. — медицинский психолог Клиники первого психотического эпизода ГБУЗ ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева.



Рис 1. Схема развития различных направлений когнитивной терапии

Основывается этот метод на теории реляционных фреймов. Это современная поведенческая теория связи речи и человеческого мышления. Согласно ей, речь основывается не на ассоциациях или не на прямых поощрениях, а на выученных (реляционных) ответах. То есть наша реакция на определенные понятия (наша речь – понятийна) зависит не от простого значения слова, а от связанного с этим понятием контекста, и эти связи носят двойной взаимно обуславливающий характер. То есть контекст также обуславливает наше мышление, как и наше мышление обуславливает наше поведение и контекст.

Например, слово «конференция» для всех присутствующих сегодня будет вызывать совершенно разный отклик. Для человека, который не любит выступать, для кого это достаточно тревожный опыт, это у него будет вызывать появление тревоги, напряжение, которые будут сопровождаться определенными мыслями, физическими ощущениями и поведенческими паттернами (желанием не прийти на конференцию, заболеть, прокрастинировать в подготовке), тогда как для того, кто любит выступать и бывать на публике, это слово, скорее, будет связано с предвкушением радости от встречи с коллегами, будут мысли, скорее, о выступлении, о возможных вопросах и обсуждениях. Для организаторов этого замечательного мероприятия контекст будет совершенно иным, и их эмоциональные, когнитивные и поведенческие реакции будут также отличаться. То есть у каждого из троих будет свой фрейм (ассоциативная рамка). Изменение, — а точнее расширение этого фрейма, а, следовательно, и изменение поведенческих реакций, — является, в общем-то, целью терапии принятия и ответственности.

Процессы, о развитии которых идет речь в ТПО можно увидеть на Рис. 2. Их условно можно разделить на два блока. Один блок больше способствует непосредственно регуляции эмоций, а второй – скорее, поведенческим изменениям. В результате развития всех этих навыков, которые здесь пред-

ставлены в виде шестиугольника, формируется так называемая психологическая гибкость. Я кратко расшифрую каждый из процессов, потому что их названия часто вызывают вопросы.

