Всемирная Психиатрия

ОФИЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ ВСЕМИРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ (ВПА)

Том 18, Номер 1 *Февраль 2019*

ОТ РЕДАКТОРА

Спасение Конвенции ООН о правах инвалидов от самой себя
Paul S. Appelbaum 1

СПЕЦИАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Нововведения и изменения в классификации психических, поведенческих расстройств и расстройств развития нервной системы
Geoffrey M. Reed, Michael B. First, Cary S. Kogan и соавт. 3

Методы психотерапии через интернет: от инноваций к внедрению
Gerhard Andersson, Nickolai Titov, Blake F. Dear и соавт. 19

ПЕРСПЕКТИВЫ

Личностный рост при психотических расстройствах
Mike Slade, Laura Blackie, Eleanor Longden 28

Оценка и детерминанты удовлетворенности пациентов психиатрической помощью
Stefan Priebe, Elisabetta Miglietta 29

Внебольничные альтернативы госпитализации в психиатрии
Brynmor Lloyd Evans, Sonia Johnson 30

Преждевременное прекращение психотерапии: изменение перспективы
Falk Leichsenring, Lea Sarrar, Christiane Steinert 32

ФОРУМ – *ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЙ ЗАМЕЩАЮЩИМ ЛИЦОМ В ПСИХИАТРИИ: ПОЛОЖЕНИЯ ООН И ИХ ПРАКТИЧЕСКИЕ РУКОВОДСТВА*

«Правоспособность», «лучшие интересы», «воля и предпочтения» и Конвенция ООН о правах инвалидов
George Szmukler 34

Комментарии

Психическое здоровье и права человека в 21-м веке
Dainius Puras, Piers Gooding 42

Практические стратегии по прекращению недобровольных практик в службах охраны психического здоровья
Michelle Funk, Natalie Drew 43

Интерпретация комитетом ООН понятий «воля и предпочтения» может нарушать права человека
Tilman Steinert 45

Статья 12 Конвенции о правах инвалидов, пределы редукционистских подходов к сложным вопросам и необходимость поиска компромисса
José Miguel Caldas de Almeida 46

Конвенция ООН о правах инвалидов: большие возможности и опасные толкования
Silvana Galderisi 47

Воля и предпочтения в общем проекте Конвенции ООН о правах инвалидов
Peter Bartlett 49

Отказ от оценки правоспособности в пользу уважения воли и предпочтений: радикальное обещание Конвенции ООН о правах инвалидов
Eilionóir Flynn 50

Конвенция ООН: взгляд пользователя услуг
Charlene Sunkel 52

ОТЧЕТ ОБ ИССЛЕДОВАНИИ

Влияние фармакологических и нефармакологических методов интервенции на улучшение показателей физического здоровья у людей с шизофренией: мета-обзор мета-анализов рандомизированных клинических исследований
Davy Vancampfort, Joseph Firth, Christoph U. Correll и соавт. 54

Трансдиагностические дименсии психоза в исследовании «Сеть промежуточных фенотипов биполярного аффективного расстройства и шизофрении» (B-SNIP – Bipolar-Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes)
Ulrich Reininghaus, Jan R. Böhnke, UnYoung Chavez-Baldini и соавт. 67

Оценка риска развития ПТСР у выживших после недавней травмы: результаты Международного консорциума по прогнозированию ПТСР (ICPP)
Arieh Y. Shalev, Martin Gevonden, Andrew Ratanatharathorn и соавт. 77

ПЕРЕСМОТР

Доказательная модель симптом-редуцирования на групповом уровне как организующий принцип охраны психического здоровья: время перемен?
Jim van Os, Sinan Guloksuz, Thomas Willem Vijni и соавт. 88

ВЗГЛЯД ИЗНУТРИ

К вопросу о консенсусе по поводу мобильных приложений и цифрового психического здоровья
John Torous, Gerhard Andersson, Andrew Bertagnoli и соавт. 97

AVATAR-терапия: многообещающий подход при персистирующих и дезадаптирующих голосах
Tom K.J. Craig 98

Расставание или развод родителей и психическое здоровье детей
Brian D'Onofrio, Robert Emery 100

Резилентность (устойчивость) с точки зрения теории развивающихся систем
Ann S. Masten 101

ПИСЬМА В РЕДАКЦИЮ 104

НОВОСТИ ВПА 115

Новый импакт-фактор 30.000 **ISSN 1723-8617**

Всемирная психиатрическая ассоциация (ВПА)
ВПА является ассоциацией национальных психиатрических обществ, цель которой – повышение уровня знаний и навыков, необходимых для работы в области психического здоровья и лечения психически больных людей. В состав ВПА в настоящее время входит 140 обществ из 120 стран, более 200 000 психиатров.
Каждый год ВПА организует Всемирный психиатрический конгресс. Кроме того, организуются международные и региональные конгрессы и встречи, тематические конференции. ВПА состоит из 72 научных секций, целью которых является распространение информации и развитие сотрудничества в специальных областях психиатрии. Было подготовлено несколько обучающих программ и выпущены серии книг. ВПА разработала этические руководства для психиатрической практики, включая Мадридскую декларацию (1996).
Более подробную информацию о ВПА можно найти на веб-сайте **www.wpanet.org.**

Исполнительный комитет ВПА
Президент: H. Herrman (Австралия)
Избранный президент: A. Javed (Великобритания/Пакистан)
Генеральный секретарь: R.A. Kallivayalil (Индия)
Секретарь по финансам: A. Soghoyan (Армения)
Секретарь по организации собраний: M. Takeda (Япония)
Секретарь по образованию: R. Ng (Гонконг–Китай)
Секретарь по публикациям: M. Botbol (Франция)
Секретарь по работе с секциями: T.G. Schulze (Германия)

Секретариат ВПА
Geneva University Psychiatric Hospital, 2 Chemin du Petit Bel-Air, 1225 Chêne-Bourg, Geneva, Switzerland (Швейцария).
Тел.: +41223055737; факс: +41223055735;
Эл. почта: wpasecretariat@wpanet.org

World Psychiatry
World Psychiatry – официальный журнал Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА). В год выходит три выпуска этого журнала, он бесплатно высылается психиатрам, имена и адреса которых предоставляются национальными организациями и секциями ВПА.
Для публикации в журнале следует присылать отчеты об исследованиях, данные которых ранее не были опубликованы. Статьи должны содержать четыре части: вступление, методы, результаты, обсуждение. Список литературы нумеруется по мере цитирования и приводится в конце статьи в следующем виде.

1. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL et al. Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. World Psychiatry 2014;13:56-67.
2. McRae TW. The impact of computers on accounting. London: Wiley, 1964.
3. Fraeijs de Veubeke B. Displacement and equilibrium models in the finite element method. In: Zienkiewicz OC, Hollister GS (eds). Stress analysis. London: Wiley, 1965:145-97.

Все публикации должны направляться в офис редактора.

Редактор – M. Maj (Италия).
Редакционная коллегия – H. Herrman (Австралия), A. Javed (Великобритания/Пакистан), R.A. Kallivayalil (Индия), A. Soghoyan (Армения), M. Takeda (Япония), R. Ng (Гонконг–Китай), M. Botbol (Франция), T.G. Schulze (Германия).

Консультативный комитет – H.S. Akiskal (США), R.D. Alarcón (США), D. Bhugra (Великобритания), J.A. Costa e Silva (Бразилия), J. Cox (Великобритания), M. Jorge (Бразилия), H. Katschnig (Австрия), F. Lieh-Mak (Гонконг–Китай), F. Lolas (Чили), J.E. Mezzich (США), D. Moussaoui (Марокко), P. Munk-Jorgensen (Дания), F. Njenga (Кения), A. Okasha (Египет), J. Parnas (Дания), V. Patel (Индия), P. Ruiz (США), N. Sartorius (Швейцария), A. Tasman (США), S. Tyano (Израиль), J. Zohar (Израиль).

Офис редактора – Department of Psychiatry, University of Naples SUN, Largo Madonna delle Grazie, 80138 Naples, Italy (Италия). Тел.: +390815666502; Факс: +390815666523; Эл. почта: majmario@tin.it

Главный редактор русской версии – профессор П.В. Морозов (Москва)

Перевод на русский язык выполнен при участии Совета молодых ученых Российского общества психиатров (председатель – к.м.н. И.А. Федотов (Рязань))

World Psychiatry индексируется в PubMed, Current Contents/Clinical Medicine, Current Contents/Social and Behavioral Sciences, Science Citation Index и EMBASE.

Предыдущие номера World Psychiatry можно бесплатно загрузить через PubMed system (http://www.pubmedcentral.nih.gov/tocrender.fcgi?journal=297&action=archive).

Спасение Конвенции ООН о правах инвалидов от самой себя

Конвенция ООН о правах инвалидов (КПИ) – трудный ребенок международного права в области прав человека. Как та девочка с кудряшками, увековеченная в стихах H.W. Longfellow, она была крайне хороша, когда была послушна, но была невыносима, будучи капризной[1]. Реализуя права инвалидов на доступность услуг, обучение, медицинскую помощь, приватность и другие варианты помощи, КПИ дает людям по всему миру, лишившимся из-за инвалидности своих жизненных устремлений, новую надежду. Однако, поощряя ограничения статьи 12, касающиеся возможности государства вмешиваться в защиту интересов и прав инвалидов, КПИ – по крайней мере в понимании Комитета ООН по правам инвалидов (Комитет), учрежденным для надзора за ее осуществлением[2], – может в конечном итоге принести больше вреда, чем пользы, тем людям, которым она должна помочь.

Как отметил в своем вдумчивом эссе в этом номере журнала Szmukler[3], Комитет интерпретирует КПИ, исключая любое недобровольное вмешательство в отношении людей с инвалидностью. С этой точки зрения, пожилых людей с деменцией, которые не способны обслуживать себя самостоятельно, но не желают передавать управление своими финансами, здоровьем или другими жизненными вопросами опекуну, нельзя обязать сделать это. Люди, желающие покончить жизнь самоубийством, вследствие депрессивного расстройства не могут быть госпитализированы против их желания, так же как и люди в остром психотическом состоянии, отказывающиеся принимать пищу из-за уверенности, что она отравлена. Кто-то в маниакальной фазе биполярного расстройства сможет беспрепятственно растрачивать семейные накопления или разрушать свой бизнес. Под эгидой защиты от дискриминации эти люди смогут свободно разрушать собственные жизни и жизни их близких.

В другой своей статье я рассматривал, как мы достигли такого положения[4]. Вкратце, причина заложена в процессе разработки проекта, который был «захвачен» наиболее радикальными участниками движения за права пациентов, готовыми пожертвовать благополучием инвалидов для достижения своих политических целей. За это также ответственны многие правительства, которые утвердили КПИ, не задумываясь о ее последствиях. Здесь, однако, я хочу сосредоточиться на стратегиях решения возникших проблем в будущем. Насколько я могу судить, есть три возможные альтернативы: игнорировать КПИ, переосмыслить ее или изменить.

Игнорировать КПИ или хотя бы те ее части, которые вызывают наибольшее число проблем, не представляется осуществимой альтернативой, учитывая, что подавляющее большинство стран мира – 177 при последнем подсчете[5], за важным исключением в виде США, – утвердили ее. Однако на практике данный момент может быть рассмотрен иначе. Szmukler ссылается на недавнее решение Европейского суда по правам человека, которое он характеризует как переосмысление КПИ, по сути просто игнорирующее статью 12 и ее ограничения. Суд постановил, «что [назначение лица, принимающего решения взамен лица с ограниченными интеллектуальными возможностями] должно быть соразмерным и соответствующим обстоятельствам и подлежит пересмотру компетентными, независимыми и беспристрастными национальными судами. Принятые меры также должны соответствовать законной цели охраны здоровья заявителя и в широком смысле его благополучия»[6]. Аналогичным образом, как отмечает Dawson[7], несколько стран утвердили Конвенцию с поправками, которые исключали наиболее ограничительные аспекты статьи 12, или в своих докладах за двухлетний период просто утверждали, что соблюдают положения, когда это явно было не так.

Переосмысление КПИ в ином ключе в сравнении с подходом Комитета также является способом решения проблемы. Попытки, предпринятые в данном направлении, включали аргументы о том, что защита уязвимых категорий населения не означает дискриминацию – напротив, игнорирование уязвимости может означать дискриминацию[4,7]. В случаях, когда права, закрепленные в КПИ, противоречат друг другу (например, сохранение жизни и реализация правоспособности), более значимое право должно быть в приоритете[8]; и даже формулировка статьи 12 сама по себе предполагает, что ограничение возможности принятия решений может быть необходимым[7]. К данной категории также относится исследование Szmukler о том, как «воля» и «предпочтения» – ключевые термины в КПИ – могут противоречить друг другу, и логика находится в приоритете перед краткосрочными предпочтениями. На мой взгляд, вся критика статьи 12, которая крайне некорректна и содержит внутренние противоречия, обоснована. Однако, с учетом низкой вероятности того, что эти замечания побудят Комитет изменить свое толкование, эффективность аргументов будет зависеть либо от того, удастся ли убедить государства игнорировать контрпродуктивные аспекты КПИ, либо от осуществления более радикальных действий, а именно принятия поправок к КПИ.

Внесение поправок в КПИ может быть наиболее эффективным долгосрочным решением проблем, на которые указывали многие правительства и критики. Но это будет непростой процесс. Разработка КПИ потребовала около пяти лет усилий с участием десятков неправительственных организаций и сотен лиц[9]. Однако сама КПИ (статья 47) предусматривает менее сложный процесс внесения поправок, позволяющий любому государству, принявшему КПИ, предлагать поправки, которые могут быть рассмотрены при поддержке одной трети государств и приняты двумя третями голосов. Можно ожидать сопротивление со стороны Комитета и более радикальных частей движения за права инвалидов, которым на начальном этапе удалось захватить подготовительный процесс. Таким образом, успех будет зависеть от мобилизации правительственных учреждений, профессиональных организаций, научных кругов, организаций по проблемам семьи и самих инвалидов для лоббирования их представительств в отношении необходимости изменений. Только внесение поправки в статью 12 может окончательно прекратить крайности в ее толковании Комитетом и устранить проявления международного осуждения любой страны, которая не соблюдает данный подход.

До тех пор, пока этого не произойдет, мы можем ожидать, что правительства и другие лица, ответственные за благосостояние людей, ставших уязвимыми из-за инвалидности, будут – и на мой взгляд, должны – игнорировать конвенцию, когда она будет мешать здравому подходу к защите граждан, которые так или иначе неспособны сами

защитить себя. На будущее нам стоит усвоить важность участия представителей государств, профессиональных организаций и отдельных экспертов, которые могут обозначить основные позиции в процессе разработки важнейших международных документов.

Paul S. Appelbaum

Department of Psychiatry, Columbia University, and New York State Psychiatric Institute, New York, NY, USA

Перевод: Мурашко А.А. (Москва)
Редактура: к.м.н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)
(World Psychiatry 2019;18(1):1-2)

Библиография

1. Longfellow HW. There was a little girl. https://www.poetryfoundation.org/poems/44650/there-was-a-little-girl.
2. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. General Comment No. 1 on Article 12: Equal recognition before the law. CRPD/C/GC/1. 2014.
3. Szmukler G. World Psychiatry 2019;18:34-41.
4. Appelbaum PS. Psychiatr Serv 2016;67:366-8.
5. Office of the High Commissioner for Human Rights, United Nations. Status of ratification interactive dashboard. http://indicators.ohchr.org/.
6. European Court on Human Rights . AM-V v Finland ECHR 273, 2017.
7. Dawson J. Int J Law Psychiatry 2015;40:70-9.
8. Freeman MC, Kolappa K, Caldas de Almeida JM et al. Lancet Psychiatry 2015;2:844-50.
9. Sabatello M, editor; Schulze M, editor. (eds). Human rights and disability advocacy. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2014.

Нововведения и изменения в классификации психических, поведенческих расстройств и расстройств развития нервной системы

Geoffrey M. Reed[1,2], Michael B. First[2,3], Cary S. Kogan[4], Steven E. Hyman[5], Oye Gureje[6], Wolfgang Gaebel[7], Mario Maj[8], Dan J. Stein[9], Andreas Maercker[10], Peter Tyrer[11], Angelica Claudino[12], Elena Garralda[11], Luis Salvador-Carulla[13], Rajat Ray[14], John B. Saunders[15], Tarun Dua[1], Vladimir Poznyak[1], María Elena Medina-Mora[16], Kathleen M. Pike[2], José L. Ayuso-Mateos[17], Shigenobu Kanba[18], Jared W. Keeley[19], Brigitte Khoury[20], Valery N. Krasnov[21], Maya Kulygina[21], Anne M. Lovell[22], Jair de Jesus Mari[12], Toshimasa Maruta[23], Chihiro Matsumoto[24], Tahilia J. Rebello[2,3], Michael C. Roberts[25], Rebeca Robles[16], Pratap Sharan[26], Min Zhao [27], Assen Jablensky[28], Pichet Udomratn[29], Afarin Rahimi-Movaghar[30], Per-Anders Rydelius[31], Sabine Bährer-Kohler[32], Ann D. Watts[33], Shekhar Saxena[34]

[1]Department of Mental Health and Substance Abuse World Health Organization Geneva Switzerland
[2]Department of Psychiatry Columbia University Medical Center New York NY USA
[3]New York State Psychiatric Institute New York NY USA
[4]School of Psychology University of Ottawa Ottawa ON Canada
[5]Stanley Center for Psychiatric Research Broad Institute of Harvard and Massachusetts Institute of Technology Cambridge MA USA
[6]Department of Psychiatry University of Ibadan Ibadan Nigeria
[7]Department of Psychiatry and Psychotherapy, Medical Faculty Heinrich-Heine University Düsseldorf Germany
[8]Department of Psychiatry University of Campania «LVanvitelli» Naples Italy
[9]Department of Psychiatry University of Cape Town, and South African Medical Research Council Unit on Risk and Resilience in Mental Disorders Cape Town South Africa
[10]Department of Psychology University of Zurich Zurich Switzerland
[11]Centre for Mental Health Imperial College London UK
[12]Department of Psychiatry Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/EPM) São Paulo Brazil
[13]Research School of Population Health Australian National University Canberra ACT Australia
[14]National Drug Dependence Treatment Centre, All India Institute of Medical Sciences, New Delhi, India
[15]Centre for Youth Substance Abuse Research University of Queensland Brisbane QLD Australia
[16]National Institute of Psychiatry Ramón de la Fuente Muñiz Mexico City Mexico
[17]Department of Psychiatry Universidad Autonoma de Madrid; Instituto de Salud Carlos III, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM); Instituto de Investigación Sanitaria La Princesa Madrid Spain
[18]Department of Neuropsychiatry Kyushu University Fukuoka Japan
[19]Department of Psychology Virginia Commonwealth University Richmond VA USA
[20]Department of Psychiatry American University of Beirut Medical Center Beirut Lebanon
[21]Moscow Research Institute of Psychiatry National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology Moscow Russian Federation
[22]Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale U988 Paris France
[23]Health Management Center Seitoku University Matsudo Japan
[24]Japanese Society of Psychiatry and Neurology Tokyo Japan
[25]Office of Graduate Studies and Clinical Child Psychology Program University of Kansas Lawrence KS USA
[26]Department of Psychiatry All India Institute of Medical Sciences New Delhi India
[27]Shanghai Mental Health Center and Department of Psychiatry Shanghai Jiao Tong University School of Medicine Shanghai People's Republic of China
[28]Centre for Clinical Research in Neuropsychiatry University of Western Australia Perth WA Australia
[29]Department of Psychiatry Prince of Songkla University Hat Yai Thailand
[30]Iranian National Center for Addiction Studies, Tehran University of Medical Sciences Tehran Iran
[31]Department of Child and Adolescent Psychiatry Karolinska Institute Stockholm Sweden
[32]International Federation of Social Workers, Basel Switzerland
[33]Entabeni Hospital Durban South Africa
[34]Harvard T.H. Chan School of Public Health Boston MA USA

Перевод: Пикиреня В.И. (Минск)
Редактура: к.м.н. Резников М.К. (Воронеж)

Резюме

После одобрения МКБ-11 Всемирной ассамблеей здравоохранения в мае 2019 г. государства-члены Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) перейдут от МКБ-10 к МКБ-11 с предоставлением отчетности по статистике здравоохранения на основе новой системы, которая начнется с 1 января 2022 г. Департамент по психическому здоровью и злоупотреблению психоактивными веществами ВОЗ опубликует «Клинические описания и диагностические рекомендации» (CDDG) для расстройств психического, поведенческого и нервного развития МКБ-11 после его одобрения. Разработка CDDG МКБ-11 за последнее десятилетие, основывалась на принципах клинической ценности и глобальной применимости, была наиболее международной, многоязычной, междисциплинарной, чем когда-либо ранее при создании классификации психических расстройств. Инновациями в МКБ-11 является предоставление последовательной и системно охарактеризованной информации, принятие подхода, основанного на всей жизни пациента, и руководство для каждого расстройства, связанное с культурой. Дименсиональные подходы были включены в классификацию, в частности для расстройств личности и первичных психотических расстройств, в соответствии с существующим уровнем доказательств. Эти подходы более совместимы с подходом, ориентированным на восстановление, устранены искусственные коморбидности и более эффективно регистрируется динамика. Здесь мы опишем основные изменения в структуре психических расстройств МКБ-11 в сравнении с МКБ-10, а также разработку двух новых глав МКБ-11, относящихся к вопросам психического здоровья. Мы проиллюстрируем ряд новых категорий, которые были добавлены в МКБ-11 и обоснования для их включения. В завершение, мы приводим описание наиболее

важных изменений, которые были сделаны в каждой группе МКБ-11. Эта информация создавалась, чтобы быть полезной как клиницистам, так и исследователям, ориентирующимся на МКБ-11, и для внедрения руководства в свою профессиональную деятельность.

Ключевые слова: Международная классификация болезней, МКБ-10, диагноз, психические расстройства, клиническая полезность, дименсиональный подход, связанные с культуральными особенностями рекомендации.

(World Psychiatry 2019;18(1):3-19)

В июне 2018 года Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) выпустила для своих 194 государств-членов предфинальную версию 11-й Международной классификации болезней и проблем со здоровьем (МКБ-11) для ведения статистики смертности и заболеваемости, для рассмотрения и подготовки данного проекта к реализации. Всемирная ассамблея здравоохранения, в которую входят министры здравоохранения всех государств-членов, как ожидается, утвердит МКБ-11 на своем следующем заседании в мае 2019 г. После одобрения государства-члены начнут процесс перехода от МКБ-10 к МКБ-11 и, начиная с 1 января 2022 года станут передавать отчеты о статистике здравоохранения в ВОЗ с применением МКБ-11[2].

Департамент ВОЗ по охране психического здоровья и злоупотреблению психоактивными веществами отвечает за координацию разработки четырех глав МКБ-11: психических расстройств, расстройств поведения и нарушения развития нервной системы; расстройств сна и бодрствования; заболеваний нервной системы; состояний, связанных с сексуальным здоровьем (совместно с Департаментом репродуктивного здоровья и исследований ВОЗ).

Глава о психических расстройствах нынешней МКБ-10 является наиболее широко используемой классификацией психических расстройств во всем мире[3]. В ходе разработки МКБ-10 отдел ВОЗ по охране психического здоровья и наркологии считал, что отличающиеся варианты классификации должны удовлетворять интересам различных пользователей. Версия МКБ-10 для статистической отчетности содержит краткие, подобные глоссарию определения для каждой категории расстройств, но это считалось недостаточным для использования специалистами по психическому здоровью в клинических условиях[4].

Для специалистов в области психического здоровья Департамент разработал клинические описания и диагностические принципы (CDDG) по данной главе МКБ-10[4], неофициально известные как «Голубая книга», которые предназначены для общего клинического, образовательного и сервисного использования. Каждое расстройство, описанное в основных и связанных с ними проявлениях, было снабжено более подробными диагностическими руководствами, которые были разработаны, чтобы помочь врачам в области психического здоровья в постановке более точного диагноза. Информация из недавнего опроса[5] показывает, что клиницисты регулярно пользуются CDDG при постановке первичного диагноза, что противоречит широко распространенному мнению о том, что классификация используется только для получения диагностических кодов в административных целях и при выставлении счета. После утверждения на Ассамблее Всемирной организацией здравоохранения, Отдел опубликует эквивалент CDDG для МКБ-11.