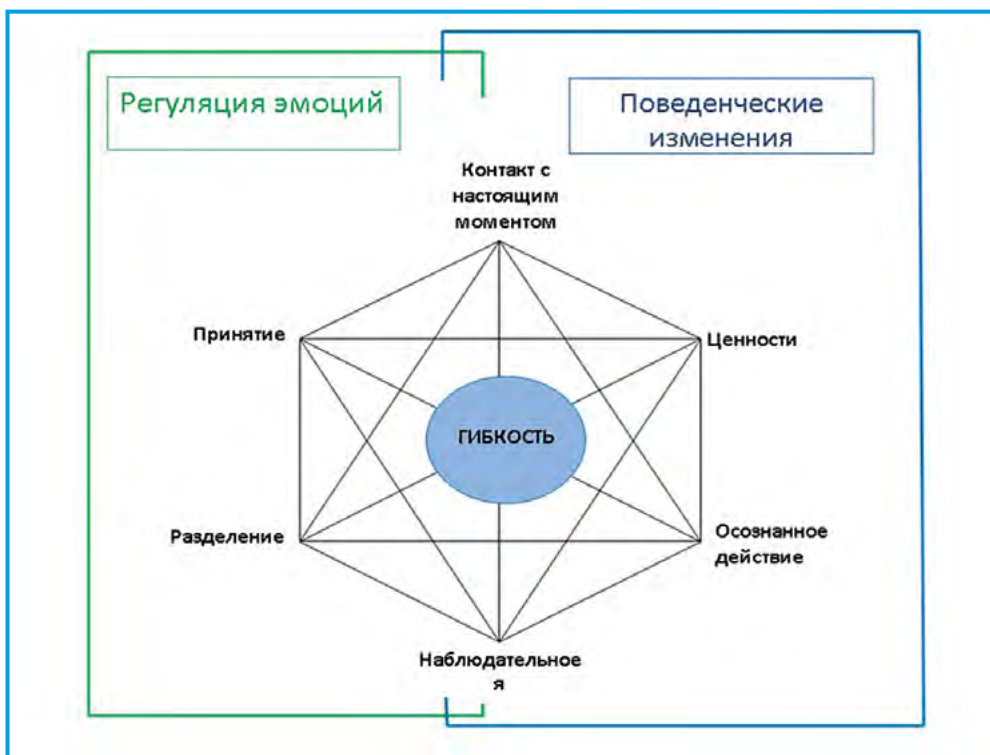


Рис. 2. Основные процессы в ТПО

Принятие — это самый противоречивый, прежде всего из-за названия, процесс. Речь идет просто о формировании нейтрального отношения к внутреннему опыту, без попыток избавиться от него, погрузиться в борьбу с этим опытом. То есть отношение к мыслям и эмоциям просто как к факту некоторого опыта, а не как к чему-то недопустимому, неприемлемому, к чему-то, с чем надо обязательно бороться.

Контакт с настоящим моментом предполагает сфокусированность на текущем моменте без погружения в сожаления о прошлом или в какие-то тревожные картинки будущего. Понимание того, что происходит прямо здесь и сейчас.

Под ценностями в данном подходе понимаются идеи, которые в глобальном смысле определяют направление нашей жизни, наши долгосрочные и краткосрочные цели и в целом определяют наше поведение.

Осознанные действия — это сами поступки, которые направлены на реализацию этих ценностных направлений в жизни с полным пониманием, что я делаю в данный момент. Это развитие более осознанного поведения взамен режиму автопилота, в котором мы обычно функционируем. То есть нам

страшно — мы боимся, мы злимся — мы начинаем ругаться. А осознанные действия предполагают, что мы будем в состоянии действовать как-то иначе.

«Наблюдательное я» — это такое красивое название для того, что мы с вами называем самонаблюдением. Понятно, что без понимания того, с чем мы сталкиваемся в нашем внутреннем опыте, мы не можем это изменить.

Разделение (или другое название «распутывание») — это возможность оставаться в наблюдательной позиции по отношению к внутреннему опыту, не погружаться в него, не пытаться выключить, выгнать мысли, эмоции, воспоминания, не пытаться остановить поток этих рассуждений. Таким образом, снижается эмоциональная вовлеченность в наш внутренний опыт, снижается убежденность в собственных убеждениях, в собственных мыслях и автоматических реакциях: если мы боимся, совершенно не означает, что на самом деле происходит что-то страшное. И как раз техники разделения и распутывания позволяют это понимать.

И в итоге, — подходим к самому главному — к развитию гибкости. Это возможность, несмотря на те нежелательные реакции, которые у нас есть, эмоции, мысли или физические ощущения, относиться к ним менее вовлеченно, просто принимая факт их наличия, и самое главное, это позволяет действовать в соответствии с контекстом ситуации, с собственными ценностями, полностью осознавая степень своего контроля над происходящим. То есть действовать, несмотря на. Развитие психологической гибкости является целью ТПО.

Перейдем к исследованиям эффективности метода. С 1986 года ведутся исследования. На момент октября 2018 года существует более 260 публикаций, из них 202 — рандомизированных контролируемых исследования и 24 — мета-анализа. Если говорить об исследованиях в рамках помощи пациентам с расстройствами психотического спектра, то из них чаще всего упоминаются три самых крупных РКИ и два мета-анализа, последний из которых был опубликован в июле 2018 года.

Я немного обобщила результаты этих мета-анализов, которые видно на таблице на Рис. 3.

В анализ было включено не очень много исследований. Исключены были все исследования с применением качественных методов, тексты диссертаций, повторные анализы данных и разборы отдельных случаев. В итоге в 2016 году было отобрано для проведения мета-анализа четыре исследования, в 2018 году — 13. Их становится больше с каждым годом.

Оба мета-анализа подтверждают, что ТПО позитивно влияет на качество жизни и значительно улучшает психосоциальное функционирование для пациентов психотического спектра. Также речь идет о снижении частоты регоспитализации до четырех месяцев, редукции выраженности негативных симптомов по шкале PANSS, снижении вовлеченности и убежденности в содержание галлюцинаторной и бредовой продукции и редукции выраженности симптомов депрессии до 55%.

В анализ было включено не очень много исследований. Исключены были все исследования с применением качественных методов, тексты диссертаций, повторные анализы данных и разборы отдельных случаев. В ито-

ге в 2016 году было отобрано для проведения мета-анализа четыре исследования, в 2018 году – 13. Их становится больше с каждым годом.

	Tonarelli et al., J Psychiatry 2016	Wakefield S., Roebuck S. & Boyden P., J of Contextual Behavioral Science, 2018
Кол-во исследований	4	13
Ключевые выводы	<ul style="list-style-type: none"> • Снижение частоты регоспитализации • Редукция выраженности негативных симптомов (по PANSS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Снижение вовлеченности и убежденности в содержании галлюцинаторной и бредовой продукции • Редукция выраженности симптомов депрессии
	<ul style="list-style-type: none"> • повышение качества жизни • улучшение психосоциального функционирования 	

Рис. 3. Результаты проведенных мета-анализов

Оба мета-анализа подтверждают, что ТПО позитивно влияет на качество жизни и значительно улучшает психосоциальное функционирование для пациентов психотического спектра. Также речь идет о снижении частоты регоспитализации до четырех месяцев, редукции выраженности негативных симптомов по шкале PANSS, снижении вовлеченности и убежденности в содержание галлюцинаторной и бредовой продукции и редукции выраженности симптомов депрессии до 55%.

В последнем мета-анализе упоминается, что в результате прохождения курса ТПО пациенты стали намного чаще сообщать в самоотчетах о психотических симптомах. Это могло быть рассмотрено как негативный эффект, но при качественном анализе выяснилось, что этот опыт стал переживаться пациентами просто как часть их опыта, а не что-то травмирующее, пугающее и определяющее ем самым их поведение. Также это опосредованно повлияло на повышение комплаентности, в связи с тем, что пациенты стали чаще и более открыто сообщать врачам о собственных переживаниях, что позволяло, соответственно, эффективнее менять стратегию лечения. Также в результате всех исследований было подтверждено, что метод эффективен как в групповом, так и индивидуальном формате, подходит и для краткосрочного применения, может применяться как при стационарном, так и при амбулаторном формате оказания психиатрической помощи. Также подчеркивается его эффективность в применении при оказании помощи пациентам с первым психотическим эпизодом.

Расскажу о том, что происходит именно у нас, в Клинике первого эпизода на базе больницы имени Алексеева. Как уже Никита Владимирович сказал ранее, наши сотрудники прошли международное обучение данному методу.

Мы адаптировали два международных протокола. И в большей мере наша программа основывается на британском протоколе, который разрабатывался по заказу Министерства здравоохранения Британии для оказания помощи пациентам психотического спектра. Мы проводим группу в два этапа — в круглосуточном стационаре и дневном отделении. На этапе стационара группа носит открытый формат, скорее ознакомительный и мотивационный. Тогда как на дневном стационаре группа становится закрытой, проводится в формате четырех занятий два раза в неделю и больше направлена на развитие и практику навыков. Рекомендованное количество участников от 6 до 15 человек. По нашему опыту, у нас участвует в среднем 12 человек.

Главная особенность тренинга — это отдельная структурированность. Каждое занятие посвящено одной теме. Каждое занятие включает в себя знакомство, обсуждение правил, мини-лекцию, интерактивную групповую дискуссию и обязательную практическую отработку навыков, обратную связь. Также мы обсуждаем, начиная со второго занятия «домашнее задание», то есть самостоятельную отработку навыков между занятиями, что направлено прежде всего на мотивацию и поведенческую активацию участников. Цели данной группы заключаются в поведенческой активации, нормализации тяжелых переживаний, снижении самостигматизации. Мы считаем, что для наших пациентов, впервые столкнувшихся с психотическими переживаниями в достаточно молодом возрасте, болезнь является пугающим и травмирующим опытом, тренинг является особенно полезным.