Более десяти лет интенсивной работы ушло на разработку CDDG МКБ-11. В ней приняли участие сотни экспертов по содержанию, таких как члены консультативных и рабочих групп и консультанты, а также имело место широкое сотрудничество государств-членов ВОЗ, финансовых учреждений, профессиональных и научных обществ. Разработка CDDG МКБ-11 была наиболее глобальным, многоязычным, междисциплинарным и основанным на участии процессом пересмотра, когда-либо проводимым для классификации психических расстройств.

РАЗРАБОТКА МКБ-11 CDDG: ПРОЦЕСС И ПРИОРИТЕТЫ

Ранее мы уже описывали важность клинической пользы в качестве организационного принципа в разработке МКБ-11 CDDG[6,7]. Медицинские классификации представляют собой способ связи между состоянием здоровья и учетом этого состояния. Система, которая не предоставляет клинически полезную информацию касательно здоровья, не будет внедряться клиницистами и, следовательно, не может обеспечить надежную основу для сведения данных, связанных со здоровьем, и используемых для принятия решений в системе здравоохранения, на национальном и глобальном уровнях.

Поэтому клиническая польза была особо подчеркнута в инструкциях, предоставленных ряду рабочих групп, которые были организованы группами по расстройствам, назначаемыми Департаментом психического здоровья и злоупотребления психоактивными веществами ВОЗ для создания рекомендаций относительно структуры и содержания CDDG МКБ-11.

Конечно, помимо того, что документ МКБ-11 является клинически полезным и применимым во всем мире, он должен быть научно обоснованным. Соответственно, рабочим группам также было предложено рассмотреть имеющиеся научные данные, относящиеся к их областям работы, в качестве основы для разработки их предложений для МКБ-11.

Для рабочих групп также была подчеркнута важность глобальной применимости[6]. Во все группы входили представители всех регионов ВОЗ – Африки, Америки, Европы, Восточного Средиземноморья, Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого океана – и значительная доля лиц из стран с низким и средним уровнем дохода, на которые приходится более 80% населения мира[8].

Недостатком CDDG МКБ-10 было отсутствие согласованности в материалах, представленных по группам расстройств[9]. Что касается CDDG МКБ-11, рабочим группам было предложено представить свои рекомендации в стандарте «форм содержания», включая последовательную и систематическую информацию по каждому расстройству, которая послужила бы основой для диагностических руководств.

Ранее мы уже публиковали подробное описание процесса работы и структуру диагностических указаний МКБ-11[9]. Разработка CDDG МКБ-11 происходила в течение периода, который совпал с выпуском DSM-5 Американской психиатрической ассоциацией, и многие рабочие группы МКБ-11 дублировали членство с соответствующими группами, работающими над DSM-5. Рабочим группам МКБ-11 было предложено рассмотреть клиническую и глобальную применимость материалов, разрабатываемых для DSM-5. Цель состояла в том, чтобы минимизировать случайные или нарочные различия между МКБ-11 и DSM-5, в то время как допускались отличия концептуальные.

ИННОВАЦИИ В МКБ-11 CDDG

Особенно важным отличием CDDG МКБ-11 является подход к описанию основных характеристик каждого расстройства, представляющих собой симптомы или признаки, которые клинически могут быть найдены во всех случаях расстройства. Несмотря на то, что списки основных признаков в справочниках внешне напоминают диагностиче-

ские критерии, произвольные ограничения и точные требования, относящиеся к количеству симптомов и продолжительности, как правило, избегаются, если только они не были установлены эмпирически в разных странах и культурах или нет другой веской причины для их введения.

Этот подход предназначен для того, чтобы соответствовать способу, которым фактически пользуются клиницисты при диагностике. Вносится гибкость в клинической оценке и увеличивается клиническая польза, т.к. допускаются культурные различий в проявлениях, а также контекстуальные факторы и факторы системы здравоохранения, которые могут влиять на диагностическую практику. Этот гибкий подход согласуется с результатами опросов психиатров и психологов, проведенных в начале процесса разработки МКБ-11, относительно желательных характеристик системы классификации психических расстройств[3,10]. Полевые исследования в клинических условиях в 13 странах подтвердили, что врачи высоко оценивают клиническую полезность такого подхода[11]. Важно отметить, что диагностическая достоверность руководств МКБ-11, по-видимому, как минимум так же высока, как и при использовании другого подхода, основанного на строгих критериях[12].

Ряд других нововведений в CDDG МКБ-11 был также введен с помощью шаблона, предоставленного рабочим группам для создания их рекомендаций (то есть «формы содержания»). В рамках стандартизации информации, представленной в руководствах, для каждого расстройства была систематизирована информация о границах нормальных вариаций и расширена информация, предоставляемая для отграничения с другими расстройствами (дифференциальная диагностика).

Подход, учитывающий возрастные особенности, принятый в МКБ-11заключается в том, что была ликвидирована отдельная группа поведенческих и эмоциональных расстройств с началом, обычно возникающим в детстве и подростковом возрасте. Эти расстройства были распределены по другим группам, с которыми они имеют наиболее общие симптомы. Например, тревожное расстройство, связанное с разлукой, было перенесено в группу тревожных и связанных со страхом расстройств. Более того, CDDG МКБ-11 содержит информацию для каждого расстройства и/или группы, описывающую особенности расстройства у детей и подростков, а также среди пожилых людей.

Информация, связанная с культурными особенностями, систематически включалась на основе литературных данных по культурным влияниям на психопатологию и ее выражение для каждой диагностической группы МКБ-11, а также подробного обзора материалов, связанных с культурой, в CDDG МКБ-10 и DSM-5. Культуральное руководство для панического расстройства представлено в таблице 1 в качестве примера.

Еще одним важным нововведением в МКБ-11 является включение дименсионального подхода в контексте явно категориального аппарата с точными таксономическими ограничениями. Этот подход был стимулирован доказательствами того, что большинство психических расстройств может быть лучше описано несколькими пересекающимися дименсиями, нежели дискретными категориями[13-15], и это привело к изменениям в подходе к структуре кодирования в МКБ-11. Этот дименсиональный подход МКБ-11 наиболее заметно отражается в разделе расстройств личности[16, 17].

Для неспециалиста шкала оценки тяжести расстройства личности в МКБ-11 является гораздо более простой и полезной, чем классификация со специфическими расстройствами личности в МКБ-10, которая нуждалась в сложных дифференциально-диагностических процедурах. Также новая шкала предоставляет более совершенный механизм для оценки динамики с течением времени. В более специализированных инструментах комбинации отдельных личностных черт помогут определиться с конкретными стратегиями вмешательства. Дименсиональная система позволяет избавиться от искусственной коморбидности расстройств личности и от диагноза неуточненного расстройства личности, а также дает основу для исследования базовых характеристик и их взаимодействий при различных расстройствах личности.

Таблица 1. Культуральные особенности для панического расстройства

Симптомы проявления панических атак могут различаться в разных культурах под влиянием культурных особенностей их происхождения или патофизиологии. Например, у людей камбоджийского происхождения могут подчеркивать симптомы паники, связанные с нарушением регуляции «khyâl», подобное ветру вещество в традиционной камбоджийской этнофизиологии (например, головокружение, шум в ушах, боль в шее).
Существует несколько известных культурных концепций дистресса, связанных с паническим расстройством, которые связывают панику, страх или тревогу с этиологическими признаками, касающимися конкретных социальных и экологических воздействий. Примеры включают в себя атрибуты, связанные с межличностным конфликтом (например, среди латиноамериканских людей имеют место так называемые нервные атаки), напряжение или ортостаз (khyâl у камбоджийцев) и атмосферный ветер («trúng gió» у вьетнамцев). Эти культурные ярлыки могут относиться к проявлениям симптомов, отличных от паники (например, приступы гнева, в случае нервного приступа), но они часто представляют собой эпизоды паники или состояний с частичным феноменологическим совпадением с паническими атаками.
Понимание культурных особенностей и контекста восприятия симптомов поможет разъяснить, следует ли считать панические атаки ожидаемыми или неожиданными, как в случае панического расстройства. Например, панические атаки могут включать специфические опасения, которые лучше объясняются другим расстройством (например, социальными ситуациями при социальном тревожном расстройстве). Кроме того, культурная связь фокуса восприятия с конкретными воздействиями (например, ветер или холод и «trúng gió», панические атаки) может указывать на то, что в данной культуре можно ожидать проявления острой тревоги.

Также был введен набор квалификаторов дименсий для описания симптомов шизофрении и других первично психотических расстойств[18]. Взамен фокуса на диагностике подтипов, дименсиональная классификация акцентируется на актуальных аспектах в современной клинической картине, т.е. пути, который больше подходит для психиатрического подхода, нацеленного на реабилитацию и восстановление.

Дименсиональный подход в отношении расстройств личности и симптомов первично психиатрических расстройств более подробно описан ниже, в соответствующих главах.

ПОЛЕВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ МКБ-11

Программа полевых исследований МКБ-11 представляет собой область значительных инноваций. Эта программа работы включает в себя использование новых методик для изучения клинической пользы проекта диагностических руководств, включая их точность и воспроизводимость при использовании врачами при сравнении с МКБ-10, а также специфичные элементы контроля за различными ошибками[19]. Одной из ключевых особенностей исследовательской части программы стало то, что большинство исследований были проведены в установленные сроки и это позволило использовать полученные результаты в качестве основы для прерaботки недостатков в руководствах[20].

Также к одной из основных характеристик МКБ-11 CDDG можно отнести глобальное участие в исследовательской программе. Глобальная сеть клинической практики (GCPN) была создана, чтобы дать возможность специалистам в области психического здоровья и первичного звена здравоохранения со всего мира через интернет непо-

средственно участвовать в разработке МКБ-11 CDDG, вовлекаясь в полевые исследования.

Со временем GCPN расширилась и включает почти 15 000 врачей из 155 стран. Все глобальные регионы ВОЗ были представлены пропорционально, что отражало доступность профессионалов психического здоровья с большой долей из Азии, Европы и Америки (примерно поровну между США и Канадой, с одной стороны, и Латинской Америки, с другой). Более половины членов GCPN – врачи, преимущественно психиатры и 30% психологи.

Около десяти исследований GCNP были сделаны с прицелом на сравнение предлагаемых МКБ-11 руководств с руководствами МКБ-11 в отношении точности и воспроизводимости врачами диагностических формулировок, при использовании стандартизированного материала для нахождения ключевых отличий[19, 21]. Другие исследования были ориентированы на возможности диагностики[22] и опыт использования классификации врачами в реальных условиях[5]. GCPN исследования были проведены, помимо английского, на китайском, французском, японском, русском и испанском языках и включали анализ результатов по регионам и языку, чтобы выявить потенциальные трудности в глобальных или местных сообществах, а также выявить проблемы в переводе.

Клинические исследования также были проведены в сети международных учебных центров для исследования клинической пользы и удобства использования диагностических руководств, предложенных МКБ-11, при их применении в естественных, условиях, в обстоятельствах, предполагающих их использование[11]. Эти исследования также оценивали надежность диагнозов, которые составляют наибольшую долю бремени болезней и нагрузки на сервисы психического здоровья[12]. Международные полевые исследования проводились в 14 странах во всех глобальных регионах ВОЗ, опрос пациентов для проводимых исследований проводился на языке каждой страны.

ОБЩАЯ СТРУКТУРА РАЗДЕЛА МКБ-11, ПОСВЯЩЕННОГО ПСИХИЧЕСКИМ, ПОВЕДЕНЧЕСКИМ И РАССТРОЙСТВАМ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

В МКБ-10 количество групп заболеваний было искусственно ограничено используемой в классификации десятичной системой кодировки. Получалось, что в главе о психических и поведенческих расстройствах можно было иметь не более десяти основных групп нарушений. Созданные в результате диагностические группы основывались не на клинической полезности или научном обосновании (например, тревожные расстройства включаются в состав гетерогенной группы невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств). В МКБ-11 используется гибкая структура алфавитно-цифрового кодирования с возможностью создания значительно большего количества групп. Это позволило разработать диагностические группировки с большей опорой на научные данные и потребности клинической практики.

Для получения данных, которые могли бы помочь разработке более клинически полезной организационной структуры, было проведено несколько формирующих полевых исследований[23, 24]. В них привлекались профессионалы в области психического здоровья со всего мира и изучались возможности концептуализации взглядов на психическое здоровье и взаимосвязи между психическими расстройствами. Полученные данные позволили принять решение об оптимальной структуре классификации. На организационную структуру МКБ-11 также повлияли усилия ВОЗ и Американской психиатрической ассоциации по согласованию общей структуры глав МКБ-11 по психическим и поведенческим расстройствам со структурой DSM-5.

Таблица 2. Перечень диагностических категорий главы психических, поведенческих и нарушений развития нервной системы в МКБ-11.

Нарушения развития нервной системы
Шизофрения и другие первично психотические расстройства
Кататония
Расстройства настроения
Расстройства, вызванные тревогой и страхом
Обсессивно-компульсивное и связанные с ним расстройства
Расстройства, непосредственно связанные со стрессом
Диссоциативные расстройства
Расстройства пищевого поведения и кормления
Расстройства, связанные с системой выделения
Расстройства, связанные с телесным самоощущением и телесным дискомфортом
Расстройства, связанные с употреблением веществ и зависимым поведением
Расстройства импульсного контроля
Расстройства вызывающего и диссоциального поведения
Расстройства личности
Расстройства влечений
Имитируемые расстройства
Нейрокогнитивные расстройства
Психические и поведенческие расстройства, связанные с беременностью, родами и послеродовым периодом
Психологические и поведенческие факторы, влияющие на расстройства или болезни, классифицированные в других рубриках
Вторичные психические или поведенческие синдромы, связанные с расстройствами или заболеваниями из других рубрик

Организация раздела психических и поведенческих расстройств МКБ-10 в значительной степени отражала организацию, первоначально использованную в учебнике психиатрии Крепелина, которая начиналась с органических расстройств, далее следовали психозы, невротические расстройства и расстройства личности[25]. Принципы, которыми руководствуется организация МКБ-11, включали в себя попытку упорядочить диагностические группы с точки зрения их развития (соответственно, расстройства нервного развития располагаются в начале, а завершают классификацию нейрокогнитивные расстройства) и сгруппировать расстройства вместе на основе предполагаемых общих этиологических и патофизиологических факторов (например, расстройства, связанные со стрессом), а также общей феноменологии (например, диссоциативные расстройства). В таблице 2 приводится перечень диагностических категорий главы психических, поведенческих и нарушений развития нервной системы в МКБ-11.

Классификация расстройств сна в МКБ-10 основывалась на устаревшем в настоящее время разделении между органическими и неорганическими расстройствами, в результате чего «неорганические» расстройства сна были включены в главу о психических и поведенческих расстройствах МКБ-10, а «органические» расстройства сна включены в другие разделы (заболевания нервной системы, заболевания дыхательной системы и эндокринные, пищевые и метаболические расстройства и пр.). В МКБ-11 была создана отдельная глава для расстройств сна и бодрствования, которая охватывает все соответствующие диагнозы, связанные со сном.

МКБ-10 также разделяла сексуальные дисфункции на органические и неорганические. «Неорганические» сексуальные дисфункции включены в главу о психических и поведенческих расстройствах, а «органические» сексуальные дисфункции, в основном, перечислены в главе о заболеваниях мочеполовой системы. В МКБ-11 была добавлена новая интегрированная глава, посвященная состояниям, связанным с сексуальным здоровьем, в которой содержится единая классификация сексуальных дисфункций и болезненных сексуальных расстройств[26], сюда же внесены изменения в мужской и женской анатомии. Более того, нарушение МКБ-10 гендерной идентичности в МКБ-11 было переименовано в «гендерное несоответствие» и перемещено из главы психических расстройств в новую главу о

сексуальном здоровье[26], а это означает, что трансгендерную идентичность больше не следует рассматривать как психическое расстройство. Удаление гендерного несоответствия из МКБ-11 не предлагалось по той причине, что во многих странах доступ к услугам зависит от установленного диагноза. Также в МКБ-11 прямо заявляется, что различные варианты полового поведения и предпочтений не являются достаточными основаниями для постановки диагноза.

НОВЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ, ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В МКБ-11

Основываясь на обзоре имеющихся данных о научной достоверности и рассмотрении клинической полезности и глобальной применимости, в раздел МКБ-11, касающийся психических, поведенческих расстройств и нарушений развития нервной системы, был добавлен ряд новых расстройств. Описание этих расстройств, как оно определено в диагностических руководствах МКБ-11, и обоснование их включения приведены ниже.

Кататония

В МКБ-10 кататония была включена в качестве одного из подтипов шизофрении (кататоническая форма шизофрении) и в качестве одного из органических расстройств (органическое кататоническое расстройство). Учитывая тот факт, что кататонический синдром может возникать при различных психических состояниях, кататонии в МКБ-11 был присвоен более высокий иерархический уровень, аналогичный расстройствам настроения, тревожным и связанным со страхом расстройствам и др.

Кататония характеризуется рядом таких симптомов, как ступор, каталепсия, восковая гибкость, мутизм, негативизм, позерство, манерность, стереотипии, психомоторное возбуждение, гримасничание, эхолалия и эхопраксия. В новую диагностическую категорию включено три состояния: а) кататония, связанная с другими психическими расстройствами (такие как расстройства настроения, шизофрения или другие первично психотические расстройства или расстройства аутистического спектра); б) кататония, вызванная употреблением психоактивных веществ, в том числе лекарственных (например, антипсихотические препараты, амфетамины, фенциклидин); в) вторичная кататония (вызвана такими медицинскими состояниями, как диабетический кетоацидоз, гиперкальциемия, печеночная энцефалопатия, гомоцистеинурия, новообразования, травмы головы, цереброваскулярные заболевания или энцефалит).

Биполярное расстройство II типа

В DSM-IV было введено два типа биполярного расстройства. Биполярное расстройство типа I проявляется как минимум одним маниакальным эпизодом, тогда как биполярное расстройство типа II требует, по крайней мере, одного эпизода гипомании плюс, по крайней мере, один выраженный депрессивный эпизод, при отсутствии истории маниакальных эпизодов. Доказательства, подтверждающие обоснованность различия между этими двумя типами, включают различия в ответе на монотерапию антидепрессантами[28], нейрокогнитивные показатели[28,29], генетические эффекты[28,30] и результаты нейровизуализации[28,31,32].

Учитывая эти доказательства и клиническую пользу от выделения двух типов, в МКБ-11 биполярное расстройство также разделили на тип I и тип II.

Дисморфофобическое расстройство

Люди с дисморфофобическими расстройствами постоянно озабочены одним или несколькими дефектами или недостатками своего внешнего вида, которые либо незаметны, либо незначительно заметны для окружающих[34]. Озабоченность сопровождается повторяющимся и чрезмерным поведением, включающим повторяющееся изучение внешнего вида или тяжести дефекта, чрезмерными попытками скрыть или изменить обнаруженный дефект, выраженным избеганием социальных контактов, триггеров, которые повышают беспокойство по поводу обнаруженного дефекта.

Впервые диагноз, звучащий как «дисморфофобия», был включен в DSM-III-R. В МКБ-10 он был неоправданно включен в состав ипохондрии, с указанием, что в случае бредовых установок его следует классифицировать как бредовое расстройство. Это создало условия, в которых такие расстройства распознавались как различные без полноценного распознавания тяжести расстройства, которое может включать убеждения, кажущиеся бредовыми из-за степени убежденности и постоянства, с которыми они присутствуют.

Учитывая особенность симптоматики, распространенности среди населения и схожести симптоматики с обсессивно-компульсивным расстройством (ОКР), дисморфофобия была включена в группу «Обсессивно-компульсивное и близкие к нему расстройства» (OCRD) МКБ-11[35].

Обонятельное расстройство

Это состояние характеризуется постоянной озабоченностью и убежденностью, что чье-то тело (или дыхание) испускает неприятный или неприличный запах, которое в действительности либо незаметно, либо еле заметно для окружающих[34].

В ответ на собственную озабоченность люди производят повторяющееся и чрезмерное поведения, например, неоднократно проверяют запах от тела или проверяют кажущийся источник запаха; данные действия регулярно повторяются; предпринимают чрезмерные попытки замаскировать, изменить или предотвратить запах; или активно избегают социальных ситуаций или триггеров, которые повышают беспокойство по поводу непрятного запаха. Люди с этим расстройством боятся или убеждены, что другие заметят этот запах, отвергнут или унизят их[36].

В МКБ-11 обонятельное расстройство включено в группу OCRD, т.к. имеет феноменологическое сходство с другими расстройствами в этой группе, такими как постоянная тревога и связанные с ней повторяющиеся действия[35].

Хоардинг

Патологическое накопительство (хоардинг) характеризуется накоплением вещей из-за их чрезмерного приобретения или трудностей с их выбрасыванием независимо от их фактической ценности[35,37]. Чрезмерное приобретение характеризуется повторяющимися побуждениями или поведением, связанным с накоплением или покупкой предметов. Сложность выбрасывания характеризуется мыслями о необходимости сохранять предметы и переживаниями при необходимости отказаться от них. Накопление приводит к захламлению жилых помещений до состояния, когда в них становится небезопасно находиться.

Несмотря на то, что хоардинг может быть проявлением широкого спектра психических и поведенческих расстройств и других состояний, включая обсессивно-компульсивное расстройство, депрессивные расстройства, шизофрению, деменцию, расстройства аутистического спектра и синдрома Прадера–Вилли – имеется достаточно доказательств, подтверждающих, что хоардинг представляет собой отдельное уникальное расстройство[38].

Люди, страдающие хоардингом, не диагностируются и не лечатся, что и привело к необходимости включения его в МКБ-11[39].

Экскориативное расстройство

Новая диагностическая единица, расстройство повторяющегося телесного поведения, добавлена в группу OCRD. Она включает в себя трихотилломанию (которая в МКБ-10 была включена в группу патологически привычных действий и импульсивных расстройств) и новое состояние, расстройство экскориации (также известное как кожно-травматическое расстройство).

Расстройство экскориации характеризуется повторяющимися действиями с собственной кожей, приводящими к ее повреждениям, а также сопровождается неудачными попытками остановить или уменьшить это поведение. Повреждения кожи должны быть достаточно тяжелыми, приводящими к выраженному дистрессу или ухудшению функционирования. Экскориативное расстройство (включая трихотилломанию) отличается от других OCRD тем, что когнитивные явления (такие как навязчивые мысли, идеи, тревоги) редко предшествуют поведению, однако часто вместо них поведению предшествуют чувственные переживания.

Его включение в группу OCRD основано на общей феноменологии, моделях семейной агрегации и предполагаемых общих этиологических механизмах с другими нарушениями в этой группе[35, 40].

Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство

Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство (комплексное ПТСР)[41] чаще всего наступает вслед за тяжелыми стрессорами длительного характера или после множественных или повторных неблагоприятных событий, от которых трудно или невозможно спастись, таких, как пытки, рабство, кампании геноцида, длительное домашнее насилие или повторное детское сексуальное или физическое насилие.

Профиль симптомов характеризуется тремя основными проявлениями ПТСР (повторные переживания травматического события или переживание этих событий как происходящих в настоящем в виде флэшбэков или кошмаров; избегание мыслей, воспоминаний, действий, ситуаций или людей, напоминающих о событии; стойкое ощущение существующей угрозы), которые сопровождаются дополнительными постоянными и повсеместными и стойкими нарушениями регуляции, самооценки и межличностного функционирования.

Добавление комплексного ПТСР в МКБ-11 оправдано доказательствами того, что люди с этим расстройством имеют худший прогноз и эффект от различных методов лечения по сравнению людьми с ПТСР[42]. Комплексное ПТСР заменяет перекрывающуюся категорию МКБ-10 устойчивых изменений личности после травматического опыта[41].

Затяжное расстройство горевания

Затяжное расстройство горевания описывает аномально стойкие и инвалидизирующие реакции на утрату[41]. После смерти партнера, родителя, ребенка или другого человека, близкого к скорбящему, наблюдается постоянная и повсеместная реакция горя, характеризующаяся длительной или постоянной тоской по умершему, сопровождающейся сильной эмоциональной болью. Симптомы могут включать грусть, вину, гнев, отрицание, трудность принятия смерти, чувство, что человек утратил часть себя, неспособность испытывать позитивное настроение, утрату эмоциональности и трудности в общении с обществом или другими видами деятельности. Реакция горя должна сохраняться в течение нетипично долгого промежутка времени после потери (более шести месяцев) и явно превышать ожидаемые социальные, культуральные или религиозные нормы для социума и контекста человека.