Для реализации поставленных целей тренинг направлен на решение следующих задач: снижение уровня дистресса, связанного симптомами болезни и обучение навыкам саморегуляции. Мы стремимся сформировать следующие навыки: самонаблюдение, понимание непродуктивных реакций на болезненные переживания, то есть наши попытки избегания нежелательных мыслей и чувств, застревание на этих переживаниях, избегающее поведение, капитуляция, — например, перед апатией, — и развитие умения действовать, несмотря на наличие сильного эмоционального дистресса за счет дистанции с неприятными переживаниями, навыков переключения внимания, навыков решения проблем и навыков удерживания дистресса.

И в результате занятий пациент научается действовать продуктивно во время дистресса, не дезорганизуясь от него. Так, например, пациент может отследить возникшую тревогу перед собеседованием, дистанцироваться от нее и пойти на собеседование, несмотря на тревогу, за счет сосредоточения на самой деятельности, а не на болезненных переживаниях. Тревога может даже редуцироваться и не приводить к дезорганизации и избеганию. Но редукция неприятных эмоций не является основной целью, что мы подчеркиваем для пациентов. Мы учимся справляться, несмотря на весь опыт, который у нас возникает, а не избавляться от него.

Как вы можете видеть на Рис. 4 данный тренинг встроен в общую структуру реабилитационных программ Клиники первого эпизода и является фактическим продолжением психообразования, связан с двумя темами и также поддерживает развитие навыка самонаблюдения.



Рис. 4. Место ТПО в программе Клиники первого эпизода

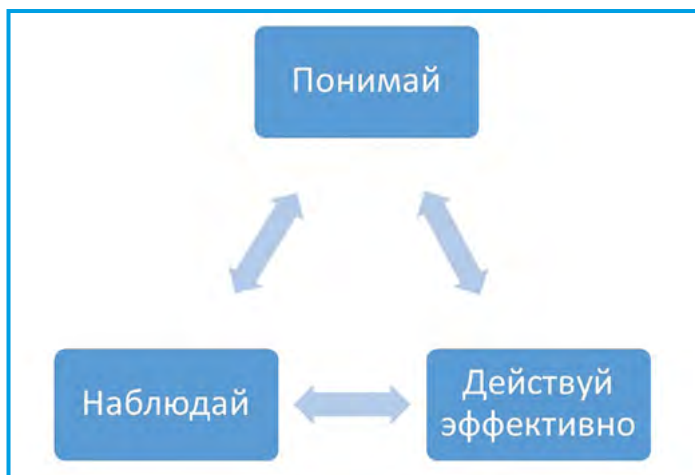


Рис. 5. Основные принципы психореабилитационных программ клиники первого эпизода

Таким образом, данный тренинг соответствует основным принципам реабилитационных программ нашей клиники – наблюдай за собственным состоянием, симптомами и побочными эффектами, понимай, как функционирует твоя психика, как проявляет себя болезненное состояние, и действуй, то есть начинай действовать с учетом контекста по направлению к восстановлению психосоциального функционирования, то есть по направлению к ценностям.

И в наших ближайших планах – окончательная доработка программы и ее публикация, и на данный момент в клинике проводится масштабное исследование эффективности всех наших психореабилитационных программ.

Спасибо за ваше внимание.

Нейропсихологическая помощь пациентам с органическими психическими расстройствами



Малюкова Н.Г.¹

Высокие темпы развития теоретической и практической медицины обеспечили сохранение жизни пациентам с тяжелыми повреждениями головного мозга. Нарушения речи, внимания, зрительного и слухового восприятия, памяти, праксиса и других когнитивных функций, распад целостной нервно-психической деятельности — причина психологической и социальной дезадаптации пациентов, непреодолимых ограничений во всех областях жизнедеятельности.

Нейрореабилитация этой категории пациентов — процесс длительный, требующий участия профессионалов разных специальностей. При этом психолого-педагогические воздействия представлены, прежде всего, нейропсихологическим подходом.

Теоретической базой современной отечественной нейропсихологии является методология, созданная её основателем, Александром Романовичем Лурия. Нейропсихология впервые сделала целью научного исследования изучение роли отдельных мозговых систем головного мозга в осуществлении целостной психической деятельности. Комплексный характер знаний, на которые опирается нейропсихология, определяются междисциплинарным характером её центральной проблемы — «мозг как субстрат психических процессов».

Методология нейропсихологии определяет и методическую стратегию исследований. Центральной задачей нейропсихологического исследования является не только констатация факта расстройства функции (памяти, пространственного восприятия и др), а определение качественной специфики нарушения. Качественная квалификация синдрома проводится с помощью специального набора методов с опорой на клинические данные. Она указывает на топику пораженного мозгового субстрата, помогает выявить первичный дефект и его системное влияние.

В Центре патологии речи и нейрореабилитации нейропсихолог работает с детьми и взрослыми с последствиями органических поражений мозга. Основными задачами являются диагностика структуры и степени выраженности когнитивных нарушений, разработка и реализация алгоритмов восстановления/развития когнитивных функций. В своей ежедневной работе нейропсихолог ГБУЗ ЦПРИН ДЗМ сталкивается с пациентами широким спектром нарушений произвольного контроля и внимания, памяти, раз-

¹ Малюкова Н.Г. — ГБУЗ Центр патологии речи и нейрореабилитации г. Москвы, медицинский психолог.

личных видов восприятия, произвольных движений, и, конечно же, речи как высшей психической функции.

Генеральной задачей в области диагностики является анализ целостных синдромов нарушения психических функций пациента, качественное описание структуры дефекта на основе представлений о мозговой организации и внутреннем строении психических процессов, выявление одно- или многоочаговости нарушения высших психических функций в пределах одного или двух полушарий мозга, их первичного или вторичного, стабильного или флуктуирующего характера.

Несмотря на развитие высокотехнологичных методов и методик нейровизуализации, нейропсихологическая парадигма расширила свои возможности в новых клинических областях нейрореабилитации: при мониторинге поврежденного онтогенеза или инволюции психоневрологических функций, при контроле динамики состояния пациента в процессе развития заболевания или при его лечении. Данные нейропсихологических исследований в сопоставлении с результатами других методов обследования (магнитно-резонансная томография, ультразвуковая доплерография и др) позволяют не только получить полную картину функционального состояния головного мозга после поражения, но и оценить динамику его изменений в процессе нейрореабилитации. Отягощающими факторами является распространение очага на оба полушария, глубина и большая площадь очага, поражение левого полушария головного мозга, а также мозолистого тела.

Оценка динамики и эффективности комплексных нейрореабилитационных воздействий обеспечивается возможностью количественной оценки данных нейропсихологической диагностики. В нейропсихологии разработаны и активно используются шкалы, которые предельно стандартизируют процедуру оценки и позволяют количественно оценить выявленную симптоматику нарушений когнитивных функций. Процедура оценки производится специалистом непосредственно во время или после проведения нейропсихологического обследования пациента (с использованием протокола обследования, в котором отражены результативность и качественная специфика выполнения каждого задания). В зависимости от целей нейропсихологической диагностики (экспресс-обследование, развернутое обследование в рамках научной работы и др) в клинике могут быть использованы как компактные трех-четырех балльные, так и высококодифференцированные оценочные шкалы.

Применение нейропсихологического метода синдромного анализа позволяет составлять эффективную программу восстановительного/развивающего обучения, которая соотносится со структурой и выраженностью у пациента когнитивного дефицита. Подбор, реализация и необходимая коррекция дифференцированных программ восстановительного/развивающего обучения, соответствующих форме, этапу заболевания, специфике нарушений психических функций – практические задачи реабилитации, эффективно решаемые с помощью методов нейропсихологической парадигмы.

Кроме того, неоднократное проведение нейропсихологического исследования на разных этапах нейрореабилитации и анализ динамики когни-

тивного дефицита позволяет изучать результаты направленных лечебных воздействий (в т. ч. и эффективность воздействия фармакологических препаратов), а при соотнесении с данными функциональной диагностики — делать выводы о состоянии компенсаторных возможностей мозга пациента.