В то время как большинство людей сообщают о, как минимум, частичном облегчении боли острой реакции горя через шесть месяцев после утраты, те, кто по-прежнему переживает тяжелые реакции горя, чаще испытывают значительные нарушения в функционировании. Включение затяжной реакции горя в МКБ-11 является ответом на растущее количество явных и изнурительных состояний, которые не описаны адекватно в диагнозах МКБ-10[43]. Ее включение и дифференциация от нормальных реакций на утраты и эпизодов депрессии важны из-за различных подходов к выбору лечения и прогноза этих состояний[44].

Компульсивное переедание

Компульсивное переедание характеризуется частыми, повторяющимися эпизодами обжорства (например, раз в неделю или чаще в течение нескольких месяцев). Эпизод компульсивного переедания – это отдельный период времени, в течение которого человек испытывает субъективную потерю контроля над едой, ест заметно больше или иначе, чем обычно, и чувствует себя неспособным прекратить есть или ограничить тип или количество съеденной пищи.

Переедание очень тяжело переживается и часто сопровождается такими отрицательными эмоциями, как вина или отвращение. Однако, в отличие от нервной булимии, эпизоды компульсивного переедания, как правило, не сопровождаются неадекватным компенсаторным поведением, нацеленным на предотвращение увеличения веса (например, вызывание рвоты, злоупотребление слабительными или клизмами, тяжелые физические нагрузки). Хотя компульсивное переедание часто связано с увеличением веса и ожирением, эти особенности не являются обязательными, и расстройство может присутствовать у людей с нормальным весом.

Добавление компульсивного переедания в МКБ-11 основано на обширном исследовании, которое появилось в течение прошлых 20 лет и подтверждает его обоснованность и клиническую пользу[45,46]. Люди, которые сообщают об эпизодах переедания без неадекватного компенсаторного поведения, представляют собой наиболее распространенную группу среди тех, кто получает по МКБ-10 диагнозы другого специфического или неуточненного пищевого расстройства. Таким образом, ожидается, что включение компульсивного переедания уменьшит частоту этих диагнозов[47].

Расстройство избегающего или ограничительного пищевого поведения

Расстройство избегающего или ограничительного пищевого поведения (ARFID) характеризуется ненормальной едой или кормлением, что приводит к потреблению недостаточного количества или недостаточно разнообразной для удовлетворения потребностей в энергии или питательных элементов пище. В результате происходит значительная потеря веса, неспособность набрать ожидаемый вес у ребенка или при беременности; клинически значимый дефицит питательных веществ, зависимость от пероральных пищевых добавок или кормление через трубки; или иным образом отрицательно влияет на здоровье человека, или приводит к значительным функциональным нарушениям.

ARFID отличается от нервной анорексии отсутствием озабоченности по поводу веса или фигуры. Его включение в МКБ-11 можно рассматривать как расширение категории МКБ-10 «Расстройство питания в младенческом и детском возрасте» и, вероятно, улучшит клиническую полезность раздела на протяжении всей жизни, то есть, в отличие от своего аналога МКБ-10, ARFID распространяется на детей, подростков и взрослых, а также поддерживает согласованность с DSM-5[45, 47].

Дисфория целостности восприятия тела

Дисфория целостности восприятия тела – это редкое заболевание, характеризующееся постоянным желанием иметь конкретную физическую инвалидность (например, ампутация, параплегия, слепота, глухота), начиная с детства или раннего подросткового возраста[48]. Желание может проявляться несколькими способами, включая фантазию о желаемой физической инвалидности, симуляционное поведение (например, длительное сидение в инвалидной коляске или использование протезов для ног, чтобы симулировать слабость в ногах), и трату времени на поиск путей достижения желаемой инвалидности.

Озабоченность желанием иметь физическую нетрудоспособность (включая время, потраченное на притворство) значительно влияет на производительность, досуг или социальное функционирование (например, человек не желает иметь близкие отношения, потому что это затруднит его притворство). Кроме того, у некоторой части этих людей желание и озабоченность выходят за рамки фантазии, и они стремятся к реализации желания с помощью хирургических средств (проведение выборочной ампутации здоровой конечности) или путем самостоятельного повреждения конечности до такой степени, что ампутация является единственным терапевтическим вариантом (например, замораживание конечности в сухом льду).

Игровое расстройство

В связи с тем, что в последние годы популярность онлайн-игр значительно возросла, были замечены проблемы с чрезмерным участием в играх. Игровое расстройство было включено в недавно добавленную диагностическую группу под названием «Расстройства, вызванные зависимым поведением» (которая также содержит патологический гэмблинг) в ответ на глобальные опасения по поводу воздействия проблемной игровой деятельности, особенно онлайн[49].

Игровое расстройство характеризуется паттерном постоянных или периодических игр в Интернете или в автономном режиме («компьютерные игры» или «видеоигры»), что проявляется в нарушении контроля над поведением (например, невозможность ограничить количество времени, затрачиваемого на игры), уделяя все большее внимание играм до такой степени, что они имеют приоритет над другими жизненными интересами и повседневной деятельностью; и продолжение или усиление интенсивности игры, несмотря на негативные последствия (например, увольнение с работы из-за чрезмерных пропусков по причине игр). Игровое расстройство отличается от непатологического игрового поведения тем, что вызывает клинически значимое ухудшение состояния или функционирования.

Компульсивное сексуальное расстройство поведения

Компульсивное сексуальное расстройство поведения характеризуется постоянной неспособностью контролировать интенсивные повторяющиеся сексуальные импульсы или побуждения, что приводит к повторяющемуся сексуальному поведению в течение продолжительного периода (шесть месяцев или более), который вызывает заметный дистресс или нарушения в личных, семейных, социальных, образовательных, профессиональных или других важных сферах деятельности.

Возможные проявления расстройства включают в себя: а) повторяющиеся сексуальные действия становятся центром жизни человека до такой степени, что он пренебрегает здоровьем, личной гигиеной и интересами других; б) человек предпринимает многочисленные безуспешные попытки контролировать или существенно сократить повторяющееся сексуальное поведение; в) индивид продолжает практиковать сексуальное поведение несмотря на то, что оно больше не приносит никакого удовлетворения.

Несмотря на то, что это расстройство феноменологически напоминает зависимость от психоактивных веществ (ПАВ), в МКБ-11 оно включено в группу компульсивных расстройств по причине недостатка доказательной информации об эквивалентности процессов, участвующих в формировании и поддержании расстройств зависимости от ПАВ и поведенческих зависимостей. Включение этого расстройства в МКБ-11 будет способствовать лучшей доступности лечения для таких пациентов и, возможно, снижению чувства стыда и вины, которые часто затрудняют обращение людей за помощью[50].

Интермиттирующее эксплозивное расстройство

Интермиттирующее эксплозивное расстройство характеризуется повторяющимися краткими эпизодами словесной или физической агрессии или разрушением имущества. Эти эпизоды отражают неспособность контролировать агрессивные импульсы, причем интенсивность вспышки или степень агрессивности совершенно непропорциональны провоцирующим или предшествующим психосоциальным стрессам.

Поскольку такие эпизоды могут возникать при множестве других состояний (оппозиционно-вызывающее расстройство, расстройство поведения, биполярное расстройство и пр.), если эти эпизоды лучше объясняются другими расстройствами, то диагноз не ставится.

Хотя интермиттирующее эксплозивное расстройство было введено в DSM-III-R, оно появилось в МКБ-10 только в качестве термина включения в разделе «Другие расстройства привычки и импульсов». С учетом убедительных доказательств обоснованности и клинической пользы, этот диагноз включен в раздел «Расстройства импульсного контроля МКБ-11»[51].

Предменструальное дисфорическое расстройство

Предменструальное дисфорическое расстройство (ПМДР) характеризуется множеством тяжелых нарушений настроения, соматических или когнитивных симптомов, которые начинаются за несколько дней до начала менструаций, быстро уменьшаются в течение нескольких последующих дней и через неделю от начала менструации становятся минимальным или полностью отсутствуют.

Для диагностики нужно, чтобы симптомы нарушения эмоций (подавленное настроение, раздражительность), соматические (вялость, боли в суставах, переедание) или когнитивные симптомы (трудности в концентрации внимания, забывчивость) возникали во время менструальных циклов на протяжении всего прошлого года. Симптомы должны быть достаточно серьезными, чтобы вызывать значительный дистресс или выраженное ухудшение личного, семейного, социального, образовательного, профессионального или другого существенного функционирования и не должны объясняться наличием другого психического расстройства.

В МКБ-11 ПМДР дифференцируется от гораздо более распространенного синдрома предменструального напряжения по тяжести симптомов и требования, чтобы они вызывали значительный дистресс или ухудшение[52]. Включение ПМДР в исследовательскую часть DSM-III-R и DSM-IV стимулировало большое количество исследований, которые подтвердили его обоснованность и надежность[52,53], что привело к его включению в МКБ-11 и DSM-5. Хотя его основное место в МКБ-11 находится в главе о болезнях мочеполовой системы, ПМДР перекрестно перечислено в подгруппе депрессивных расстройств из-за выраженной эмоциональной симптоматики.

КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ ГРУППИРОВКИ РАССТРОЙСТВ В МКБ-11

В следующих разделах, в дополнение к новым категориям, описанным в предыдущей части, кратко изложены

изменения, внесенные в каждую из основных групп расстройств главы МКБ-11 о психических, поведенческих расстройствах и нарушениях развития нервной системы.

Эти изменения были сделаны на основе анализа имеющихся научных данных рабочими группами МКБ-11 и экспертами-консультантами, рассмотрения клинической пользы и глобальной применимости, а также, где это было возможно, результатов полевых испытаний.

Нарушения развития нервной системы

Нарушения развития нервной системы – это такие нарушения, которые связаны со значительными затруднениями в приобретении и использовании определенных интеллектуальных, двигательных, языковых и социальных функций и начинающиеся в период развития. Группа нарушений развития нервной системы МКБ-11 включает в себя такие группы МКБ-10, как умственная отсталость, нарушения психологического развития, а также синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ).

Основные изменения в МКБ-11 включают переименование умственной отсталости в МКБ-10, которая была устаревшим и стигматизирующим термином, неадекватно охватывающим диапазон форм и этиологий, связанных с этим состоянием, в расстройства интеллектуального развития[54]. Расстройства интеллектуального развития продолжают определяться, основываясь на значительных ограничениях в интеллектуальном функционировании и адаптивности поведения, в идеале определяются с помощью стандартизированных, соответственно нормируемых и индивидуально подбираемых метрик. Учитывая, что в различных регионах мира традиционно использовались свои стандарты измерений или обученный персонал, а также из-за важности определения тяжести состояния для планирования лечения, МКБ-11 CDDG предоставляет полный набор таблиц с поведенческими индикаторами[55].

Отделены таблицы интеллектуального функционирования и адаптивного поведения. Функциональные области разделены на три составляющие: концептуальные, социальные, практические; выделены три возрастные группы (раннее детство, детство/юность и зрелость) и четыре уровня тяжести (легкий, средний, тяжелый, глубокий). Поведенческие индикаторы описывают те навыки и способности, которые обычно наблюдаются в рамках каждой из этих категорий. Таким образом, ожидается, что повысится уровень достоверности характеристик степени тяжести и улучшится качество данных в системе общественного здравоохранения в отношении бремени расстройств интеллектуального развития.

Расстройство аутистического спектра в МКБ-11 включает в себя как детский аутизм, так и синдром Аспергера из МКБ-10 в рамках одной категории, характеризующейся дефицитом социальной коммуникации и ограниченными, повторяющимися и негибкими моделями поведения, интересов или деятельностей. Руководства по расстройству аутистического спектра были существенно обновлены, чтобы отражать текущие литературные данные, в том числе проявления расстройства на протяжении всей жизни. Оценочные критерии продуманы так, чтобы представлять степени нарушения интеллектуального функционирования и навыков владения языком и охватывали все проявления расстройства аутистического спектра по большему количеству дименсий.

СДВГ пришел на замену гиперкинетическому расстройству в МКБ-10 и был перемещен в группу нарушений развития нервной системы по причине раннего начала, характерных расстройств в интеллектуальном, двигательном и социальном функционировании и частым сочетанием с другими нарушениями развития нервной системы. Этот шаг также был направлен на то, чтобы развести ранее близкий СДВГ и разрушительное поведение и диссоциальные расстройства, по той причине, что при СДВГ разрушения, как правило, носят непреднамеренный характер.

СДВГ в МКБ-11 можно будет охарактеризовать как преимущественно невнимательного, преимущественно гиперактивно-импульсивного или смешанный тип и описать на протяжении всей жизни.

Наконец, хронические тикозные расстройства, включая синдром Туретта, классифицируются в разделе МКБ-11 как «Заболевания нервной системы» и дублируются в группе расстройств развития нервной системы из-за их высокой коморбидности (например, с СДВГ) и типичным началом в раннем периоде развития.

Шизофрения и другие первично психотические расстройства

В МКБ-11 группа шизофрении и других первично психотических расстройств заменила группу шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств из МКБ-10. Термин «первичный» указывает на то, что психотические процессы являются основным признаком, в отличие от психотических симптомов, которые могут возникать как аспект других форм психопатологии (например, расстройств настроения)[18].

В МКБ-11 симптомы шизофрении практически не изменились по сравнению с МКБ-10, хотя важность симптомов первого ранга Шнайдера была уменьшена. Наиболее значимым изменением является устранение всех подтипов шизофрении (параноидного, гебефренического, кататонического и пр.) из-за отсутствия у них прогностической достоверности или пользы в выборе лечения. Взамен подтипов были введены дименсии[18]. К ним относятся: позитивные симптомы (бред, галлюцинации, дезорганизованное мышление и поведение, явления психического автоматизма); негативные симптомы (притупленный или уплощенный аффект, алалия или обеднение речи, абулия, ангедония); симптомы депрессивного настроения; симптомы маниакального настроения; психомоторные симптомы (психомоторное возбуждение, психомоторная заторможенность, кататонические симптомы); когнитивные симптомы (в частности, дефицит скорости обработки информации, внимания/концентрации, ориентации, суждения, абстракции, словесного или визуального обучения и рабочей памяти). Эти же шкалы симптомов могут применяться к другим расстройствам в группе (шизоаффективное расстройство, острое и транзиторное психотическое расстройство, бредовое расстройство).

Для диагностики шизоаффективного расстройства в МКБ-11 по-прежнему необходимо, чтобы критерии шизофрении и эпизод расстройства настроения присутствовали одновременно. Этот диагноз предназначен для квалификации текущего эпизода болезненного состояния и не рассматривается как устойчивый длительное время.

В МКБ-11 острое и транзиторное психотическое расстройство характеризуется внезапным началом позитивных психотических симптомов, которые быстро сменяются по своему виду и интенсивности в течение короткого периода времени и сохраняется не более трех месяцев. Это соответствует только «полиморфной» форме острого психотического расстройства в МКБ-10, которая является наиболее распространенной формой, и не указывает на шизофрению[56,57]. Неполиморфные подтипы острого психотического расстройства (МКБ-10) были исключены и вместо этого будут классифицированы в МКБ-11 как «другие первичные психотические расстройства».

Как и в МКБ-10, шизотипическое расстройство классифицируется в этой группе и не считается расстройством личности.

Расстройства настроения

В отличие от МКБ-10, в МКБ-11 эпизоды расцениваются не как самостоятельные состояния, а в качестве основания для постановки диагноза, который наилучшим образом соответствует клинической картине.

Расстройства настроения подразделяются на депрессивные расстройства (которые включают единичные депрессивные расстройства, рекуррентное депрессивное расстройство, дистимическое расстройство и смешанное депрессивное и тревожное расстройство) и биполярные расстройства (которые включают биполярное расстройство I типа, биполярное расстройство типа II и циклотимия). В МКБ-11 биполярное расстройство разделено на расстройства I и II типа. Отдельная группа подгруппы МКБ-10 расстройств настроения, состоящая из стойких расстройств настроения (дистимия и циклотимия), была удалена[58].

Диагностические указания для депрессивного эпизода являются одним из немногих мест в МКБ-11, где требуется минимальное количество симптомов. Это связано с многолетними исследованиями и клинической традицией такой концептуализации депрессии. Требуется минимум пять из десяти симптомов, а не четыре из девяти возможных симптомов, указанных в МКБ-10, что повышает согласованность с DSM-5. CDDG МКБ-11 для помощи клиницистам осмыслить и вспомнить весь спектр депрессивной симптоматики организует депрессивные симптомы в три кластера – аффективный, когнитивный и нейровегетативный. Усталость входит в состав нейровегетативного кластера симптомов, но больше не считается самостоятельным симптомом начального уровня; точнее, для диагностики необходимо ежедневно сниженное настроение или снижение интереса к деятельности на протяжении не менее двух последних недель. Безнадежность была добавлена в качестве дополнительного когнитивного симптома из-за убедительных доказательств его прогностической ценности при диагностике депрессивных расстройств[59]. CDDG МКБ-11 дает четкие указания по дифференциации культурно-нормативных реакций горя и симптомов, которые требуют рассмотрения при диагностике депрессивного эпизода в контексте тяжелой утраты[60].

Для диагностики маниакальных эпизодов МКБ-11 требует наличия симптомов первого уровня (повышенная активность, субъективное ощущение прилива энергии) в дополнение к эйфории, раздражительности или несдержанности. Это было сделано чтобы предотвратить ложноположительные случаи диагностики, которые соответствуют нормативным колебаниям настроения. В МКБ-11 гипоманиакальные эпизоды определяются как ослабленная форма маниакального эпизода без значительной утраты функциональности.

Описание смешанных эпизодов в МКБ-11 совпадает с МКБ-10, т.к. есть подтверждения обоснованности такого подхода[61]. Руководство содержит указания на типичные разнополярные симптомы, когда преобладают маниакальные или депрессивные симптомы. Наличие смешанного эпизода указывает на диагноз биполярного расстройства, тип I.

МКБ-11 предоставляет различные инструменты для квалификации текущего эпизода расстройства настроения или ремиссии (частичной или полной). Депрессивные, маниакальные и смешанные эпизоды могут быть как с, так и без психотических симптомов. Текущие депрессивные эпизоды в контексте депрессивных или биполярных расстройств можно дополнительно охарактеризовать тяжестью (легкой, средней или тяжелой); меланхолические признаки соответствуют соматическим проявлениям из МКБ-10, а персистирующий эпизод (затяжной эпизод) должен длиться более двух лет. Все эпизоды настроения в контексте депрессивных или биполярных расстройств могут быть дополнены использованием симптомов тревоги, наличием панических атак и наличием сезонности. Также есть возможность квалифицировать биполярное расстройство с быстрой сменой циклов.

МКБ-11 включает в себя категорию смешанных депрессивных и тревожных расстройств из-за их важности в условиях первичной медицинской помощи. Учитывая наличие доказательств общей симптоматики с расстройствами настроения, этот диагноз в МКБ-11 был перенесен из категории тревожных расстройств МКБ-10 в депрессивные расстройства[64].

Расстройства, вызванные тревогой и страхом

МКБ-11 объединяет в этой новой группе расстройства с тревогой или страхом как основным клиническим признаком[65]. В соответствии с подходом МКБ-11, нацеленным на весь жизненный период, это группа включает в себя тревожное расстройство, связанное с разлукой, и селективный мутизм, которые в МКБ-10 располагались в группе детских расстройств. В МКБ-11 разграничение между фобическими тревожными расстройствами и другими тревожными расстройствами, существовавшее в МКБ-10, было устранено в пользу более клинически полезного метода характеристики каждого тревожного и связанного со страхом расстройства в соответствии с его направленностью восприятия[66], то есть описанием стимула, который вызывает тревогу, чрезмерную физиологическую реакцию или дезадаптивное поведение. Генерализованное тревожное расстройство (ГТР) характеризуется общим опасением или беспокойством, которое не ограничивается каким-либо конкретным стимулом.

В МКБ-11 ГТР имеет более тщательно продуманный набор диагностических критериев, отражающих достижения в понимании его уникальной феноменологии. В частности, беспокойство добавлено к общему восприятию как базовый симптом расстройства. В отличие от МКБ-10, CDDG МКБ-11 указывает, что ГТР может сочетаться с депрессивными расстройствами, пока симптомы присутствуют независимо от эпизодов настроения. Аналогично, другие иерархические правила исключения, которые были в МКБ-10 (ГТР не может быть диагностировано вместе с тревожно-фобическим расстройством или обсессивно-компульсивным расстройством), также исключены из-за лучшего разграничения феноменологии расстройства в МКБ-11 и свидетельства того, что эти правила могли мешать обнаружению и лечению состояний, требующих отдельного специфического клинического внимания.

Агорафобия в МКБ-11 определяется как выраженный и чрезмерный страх или тревога, которые возникают в ожидании или непосредственно в ситуации, когда помощь затруднена или недоступна. Отличие от МКБ-10 заключается в том, что ранее это понятие описывалось более узко, как страх перед открытыми пространствами и связанными с ними ситуациями, такими как скопление людей, и могут быть затруднения с тем, чтобы быстро покинуть это место; теперь же за основу взято опасение за негативные последствия, которые могут привести к негативным последствиям или выставить в неприглядном свете.

Паническое расстройство определено в МКБ-11 повторяющимися неожиданными паническими атаками, которые не ограничиваются конкретными стимулами или ситуациями. МКБ-11 CDDG указывает на то, что панические атаки, которые возникают только в ответ на специфическое воздействие или в ожидании вызывающего страх стимула (например, публичное выступление при социальном тревожном расстройстве), не требуют дополнительного диагноза панического расстройства. Скорее в таких случаях к диагнозу тревожного расстройства может быть добавлен

классификатор «с паническими атаками». Классификатор «с паническими атаками» может также быть применен к другим расстройствам, где тревога может быть выраженным, но не определяющим симптомом, например, у некоторых пациентов с депрессивным эпизодом.

Социальное тревожное расстройство в МКБ-11 основывается на страхе негативной оценки со стороны окружающих и заменяет собой диагноз МКБ-10 «социальная фобия».

В МКБ-11 CDDG отдельно описывается сепарационное тревожное расстройство у взрослых, которое чаще возникает в связи с романтическим партнером или ребенком.

Обсессивно-компульсивное и связанные с ним расстройства (OCRD)

Введение в МКБ-11 группы OCRD обозначает значительные отличия от МКБ-10. Причиной создания группы OCRD, отличной от группы тревожно-фобических расстройств, несмотря на феноменологическое совпадение, послужила клиническая польза от объединения таких симптомов, как повторяющиеся нежелательные мысли и связанное с ними повторяющееся поведение, в качестве основного клинического признака. Диагностическая согласованность этой группировки основана на появившихся доказательствах общих валидаторов среди включенных расстройств, полученных при нейровизуализационных, генетических и нейрохимических исследованиях[35].

МКБ-11 OCRD включает обсессивно-компульсивное расстройство, дисморфофобию, обонятельное расстройство, ипохондрию (навязчивый страх болезни) и патологическое накопительство. Эквивалентные расстройства в МКБ-10 располагались в различных группах. В OCRD также включена подгруппа расстройств повторяющегося поведения, сфокусированного на теле, которые включают в себя трихотилломанию (расстройство вырывания волос) и экскориационное расстройство (сдавливание/щипание кожи), оба из которых имеют общую особенность повторяющихся поведенческих паттернов без когнитивного аспекта других OCRD. Синдром Туретта, в МКБ-11 – заболевание нервной системы, однако одновременно внесено в группу OCRD из-за его частого сочетания с обсессивно-компульсивным расстройством.

МКБ-11 сохраняет основные черты обсессивно-компульсивного расстройства из МКБ-10 (постоянные навязчивые идеи и/или действия), но с некоторыми важными изменениями. МКБ-11 расширяет понятие навязчивых идей за пределы навязчивых мыслей и включает нежелательные образы и побуждения/импульсы. Более того, концепция принуждения расширяется, включая, в том числе, скрытое (например, повторный подсчет), а также явное повторяющееся поведение.