Обычно, противопоказаниями для работы с нейропсихологом являются: невозможность продуктивного контакта с пациентом по ряду причин (психотические расстройства, деменция, грубые невротические нарушения и декомпенсация психопатий, асоциальное поведение и пр), нестабильность витальных функций, грубые расстройства зрения и слуха, препятствующие педагогическому процессу, острые заболевания внутренних органов, хронические заболевания в стадии декомпенсации, все формы туберкулеза в активной стадии, инфекционные заболевания.

Т.о. нейропсихологическая помощь пациентам в клинике органических поражений головного мозга заключается в возможности эффективного решения широкого круга актуальных задач:

- 1) Качественное описание картины нарушений когнитивных функций, выявление первичного дефекта и его системного влияния.
- 2) Количественная оценка степени нарушений когнитивных функций.
- 3) Разработка стратегии и тактики устранения когнитивного дефицита (на основе нарушенных и сохранных форм когнитивных функций).
- 4) Применение высокодифференцированных систем методов восстановительного обучения, соответствующих структуре когнитивного дефекта.
- 5) Оценка эффективности направленного лечебного и коррекционно-восстановительного воздействия: хирургического, фармакологического, психолого-педагогического и др.
- 6) Ранняя дифференциальная диагностика ряда заболеваний центральной нервной системы.

Перспективами развития нейропсихологии в реабилитации пациентов с последствиями мозговых поражений можно считать:

- 1) Совершенствование стандартизированных схем нейропсихологических диагностических методов для пациентов различных нозологических групп, возрастов, с неодинаковой исходной степенью выраженности когнитивного дефицита.
- 2) Разработку алгоритмов составления целевых программ когнитивной реабилитации.
- 3) Интеграцию функционального и прагматического подходов в нейропсихологической/когнитивной реабилитации.
- 4) Выработку междисциплинарных критериев оценки эффективности когнитивной реабилитации в зависимости от её этапа и приоритетных целей.

Содержание

Психологическая и психиатрическая помощь в современных вооруженных конфликтах и при чрезвычайных ситуациях 3

Приветствие Шойгу Ю.С. 4
Шойгу Ю.С.

Военная психиатрия: этапы становления и развития 5
*Фисун А.Я.,
Шамрей В. К.*

Концепция боевого стресса: основные итоги десяти всероссийских конференций в нулевые годы 17
Ушаков И.Б., Бубеев Ю.А.

Социально-стрессовые расстройства:
введение в проблему 28
Александровский Ю.А.

Организация оказания экстренной психологической помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях 36
Голубева О.Ю.

Организация психологического сопровождения на примере ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций на территории Российской Федерации 44

Доклад о работе специалистов психологической службы МЧС России при взрывах на шахте «Распадская», май 2010 г. 45
Голубева О.Ю.

Доклад о работе специалистов психологической службы МЧС России при авиакатастрофе самолета Як-42 в Ярославской области, сентябрь 2011 г. 47
Тимофеева Л.Н.

Психологическое сопровождение граждан,
вынужденно покинувших территорию Республики Украина
в 2014 году 52
Толубаева Н.В.

Стрельба в школе г. Ивантеевка Московской обл.,
сентябрь 2017 г. 55
Курилова Е.В.

Военная и экстремальная психиатрия 63

Дискуссионные проблемы посттравматических
стрессовых расстройств. 64
Лыткин В.М.

Психическое здоровье комбатантов Министерства
внутренних дел в экстремальных условиях
оперативно-служебной деятельности. 75
Ичитовкина Е.Г., Соловьев А.Г.

Современные возможности использования биомаркеров
в диагностике психических расстройств
у военнослужащих 79
Курасов Е.С.

Инструментальные методы объективизации
и диагностики стрессовых расстройств
у военнослужащих. 87
Марченко А.А., Лобачев А.В.

Общественные формы помощи в психиатрии: роль НКО и волонтеров в оказании психиатрической и социальной помощи. 105

Общественное движение в современной российской
психиатрии: достижения и проблемы 106
Солохина Т.А.

Общественные организации в сфере психического здоровья
как важный компонент реабилитационной идеологии
психиатрической помощи 117
Шмилович А.Л.

Дети—родители—психиатры:
в поисках взаимодействия 121
Бибчук М.А., Басова А.Я.