Хотя тревога является наиболее распространенным аффективным переживанием, связанным с навязчивыми идеями, МКБ-11 прямо упоминает о других явлениях, о которых сообщают пациенты, таких как отвращение, стыд, чувство «незавершенности» или беспокойства, если вещи не выглядят или не ощущаются «правильно». Подтипы ОКР, существовавшие в МКБ-10, были удалены, потому как большинство пациентов сообщали как об обсессиях, так и компульсиях, а также по причине отсутствия влияния на прогноз лечения. Существовавшая в МКБ-10 невозможность одновременной диагностики ОКР и депрессивного расстройства была отменена в МКБ-11, т.к. это отражает высокую частоту одновременного проявления обоих расстройств, которым требуется различное лечение.

Ипохондрия (навязчивый страх болезни) из-за общей феноменологии и паттернов общего происхождения расположена в OCRD, а не среди группы тревожных и связанных со страхом расстройств, даже несмотря на то, что забота о здоровье часто связана с тревогой и страхом[67]. Тем не менее, ипохондрия (навязчивый страх болезни) также перечисляется в группе тревожных и связанных со страхом расстройств, что свидетельствует о некотором феноменологическом совпадении.

Дисморфофобическое расстройство, обонятельное расстройство и хоардинг – новые категории, которые в МКБ-11 были включены в группу OCRD.

Когнитивный компонент в OCRDs (убеждения) может быть выражен с такой интенсивностью или постоянством, что они кажутся бредовыми. Когда эти фиксированные убеждения полностью согласуются с феноменологией OCRD и отсутствуют другие психотические симптомы, должен использоваться классификатор «со слабым или отсутствующим инсайтом» и не следует ставить диагноз бредового расстройства. Такой подход выработан для того, чтобы помочь предотвратить лечение психоза у людей с OCRD, когда они в этом не нуждаются[35].

Расстройства, непосредственно связанные со стрессом

Группа нарушений, непосредственно связанных со стрессом в МКБ-11, заменяет группу МКБ-10 «Реакции на тяжелый стресс и расстройства адаптации», чтобы подчеркнуть, что стресс является обязательным но не достаточным компонентом в этиологии данных расстройств, а также чтобы отличать включенные в эту группу расстройства от различных других психических расстройств, которые возникают как реакция на стрессоры (например, депрессивные расстройства)[41]. В соответствии с подходом МКБ-11 рассматривать расстройства в «длиннике» жизни, такие диагнозы МКБ-10, как реактивное расстройство привязанности и расторможенное расстройство привязанности детского возраста, включены в данную группу, т.к. эти нарушения расстройства непосредственно связаны со стрессом от привязанности. МКБ-11 включает в себя несколько важных концептуальных обновлений МКБ-10 – введение диагноза комплексного ПТСР и затяжного расстройства горя, которые не имеют аналогов в МКБ-10.

ПТСР определяется тремя признаками, которые должны присутствовать во всех случаях и должны вызывать значительное ухудшение. К ним относятся: повторное переживание травмирующего события в настоящем (флешбэки), преднамеренное избегание напоминаний, которые могут вызвать повторное переживание и постоянное чувство повышенной угрозы в настоящем. Ожидается, что включение требования о повторном непосредственном переживании когнитивных, аффективных или физиологических аспектов травмы, а не просто воспоминаний этого события позволит решить проблему низкого диагностического порога ПТСР, существовавшего в МКБ-10[42].

Расстройство адаптации в МКБ-11 устанавливается, если в основе лежит «зацикленность» на негативном событии в жизни или его последствиях, в то время как в МКБ-10 расстройство диагностировалось, если симптомы, возникающие в ответ на жизненный стрессор, не соответствовали определенным требованиям другого расстройства.

Наконец, в МКБ-11 острая реакция на стресс больше не рассматривается как психическое расстройство, а понимается как нормальная реакция на экстремальный стрессор. И теперь она классифицируется в главе «Факторы, влияющие на состояние здоровья или связанные со здравоохранением» и не дублируется в группе расстройств, непосредственно связанных со стрессом. Это сделано для облегчения дифференциальной диагностики.

Диссоциативные расстройства

Группа диссоциативных расстройств МКБ-11 соответствует диссоциативным (конверсионным) расстройствам в

МКБ-10, однако была значительно реорганизована и упрощена, с учетом последних эмпирических данных и для повышения клинической пользы. Отсылка к термину «конверсия» удалена из названия группы[68]. Диссоциативное расстройство с неврологическими симптомами в МКБ-11 концептуально согласуется с диссоциативным расстройством движения и ощущения в МКБ-10, но представлено как единое расстройство с двенадцатью подтипами, выделенными на основе преобладающей неврологической симптоматики (нарушение зрения, неэпилептические припадки, нарушение речи, паралич или слабость и пр.). В МКБ-11 диссоциативная амнезия включает в себя диссоциативную фугу как уточняющий параметр, в то время как в МКБ-10 она выделялась в отдельное расстройство.

В МКБ-11 расстройство транса и одержимости (МКБ-10) раздело на два различных диагноза: трансовое расстройство и расстройство одержимости. Это разделение отражает отличительную черту расстройства одержимости, когда во время одержимости привычное чувство самоидентичности заменяется на ощущение внешней личности, призываемой влиянию некоего духа, силы, божества или другой духовной сущности. Кроме того, расстройство одержимости может описывать более широкий спектр поведения, в то время как трансовое расстройство обычно ограничено небольшим репертуаром простых действий.

Диссоциативное расстройство личности в МКБ-11 соответствует концепции расстройства множественной личности МКБ-10 и переименовано, чтобы соответствовать используемой в настоящее время номенклатуре в клинических и исследовательских целях. В МКБ-11 также введено частичное диссоциативное расстройство личности, что отражает тот факт, что в МКБ-10 преобладают неуточненные диссоциативные расстройства, в которых недоминантные состояния личности периодически не полностью принимают контроль над сознанием и функционированием индивида.

Деперсонализационное и дереализационное расстройство, локализованное в МКБ-10 в группе других невротических расстройств, в МКБ-11 перемещено в диссоциативную группу.

Расстройства пищевого поведения и кормления

Группа расстройств пищевого поведения и кормления в МКБ-11 объединяет такие группы МКБ-10, как расстройства приема пищи и расстройства кормления в детском возрасте, признавая взаимосвязь этих расстройств на протяжении всей жизни, а также отражая доказательства того, что эти расстройства могут относиться к людям в более широком возрастном диапазоне[45,47].

МКБ-11 предоставляет обновленные представления о нервной анорексии и нервной булимии и включает последние данные, что устраняет необходимость категории «атипичные» из МКБ-10. Она также включает новые виды расстройств переедания, которые основаны на эмпирической поддержке валидности и клинической пользы, и ARFID (расстройство избегающего или ограничительного пищевого поведения), в который включен диагноз из МКБ-10 «расстройство питания в младенчестве и детстве».

Нервная анорексия в МКБ-11 устраняет требование МКБ-10 о наличии широко распространенного эндокринного расстройства, поскольку данные свидетельствуют о том, что это происходит не во всех случаях и, даже если оно присутствует, то является следствием низкой массы тела, а не характерной особенностью расстройства. Кроме того, случаи без эндокринных расстройств были частой причиной постановки диагноза атипичной анорексии. Порог для низкой массы тела в МКБ-11 подняли с 17,5 кг/м^2 до 18 кг/м^2, но рекомендации учитывают ситуации, в которых индекс массы тела может неадекватно отражать ухудшение клинической картины (например, резкое снижение веса в контексте других особенностей расстройства). Нервная анорексия не требует «жировой фобии», как в МКБ-10, чтобы обеспечить полный спектр разнообразных в культуральном отношении обоснований отказа от пищи и проявлений озабоченности собственным телом.

Критерии сформированы таким образом, чтобы охарактеризовать тяжесть недостатка массы, с учетом того, что значительно сниженный индекс массы тела связан с повышенным риском заболеваемости и смертности. Критерии позволяют описать паттерны поведения (ограничительный и очистительный).

Нервная булимия в МКБ-11 может быть диагностирована независимо от текущего веса человека, при условии, что индекс массы тела не настолько низок, чтобы соответствовать критериям нервной анорексии. Взамен критерию минимальной частоты приступов переедания, которые не подтверждены доказательствами, МКБ-11 дает более гибкое руководство. Диагноз нервной булимии не требует «объективных» перееданий и может быть диагностирован на основе «субъективных» перееданий, при которых человек ест больше или иначе, чем обычно, и испытывает потерю контроля над едой, сопровождаемую дистрессом, независимо от количества еды, съеденной на самом деле. Ожидается, что это изменение позволит уменьшить количество неуточненных диагнозов расстройства пищевого поведения и кормления.

Расстройства выделения

Термин «неорганический» был удален из группы расстройств выделения МКБ-11, которые включают энурез и энкопрез. Эти расстройства дифференцированы от тех, которые могут быть лучше объяснены другим состоянием здоровья или физиологическими эффектами веществ.

Расстройства, связанные с телесным самоощущением и телесным дискомфортом

Группа расстройств, связанных с телесным самоощущением и телесным дискомфортом, в МКБ-11 содержит два расстройства: телесного дискомфорта и дисфории целостности восприятия собственного тела. Расстройством телесного дискомфорта МКБ-11 заменяет соматоформные расстройства МКБ-10, а также включает в себя понятие неврастении из МКБ. Ипохондрия (МКБ-10) в эту группу не входит, а находится в группе OCRD.

Расстройство телесного дискомфорта характеризуется наличием телесных симптомов, которые причиняют человеку боль, и чрезмерным вниманием, направленным на симптомы, что может проявляться в повторяющихся контактах с медицинскими работниками[69]. Расстройства могут отличаться по степени тяжести и быть квалифицированы соответственно (легкая, умеренная или тяжелая) в зависимости от влияния на функционирование. Важно отметить, что расстройство телесного дискомфорта определяется в соответствии с наличием важных проявлений, таких как дистресс и чрезмерные мысли и поведение, а не на основании отсутствия медицинских объяснений для назойливых симптомов, как при соматоформных расстройствах МКБ-10.

В МКБ-11 введен новый диагноз, входящий в состав данной группы, – дисфория целостности восприятия собственного тела[48].

Расстройства, связанные с употреблением веществ и зависимым поведением

В МКБ-11 группа расстройств, связанных с употреблением веществ и зависимым поведением, охватывает расстройства, развивающиеся в результате употребления психоактивных веществ, включая лекарственные средства, а

также расстройства, вызванные аддиктивным поведением, которые развиваются в результате некоторых повторяющихся действий с вознаграждением и подкреплением.

Организация МКБ-11 в части расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, согласуется с подходом МКБ-10, в соответствии с которым клинические синдромы классифицируются в соответствии с классами веществ[70]. В то же время, список веществ в МКБ-11 расширен, чтобы отражать актуальную доступность и практику использования веществ. Каждое вещество или класс вещества могут быть связаны с взаимоисключающими первичными клиническими синдромами: единичный вредного употребления веществ или вредный стиль употребления психоактивных веществ, который является уточнением диагноза употребления с вредными последствиями из МКБ-10, а также зависимость от вещества. Интоксикацию веществами и состояние отмены можно диагностировать на основании клинических проявлений или без проявлений (в качестве причины для доставки в организацию здравоохранения, когда нет возможности установить стиль употребления или зависимость).

Учитывая чрезвычайно высокое глобальное бремя болезней, связанных с употреблением психоактивных веществ, эта группа была пересмотрена таким образом, чтобы оптимально обеспечить сбор медицинской информации, которая будет полезна в различных контекстах, включая точный мониторинг и отчетность, а также быть полезной как для профилактики, так и для лечения[70]. Добавление в МКБ-11 единичного эпизода вредного употребления веществ дает возможность для раннего вмешательства и предотвращения эскалации употребления и вреда, а диагнозы вредного употребления психоактивных веществ и зависимости от наркотиков предполагают необходимость все более интенсивных вмешательств.

МКБ-11 расширяет концепцию вреда для здоровья в результате употребления психоактивных веществ и включает в себя вред здоровью других людей, который может включать либо физический вред (например, в результате вождения в нетрезвом состоянии), либо психологический вред (например, развитие ПТСР после автомобильной аварии).

МКБ-11 включает психические расстройства, вызванные психоактивными веществами, как синдромы, характеризующиеся клинически значимыми психическими или поведенческими симптомами, похожими на симптомы других психических расстройств, но развивающиеся вследствие употребления психоактивных веществ. Расстройства, вызванные психоактивными веществами, могут быть связаны с интоксикацией или отменой психоактивных веществ, но интенсивность или длительность симптомов значительно превышают те, которые характерны для интоксикации или отмены указанных веществ.

МКБ-11 также включает категории опасного употребления веществ, которые не классифицируются как психические расстройства, а находятся в главе «Факторы, влияющие на состояние здоровья или контакты с медицинскими службами». Эти категории могут быть использованы, когда характер употребления психоактивных веществ увеличивает риск вредных последствий для физического или психического здоровья пользователя или других лиц до такой степени, что это требует внимания и совета со стороны медицинских работников, но никакого явного вреда еще не было. Они предназначены для того, чтобы сообщать о возможностях раннего и краткого вмешательства, особенно в условиях первичной медицинской помощи.

Раздел МКБ-11, посвященный расстройствам с аддиктивным поведением, включает две диагностические категории: гэмблинговое расстройство (патологический гэмблинг в МКБ-10) и игровое расстройство, которое было недавно введено[49]. В МКБ-10 патологический гэмблинг классифицировался как расстройство привычек и влечений. Тем не менее, последние данные указывают на важное феноменологическое сходство между расстройствами из-за зависимого поведения и расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, включая их более высокую частоту совместной встречаемости, а также общую характерную черту, когда они изначально доставляют удовольствие, а затем прогрессируют до потери удовольствия и требуют более активного использования. Кроме того, расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ, и расстройства, вызванные аддиктивным поведением, похоже, имеют сходную нейробиологию, в частности активацию и нейроадаптацию в нейронных цепях, отвечающих за вознаграждение и мотивацию[71].

Расстройства импульсного контроля

Расстройства импульсного контроля в МКБ-11 характеризуются из-за неоднократной неспособности противостоять сильному импульсу, побуждению или побуждению совершить поступок, который приносит удовлетворение человеку, по крайней мере, в краткосрочной перспективе, несмотря на долгосрочный вред, нанесенный как субъекту, так и другим людям.

Эта группа включает в себя пироманию и клептоманию, которые классифицировались в МКБ-10 в расстройствах привычек и импульсов.

В МКБ-11 в группу расстройств импульсного контроля добавлено интермиттирующее эксплозивное расстройство и переименовано чрезмерное сексуальное влечение (МКБ-10) в расстройство компульсивного сексуального поведения[50,72,73].

Расстройства вызывающего и диссоциального поведения

В МКБ-11 группа расстройств вызывающего и диссоциального поведения пришла на смену расстройств поведения МКБ-10. Новый термин лучше отражает весь спектр тяжести поведения и феноменологии, наблюдаемых в двух состояниях, включенных в эту группу: оппозиционно-вызывающее расстройство и поведенческо-диссоциальное расстройство. Важным изменением, внесенным в МКБ-11, является то, что оба расстройства могут быть диагностированы на протяжении всей жизни, тогда как МКБ-10 истолковывает их как расстройства детского возраста. Кроме того, МКБ-11 вводит уточняющие категории, которые характеризуют подтипы расстройств вызывающего и диссоциального поведения, предназначенные для улучшения клинической полезности, например, прогностически.

Оппозиционно-вызывающее расстройство МКБ-11 аналогично его эквивалентной категории МКБ-10. Тем не менее, добавлена уточняющая категория «с хронической раздражительностью и гневом», чтобы характеризовать эти проявления расстройства как с преобладающим, постоянным раздражительным настроением или гневом. Показано, что такая форма значительно увеличивает риск развития депрессии и тревоги. Подход МКБ-11 к проявлениям оппозиционно-вызывающего расстройства согласуется с современными данными и отличается от подхода DSM-5, где введено новое расстройство дисрегуляции вызывающего настроения[74,75,76].

Расстройство поведения в МКБ-11 объединяет три отдельных диагноза расстройства поведения, классифицированных в МКБ-10 (ограниченное семейным контекстом, несоциализированное и социализированное). МКБ-11 признает, что вызывающее поведение и диссоциальные расстройства часто связаны с проблемной психосоциальной средой и психосоциальными факторами риска, такими как неприятие сверстниками, влияние девиантной группы сверстников и психическое расстройство родителей. Кли-

нически значимое различие между детским и подростковым началом расстройства может быть указано с помощью уточняющих категорий, т.к. есть доказательства того, что более раннее начало связано с более тяжелой патологией и худшим течением расстройства.

Уточняющая категория для обозначения ограниченных просоциальных эмоций может быть использована как в вызывающем, так и в диссоциальном расстройстве. В контексте диагноза оппозиционно-вызывающего расстройства эти проявления ассоциированы с более устойчивым и сильно выраженным оппозиционным поведением. А в контексте диссоциального расстройства поведения ограниченные просоциальные эмоции связаны с тенденцией к более тяжелому, агрессивному и устойчивому антисоциальному поведению.

Расстройства личности

Проблемы с классификацией МКБ-10 десяти специфических расстройств личности включали существенную гиподиагностику относительно их распространенности среди людей с другими психическими расстройствами, тот факт, что только два из специфических расстройств личности (эмоционально-лабильное расстройство личности, пограничный тип и диссоциальное расстройство личности) были зарегистрированы с любой частотой в общедоступных базах данных, и что показатели частоты совместной встречаемости были чрезвычайно высоки, большинство людей с тяжелыми расстройствами отвечали критериям для нескольких расстройств личности[16, 17].

МКБ-11 CDDG просит врача сначала определить, соответствует ли клиническая картина общим диагностическим критериям расстройства личности. Затем врач определяет, степень расстройства (легкое, умеренное или тяжелое), исходя из: а) степени и распространенности нарушений в функционировании аспектов личности (стабильности и согласованности личности, самооценки, адекватности самовосприятия, способности к самоконтролю); б) степень и распространенность межличностных нарушений (понимание точек зрения других, развитие и поддержание близких отношений, управление конфликтами) в различных контекстах и отношениях; в) распространенность, тяжесть и хроничность эмоциональных, когнитивных и поведенческих проявлений дисфункции личности; г) степень, в которой эти модели связаны с дистрессом или психосоциальными нарушениями.

Расстройства личности затем дополнительно описаны с указанием характерных неадаптивных черт личности. Они включают в себя пять доменов: негативная аффективность (тенденция испытывать широкий спектр отрицательных эмоций); отрешенность (тенденция к поддержанию социальной и межличностной дистанции от других); диссоциальность (игнорирование прав и чувств других людей, включая эгоцентризм и отсутствие эмпатии); расторможенность (тенденция действовать импульсивно в ответ на непосредственные внутренние или внешние стимулы без учета более долгосрочных последствий); ананкастность (узкий акцент на стандарте совершенства, правильного и неправильного и на контроле над тем, чтобы собственное и чужое поведение полностью соответствовало этим стандартам). В качестве части диагноза могут быть назначены одновременно несколько доменов, которые считаются выдающимися и способствуют расстройству личности и его тяжести.

Кроме того, дана необязательная уточняющая категория, использующаяся для «границы шаблона». Эта категория предназначена обеспечить непрерывность медицинской помощи во время перехода от МКБ-10 к МКБ-11 и может повысить клиническую полезность, облегчая выявление людей, которые могут реагировать на определенные психотерапевтические методы лечения. Потребуются дополнительные исследования, чтобы определить, обеспечивает ли она информацией, которая отличается от представленной в доменах особенностей личности.

МКБ-11 также включает в себя категорию личностных трудностей, которые не считаются психическими расстройствами, а перечислены в группе проблем, связанных с межличностными взаимодействиями в главе «Факторы, влияющие на состояние здоровья или контакты с медицинскими службами». Под личностными трудностями понимаются ярко выраженные личностные характеристики, которые могут влиять на лечение или оказание медицинских услуг, но не превышают уровень серьезности, чтобы можно было установить диагноз расстройства личности.

Расстройства влечений

Группа расстройств влечений в МКБ-11 введена на смену группе расстройств сексуального предпочтения в МКБ-10, что соответствует современной терминологии, использующейся в научных и клинических условиях. Основная особенность расстройств влечений заключается в том, что они включают в себя модели сексуального возбуждения, которые направлены на несогласие других[77].

Расстройства влечений в МКБ-11 включают эксгибиционистское, вуайеристическое и педофильное расстройства. К нововведенным категориям расстройств влечений относятся принудительное садистическое сексуальное расстройство, фроттажное расстройство и другое парафилическое расстройство с вовлечением несогласных лиц. Новая категория других парафильных расстройств включает одиночное поведение или с согласия включенных лиц, которые дали согласие на сексуальные мысли, фантазии, побуждения или поведение, связанное со значительными страданиями (не включаются угрозы при отказе или опасения отказа), или создают прямой риск травмы или смерти (например, асфиксофилия).

МКБ-11 проводит различие между состояниями, которые имеют отношение к общественному здравоохранению и клинической психопатологии, и состояниями, которые просто отражают частное поведение. По этой причине такие категории МКБ-10, как садомазохизм, фетишизм, и фетишистский трансвестизм, были устранены[26].

Имитируемые расстройства

В МКБ-11 введена новая группа имитированных расстройств, которая включает в себя имитированное расстройство, навязанное себе, и имитированное расстройство, делегированное другому. Эта группа концептуально эквивалентна диагнозу «умышленное вызывание или симулирование симптомов», или инвалидности физического или психологического характера (поддельное нарушение) МКБ-10, но расширена и включает клиническую ситуацию, в которой индивид симулирует, фальсифицирует или намеренно стимулирует или усугубляет психологические или поведенческие признаки и симптомы у другого человека (обычно ребенка).

Такое поведение не мотивируется очевидными внешними наградами или стимулами, и на этом основании их отличают от симуляции, которая не классифицируется как психическое, поведенческое или же нарушение развития нервной системы, а скорее относится к главе «Факторы, влияющие на состояние здоровья или контакт с медицинскими службами».

Нейрокогнитивные расстройства

Нейрокогнитивные расстройства в МКБ-11 представляют собой приобретенные состояния, характеризующиеся первичным клиническим дефицитом когнитивного функционирования, и включают в себя большинство состояний, которые относились в МКБ-10 к органическим, в том

числе симптоматическим, психическим расстройствам. Таким образом, группа включает в себя делирий, легкое нейрокогнитивное расстройство (называемое легким когнитивным расстройством в МКБ-10), амнестическое расстройство и деменцию. Делирий и амнестическое расстройство можно классифицировать как вызванное другим медицинским состоянием, классифицированным в другом месте, вызванное веществом или лекарством, или несколькими этиологическими факторами. Деменция может быть классифицирована как легкая, умеренная или тяжелая.

Синдромальные характеристики деменции, связанной с различными этиологиями (например, деменция, вызванная болезнью Альцгеймера, деменция, вызванная вирусом иммунодефицита человека), классифицированы и описаны в главе, посвященной психическим, поведенческим и расстройствам развития нервной системы, в то время как основные этиологии классифицируются с использованием категорий из главы о заболеваниях нервной системы или других разделах МКБ, в зависимости от обстоятельств[78]. Легкое нейрокогнитивное расстройство также может быть идентифицировано в сочетании с этиологическим диагнозом, отражающим улучшенные методы выявления раннего снижения когнитивных функций, что дает возможность обеспечить лечение для задержки прогрессирования заболевания. Таким образом, в МКБ-11 ясно описаны когнитивный, поведенческий и эмоциональный компоненты нейрокогнитивных расстройств, а также причины, лежащие в их основе.

ВЫВОДЫ

Разработка МКБ-11 CDDG для психических, поведенческих расстройств и расстройств развития нервной системы и их статистическая классификация представляют собой первый в мире за почти 30 лет серьезный пересмотр передовой классификации психических расстройств. Она имела беспрецедентный уровень вовлеченности и диапазон глобального, многоязычного и междисциплинарного участия. Для повышения научной обоснованности в свете современных данных и для повышения клинической полезности и глобальной применимости на основе систематической программы полевых испытаний были внесены существенные изменения.

Теперь обе версии главы МКБ-11, которые будут использоваться государствами-членами ВОЗ для статистики здравоохранения и CDDG для использования в клинических условиях специалистами по психическому здоровью, в основном завершены. Для того чтобы МКБ-11 реализовала свой потенциал в мире, внимание ВОЗ сместится на работу с государствами-членами и со специалистами здравоохранения по вопросам внедрения и обучения.

Внедрение новой системы классификации предполагает взаимодействие классификации с законами, политикой, системами здравоохранения и информационной инфраструктурой каждой страны. Для подготовки широкого спектра международных специалистов в области здравоохранения должны быть разработаны новые методы обучения. Мы с нетерпением ожидаем продолжения нашего очень продуктивного сотрудничества с ВПА и работы с государствами-членами, академическими центрами, профессиональными и научными организациями и гражданскими сообществами на следующем этапе работы.

БЛАГОДАРНОСТЬ

Только авторы несут ответственность за взгляды, выраженные в этом документе, и они необязательно отражают решения, политику или взгляды ВОЗ. Авторы выражают благодарность следующим лицам, которые внесли существенный вклад в развитие классификации психических, поведенческих и расстройств развития нервной системы МКБ-11: G. Baird, J. Lochman, L.A. Clark, S. Evans, B.J. Hall, R. Lewis-Fernández, E. Nijenhuis, R.B. Krueger, M.D. Feldman, J.L. Levenson, D. Skuse, M.J. Tassé, P. Caramelli, H.G. Shah, D.P. Goldberg, G. Andrews, N. Sartorius, K. Ritchie, M. Rutter, R. Thara, Y. Xin, G. Mellsop, J. Mezzich, D. Kupfer, D. Regier, K. Saeed, M. van Ommeren and B. Saraceno. Они также благодарят дополнительных членов рабочих групп МКБ-11 и консультантов, которых слишком много, чтобы назвать их здесь (см. http://www.who.it/mental_ health/evidence/ICD_11_contributors для более полного списка).

Библиография

1. World Health Organization. ICD-11 for mortality and morbidity statistics (ICD-11 MMS) 2018 version. https://icd.who.int/browse11/l-m/en.
2. World Health Organization. Classification of diseases (ICD). http://www.who.int/classifications/icd/en/.
3. Reed GM, Correia JM, Esparza P et al. The WPA-WHO global survey of psychiatrists' attitudes towards mental disorders classification. World Psychiatry 2011;10:118-31.21633689
4. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992.
5. First MB, Rebello TJ, Keeley JW et al. Do mental health professionals use diagnostic classifications the way we think they do? A global survey. World Psychiatry 2018;17:187-95.29856559
6. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. World Psychiatry 2011;10:86-92.21633677
7. Reed GM. Toward ICD-11: improving the clinical utility of WHO's international classification of mental disorders. Prof Psychol Res Pr 2010;41:457-64.
8. World Bank. World bank country and lending groups. https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups.
9. First MB, Reed GM, Hyman SE et al. The development of the ICD-11 clinical descriptions and diagnostic guidelines for mental and behavioural disorders. World Psychiatry 2015;14:82-90.25655162
10. Evans SC, Reed GM, Roberts MC et al. Psychologists' perspectives on the diagnostic classification of mental disorders: results from the WHO-IUPsyS global survey. Int J Psychol 2013;48:177-93.23750927
11. Reed GM, Sharan P, Rebello TJ et al. Clinical utility of ICD-11 diagnostic guidelines for high-burden mental disorders: results from mental health settings in 13 countries. World Psychiatry 2018;17:306-15.30192090
12. Reed GM, Sharan P, Rebello TJ et al. The ICD-11 developmental field study of reliability of diagnoses of high-burden mental disorders: results among adult patients in mental health settings of 13 countries. World Psychiatry 2018;17:174-86.29856568
13. Clark LA, Cuthbert B, Lewis-Fernandez R et al. ICD-11, DSM-5, and RDoC: three approaches to understanding and classifying mental disorder. Psychol Sci Publ Int 2017;18:72-145.
14. Krueger RF, Kotov R, Watson D et al. Progress in achieving quantitative classification of psychopathology. World Psychiatry 2018;17:282-93.30229571
15. Markon KE. Modeling psychopathology structure: a symptom-level analysis of axis I and II disorders. Psychol Med 2010;40:273-88.19515267
16. Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. Classification, assessment, prevalence and effect of personality disorder. Lancet 2015;385:717-26.25706217
17. Reed GM. Progress in developing a classification of personality disorders for ICD-11. World Pychiatry 2018;17:227-9.
18. Gaebel W. Status of psychotic disorders in ICD-11. Schizophr Bull 2012;38:895-8.22987845
19. Keeley JW, Reed GM, Roberts MC et al. Developing a science of clinical utility in diagnostic classification systems: field study strategies for ICD-11 mental and behavioural disorders. Am Psychol 2016;71:3-16.26766762
20. First MB. The importance of developmental field trials in the revision of psychiatric classifications. Lancet Psychiatry 2016;3:579-84.27133547

21. Keeley JW, Reed GM, Roberts MC et al. Disorders specifically associated with stress: a case-controlled field study for ICD-11 mental and behavioural disorders. Int J Clin Health Psychol 2016;16:109-27.30487855
22. Keeley JW, Gaebel W, First MB et al. Psychotic disorder symptom rating scales: are dichotomous or multi-point scales more clinically useful? An ICD-11 field study. J Schizophr Res (in press).
23. Roberts MC, Reed GM, Medina-Mora ME et al. A global clinicians' map of mental disorders to improve ICD-11: analysing meta-structure to enhance clinical utility. Int Rev Psychiatry 2012;24:578-90.23244613
24. Reed GM, Roberts MC, Keeley J et al. Mental health professionals' natural taxonomies of mental disorders: implications for the clinical utility of the ICD-11 and the DSM-5. J Clin Psychol 2013;69:1191-212.24122386
25. Kraepelin E. Psychiatrie: ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Leipzig: Barth, 1899.
26. Reed GM, Drescher J, Krueger R. Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. World Psychiatry 2016;15:205-21.27717275
27. Chakrabarti S. Psychotic and catatonic presentations in bipolar and depressive disorders. World Psychiatry 2012;11(Suppl. 1):59-64.
28. Vieta E, Suppes T. Bipolar II disorder: arguments for and against a distinct diagnostic entity. Bipolar Disord 2008;10:163-78.18199235
29. Solé B, Martínez-Arán A, Torrent C et al. Are bipolar II patients cognitively impaired: a systematic review. Psychol Med 2011;41:1791-803.21275085
30. Wang Z, Li Z, Chen J et al. Association of BDNF gene polymorphism with bipolar disorders in Han Chinese population. Genes Brain Behav 2012;11:524-8.22548711
31. Chou Y-H, Wang S-J, Lin C-L et al. Decreased brain serotonin transporter binding in the euthymic state of bipolar I but not bipolar II disorder: a SPECT study. Bipolar Disord 2010;12:312-8.20565438
32. Ha TH, Ha K, Kim JH et al. Regional brain gray matter abnormalities in patients with bipolar II disorder: a comparison study with bipolar I patients and healthy controls. Neurosci Lett 2009;456:44-8.19429131
33. Strakowski S. Bipolar disorders in ICD-11. World Psychiatry 2012;11(Suppl. 1):31-6.22295006
34. Veale D, Matsunaga H. Body dysmorphic disorder and olfactory reference disorder: proposals for ICD-11. Rev Bras Psiquiatr 2014;36(Suppl. 1):14-20.25388608
35. Stein DJ, Kogan CS, Atmaca M et al. The classification of obsessive-compulsive and related disorders in the ICD-11. J Affect Disord 2016;190:663-74.26590514
36. Suzuki K, Takei N, Iwata Y et al. Do olfactory reference syndrome and jiko-shu-kyofu (a subtype of taijin-kyofu) share a common entity? Acta Psychiatr Scand 2004;109:150-5.14725599
37. Fontanelle LF, Grant JE. Hoarding disorder: a new diagnostic category in ICD-11. Rev Bras Psiquiatr 2014;36(Suppl. 1):28-39.25388610
38. Timpano KR, Exner C, Glaesmer H et al. The epidemiology of the proposed DSM-5 hoarding disorder: exploration of the acquisition specifier, associated features, and distress. J Clin Psychiatry 2011;72:780-6.21733479
39. Mataix-Cols D, Fernandez de la Cruz L. Hoarding disorder has finally arrived, but many challenges lie ahead. World Psychiatry 2018;17:224-5.29856565
40. Grant JE, Stein DJ. Body-focused repetitive behavior disorder in ICD-11. Rev Bras Psiquiatr 2014;36(Suppl. 1):59-64.25388613
41. Maercker A, Brewin CR, Bryant RA et al. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. World Psychiatry 2013;12:198-206.24096776
42. Brewin CR, Cloitre M, Hyland P. A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. Clin Psychol Rev 2017;58:1-15.29029837
43. Bryant RA. Grief as a psychiatric disorder. Br J Psychiatry 2012;201:9-10.22753851
44. Shear K, Frank E, Houck PR et al. Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. JAMA 2005;293:2601-8.15928281
45. Uher R, Rutter M. Classification of feeding and eating disorders: review of evidence and proposals for ICD-11. World Psychiatry 2012;11:80-92.22654933
46. Wonderlich SA, Gordon KH, Mitchel JE et al. The validity and clinical utility of binge eating disorder. Int J Eat Disord 2009;42:687-705.19621466
47. Al-Adawi S, Bax B, Bryant-Waugh R et al. Revision of ICD: status update on feeding and eating disorders. Adv Eat Disord 2013;1:10-20.
48. First MB, Fisher CE. Body-integrity identity disorder: the persistent desire to acquire a physical disability. Psychopathology 2012;45:3-14.22123511
49. Saunders JB, Hao W, Long J et al. Gaming disorder: its delineation as an important condition for diagnosis, management, and prevention. J Behav Addict 2017;6:271-9.28816494
50. Kraus SW, Krueger RB, Briken P et al. Compulsive sexual behaviour disorder in the ICD-11. World Psychiatry 2018;17:109-10.29352554
51. Coccaro EF. Intermittent explosive disorder as a disorder of impulsive aggression for DSM-5. Am J Psychiatry 2012;169:577-88.22535310
52. Figueira ML, Dias V. Postpartum depression and premenstrual dysphoric disorder: options for ICD-11. World Psychiatry 2012;11(Suppl. 1):73-6.22654932
53. Epperson CE, Steiner M. Premenstrual dysphoric disorder: evidence for a new category for DSM-5. Am J Psychiatry 2012;169:465-75.22764360
54. Salvador-Carulla L, Reed GM, Vaez-Azizi LM et al. Intellectual developmental disorders: towards a new name, definition and framework for «mental retardation/intellectual disability» in ICD-11. World Psychiatry 2011;10:175-80.21991267
55. Tassé M, Balboni G, Navas P et al. Identifying behavioural indicators for intellectual functioning and adaptive behaviour for ICD-11 disorders of intellectual development. J Intellect Disabil Res (in press).
56. Farooq S. Is acute and transient psychotic disorder (ATPD) mini schizophrenia? The evidence from phenomenology and epidemiology. Psychiat Danub 2012;24(Suppl. 3):311-5.
57. Udomratn P, Burns J, Farooq S. Acute and transient psychotic disorders: an overview of studies in Asia. Int Rev Psychiatry 2012;24:463-6.23057982
58. Paykel E, Andrade LH, Njenga F. Changes needed in the classification of depressive disorders: options for ICD-11. World Psychiatry 2012;11(Suppl. 1):37-42.
59. McGlinchey JB, Zimmerman M, Young D et al. Diagnosing major depressive disorder VIII: are some symptoms better than others? J Nerv Ment Dis 2006;194:785-90.17041292
60. Maj M. Differentiating depression from ordinary sadness: contextual, qualitative and pragmatic approaches. World Psychiatry 2012;11(Suppl. 1):43-7.
61. Maj M. Mixed states and rapid cycling: conceptual issues and options for ICD-11. World Psychiatry 2012;11(Suppl. 1):65-8.22654929
62. Das-Munshi J, Goldberg D, Bebbington PE et al. Public health significance of mixed anxiety and depression: beyond current classification. Br J Psychiatry 2008;192:171-7.18310574
63. Goldberg DP, Lam TP, Minhas F et al. Primary care physicians' use of the proposed classification of common mental disorders for ICD-11. Fam Pract 2017;34:574-80.28475675
64. Ziebold C, Goldberg DP, Reed GM et al. Dimensional analysis of depressive, anxious and somatic symptoms presented by primary care patients and their relationship with ICD-11 PHC proposed diagnoses. Psychol Med (in press).
65. Kogan CS, Stein DJ, Maj M et al. The classification of anxiety and fear-related disorders in the ICD-11. Depress Anxiety 2016;33:1141-54.27411108
66. Brown TA, Barlow DH. Classification of anxiety and mood disorders In: DH Barlow (ed). Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic, 2nd ed. New York: Guilford, 2002:292-327.
67. Bienvenu OJ, Samuels JF, Wuyek LA et al. Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder, and what, if any, are spectrum conditions? A family study perspective. Psychol Med 2012;42:1-13.21733222
68. Brown RJ, Cardeña E, Nijenhuis E et al. Should conversion disorder be reclassified as a dissociative disorder in DSM V? Psychosomatics 2007;48:369-78.17878494
69. Gureje O, Reed GM. Bodily distress disorder in ICD-11: problems and prospects. World Psychiatry 2016;15:291-2.27717252
70. Poznyak V, Reed GM, Medina-Mora ME. Aligning the ICD-11 classification of disorders due to substance use with global service needs. Epidemiol Psychiatr Sci 2018;27:212-8.29198240
71. Fauth-Bühler M, Mann K, Potenza MN. Pathological gambling: a review of the neurobiological evidence relevant for its classification as an addictive disorder. Addict Biol 2017;22:885-97.26935000

72. Stein DJ, Billieux J, Bowden-Jones H et al. Balancing validity, utility and public health considerations in disorders due to addictive behaviours. World Psychiatry 2018;17:363-4.30192089
73. McLaughlin KA, Green JG, Hwang I et al. Intermittent explosive disorder in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. Arch Gen Psychiatry 2012;69:1131-9.22752056
74. Lochman JE, Evans SC, Burke JD et al. An empirically based alternative to DSM-5's disruptive mood dysregulation disorder for ICD-11. World Psychiatry 2015;14:30-3.25655147
75. Evans SC, Burke JD, Roberts MC et al. Irritability in child and adolescent psychopathology: an integrative review for ICD-11. Clin Psychol Rev 2017;53:29-45.28192774
76. Leibenluft E. Irritability in children: what we know and what we need to learn. World Psychiatry 2017;16:100-1.28127909
77. Krueger RB, Reed GM, First MB et al. Proposals for paraphilic disorders in the International Classification of Diseases and Related Health Problems, Eleventh Revision (ICD-11). Arch Sex Behav 2017;46:1529-45.28210933
78. Gaebel W, Jessen F, Kanba S. Neurocognitive disorders in ICD-11: the debate and its outcome. World Psychiatry 2018;17:229-30.29856541

DOI: 10.1002/wps.20611

Методы психотерапии через интернет: от инноваций к внедрению

Gerhard Andersson[1,2], Nickolai Titov[3,4], Blake F. Dear[3,4], Alexander Rozental[2,5], Per Carlbring[6,7]

[1]Department of Behavioural Sciences and Learning, Linköping University, Linköping, Sweden
[2]Department of Clinical Neuroscience, Division of Psychiatry, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden
[3]MindSpot Clinic, Macquarie University, Sydney, Australia
[4]CentreClinic, Department of Psychology, Macquarie University, Sydney, Australia
[5]Institute of Child Health, University College London, London, UK
[6]Department of Psychology, Stockholm University, Stockholm, Sweden
[7]Department of Psychology, University of Southern Denmark, Odense, Denmark

Перевод: Мурашко А.А. (Москва)
Редактура: к.м.н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)

Резюме

Психотерапевтические вмешательства через интернет и, в частности, проводимая через интернет когнитивно-поведенческая терапия (ИКПТ) существуют по меньшей мере уже 20 лет. В данной статье мы рассматриваем подход к лечению и доказательную базу, утверждая, что ИКПТ можно рассматривать как средство распространения инноваций. ИКПТ была разработана и протестирована для нескольких психиатрических и соматических состояний, и прямые сравнительные исследования показывают, что ИКПТ под руководством терапевта более эффективна в сравнении с очередью на решение вопросов по тревожным расстройствам и депрессии, и практически столь же эффективна, как КПТ. Рассмотрены также исследования по изучению возможных нежелательных эффектов ИКПТ: значительное меньшинство людей отмечают негативные последствия, хотя частота ухудшения состояния схожа с таковой при очной терапии и ниже, чем в контрольных группах. Мы также рассматриваем исследования, посвященные механизмам происходящих изменений, согласно которым единичные модераторы и медиаторы были определены. Мы учли недавнюю тенденцию, нацеленную на приобретение знаний, а также обсудили возможности и препятствия внедрения ИКПТ. Последнее включает в себя результаты, свидетельствующие о том, что отношение к ИКПТ может быть не столь положительным, как при использовании современных технологий в качестве дополнения к очной терапии (т.е. комбинированной терапии). Наконец, мы обсуждаем будущие направления, включая роль технических средств и машинного обучения, комбинированной терапии, адаптацию терапии для меньшинств и незападных стран, другие терапевтические подходы, помимо ИКПТ (включая психодинамическую и межличностную психотерапию, осуществляемую через интернет, а также терапию принятия и ответственности), появляющиеся рекомендации и важность публикации негативных результатов.

Ключевые слова: психотерапевтические вмешательства через интернет, когнитивно-поведенческая терапия, инновации, тревожные расстройства, депрессия, модераторы и медиаторы, нежелательные эффекты, комбинированная терапия, внедрение.

(World Psychiatry 2019;18(1):20–28)

Современные информационные технологии изменили мир и наше взаимодействие друг с другом[1]. Компьютеры давно применяются в психотерапевтических исследованиях[2], и с появлением интернета использование компьютеров в исследованиях и клинической практике быстро возросло[3].

Данные технологические достижения оказали влияние на клиническую психологию и психиатрию. Становятся доступными не только влияние посредством интернета, но и сайты, предоставляющие информацию о состояниях, требующих психиатрической помощи[4], их методах оценки[5], и социальные форумы, связанные с вопросами психиатрических диагнозов[6]. В последнее время современные мобильные телефоны (смартфоны) облегчают сбор данных[7], расширяя охват и распространение терапевтической помощи. В настоящее время существуют буквально тысячи приложений для смартфонов, нацеленных на решение таких проблем с психическим здоровьем, как депрессия и стресс[8,9].

Основное внимание в этом обзоре уделяется методам психологической помощи, предоставляемой через интернет[10,11]. Первый из этих методов лечения был разработан, оценен и внедрен в рамках обычной медицинской практики в середине 1990-х годов[12]. Впоследствии число контролируемых исследований психологических методов лечения через интернет росло гораздо быстрее, чем исследования психотерапии в целом. Большинство программ и исследований в области лечения через интернет включали различные формы когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), часто называемой ИКПТ[13].

Терапевтические подходы

Существует множество различных версий ИКПТ, но все они требуют программной платформы для проведения и управления процедурой. В такой платформе представлены инструменты оценки, материалы для лечения и методы, облегчающие взаимодействие между клиницистом и клиентом[14]. Программы по терапии могут предоставлять контент в виде текста, видео или аудио, которые представлены вместе с домашними заданиями, а также взаимодействием с врачом-клиницистом и/или автоматизированными функциями поддержки (особенно в случаях самостоятельного лечения). Оформление страницы в платформе может быть гибким, подстраиваясь под размер экрана для обеспечения полноценной работы через настольный компьютер, мобильный телефон (смартфон) или планшет[14].

Другой важной особенностью платформ программного обеспечения для терапии является то, что они должны регулярно применять опросники симптомов, необходимые для того, чтобы контролировать динамику, тяжесть симптомов и, по возможности, риск самоповреждений[15]. Безопасность данных также имеет важное значение – в частности, при взаимодействии клиента с терапевтом через текстовый или видеочат, то есть при обмене конфиденциальной информацией, а также при записи клинических данных.

Правовые требования к использованию личных данных о здоровье быстро развиваются, а требования к безопасности, как правило, аналогичны требованиям для отраслей, которые включают электронную передачу конфиденциальных данных, таких как интернет-банкинг (например, при оплате счетов онлайн), включая шифрование трафика данных и процедуру двойной аутентификации при входе[14].

Многие программы включают все компоненты доказательных методов психотерапии[17]: например, инструкции по экспозиции в случае тревожных расстройств и методы поведенческой активации в случае депрессии. Таким образом, некоторые программы могут быть эквивалентны 150 страницам текста, даже если материал предоставляется онлайн и с интерактивными функциями, такими как тесты.

Большая часть общих методов КПТ была перенесена в интернет-формат, при этом первые программы имели сходство с библиотерапией[18]. В настоящее время подобные программы более удобны для чтения с экрана или представлены в виде слайд-шоу, которые показывают принципы КПТ через текст и образы[19].

Хотя КПТ была доминирующей моделью терапии через интернет до настоящего времени, изучались и изучаются другие модели, в том числе терапия принятия и ответственности[20], психодинамические подходы[21], межличностная психотерапия[22], физическая активность[23], практики осознанности[24] и программы, основанные на коррекции когнитивных искажений[25].

Большое число исследований и несколько реализованных методов включают в себя участие врача-клинициста, который ведет клиента через программу, оценивает домашние задания, а также обеспечивает информацией и отвечает на вопросы клиента[17]. Роль врача в ИКПТ была изучена во многих исследованиях, и в целом ИКПТ программы под руководством клинициста были более эффективны, чем без него[26]. В то же время в некоторых исследованиях, в которых был контакт с врачом, показано, что самостоятельное лечение может также обеспечить клинически значимые улучшения[27,28].

Хотя исследований все еще мало, есть указания на то, что практической и технической поддержки может быть достаточно[29] и что начинающие клиницисты могут быть столь же эффективны, как клиницисты, имеющие больше опыта работы с ИКПТ[30]. С другой стороны, исследования также показывают, что действия терапевта не бесполезны[31] и что снисходительное отношение терапевта к незавершенным домашним заданиям может быть связано с менее выраженным улучшением при использовании ИКПТ при генерализованном тревожном расстройстве[32]. Более того, подтверждение получения электронных писем клиентов может быть связано с лучшими результатами ИКПТ при депрессии, как и если терапевт более открыт, чтобы привести пару примеров[33]. Для повышения приверженности пациентов и эффективности терапевта могут быть разработаны рекомендации, которые облегчат как исследования, так и клиническое обучение[34].

В ряде исследований изучалась роль терапевтического альянса в ИКПТ[35] с упором на согласование задач и целей, а также связь между терапевтом и клиентом[36]. В то время как некоторые исследования показывают небольшую, но статистически значимую связь между ранними показателями альянса и результатами ИКПТ[37], другие исследования это не подтверждают[38]. В целом, сообщалось о высоких показателях альянса, что дает основание предположить о развитии отношений клиентов со своим онлайн-терапевтом. Но в этом исследовании, вероятно, альянс оценивался по отношению ко всей программе, а не только относительно незначительных взаимодействий между клиентом и терапевтом[39]. В остальном, за исключением смешанного исследования (очное взаимодействие и ИКПТ)[40], в исследования не была включена оценка альянса.

Инновации

Одним из аспектов терапии через интернет, в том числе ИКПТ, является перспектива быстрых клинических нововведений, так как имеются возможности для совершенствования исследований терапии[41]. Психотерапевтические контролируемые исследования имеют высокую стоимость, и преимуществами проведения исследований в интернете являются меньшие затраты и более короткие сроки обучения.

Во-первых, набор пациентов происходит гораздо быстрее, чем в обычных клинических исследованиях, отчасти потому что он не ограничен географически. Во-вторых, диагностика часто проводится на расстоянии, включая структурированные телефонные интервью, которые дополняют данные, полученные с помощью утвержденных онлайн-опросников[42]. В-третьих, при использовании онлайн-материалов, предоставляющих значительную долю терапевтической информации, фактическое время, посвященное каждому клиенту, намного меньше, чем в очных исследованиях терапии, – в среднем 10 минут на клиента в неделю по сравнению с традиционными 45-минутными еженедельными сеансами. Также нет необходимости в кабинете, и клиентам не нужно ждать так же долго, как при очном исследовании. Дополнительные преимущества – возможность повторить урок/модуль и более быстро обратиться за помощью при необходимости.