Развитие волонтерской деятельности на базе
психоневрологических интернатов г. Москвы 126
Сиснёва М.Е.

Опыт волонтерской деятельности
в клинике Ганнушкина с применением методов
АРТ-терапии 135
Палин А.В., Анюшина Н.И.

Тренинг «Новый взгляд на волонтерство». 139
Козлов М.Ю., Пожарская А.Ф., Афан М.В.

**Перспективные направления фундаментальных исследований
в психиатрии. 144**

Современные подходы к оказанию помощи
больным шизофренией 145
Шмуклер А.Б.

Перспективные направления клинко-нейробиологических
исследований эндогенных психозов. 153
Резник А.М.

Влияние генотип-средовых взаимодействий на развитие
шизофрении и особенностей её клинических
проявлений 159
*Голимбет В.Е., Лежейко Т.В.,
Габаева М.В.*

Нейрокогнитивные маркеры у пациентов с шизофренией при выполнении зрительных задач	163
<i>Латанов А.В., Сухачевский И.С., Чурикова М.А., Анисимов В.Н., Шмуклер А.Б.</i>	
Нейробиологические парадоксы шизофрении	
<i>Стрелец В.Б., Архипов А.Ю., Нурбеков М.К., Ушаков В.Л., Захарова Н.В., Костюк Г.П.</i>	
Называние и описание изображений у больных шизофренией	183
<i>Сидорова М.Ю.</i>	
Окулоmotorная активность как показатель мотивационных искажений и нарушений произвольности поведения(на примере шизотипического расстройства)	192
<i>Ткаченко А.А., Демидова Л.Ю., Шеховцова Е.С., Бабичева Н.В.</i>	
МР-нейровизуализация при риске развития эндогенных психических заболеваний	202
<i>Лебедева И.С.</i>	
Особенности функциональной связанности сетей покоя у больных шизофренией	211
<i>Масленникова А.В., Ушаков В.Л., Захарова Н.В., Мартынова О.В., Портнова Г.В.</i>	
Опыт психофармакогенетического анализа с использованием биочипов высокой плотности	216
<i>Захарова Н.В., Низамутдинов И.И.</i>	
Маркеры системного воспаления и иммунный ответ у больных шизофренией	224
<i>Малашенкова И.К., Крынский С.А., Хайлов Н.А., Огурцов Д.П., Мамошина М.В., Захарова Н.В., Морозова А.Ю., Ушаков В.Л., Дидковский Н.А.</i>	

Иммунофенотипы эндогенных психозов:
связь с клинической симптоматикой 233
Зозуля С.А., Ключник Т.П.

Психофизиология когнитивных процессов в норме
и у больных шизофренией 240
*Ушаков В.Л., Малахов Д.Г., Орлов В.А., Карташов С.И.,
Коростелева А.Н., Скитева Л.И., Величковский Б.М.,
Масленникова А.В., Архипов А.Ю., Стрелец В.Б., Дорохов В.Б.,
Вартанов А.В., Захарова Н.В., Резник А.М., Морозова А.Ю.,
Назарова М.А., Благовещенский Е.Д., Арсалиду Мари,
Шараев М.Г., Холодный Ю.И., Костюк Г.П.*

Сетевой анализ клинических и нейрокогнитивных
показателей у больных шизофренией
Карякина М.В., Сухачевский И.С., Спектор В.А.

Сопоставительный анализ описаний изображений. 250
Петровичева М.А., Шматко А.С.

Ассоциация генетических полиморфизмов COMT и DRD3
с клиническими симптомами шизофрении 264
Морозова А.Ю., Павлов К.А., Резник А.М., Захарова Н.В., Костюк Г.П.

Нейронавигация и биомаркеры эффективности
транскраниальной магнитной стимуляции (ТМС)
при депрессиях 267
Цукарзи Э.Э.

**Профилактика наркологических заболеваний в контексте
государственной политики: успехи и проблемы 274**

Дорожная карта системы мероприятий, направленных
на развитие взаимодействия наркологической службы
и медицинских организаций, оказывающих первичную
медико-санитарную помощь 275
Деменко Е.Г.