Исследователи в этой области часто начинают с проведения рандомизированного контролируемого исследования (РКИ), иногда называемого «пилотным РКИ»[43], но не обязательно с маленькими выборками, как в более давних психотерапевтических исследованиях, которые часто имели низкую статистическую мощность[44]. Некоторые исследователи проводят открытые пилотные исследования перед проведением контролируемого исследования[45], но, поскольку контролируемое исследование с большей вероятностью даст четкие результаты и по стоимости соразмерно с пилотным исследованием, существует тенденция пропускать это открытое тестирование при оценке разработанной терапии.

Открытые исследования четвертой фазы без контрольных групп играют важную роль в оценке клинической эффективности[46], когда рандомизация не представляется возможной. В исследованиях интернет-вмешательств могут также использоваться качественные методы, включая опросы лиц, прошедших лечение. Таких исследований становится все больше. Однако описания случаев не достаточно подробны, и, насколько нам известно, исследований по описанию случаев в области интернет-вмешательств очень мало[48].

Учитывая большие размеры выборки, которые могут быть получены в исследованиях интернет-вмешательств, появилась возможность проводить исследования с использованием факторного анализа, вместо исследований терапии в сравнении с контролем. При использовании факторного дизайна можно ответить более чем на один вопрос, так как две или более независимых переменных (или факторов) оцениваются в рамках одного исследования, что приводит к двум или более основным эффектам и возможному взаимодействию между ними. Как минимум, это позволяет использовать дизайн с четырьмя экспериментальными условиями (или группами). Например, можно сравнить две различные формы ИКПТ для лечения депрессии (поведенческая активация и когнитивная терапия), а также два различных способа оказания помощи (плановая и по требованию).

Существуют различные варианты факторного дизайна[49], и в настоящее время проводится несколько таких исследо-

ваний[50,51]. Использование факторного дизайна, вероятно, ускорит разработку новых видов терапии и ее компонентов. Тем не менее, даже текущие исследования вмешательств через интернет можно рассматривать как движущую силу инноваций, при этом методы терапии разрабатываются непосредственно для применения через интернет без предварительной оценки в очной форме. Одним из таких примеров является недавно разработанная терапия прокрастинации[52].

Возможность набора пациентов без географических барьеров также открывает возможности для исследования психотерапии в лечении людей с состояниями и проблемами (например, травма спинного мозга, эпилепсия), которые могут быть инвалидизирующими и имеют относительно низкую распространенность, что затрудняет их изучение в очной форме[53].

Доказательная база на настоящий момент

Доказательная база ИКПТ и психотерапевтических вмешательств через интернет в целом стремительно растет, что обусловливает необходимость систематических обзоров по разным состояниям. В настоящее время проводится до 300 контролируемых исследований психотерапевтических вмешательств через интернет (включая неопубликованные исследования) в отношении различных расстройств и целевых групп населения, и их число продолжает увеличиваться.

В первых обзорах более широко рассматривались эффекты ИКПТ[54] или эффекты вмешательств с использованием компьютерных технологий в целом[55]. По-прежнему распространено смешивание различных методов в обзорах, что создает определенные сложности, так как существуют отличия между вмешательствами с использованием компьютера в клинике и ИКПТ, предполагающей контакт на расстоянии.

В некоторых современных обзорах основное внимание уделяется эффектам вмешательств через интернет на конкретные расстройства или состояния, в различных целевых группах, а также при использовании конкретных форм психотерапии, таких как терапия принятия и ответственности[56]. Еще одной недавней тенденцией является проведение мета-анализа данных по каждому участнику путем объединения исходных данных из различных исследований, что облегчает анализ с переменными-модераторами[57].

Общей проблемой при изучении литературы по психотерапевтическим вмешательствам через интернет, включая ИКПТ, является использование различных терминов для описания вмешательств, например цифровая терапия, интернет-вмешательства, компьютерная психотерапия. Также широко используются другие термины, такие как веб-психотерапия и онлайн-психотерапия. Это создает так называемый «терминологический хаос»[58], и нет предпосылок, что он будет решен, поскольку взаимодействие через смартфон и виртуальная реальность теперь легко сочетаются со стандартным интернет-форматом[59].

Существует несколько систематических обзоров и мета-анализов в отношении тревожных расстройств, включая недавний Кокрейновский обзор по ИКПТ, проводимой терапевтом[60]. В него включены рандомизированные контролируемые исследования ИКПТ, проводимой терапевтом, в сравнении с группами листа ожидания, наблюдения, онлайн-дискуссий или информационными группами; КПТ без участия терапевта; и очной КПТ. В анализ были включены исследования взрослых с паническим расстройством, агорафобией, социальной фобией, посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР), острым стрессовым расстройством, генерализованным тревожным расстройством, обсессивно-компульсивным расстройством, или специфическими фобиями, диагностированными в соответствии с DSM-III/III-R/IV/IV-TR или МКБ-9/10. Стандартизированная разность средних (СРС) по специфическим симптомам тревоги (22 исследования, 1573 участника) и общим симптомам тревоги (14 исследований, 1004 участника) после терапии показала преимущества участия терапевта в ИКПТ в сравнении с группами наблюдения, онлайн-дискуссий или информационными группами (соответственно, СРС= -1,12, 95% ДИ: от -1,39 до -0,85 для специфических симптомов тревоги; и СРС= -0,79, 95% ДИ: от -1,10 до -0,48 для общих симптомов тревоги). Однако качество данных было оценено как низкое. Не было достоверных отличий между ИКПТ с участием терапевта и очной КПТ по специфическим симптомам тревоги (6 исследований, 424 участника, СРС=0,09, 95% ДИ: от -0,26 до 0,43) или общим симптомам тревоги (5 исследований, 317 участников, СРС=0,17, 95% ДИ: от -0,35 до 0,69) после проведенной терапии. Качество данных вновь было оценено как низкое.

Это согласуется с данными обзора Andrews и соавт.[61], в котором Hedges'g для ИКПТ или компьютерной КПТ (кКПТ) в сравнении с группами, получавшими обычную помощь, группами листа ожидания, информационными контрольными группами, группами плацебо препаратов и психологической плацебо-помощи составил 1,31 (95% ДИ: от 0,85 до 1,76; 12 исследований) для панического расстройства, 0,92 (95% ДИ: от 0,76 до 1,08; 11 исследований) для социального тревожного расстройства и 0,70 (95% ДИ: от 0,39 до 1,01; 9 исследований) для генерализованного тревожного расстройства. В девяти исследованиях ИКПТ сравнивалась с очной КПТ (568 человек), статистическая разница при этом была незначительной (g=0,14 в пользу очной КПТ, 95% ДИ: от -0,04 до 0,32).

В целом, это предполагает, что ИКПТ с участием терапевта более эффективна в сравнении с контрольными условиями для тревожных расстройств, и незначительно отличается от очной КПТ, хотя необходимы новые данные более высокого качества.

Опубликованы отдельные обзоры, например, по ПТСР[62], в котором объединенный размер эффекта между группами лечения в сравнении с контрольными группами листа ожидания составил g=0,71, на основе 10 исследований и 1139 участников. Кроме того, недавно был проведен обзор по эффектам ИКПТ у детей и подростков[63], который включал 24 исследования и выявил умеренный размер эффекта в сравнении с группами контроля (g=0,62).

В отношении депрессии Andrews и соавт.[61] получили Hedges' g для ИКПТ и кКПТ в сравнении с группами, получавшими обычную помощь, группами листа ожидания, информационными контрольными группами, группами плацебо препаратов и психологической плацебо-помощи равным 0,67 (95% ДИ: от 0,51 до 0,81) на основе 32 исследований. Josephine и соавт.[64] в систематическом обзоре и мета-анализе психотерапевтических интернет- и мобильных вмешательств у взрослых с диагностированной депрессией в сравнении с группами листа ожидания или плацебо-наблюдениями, выявили только 19 подходящих для включения исследований (т.е. включили пациентов с диагностированным депрессивным расстройством). Психотерапевтические интернет- и мобильные вмешательства показали значительно большее влияние на тяжесть депрессии по сравнению с группами листа ожидания по окончании лечения (g=-0,90, 95% ДИ: от -1,07 до -0,73).

В недавнем мета-анализе данных по отдельным участникам[65] собраны исходные данные из 13 рандомизированных контролируемых испытаний (3876 участников), в которых ИКПТ без участия терапевта сравнивалась с контрольными группами (обычное лечение, лист ожидания или группы наблюдения) у лиц с симптомами депрессии. ИКПТ без участия терапевта была значительно более эффективной

по сравнению с контрольными группами по показателям выраженности депрессивных симптомов (g=0,27) и ответу на терапию (отношение шансов=1,95, 95% ДИ: от 1,52 до 2,50). Указанный размер эффекта, по-видимому, подтверждают результаты более старых обзоров, предполагающих, что ИКПТ без участия терапевта менее эффективна, чем ИКПТ с его участием[66].

Одним из подходов в ИКПТ является адаптация психотерапевтического вмешательства в соответствии с особенностями пациента, что представляет собой способ справиться с коморбидностью. Альтернативой является использование трансдиагностического подхода, нацеленного на основные механизмы ряда расстройств (например, избегание). Оба подхода были протестированы в исследованиях ИКПТ и в мета-анализе исследований, посвященных тревоге и депрессии (19 контролируемых исследований и 2952 участника). По результатам был выявлен средний размер эффекта в сравнении с группами контроля g=0,82 (95% ДИ: от 0,58 до 1,05) для тревоги и g=0,79 (95% ДИ: от 0,59 до 1,00) для депрессии. Существенной разницы между трансдиагностическим и специфическим подходами выявлено не было[67].

В дополнение к исследованиям по психиатрии, существует обширная литературная база по различным проблемам со здоровьем, таким как хроническая боль[68], бессонница[69], тиннитус[70], стресс[71], и это лишь несколько примеров. Также представлены исследования по зависимостям[72].

В то время как в первых исследованиях ИКПТ без участия терапевта были высокие показатели выбывания из исследований (31% (средневзвешенное значение) участников выбыли в 19 исследованиях терапии расстройств психологического профиля через интернет)[75], в недавнем мета-анализе ИКПТ у взрослых пациентов с депрессией[76] (24 исследования) было установлено, что участники в случаях ИКПТ с привлечением терапевта проходили в среднем 80,8% лечения, что достоверно не отличалось от таковых показателей при очной КПТ (83,9%, p=0,59). Тем не менее, процент тех, кто прошел весь курс терапии, был значительно выше при очной КПТ (84,7%), чем при ИКПТ с участием терапевта (65,1%, p<0,001).

Существуют также исследования долгосрочных эффектов ИКПТ. В недавний обзор включено 14 исследований, в ходе которых были собраны данные за период наблюдения в два и более года после завершения лечения. Включенные исследования имели средний период наблюдения в три года[77]. Исследования были посвящены долгосрочным эффектам при паническом расстройстве, социальном тревожном расстройстве, генерализованном тревожном расстройстве, депрессии, смешанной тревоге с депрессией, обсессивно-компульсивном расстройстве, игромании, стрессе и хронической усталости. Размер эффекта к концу наблюдения составил g=1,52.

В целом, количество литературы по вмешательствам через интернет и ИКПТ растет, ИКПТ с участием терапевта выглядит столь же эффективной, как очная КПТ, и ее эффекты, вероятно, устойчивы с течением времени.

Нежелательные эффекты

Возможность развития негативных эффектов во время и после психотерапии была недавно исследована при ИКПТ[78], несмотря на то, что их часто не указывают (и, возможно, даже игнорируют в течение длительного времени). На нежелательные эффекты чаще указывают в контролируемых исследованиях ИКПТ, хотя есть и отдельные сообщения о негативных эффектах.

Одним из примеров является мета-анализ на уровне пациентов[79], который включает 2866 пациентов из 29 клинических исследований ИКПТ. При использовании Индекса Достоверных Изменений (Reliable Change Index) частота ухудшений составила 5,8% в группе лечения и 17,4% в контрольной (отношение шансов= 3,10, 95% ДИ: от 2,21 до 4,34). Факторами, указывающими на более низкую вероятность ухудшения состояния, были наличие отношений, больший возраст и наличие хотя бы высшего образования, но только у пациентов из группы лечения.

В другом мета-анализе на уровне пациентов по интернет-лечению без участия терапевта при депрессии[80] было выявлено, что из 3805 участников у 5,8% в группах лечения и 9,1% в контрольных группах наступало ухудшение (отношение шансов=0,62, p<0,001). Ни одна из исследованных переменных-модераторов не была достоверно связана с частотой ухудшений.

В похожем анализе на уровне пациентов по ИКПТ с участием терапевта[81] (18 исследований, 2079 участников) частота ухудшения составила 3,36% в группах лечения и 7,60% в контрольных группах (относительный риск=0,47, 95% ДИ: от 0,29 до 0,75). У пациентов с низким уровнем образования выявлен более высокий риск ухудшения состояния, чем у пациентов с более высоким уровнем образования.

В целом, показатели частоты ухудшений, по-видимому, аналогичны таковым при очном лечении[78]. Однако важно отметить, что наши методы изучения негативных последствий по-прежнему ограничены и, например, относительно немного известно о причинах (например, само вмешательство, факторы, не связанные с вмешательством) негативных последствий, наблюдаемых во время вмешательств через интернет. Нежелательные эффекты, отличные от ухудшения по тяжести симптомов, могут также иметь место при ИКПТ и должны быть исследованы, например, с помощью открытых вопросов или самоотчетов, охватывающих неблагоприятные и нежелательные явления[79].

Механизмы изменений и предикторы результатов лечения

Как и следовало ожидать, исходя из данных литературы по очной психотерапии[82], в исследованиях психотерапевтических вмешательств через интернет нет однозначных предикторов или механизмов изменений. Мы проанализировали и указали выше данные из литературы по терапевтическому альянсу, в которой результаты были противоречивыми. Кроме того, проводились исследования по генетическим факторам, но полученные результаты не являются многообещающими[83].

В одном из исследований[84] была выдвинута гипотеза, что большая когнитивная пластичность обеспечит лучшую основу для обучения и реализации методов когнитивной реструктуризации, используемых в ИКПТ, что приведет к лучшим результатам лечения. Использовались данные трех выборок, включая пациентов с депрессией, социальным тревожным расстройством и тиннитусом. 64-карточный Висконсинский Тест Сортировки Карточек (ВТСК) был проведен до лечения. Достоверных связей между персеверативными ошибками в ВТСК и результатами лечения выявлено не было ни в одной из групп.

Однако в другом исследовании[85], проведенном на выборке из 66 пожилых людей со смешанным тревожно-депрессивным состоянием, случайно распределенных в группы ИКПТ или контроля, которые выполнили ВТСК (персеверативные ошибки) и заполнили Когнитивный Опросник Неуспешности до лечения, сообщалось об умеренном эффекте между группами по основному методу оценки – шкале тревоги Бека (d=0,50) в пользу группы лечения. Авторы пришли к выводу о необходимости дальнейшего изучения роли когнитивного функционирования в качестве результата ИКПТ.

Возможно, более перспективными, но все же очень предварительными являются исследования по визуализации

мозга. В одном из исследований[86] выявлено, что долгосрочный эффект ИКПТ при социальном тревожном расстройстве может быть предсказан по BOLD-ответам (зависимым от уровня кислорода) на самокритику в отражающей чувство страха передней поясной коре и миндалевидных областях до лечения, проанализированных с использованием метода машинного обучения с опорными векторами. В другом исследовании[87] сообщается, что больший объем передней поясной коры до лечения был значимым предиктором более выраженного улучшения симптомов депрессии при ИКПТ, даже после контроля по демографическим и клиническим переменным, ранее связанным с ответом на лечение.

Ряд демографических характеристик также был исследован с различными результатами. Как правило, такие переменные, как возраст, пол, семейное положение, навыки владения компьютером, уровень образования и наличие детей, не имели значительной прогностической значимости[88].

Существуют и другие возможные медиаторы, связанные с результатами терапии, относящиеся в большей степени к процессу лечения, и факторы, которые могут влиять на заинтересованность и приверженность к терапии. Например, сообщалось, что интернет-терапия более эффективна, когда лечение удобно для пользователей, технически не очень сложно и указана его четкая длительность[89]. Кроме того, было выявлено, что внезапные положительные эффекты (т.е. выраженные и устойчивые улучшения, происходящие между двумя последовательными сеансами лечения) прогнозируют более выраженные улучшения как по окончании терапии, так и в течение года после нее у пациентов, проходивших ИКПТ, при тяжелой ипохондрии[90]. Особенности дизайна ИКПТ также могут быть важны: в систематическом обзоре[91] установлено, что элементы «техники убеждения» (например, более выраженное вовлечение клиента в беседу) предсказывали значительно более высокую приверженность к лечению.

ИКПТ также концептуализировалась как форма обучения пациентов. В исследованиях оценивалось, влияет ли ИКПТ на увеличение круга знаний при социофобии[30], пищевых расстройствах[92] и у подростков с депрессией[93]. Была выявлена большая осведомленность о состоянии после проведения ИКПТ. Необходимы дальнейшие исследования в этой области, например, для изучения того, возможно ли непосредственно повлиять на приобретение знаний в процессе лечения (с использованием методов педагогики).

Согласно другому связанному направлению исследований сообщается, что применение клиентом навыков КПТ может прогнозировать изменения выраженности симптомов и удовлетворенность жизнью[94]. Это перспективное направление работы указывает на то, что применение таких навыков может быть важным механизмом изменений, но требует репликации на больших выборках.

В целом, несмотря на наличие обсервационных исследований механизмов изменений при ИКПТ, последовательных выводов относительно модераторов и медиаторов мало. Теоретические и экспериментальные исследования с многократным измерением переменных в ходе терапии могут помочь выявить, что необходимо изучать, поскольку многие исследования были основаны на традиционных исследованиях психотерапии, а не на особенностях ИКПТ.

Внедрение

ИКПТ и психотерапевтические вмешательства через интернет в целом известны уже около 20 лет[3], но усилия по внедрению имели неоднозначный успех. Кроме того, такие попытки редко хорошо описаны с точки зрения внедрения.

Однако опубликовано несколько исследований эффективности по ряду заболеваний и состояний на основании данных из клинической практики[95]. Одной из первых реализаций в общем здравоохранении была клиника тиннитуса в Уппсале, Швеция, в которой стали проводить КПТ через интернет с конца 1999 года и в скором времени опубликовали результаты об эффективности метода[96]. Другим ранним примером является программа «Interapy» в Нидерландах, которую запустили в 1990-х годах и впоследствии опубликовали данные о ее эффективности у взрослых пациентов с симптомами депрессии, панического расстройства, ПТСР или выгорания[97]. Общедоступная программа Moodgym из Австралии является еще одним ранним примером с опубликованными данными от пользователей[98].

Два современных примера сообщений об эффективности представлены клиникой MindSpot в Австралии[19] и отделением интернет-психиатрии в Швеции[46,99]. Обе группы опубликовали данные из своей клинической практики, свидетельствующие о том, что ИКПТ эффективна в качестве обыденной процедуры с обычными клиентами. В недавнем исследовании описывалось внедрение ИКПТ в пяти странах: Австралии, Канаде, Норвегии, Швеции и Дании[100]. Авторы также включили ссылки на опубликованные исследования эффективности из своих клиник, которые указывают на значительное клиническое улучшение, низкую частоту ухудшений и высокий уровень удовлетворенности пациентов.

Хотя исследования еще находятся на ранней стадии, опубликованные данные четко указывают на то, что ИКПТ работает в клинических условиях, в том числе при поэтапном подходе лечения[101]. Однако в большинстве случаев это реализовано в специализированных и централизованных клиниках, а не в масштабах всей страны с участием ряда лечебных заведений.

Одним из потенциальных препятствий при реализации психотерапевтических вмешательств через интернет и ИКПТ является негативное отношение среди клиентов, клиницистов и других заинтересованных сторон (например, страховых компаний). Одно исследование заинтересованных сторон было проведено в восьми европейских странах при участии 175 организаций[102]. Результаты свидетельствуют о большей приемлемости комбинированного лечения (интеграция очных и интернет-сеансов в рамках одного случая) по сравнению с лечением исключительно через интернет. Например, в случае легкой депрессии 46,5% рекомендовали бы только ИКПТ и 69,8% – комбинированное лечение, но в случаях умеренной депрессии соответствующие цифры составили только 15,7% и 57,2%. Такая же тенденция была выявлена в случаях тяжелой депрессии, 1,9% порекомендовали бы ИКПТ и 27% комбинированную терапию. Таким образом, «заинтересованные стороны» по-прежнему не решаются рекомендовать ИКПТ в качестве самостоятельного вида терапии, в частности в случаях более тяжелой депрессии. Другим примером является исследование из США, проведенное в условиях первичной помощи, в котором выявлено, что пациенты были менее заинтересованы в ИКПТ, чем в очной психотерапии[103].

Вышеуказанные данные следует толковать с осторожностью, поскольку, вероятно, существуют различия между и внутри стран и условиями оказания помощи. Учитывая, что клиницисты могут не знать, что такое ИКПТ, имеет значение проведение просветительских мероприятий для облегчения ее распространения[104]. Тем не менее, преимущества психотерапевтических вмешательств через интернет заключаются в том, что они дают возможность получить помощь тем, кто не может или не хочет обращаться очно, в сравнении с очными клиентами.

Будущие направления

Трудно предсказать, как будут развиваться технологии, а также будут ли они адаптированы для клинического применения. Одним из примеров является использование датчиков для оценки моделей поведения и физиологической активности, как, например, сна через смартфоны[8]. Такая технология существует, но необходимо исследовать, может ли она каким-либо образом способствовать лечению. Другой пример – «серьезные игры» и другие способы представления информации, чем текст и картинки[105]. Виртуальная реальность – еще один метод, который становится дешевле и может быть интегрирован в ИКПТ[106]. Наконец, в свете возможности создавать большие объемы данных роль машинного обучения может возрасти, так, например, в одном предварительном исследовании указывается, что при использовании такого подхода может улучшиться прогнозирование результатов лечения[107].

Вторым возможным будущим направлением исследований является расширение использования ИКПТ за счет перевода на другие языки и применения в различных культурных группах, которые часто исследуются в психотерапевтических исследованиях (например, иммигранты). В качестве примера можно привести контролируемые исследования на арабском[108] и китайском[109] языках. Один проект, направленный на распространение лечения среди различных языков и культур, включал перевод шведской программы ИКПТ при социальном тревожном расстройстве на румынский язык[110].

Третьим направлением, уже упоминавшимся ранее, является разработка и тестирование интернет-психотерапии, отличной от КПТ. Это может быть психодинамическая терапия[21], межличностная терапия[111] и программы лечения с тренировкой внимания[112]. Количество таких исследований и, возможно, интеграция терапевтических методов, вероятно, увеличится. Мы также ожидаем появление большего количества исследований моделей комбинированной терапии, которая описана выше.

Четвертое направление связано с дизайном исследований и систематическими ошибками публикации. Что касается дизайна исследований, то мы считаем, что стандартное сравнение групп лечения и контроля уступает более сложному факторному дизайну, при котором возможно исследовать несколько вопросов одновременно. Систематические ошибки публикации являются проблемой как в фундаментальных, так и в прикладных исследованиях, но мы считаем, что это изменится. О «неудачных» исследованиях ИКПТ уже есть сообщения[113], а также есть исследования с отрицательными результатами[25].

Пятый вероятный путь развития – это создание правил и стандартов, определяющих место ИКПТ в здравоохранении. Мы признаем, что медицинские услуги, предоставляемые через интернет, должны соответствовать тем же стандартам безопасности и качества, что и традиционные, но также должны соответствовать стандартам безопасности и сохранности конфиденциальных данных о здоровье. Как следствие возрастающего интереса к ИКПТ у спонсоров и здравоохранения, мы ожидаем развитие дискуссии о том, как лучше контролировать такие услуги, каким стандартам они должны отвечать и как они должны сертифицироваться[114,115].

Заключение

ИКПТ и другие формы интернет-вмешательств дают надежду на расширение базы доказательного психологического лечения. Они могут служить в качестве инструмента для инноваций, которые впоследствии могут быть использованы в очных формах лечения.

ИКПТ постепенно внедряется в практику, но этот процесс медленный и его необходимо лучше документировать. Хотя такие вмешательства экономически эффективны[116], существует ряд профессиональных сложностей при переходе от традиционных моделей. Скорее всего, комбинированный подход, который сохраняет преимущества как очных, так и технологических методов, получит большую популярность в будущем.

БЛАГОДАРНОСТИ

G. Andersson выражает благодарность Linköping University, Swedish Council for Working and Life Research и Swedish Foundation for Humanities and Social Sciences за финансовую поддержку его исследования.

Библиография

1. Krotoski A. Untangling the web. What the internet is doing to you. London: Guardian Books, 2013.
2. Marks IM, Shaw S, Parkin R. Computer-assisted treatments of mental health problems. Clin Psychol Sci Pract 1998;5:51-170.
3. Andersson G. Internet interventions: past, present and future. Internet Interv 2018;12:181-8.
4. Khazaal Y, Fernandez S, Cochand S et al. Quality of web-based information on social phobia: a cross-sectional study. Depress Anxiety 2008;25:461-5.
5. Epstein J, Klinkenberg WD. From Eliza to Internet: a brief history of computerized assessment. Comp Human Behav 2001;17:295-314.
6. Griffiths KM, Christensen H. Quality of web based information on treatment of depression: cross sectional survey. BMJ 2000;321:1511-5.
7. Mohr DC, Zhang M, Schueller SM. Personal sensing: understanding mental health using ubiquitous sensors and machine learning. Annu Rev Clin Psychol 2017;13:23-47.
8. Firth J, Torous J, Nicholas J et al. The efficacy of smartphone-based mental health interventions for depressive symptoms: a meta-analysis of randomized controlled trials. World Psychiatry 2017;16:287-98.
9. Chandrashekar P. Do mental health mobile apps work: evidence and recommendations for designing high-efficacy mental health mobile apps. mHealth 2018;4:6.
10. Andersson G. Internet-delivered psychological treatments. Annu Rev Clin Psychol 2016;12:157-79.
11. Andersson G, Titov N. Advantages and limitations of Internet-based interventions for common mental disorders. World Psychiatry 2014;13:4-11.
12. Ruwaard J, Lange A, Schrieken B et al. Efficacy and effectiveness of online cognitive behavioral treatment: a decade of interapy research. Stud Health Technol Inform 2011;167:9-14.
13. Andersson G, Carlbring P, Lindefors N. History and current status of ICBT In: Lindefors N, editor; , Andersson G, editor. (eds). Guided internet-based treatments in psychiatry. Cham: Springer, 2016:1-16.
14. Vlaescu G, Alasjö A, Miloff A et al. Features and functionality of the Iterapi platform for internet-based psychological treatment. Internet Interv 2016;6:107-14.
15. Nielssen O, Dear BF, Staples LG et al. Procedures for risk management and a review of crisis referrals from the MindSpot Clinic, a national service for the remote assessment and treatment of anxiety and depression. BMC Psychiatry 2015;15:304.
16. Bennett K, Bennett AJ, Griffiths KM. Security considerations for e-mental health interventions. J Med Internet Res 2010;12:e61.
17. Andersson G. The internet and CBT: a clinical guide. Boca Raton: CRC Press, 2015.
18. Andersson G, Bergström J, Buhrman M et al. Development of a new approach to guided self-help via the Internet. The Swedish experience. J Technol Human Serv 2008;26:161-81.
19. Titov N, Dear BF, Staples L et al. The first 30 months of the MindSpot Clinic: evaluation of a national e-mental health service against project objectives. Aust N Z J Psychiatry 2017;51:1227-39.
20. Dahlin M, Andersson G, Magnusson K et al. Internet-delivered acceptance-based behaviour therapy for generalized anxiety disorder: a randomized controlled trial. Behav Res Ther 2016;77:86-95.
21. Johansson R, Ekbladh S, Hebert A et al. Psychodynamic guided self-help for adult depression through the Internet: a randomised controlled trial. PLoS One 2012;7:e38021.
22. Dagöö J, Persson Asplund R, Andersson Bsenko H et al. Cognitive behavior therapy versus interpersonal psychotherapy for social anxiety

disorder delivered via smartphone and computer: a randomized controlled trial. J Anxiety Disord 2014;28:410-7.
23. Ström M, Uckelstam C-J, Andersson G et al. Internet-delivered therapist-guided physical activity for mild to moderate depression: a randomized controlled trial. Peer J 2013;1:e178.
24. Boettcher J, Åström V, Påhlsson D et al. Internet-based mindfulness treatment for anxiety disorders: a randomised controlled trial. Behav Ther 2014;45:241-53.
25. Carlbring P, Apelstrand M, Sehlin H et al. Internet-delivered attention training in individuals with social anxiety disorder – a double blind randomized controlled trial. BMC Psychiatry 2012;12:66.
26. Baumeister H, Reichler L, Munzinger M et al. The impact of guidance on Internet-based mental health interventions – a systematic review. Internet Interv 2014;1:205-15.
27. Dear BF, Staples LG, Terides MD et al. Transdiagnostic versus disorder-specific and clinician-guided versus self-guided internet-delivered treatment for generalized anxiety disorder and comorbid disorders: a randomized controlled trial. J Anxiety Disord 2015;36:63-77.
28. Titov N, Dear BF, Staples LG et al. Disorder-specific versus transdiagnostic and clinician-guided versus self-guided treatment for major depressive disorder and comorbid anxiety disorders: a randomized controlled trial. J Anxiety Disord 2015;35:88-102.
29. Titov N, Andrews G, Davies M et al. Internet treatment for depression: a randomized controlled trial comparing clinician vs. technician assistance. PLoS One 2010;5:e10939.
30. Andersson G, Carlbring P, Furmark T, on behalf of the SOFIE Research Group. Therapist experience and knowledge acquisition in Internet-delivered CBT for social anxiety disorder: a randomized controlled trial. PLoS One 2012;7:e37411.
31. Schneider LH, Hadjistavropoulos HD, Faller YN. Internet-delivered cognitive behaviour therapy for depressive symptoms: an exploratory examination of therapist behaviours and their relationship to outcome and therapeutic alliance. Behav Cogn Psychother 2016;44: 625-39.
32. Paxling B, Lundgren S, Norman A et al. Therapist behaviours in Internet-delivered cognitive behaviour therapy: analyses of e-mail correspondence in the treatment of generalized anxiety disorder. Behav Cogn Psychother 2013;41:280-9.
33. Holländare F, Gustafsson SA, Berglind M et al. Therapist behaviours in internet-based cognitive behaviour therapy (ICBT) for depressive symptoms. Internet Interv 2016;3:1-7.
34. Hadjistavropoulos HD, Schneider LH, Klassen K et al. Development and evaluation of a scale assessing therapist fidelity to guidelines for delivering therapist-assisted Internet-delivered cognitive behaviour therapy. Cogn Behav Ther 2018;47:447-61.
35. Pihlaja S, Stenberg JH, Joutsenniemi K et al. Therapeutic alliance in guided internet therapy programs for depression and anxiety disorders – a systematic review. Internet Interv 2018;11:1-10.
36. Horvath AO, Del Re AC, Fluckiger C et al. Alliance in individual psychotherapy. Psychotherapy 2011;48:9-16.
37. Bergman Nordgren L, Carlbring P, Linna E et al. Role of the working alliance on treatment outcome in tailored internet-based cognitive behavioural therapy for anxiety disorders: randomized controlled pilot trial. JMIR Res Protoc 2013;2:e4.
38. Andersson G, Paxling B, Wiwe M et al. Therapeutic alliance in guided Internet-delivered cognitive behavioral treatment of depression, generalized anxiety disorder and social anxiety disorder. Behav Res Ther 2012;50:544-50.
39. Berger T. The therapeutic alliance in internet interventions: a narrative review and suggestions for future research. Psychother Res 2017;27:511-24.
40. Vernmark K, Hesser H, Topooco N et al. Working alliance as a predictor of change in depression during blended cognitive behavior therapy. Cogn Behav Ther (in press).
41. Clark DM. Developing new treatments: on the interplay between theories, experimental science and clinical innovation. Behav Res Ther 2004;42:1089-104.
42. van Ballegooijen W, Riper H, Cuijpers P et al. Validation of online psychometric instruments for common mental health disorders: a systematic review. BMC Psychiatry 2016;16:45.
43. Lundgren JG, Dahlström Ö, Andersson G et al. The effect of guided web-based cognitive behavioral therapy on patients with depressive symptoms and heart failure: a pilot randomized controlled trial. J Med Internet Res 2016;18:e194.
44. Cuijpers P, Cristea IA, Karyotaki E et al. How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. World Psychiatry 2016;15:245-58.
45. Andersson E, Ljótsson B, Hedman E et al. Internet-based cognitive behavior therapy for obsessive compulsive disorder: a pilot study. BMC Psychiatry 2011;11:125.
46. Hedman E, Ljótsson B, Kaldo V et al. Effectiveness of Internet-based cognitive behaviour therapy for depression in routine psychiatric care. J Affect Disord 2014;155:49-58.
47. Bendelin N, Hesser H, Dahl J et al. Experiences of guided Internet-based cognitive-behavioural treatment for depression: a qualitative study. BMC Psychiatry 2011;11:107.
48. Pugh NE, Hadjistavropoulos HD, Klein B et al. A case study illustrating therapist-assisted internet cognitive behavior therapy for depression. Cogn Behav Pract 2014;21:64-77.
49. Collins LM, Dziak JJ, Kugler KC et al. Factorial experiments: efficient tools for evaluation of intervention components. Am J Prev Med 2014;47:498-504.
50. Murray E, Hekler EB, Andersson G et al. Evaluating digital health interventions: key questions and approaches. Am J Prev Med 2016;51:843-51.
51. Watkins E, Newbold A, Tester-Jones M et al. Implementing multifactorial psychotherapy research in online virtual environments (IMPROVE-2): study protocol for a phase III trial of the MOST randomized component selection method for internet cognitive-behavioural therapy for depression. BMC Psychiatry 2016;16:345.
52. Rozental A, Forsell E, Svensson A et al. Internet-based cognitive behavior therapy for procrastination: a randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol 2015;83:808-24.
53. Gandy M, Karin E, Fogliati VJ et al. A feasibility trial of an Internet-delivered and transdiagnostic cognitive behavioral therapy treatment program for anxiety, depression, and disability among adults with epilepsy. Epilepsia 2016;57:1887-96.
54. Spek V, Cuijpers P, Nyklicek I et al. Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. Psychol Med 2007;37:319-28.
55. Cuijpers P, Marks I, van Straten A-M et al. Computer-aided psychotherapy for anxiety disorders: a meta-analytic review. Cogn Behav Ther 2009;38:66-82.
56. Brown M, Glendenning A, Hoon AE et al. Effectiveness of web-delivered Acceptance and Commitment Therapy in relation to mental health and well-being: a systematic review and meta-analysis. J Med Internet Res 2016;18:e221.
57. Karyotaki E, Ebert DD, Donkin L et al. Do guided Internet-based interventions result in clinically relevant changes for patients with depression? An individual participant data meta-analysis. Clin Psychol Rev 2018;63:80-92.
58. Barak A. Concepts, definitions, and applications: the terminology chaos of Internet-supported psychotherapeutic interventions. Presented at the 6th Meeting of the International Society for Research on Internet Interventions, Chicago, May 2013.
59. Lindner P, Miloff A, Fagernäs S et al. Therapist-led and self-led one-session virtual reality exposure therapy for public speaking anxiety with consumer hardware and software: a randomized controlled trial. J Anxiety Disord 2018;51:153-8.
60. Olthuis JV, Watt MC, Bailey K et al. Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. Cochrane Database Syst Rev 2016;3:CD011565.
61. Andrews G, Basu A, Cuijpers P et al. Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: an updated meta-analysis. J Anxiety Disord 2018;55:70-8.
62. Sijbrandij M, Kunovski I, Cuijpers P. Effectiveness of internet-delivered cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. Depress Anxiety 2016;33:783-91.
63. Vigerland S, Lenhard F, Bonnert M et al. Internet-delivered cognitive behavior therapy for children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev 2016;50:1-10.
64. Josephine K, Josefine L, Philipp D et al. Internet- and mobile-based depression interventions for people with diagnosed depression: a systematic review and meta-analysis. J Affect Disord 2017;223:28-40.
65. Karyotaki E, Riper H, Twisk J et al. Efficacy of self-guided internet-based cognitive behavioral therapy in the treatment of depressive symptoms: a meta-analysis of individual participant data. JAMA Psychiatry 2017;74:351-9.

66. Andersson G, Cuijpers P. Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: a meta-analysis. Cogn Behav Ther 2009;38:196-205.
67. Păsărelu C, Andersson G, Bergman Nordgren L et al. Internet-delivered transdiagnostic and tailored cognitive behavioral therapy for anxiety and depression: a systematic review and meta-analysis. Cogn Behav Ther 2017;46:1-28.
68. Buhrman M, Gordh T, Andersson G. Internet interventions for chronic pain including headache: a systematic review. Internet Interv 2016;4:17-34.
69. Seyffert M, Lagisetty P, Landgraf J et al. Internet-delivered cognitive behavioral therapy to treat insomnia: a systematic review and meta-analysis. PLoS One 2016;11:e0149139.
70. Andersson G. Clinician-supported internet-delivered psychological treatment of tinnitus. Am J Audiol 2015;24:299-301.
71. Heber E, Ebert DD, Lehr D et al. The benefit of web- and computer-based interventions for stress: a systematic review and meta-analysis. J Med Internet Res 2017;19:e32.
72. Riper H, Blankers M, Hadiwijaya H et al. Effectiveness of guided and unguided low-intensity internet interventions for adult alcohol misuse: a meta-analysis. PLoS One 2014;9:e99912.
73. Andersson G, Cuijpers P, Carlbring P et al. Internet-based vs. face-to-face cognitive behaviour therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. World Psychiatry 2014;13:288-95.
74. Carlbring P, Andersson G, Cuijpers P et al. Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. Cogn Behav Ther 2018;47:1-18.
75. Melville KM, Casey LM, Kavanagh DJ. Dropout from Internet-based treatment for psychological disorders. Br J Clin Psychol 2010;49:455-71.
76. van Ballegooijen W, Cuijpers P, van Straten A et al. Adherence to Internet-based and face-to-face cognitive behavioural therapy for depression: a meta-analysis. PLoS One 2014;9:e100674.
77. Andersson G, Rozental A, Shafran R et al. Long-term effects of Internet-supported cognitive behavior therapy. Expert Rev Neurother 2018;18:21-8.
78. Rozental A, Castonguay L, Dimidjian S et al. Negative effects in psychotherapy: commentary and recommendations for future research and clinical practice. BJPsych Open 2018;4:307-12.
79. Rozental A, Magnusson K, Boettcher J et al. For better or worse: an individual patient data meta-analysis of deterioration among participants receiving Internet-based cognitive behavior therapy. J Consult Clin Psychol 2017;85:160-77.
80. Karyotaki E, Kemmeren L, Riper H et al. Is self-guided Internet-based cognitive behavioural therapy (iCBT) harmful? An individual participant data meta-analysis. Psychol Med 2018;48:2456-66.
81. Ebert DD, Donkin L, Andersson G et al. Does Internet-based guided-self-help for depression cause harm? An individual participant data meta-analysis on deterioration rates and its moderators in randomised controlled trials. Psychol Med 2016;46:2679-93.
82. Kazdin AE. Understanding how and why psychotherapy leads to change. Psychother Res 2009;19:418-28.
83. Andersson E, Rück C, Lavebratt C et al. Genetic polymorphisms in monoamine systems and outcome of cognitive behavior therapy for social anxiety disorder. PLoS One 2013;8:e79015.
84. Lindner P, Carlbring P, Flodman E et al. Does cognitive flexibility predict treatment gains in Internet-delivered psychological treatment of social anxiety disorder, depression, or tinnitus? PeerJ 2016;4:e1934.
85. Silfvernagel K, Westlinder A, Andersson S et al. Individually tailored internet-based cognitive behaviour therapy for older adults with anxiety and depression: a randomised controlled trial. Cogn Behav Ther 2018;47:286-300.
86. Månsson KN, Frick A, Boraxbekk CJ et al. Predicting long-term outcome of Internet-delivered cognitive behavior therapy for social anxiety disorder using fMRI and support vector machine learning. Transl Psychiatry 2015;5:e530.
87. Webb CA, Olson EA, Killgore WDS et al. Rostral anterior cingulate cortex morphology predicts treatment response to internet-based cognitive behavioral therapy for depression. Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging 2018;3:255-62.
88. Hedman E, Andersson E, Lekander M et al. Predictors in Internet-delivered cognitive behavior therapy and behavioral stress management for severe health anxiety. Behav Res Ther 2015;64:49-55.
89. Andersson G, Carlbring P, Berger T et al. What makes Internet therapy work? Cogn Behav Ther 2009;38:55-60.
90. Hedman E, Lekander M, Ljótsson B et al. Sudden gains in Internet-based cognitive behavior therapy for severe health anxiety. Behav Res Ther 2014;54:22-9.
91. Kelders SM, Kok RN, Ossebaard HC et al. Persuasive system design does matter: a systematic review of adherence to web-based interventions. J Med Internet Res 2012;14:e152.
92. Strandskov WS, Ghaderi A, Andersson H et al. Effects of tailored and ACT-Influenced Internet-based CBT for eating disorders and the relation between knowledge acquisition and outcome: a randomized controlled trial. Behav Ther 2017;48:624-37.
93. Berg M, Rozental A, Johansson S et al. The role of knowledge in Internet-based cognitive behavioural therapy for adolescent depression: results from a randomised controlled study. Internet Interv (in press).
94. Terides MD, Dear BF, Fogliati VJ et al. Increased skills usage statistically mediates symptom reduction in self-guided internet-delivered cognitive-behavioural therapy for depression and anxiety: a randomised controlled trial. Cogn Behav Ther 2018;47:43-61.
95. Andersson G, Hedman E. Effectiveness of guided Internet-delivered cognitive behaviour therapy in regular clinical settings. Verhaltenstherapie 2013;23:140-8.
96. Kaldo-Sandström V, Larsen HC, Andersson G. Internet-based cognitive-behavioral self-help treatment of tinnitus: clinical effectiveness and predictors of outcome. Am J Audiol 2004;13:185-92.
97. Ruwaard J, Lange A, Schrieken B et al. The effectiveness of online cognitive behavioral treatment in routine clinical practice. PLoS One 2012;7:e40089.
98. Christensen H, Griffiths K, Groves C et al. Free range users and one hit wonders: community users of an Internet-based cognitive behaviour therapy program. Aust N Z J Psychiatry 2006;40:59-62.
99. El Alaoui S, Hedman E, Kaldo V et al. Effectiveness of internet-based cognitive behavior therapy for social anxiety disorder in clinical psychiatry. J Consult Clin Psychol 2015;83:902-14.
100. Titov N, Dear B, Nielssen O et al. ICBT in routine care: a descriptive analysis of successful clinics in five countries. Internet Interv 2018;13:108-15.
101. Nordgreen T, Haug T, Öst L-G et al. Stepped care versus direct face-to-face cognitive behavior therapy for social anxiety disorder and panic disorder: a randomized effectiveness trial. Behav Ther 2016;47:166-83.
102. Topooco N, Riper H, Araya R et al. Attitudes towards digital treatment for depression: a European stakeholder survey. Internet Interv 2017;8:1-9.
103. Mohr DC, Siddique J, Ho J et al. Interest in behavioral and psychological treatments delivered face-to-face, by telephone, and by internet. Ann Behav Med 2010;40:89-98.
104. Hadjistavropoulos HD, Thompson MJ, Klein B et al. Dissemination of therapist-assisted internet cognitive behaviour therapy: development and open pilot study of a workshop. Cogn Behav Ther 2012;41:230-40.
105. Sardi L, Idri A, Fernandez-Aleman JL. A systematic review of gamification in e-Health. J Biomed Inform 2017;71:31-48.
106. Lindner P, Miloff A, Hamilton W et al. Creating state of the art, next-generation Virtual Reality exposure therapies for anxiety disorders using consumer hardware platforms: design considerations and future direction. Cogn Behav Ther 2017;46:404-20.
107. Lenhard F, Sauer S, Andersson E et al. Prediction of outcome in internet-delivered cognitive behaviour therapy for paediatric obsessive-compulsive disorder: a machine learning approach. Int J Methods Psychiatr Res 2018;27:e1576.
108. Knaevelsrud C, Brand J, Lange A et al. Web-based psychotherapy for posttraumatic stress disorder in war-traumatized Arab patients: randomized controlled trial. J Med Internet Res 2015;17:e71.
109. Choi I, Zou J, Titov N et al. Culturally attuned Internet treatment for depression amongst Chinese Australians: a randomised controlled trial. J Affect Disord 2012;136:459-68.
110. Tulbure BT, Szentagotai A, David O et al. Internet-delivered cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder in Romania: a randomized controlled trial. PLoS One 2015;10:e0123997.
111. Donker T, Bennett K, Bennett A et al. Internet-delivered interpersonal psychotherapy versus internet-delivered cognitive behavioral therapy for adults with depressive symptoms: randomized controlled noninferiority trial. J Med Internet Res 2013;15:e82.

112. Boettcher J, Berger T, Renneberg B. Internet-based attention training for social anxiety: a randomized controlled trial. Cogn Ther Res 2012;36:552-36.
113. Lindh-Åstrand L, Spetz Holm A-C, Sydsjö G et al. Internet-delivered applied relaxation for vasomotor symptoms in postmenopausal women: lessons from a failed trial. Maturitas 2015;80:432-4.
114. Borgueta AM, Purvis CK, Newman MG. Navigating the ethics of Internet-guided self-help interventions. Clin Psychol Sci Pract 2018;25:e12235.
115. Dever Fitzgerald T, Hunter PV, Hadjistavropoulos T et al. Ethical and legal considerations for internet-based psychotherapy. Cogn Behav Ther 2010;39:173-87.
116. Donker T, Blankers M, Hedman E et al. Economic evaluations of Internet interventions for mental health: a systematic review. Psychol Med 2015;45:3357-76.

DOI: 10.1002/wps.20610

Личностный рост при психотических расстройствах

Выздоровление является новой парадигмой для здравоохранения в области психического здоровья во всем мире. Одной из ее особенностей является больший акцент на субъективный опыт – каково это жить с шизофренией и другими психотическими расстройствами?

Систематический анализ опыта выздоровления выявил, что влияние психоза более комплексно, чем предполагают традиционные модели заболеваний[1]. Процесс выздоровления характеризовался как активный жизненный опыт, сопряженный с приложением усилий и протекавший как при наличии профессионального медицинского вмешательства, так и без него. Тем не менее, в клинической практике часто большее внимание уделяется устранению дефицита именно посредством лечения, а не поддержкой активных изменений, которые способствуют развитию личности как «выздоравливающей».

Травма является как причиной[2], так и следствием психоза. Исследования на эту тему выявили ряд посттравматических процессов роста и адаптации, которые происходят у людей с психозом. Работы по изучению посттравматического роста нацелены на то, в какой степени борьба по преодолению травмы может быть катализатором личностного роста и развития.

В процессе адаптации к беспокоящим ощущениям для осмысления и придачи им значения люди могут поставить под сомнение и изменить некоторые из своих претравматических убеждений. Например, личностные качества, отношения с другими людьми и мировоззрение могут меняться таким образом, что человек начинает рассматривать их как позитивные и отражающие личностный рост.

Профиль этих позитивных изменений различается, но существует консенсус в отношении пяти посттравматических доменов роста, в которых эти изменения обычно происходят: большее осознание собственных сил; более близкие отношения с близкими; осознание новых возможностей или жизненных целей; большая признательность жизни; вовлеченность в духовные и экзистенциальные вопросы о природе и значении жизни[3].

Посттравматический рост имеет клиническое значение. В мета-анализе популяций, имевших широкий спектр травматических явлений в анамнезе, указывается, что вовлечение в посттравматический рост было адаптивным и клинически полезным процессом[4]. Более выраженный посттравматический рост был связан с более низкими уровнями депрессии и более высоким уровнем благосостояния. Таким образом, посттравматический рост можно рассматривать как процесс, способствующий восстановлению, позволяющий человеку найти смысл в тягостной борьбе и «перекалибровать» свою личность и цель в жизни, исходя из полученного опыта.