Краткие психотерапевтические интервенции для профилактики синдрома зависимости и употребления спиртного с пагубными последствиями у пациентов широкой медицинской сети 279
Агibalова Т.В., Тучина О.Д.

Атипичные антипсихотики в терапии больных с «двойным диагнозом» 285
Винникова М.А., Ежкова Е.В.

Половозрастная структура пациентов соматического стационара, употребляющих алкоголь с вредными последствиями и госпитализированных по неотложным показаниям 297
Надеждин А.В., Петухов А.Е.

Совершенствование медико-генетического подхода к изучению синдрома зависимости от психоактивных веществ 304
Есакова А.П.

Профилактика срыва у пациентов с наркологическими расстройствами на примере социально-психологической службы МНПЦН 308
Новаков А.В., Автономов Д.А.

Профилактика рецидивов у пациентов с зависимостью от психостимуляторов на этапе реабилитации 316
Поплевченков К.Н.

Семейная профилактика синдрома зависимости от алкоголя с точки зрения нарушений проспективной способности 321
Тучина О.Д., Агibalова Т.В.

В преддверии принятия МКБ-11: перспективы перехода на новую классификацию в российской психиатрии 331

Диагностика шизофрении и расстройств аффективного и расстройств аффективного спектра в клинической практике психиатра. 332
Мартынихин И.А., Незнанов Н.Г.

Этапы пересмотра и предстоящие нововведения МКБ-11. . . . 339
Кулыгина М.А.

Динамика диагностической парадигмы при оценке расстройств шизофренического спектра:
от МКБ-9 к МКБ-11 345
Усов Г.М.

Различие методологических подходов к диагностике расстройств личности в МКБ-10 и МКБ-11 350
Бобров А.Е.

Первый психотический эпизод: эпидемиологические и клинико-терапевтические аспекты оказания помощи. 359

Обобщение результатов эпидемиологических данных в отношении оказания помощи в регионах Российской Федерации пациентам с первым психотическим эпизодом в рамках шизофрении или расстройств шизофренического спектра. 360
Шмуклер А.Б.

Анализ данных и особенности оказания помощи пациентам с первым психотическим эпизодом в Москве 373
Костюк Г.П.

Негативные расстройства при шизофрении и заболеваниях шизофренического спектра (клиника, терапия) 379
Смулевич А.Б.

Гиподиагностика депрессий и БАР 383
Калинин В.В.

Организационные и психотерапевтические подходы к профилактике эмоционального выгорания специалистов в области психического здоровья 388

Балинтовские группы как эффективный метод профилактики и реабилитации профессионального выгорания (на примере работы в психиатрической клинической больнице № 1 им. Н.А. Алексеева) 389
Авагимян А.А.

Эмоциональное выгорание как барьер профессиональной самореализации личности педагога 395
Берберян А.С., Берберян Э.С.

Опыт внедрения в клиническую практику доказательных подходов к психосоциальной терапии и реабилитации пациентов с тяжелыми психическими расстройствами 400

Психосоциальная терапия шизофрении:
панорама исследований и клинических разработок 401
Семенова Н.Д.

Раннее подключение психосоциальных вмешательств. 407
Палин А.В.

Психосоциальная реабилитация в Клинике первого психотического эпизода ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ» 412
Чернов Н.В., Карпенко О.А.

Опыт применения психотерапевтического подхода «Терапия принятием и ответственностью с пациентами психотического спектра» 416
Чернов Н.В., Белякова М.А.

Нейропсихологическая помощь пациентам с органическими психическими расстройствами. 423
Малюкова Н.Г.

МАТЕРИАЛЫ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

Междисциплинарные подходы к изучению психического здоровья человека и общества

29 октября 2018 года, Москва

Сборник материалов

Часть 2

Под редакцией профессора *Г.П. Костюка*

Редактор-составитель *О.А. Карпенко*

Оригинал-макет подготовлен в издательстве «КДУ»

Подписано в печать 13.09.2019.
Формат 70×100/16. Гарнитура «Newton». Бумага офсетная.
Печать офсетная. Тираж 300 экз.

ООО «КДУ»: тел.: (495) 638-57-34, www.kdu.ru