Посттравматический рост при психозе возможен и способствует выздоровлению. Анализ данных, относящихся к первому психотическому эпизоду, указывает на несколько форм посттравматического роста: развитие положительных черт характера, внесение позитивных изменений в образ жизни, развитие более прочных отношений, большее осознание ценности жизни и духовных вопросов и интеграция опыта первого психотического эпизода в свою идентичность[5].

Появляются предикторы посттравматического роста при психозе. Исследование с участием 34 лиц с первым психотическим эпизодом в Англии показало, что более высокие показатели посттравматического роста прогнозировались более низким уровнем симптомов посттравматического стрессового расстройства, большим самораскрытием и лучшими показателями восстановления на основании самоотчетов[6]. Аналогичным образом Израильское исследование 121 пациента с психозом в процессе реабилитации показало, что посттравматический рост опосредуется оценкой самоэффективности и осмыслением[7].

Что касается осмысления, то важным аспектом посттравматического роста при психозах является возможность подтверждения и коллективного отождествления, предоставляемая программами взаимной поддержки. Например, Международное Движение Слышащих Голоса (International Hearing Voices Movement – HVM) работает в сотрудничестве с учеными и врачами на протяжении последних 30 лет, чтобы способствовать принятию и расширению представлений о том, что традиционно считалось чрезвычайно стигматизируемым опытом.

Одним из аспектов такого подхода является помощь представителям движения в развитии позитивной идентичности индивида, слышащего «голоса». Философия HVM заключается в том, что «обладание» и право на интерпретацию «голосов» всегда принадлежит тому, кто их слышит. Соответственно, большое внимание уделяется личным ощущениям и осмыслению, в рамках которого людям, испытывающим дистресс, оказывается поддержка в поиске субъективно полезных и значимых объяснений их симптоматики. Таким образом, хотя психосоциальные модели, включая связь между травмой и «голосами»[8], активно пропагандируются HVM, они не являются привилегированными. Альтернативные модели объяснения, такие как духовные или культурные, рассматриваются при этом как равноценные.

Точка зрения HVM заключается в том, что даже самые катастрофические периоды психического расстройства могут, в конечном счете, стать источником личного развития. Многие истории членов HVM демонстрируют, как кризис в психическом состоянии раскрыл, например, значительные способности к политической деятельности, эмоциональным инсайтам, творчеству, мужеству и состраданию к себе и окружающим.

Идея переосмысления «голосов» из не несущего смысла симптома болезни в личностно значимое явление, которое может быть информативным и направлять путь выздоровления, нашла отклик у многих людей, обращающихся за помощью из-за проблем с психическим здоровьем. Наблюдается быстрое расширение движения HVM по всей Европе, Австралии и Северной Америке и его появление в Азии, Африке и Южной Америке: «HVM предлагает привлекательную альтернативу для тех, кто слышит голоса, и кому не полностью помогли традиционные подходы, кто ищет более глубокое понимание и принятие своих переживаний, или кто считает, что их история не была услышана или признана»[9].

Мы выделяем три основных клинических следствия данного подхода. Во-первых, клиническая оценка должна включать травму и ее последствия. Понимание, предлагаемое HVM, заключается в том, что может помочь получить ценную информацию по принципу «Что с вами случилось?» в отличие от «Что с вами не так?». Во-вторых, содействие посттравматическому росту – это подход, способствующий восстановлению. Пять выявленных доменов внутренних сил, отношений, жизненных возможностей, признательности и духовности могут быть основой для оценки, имеющей клиническую пользу как для развития позитивного отношения касательно лечения (что более позитивное будущее возможно), так и для выявления основных точек для вмешательства.

Наконец, помощь людям с психозом в осознании личностно-значимого опыта, переживаний – это новый навык,

который может потребовать разработки иных клинических подходов, избегающих объяснительных клинических моделей. Для этого в сфере психического здоровья может потребоваться опыт таких организаций, как HVM.

Mike Slade[1], Laura Blackie[2], Eleanor Longden[3]

[1]School of Health Sciences, Institute of Mental Health, University of Nottingham, Nottingham, UK
[2]School of Psychology, University of Nottingham, Nottingham, UK
[3]Psychosis Research Unit, Greater Manchester Mental Health NHS Foundation Trust, Manchester, UK

Перевод: Мурашко А.А. (Москва)
Редактура: к.м.н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)
(World Psychiatry 2019;18(1):29–30)

Библиография
1. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C et al. Br J Psychiatry 2011;199:445-52.
2. Radua J, Ramella-Cravaro V, Ioannidis J et al. World Psychiatry 2018;17:49-66.
3. Jayawickreme E, Blackie L. Eur J Personality 2014;28:312-31.
4. Helgeson V, Reynolds K, Tomich P. J Consult Clin Psychol 2006;74:797-816.
5. Jordan G, Pope M, Lambrou A et al. Early Interv Psychiatry 2017;11:187-99.
6. Pietruch M, Jobson L. Psychosis 2012;4:213-23.
7. Mazor Y, Gelkopf M, Mueser K et al. Front Psychiatry 2016;7:202.
8. Pilton M, Varese F, Berry K et al. Clin Psychol Rev 2015;40:138-55.
9. Corstens D, Longden E, McCarthy-Jones S et al. Schizophr Bull 2014;40(Suppl. 4):S285-94.

DOI: 10.1002/wps.20585

Оценка и детерминанты удовлетворенности пациентов психиатрической помощью

Удовлетворенность пациентов медицинской помощью часто рассматривается как важная часть процесса и качества психиатрической помощи.

Это переменная процесса лечения, поскольку она прогнозирует, в какой степени может быть достигнута цель лечения, т.е. клиническое улучшение или выздоровление. Различные исследования показали, что более удовлетворенные качеством помощи пациенты были лучше привержены лечению и даже при отсутствии различий в комплаентности чаще достигали целей лечения, чем менее удовлетворенные. Кроме того, удовлетворенность пациентов помощью может прогнозировать результаты даже на начальных этапах лечения, например, в течение первых двух дней пребывания в стационаре[1]. Это также показатель качества помощи, потому что все методы лечения должны быть максимально удобными для пациента, независимо от эффектов на здоровье и социальных исходов.

С 1960-х годов для оценки удовлетворенности пациентов психиатрической помощью используются многочисленные шкалы, также известные как удовлетворенность лечением, удовлетворенность услугами или удовлетворенность потребителей. В недавно проведенном систематическом обзоре указано, что шкалы значительно отличаются по своей структуре, размеру, направленности и качеству[2]. Нет единого мнения о том, как именно следует оценивать удовлетворенность пациентов. В различных шкалах пациентов просят оценить их удовлетворенность по 19 разным аспектам оказываемой помощи. Несмотря на большое количество литературы, в обзоре выявлено лишь четыре шкалы, которые использовались в более чем 15 исследованиях и поэтому могут считаться более признанными.

Опросник по удовлетворенности клиентов (Client Satisfaction Questionnaire)[3] для амбулаторного лечения и шкала оценки лечения клиентами (Client Assessment of Treatment Scale)[4] для оценки помощи, оказываемой в стационаре, являются короткими шкалами из 8 и 7 пунктов соответственно и дают общие результаты. Веронская шкала удовлетворенности услугами (Verona Service Satisfaction Scale)[5] и самоопросник удовлетворенности пациентов (Self-Rating Patient Satisfaction Questionnaire)[6] более длинные и включают в себя подшкалы по разным аспектам помощи, кроме общей оценки.

Удовлетворенность помощью в соответствии с такими шкалами зависит от особенностей личности пациентов и различных аспектов оказываемой им помощи[7].

Ряд социодемографических характеристик, таких как пол, этническая принадлежность, социоэкономический статус и семейное положение, был предложен в качестве детерминант удовлетворенностью помощью, но статистические связи с ними, как правило, слабые, а результаты исследований противоречивы. Единственным социально-демографическим признаком, который неизменно связан с более высокой удовлетворенностью пациентов помощью, является пожилой возраст, который также связан с более высокой удовлетворенностью жизнью в целом.

Более значимые корреляции были выявлены в отношении клинических характеристик и оценок пациентами результатов лечения, таких как субъективно оцениваемое качество жизни. Пациенты с большей выраженностью симптомов, особенно депрессивных, а также пациенты с расстройствами личности и с субъективно более низким качеством жизни, как правило, менее удовлетворены помощью[8].

В исследованиях регулярно указывается влияние лишь нескольких аспектов оказываемой помощи на удовлетворенность пациентов. Принудительное лечение и ощущение негативных отношений с врачом достоверно связаны с более низкой удовлетворенностью лечением, что, однако, можно рассматривать как весьма ожидаемые результаты. Также существует тенденция, что пациенты более удовлетворены амбулаторным лечением, чем лечением в стационаре[9].

При оценке удовлетворенности различными видами лечения и услуг следует учитывать вышеупомянутые детерминанты (возраст, правовой статус лечения и тяжесть заболевания или симптомов, в частности депрессивных) как потенциальные факторы, которые могут повлиять на результирующие баллы. Корректировка баллов по этим факторам сводит к минимуму риск того, что положительные или отрицательные оценки будут ложно приписаны конкретной форме помощи, когда на самом деле они отражают общие тенденции группы пациентов с определенными характеристиками. Например, пациенты с выраженным депрессивным настроением с большей вероятностью будут менее удовлетворены любым видом помощи.

Корректировка с учетом возраста и правового статуса лечения должна выполняться в службах охраны психического здоровья, поскольку сведения о них имеются в большинстве стандартных систем учета данных. Во многих исследованиях также можно запросить данные оценки авторами или пациентами выраженности симптомов, включая симптомы депрессии. Однако, когда пациенты оценивают свою удовлетворенность помощью на обычном приеме, зачастую невозможно оценить степень выраженности симптомов. Тем не менее, для таких случаев было бы полезно учитывать общепринятые оценки тяжести симптомов.

То, как удовлетворенность пациента психиатрической помощью должна оцениваться в исследованиях и на практике, зависит главным образом от масштабов и целей оценки. Количественные оценки, предусмотренные утвержденными шкалами, могут быть полезны, если возможны поправки на вышеуказанные факторы. Некоторые шкалы являются короткими и простыми в использовании и дают полезные результаты для исследований и более широкой оценки услуг или лечения. Однако при использовании шкал необходимо помнить об их ограничениях.

В тех случаях, когда рейтинг удовлетворенности нужен для оценки качества услуг, существенные различия общих баллов или значительные изменения с течением времени маловероятны, если учтены все факторы. Поэтому частое измерение показателей удовлетворенности может быть не очень информативным. Кроме того, различия только по количественным показателям не будут указывать на то, какие аспекты помощи следует улучшить для повышения удовлетворенности пациентов. Для этого может потребоваться проанализировать подшкалы или отдельные их элементы. Однако даже эти показатели имеют ограничения, поскольку ни одна шкала не охватывает все аспекты оказания помощи, и низкие показатели удовлетворенности необязательно укажут на то, что именно следует делать, чтобы их повысить.

Открытые вопросы о том, чем конкретно удовлетворены или недовольны пациенты, могут дать больше информации, чем количественные шкалы, по широкому кругу аспектов оказания помощи, которые были бы актуальны в текущем контексте и которые специалисты могли бы потенциально использовать. Например, если пациенты выражают недовольство поведением конкретного сотрудника, временем посещения на дому или дозой их лекарств, врачи могут изменить эти аспекты и непосредственно повысить удовлетворенность пациентов помощью.

Наконец, ни одна шкала или исследование не могут заменить самую важную процедуру оценки удовлетворенности пациентов оказываемой им помощью на практике, которая представляет собой прямое и открытое общение между врачами и пациентами о переживаниях, оценках и пожеланиях последних. Это может способствовать рассмотрению переживаний и мнений пациентов при совместном планировании терапии и в развитии качества услуг.

Stefan Priebe[1], Elisabetta Miglietta[2]

[1]Unit for Social and Community Psychiatry, Queen Mary University of London, London, UK

[2]Section of Psychiatry, Department of Neuroscience, Biomedicine and Movement Science, University of Verona, Verona, Italy

Перевод: Мурашко А.А. (Москва)
Редактура: к.м.н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)
(World Psychiatry 2019;18(1):30-31)

Библиография

1. Priebe S, Barnicot K, McCabe R et al. Eur Psychiatry 2011;26:408-13.
2. Miglietta E, Belessiotis-Richards C, Ruggeri M et al. J Psychiatr Res 2018;100:33-46.
3. Larsen DL, Attkisson CC, Hargreaves WA et al. Eval Progr Plann 1979;2:197-207.
4. Richardson M, Katsakou C, Torres-González F et al. Psychiatry Res 2011;118:156-60.
5. Ruggeri M, Lasalvia A, Dall'Agnola R et al. Br J Psychiatry 2000;177(Suppl. 39):s41-8.
6. Hansson L, Höglund E. Nord J Psychiatry 1995;49:257-62.
7. Woodward S, Berry K, Bucci S. J Psychiatr Res 2017;92:81-93.
8. Reininghaus U, Priebe S. Br J Psychiatry 2012;201:262-7.
9. Ruggeri M, Lasalvia A, Bisoffi G et al. Schizophr Bull 2003;29:229-45.

DOI: 10.1002/wps.20586

Внебольничные альтернативы госпитализации в психиатрии

Идея лечения людей, переживающих «кризис» психического здоровья, вне стационарных условий не нова[1]. 700 лет назад в Геле, Бельгия, была создана система семейного патронажного оказания помощи лицам с психическими расстройствами в трудные периоды. В 1930-х годах A. Querido создал систему домашнего лечения в Амстердаме, Нидерланды. В 1970-х годах P. Polak развил в Колорадо сеть кризисных служб, включавшую возможность размещения для семей, кризисные койки, отделения неотложной помощи и мобильные группы по оказанию помощи. Первая похожая на современную мультидисциплинарная команда по лечению кризисных ситуаций в домашних условиях была основана L. Stein в Колорадо в 1970-х годах.

Привлекательность лечения без госпитализации в тех случаях, когда это возможно, очевидна. Стационарное лечение обходится очень дорого. Потенциальный вред пациентам от госпитализации включает: госпитализм и зависимость; дистресс от вынужденного общения с другими пациентами или от разлуки с друзьями и семьей; причинение вреда другими пациентами или персоналом; потерю работы или собственности; развитие непродуктивных копинг-стратегий; стигматизацию[2]. Можно уменьшить влияние части из этих факторов путем предоставления помощи в кризисных ситуациях на дому. Лечение на дому дает позитивные возможности: выявлять и изменять социальные и экологические факторы, вызывающие кризис, заручаться поддержкой семьи, развивать копинг-стратегии, применимые в обычном социальном контексте, – и дает основу для развития партнерских отношений между персоналом и пациентами.

Пациенты, как правило, всячески выступают за альтернативы госпитализации. Представляется целесообразным предоставление выбора услуг в кризисных ситуациях, из которых пациенты и персонал могли бы совместно выбрать наилучший вариант. Ряд моделей внебольничной помощи в настоящее время показал себя в качестве жизнеспособной

альтернативы госпитализации в стационар для многих пациентов. Острые отделения дневных стационаров в состоянии оказывать помощь каждому пятому пациенту, который в противном случае был бы госпитализирован в острое отделение больницы, с сопоставимыми результатами[3]. Команды кризисной помощи могут сократить объемы госпитализации и повысить удовлетворенность неотложной помощью[4]. Кризисные дома могут способствовать повышению удовлетворенности пациентов помощью и быть финансово менее затратными, чем госпитализация с сопоставимой эффективностью[5].

Несмотря на эти многообещающие данные, внебольничные альтернативы оказания помощи в кризисных ситуациях с трудом внедряются в национальные системы оказания неотложной помощи. Команды кризисной помощи, вероятно, являются наиболее широко применяемой моделью, но они были внедрены на национальном уровне только в Англии и Норвегии. Внебольничные кризисные модели даже в тех случаях, когда они эффективно работают в качестве альтернативы госпитализации, рискуют быть обозначенными как излишество и подвержены сокращениям.

Внебольничные альтернативы вряд ли когда-либо полностью заменят психиатрические больницы: некоторые пациенты могут отказываться от лечения или быть столь опасны, что потребуется обеспечение их безопасности. Ни одна из кризисных альтернатив не оказала влияния на показатели недобровольной госпитализации.

Можно выделить четыре проблемы, связанные с развитием внебольничных альтернатив в кризисных ситуациях в рамках современных систем охраны психического здоровья.

Быстрое реагирование. Во многих странах нехватка койко-мест может привести к задержке госпитализации или госпитализации пациентов вдали от дома. В то же время маршруты направления в стационарные отделения проработаны, и новых пациентов можно быстро принять в любое время. Внебольничные альтернативы, чтобы обеспечивать реальную помощь в кризисных ситуациях, должны стремиться соответствовать этому. Тем не менее, например, в Англии показатели времени реагирования команд кризисной помощи на первоначальный осмотр пациентов в таких ситуациях варьируются от одного часа до одной недели[6].

Работа с острыми состояниями. В то время как внебольничные альтернативы должны ответственно оценивать риск, при котором можно безопасно справиться с состоянием, возможность принимать острых пациентов, даже при наличии некоторого риска, имеет важное значение. Процессы взаимодействия, численность персонала и его структура, физическое окружение и организационная культура были определены как модифицируемые аспекты для успешного оказания помощи в острых ситуациях во внебольничных кризисных организациях[7].

Ясность функций. Внебольничные альтернативы могут предлагать либо сопоставимое со стационарным лечение, но в альтернативных условиях, либо совершенно отличную помощь от психиатрических больниц. Команды кризисной помощи, как правило, делают больший упор на первое, предоставляя клиническое лечение в рамках многопрофильной команды всем тем, для кого госпитализация необязательна. Кризисные дома могут искать свою нишу и обеспечивать отличную, инновационную и потенциально более подходящую помощь для конкретной демографической или клинической группы. Наиболее известным примером является модель кризисных домов Soteria. Созданные в Калифорнии в 1970-х годах дома Soteria предлагают неиерархическое лечение с проживанием при минимальном использовании лекарств для людей с кризисом психотического эпизода[8]. Признание местной комиссией и организаторами здравоохранения кризисных альтернатив как имеющих четко определенную роль, является ключевым фактором, влияющим на их жизнестойкость[7].

Реализация. Внебольничные кризисные альтернативы сталкиваются с проблемой репликации преимуществ и оценок, наблюдаемых у их родоначальников. Примером этого служит опыт внедрения команд кризисной помощи на национальном уровне в Англии. Ожидаемое согласно исследованиям снижение уровня госпитализаций не было полностью воспроизведено[9], и общенациональные руководства были внедрены только частично[6]. С целью максимального использования преимуществ кризисных альтернатив могут потребоваться высокая детализация моделей, тщательная оценка следования им и программы поддержки внедрения.

Следует также рассмотреть потенциальные нежелательные последствия кризисных альтернатив. Такие редкие нежелательные явления как самоубийства исследованы лишь в отдельных работах. Внебольничные альтернативные подходы могут привлекать квалифицированный персонал из стационарных отделений и, оказывая помощь только наиболее комплаентным пациентам с меньшим уровнем риска, повышать общие показатели лечения расстройств и острых состояний в острых отделениях. Усложнение локальных систем неотложной помощи создает проблемы для обеспечения преемственности оказания помощи. Общая продолжительность пребывания в острых отделениях может быть увеличена, если кризисные альтернативы будут широко использоваться в качестве «более низкой» ступени относительно стационарных отделений.

Внебольничные кризисные альтернативы, которые предлагают более дешевую альтернативу госпитализации, а также представляют потенциально менее пугающий, стигматизирующий и десоциализирующий опыт, играют позитивную роль в поддержании деинституционализации. Тем не менее, как внутри стран, так и между странами практически отсутствует консенсус в отношении оптимальных моделей помощи при острых состояниях. Следующая задача для исследователей состоит в том, чтобы перейти от оценки отдельных моделей оказания помощи к оценке на системном уровне, что может определить компоненты моделей и их конфигурации, которые обеспечивают наилучшие результаты в рамках систем неотложной помощи в области психического здоровья.

Brynmor Lloyd Evans, Sonia Johnson

Division of Psychiatry, University College London, London, UK

Перевод: Мурашко А.А. (Москва)
Редактура: к.м.н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)
(World Psychiatry 2019;18(1):31-32)

Библиография

1. Johnson S. Adv Psychiatr Treat 2013;19:115-23.
2. Bowers L, Chaplin R, Quirk A et al. J Ment Health 2009;18:316-25.
3. Marshall M, Crowther R, Sledge W et al. Cochrane Database Syst Rev 2011;12:CD004026.
4. Murphy S, Irving C, Adams C et al. Cochrane Database Syst Rev 2015;12:CD001087.
5. Lloyd-Evans B, Slade M, Jagielska D et al. Br J Psychiatry 2009;195: 109-17.
6. Lloyd-Evans B, Lamb D, Barnby J et al. BJPsych Bull 2018;42:146-51.
7. Morant N, Lloyd-Evans B, Gilburt H et al. Epidemiol Psychiatr Sci 2012;21:175-85.
8. Bola JR, Mosher LR. J Nerv Ment Dis 2003;191:219-29.
9. Jacobs R, Barrenho E. J Ment Health Pol Econom 2011;14:S13.

DOI: 10.1002/wps.20587

Преждевременное прекращение психотерапии: изменение перспективы

Изучение 669 рандомизированных контролируемых и неконтролируемых исследований, включавших почти 84 000 взрослых пациентов, проходивших психотерапию, показало, что почти 20% пациентов преждевременно прекращают психотерапевтическое лечение вне зависимости от подходов (когнитивно-поведенческих, гуманистических или психодинамических)[1].

Различий по диагностическим категориям, по-видимому, не существует, за исключением расстройств личности и расстройств пищевого поведения, характеризующихся более высокими показателями преждевременного прекращения терапии. Также эти показатели оказались выше для пациентов, получавших не то лечение, которое они предпочитают; при тех методах лечения, которые не ограничены по времени или следуют четким руководствам; для психотерапии, проводимой практикантами; в исследованиях эффективности (в отличие от исследований результативности); и у молодых пациентов[1]. В недавнем мета-анализе выявлено, что почти 29% детей и подростков «бросают» когнитивно-поведенческую терапию[2].

Существуют различные способы операционализации и оценки преждевременного отказа от лечения[1]. В рандомизированных контролируемых исследованиях обычно это пациенты, которые в одностороннем порядке не проходят до конца предписанный курс лечения. В более широком смысле, досрочным прекращением лечения считается момент, когда пациент решает прекратить лечение до достижения достаточного эффекта в отношении вопросов, которые изначально привели его/ее за помощью[1,3].

По сравнению с пациентами, которые окончили полный курс психотерапии, те, кто прекратил лечение преждевременно, имел более плохие результаты лечения[4]. Поэтому важно изучать это явление.

С учетом результатов исследований[1,3,5] несколько стратегий могут быть полезны для решения этой проблемы. Большая часть стратегий применима не только к психотерапии, но и к фармакотерапии. Первая группа стратегий включает способы, которые психотерапевты могут применять в настоящее время. Вторая группа охватывает вопросы, которые должны быть изучены в будущих исследованиях.

В первую очередь, преждевременный отказ от лечения связан с ожиданиями пациентов и терапевтическим взаимодействием[5]. Таким образом, более качественная подготовка пациента к психотерапии может способствовать снижению показателей преждевременного прекращения лечения. Например, во время предварительного общего опроса пациенты должны быть проинформированы о расстройстве и лечении, в том числе о ролях пациента и терапевта. Это важные шаги для создания и укрепления терапевтического взаимодействия. Совместное принятие решений также способствует укреплению взаимодействия. Разногласия при взаимодействии должны решаться компетентно[6].

Несколько вспомогательных стратегий укрепления терапевтического альянса могут помочь предотвратить преждевременное прекращение лечения. К ним относятся выражение понимания, принятия и уважения, постановка целей, создание реалистичных надежд, оценка того, что уже достигнуто, формирование осознания, что у пациента есть определенный прогресс в достижении совместно поставленных целей или что он/она становится все более успешен в использовании «инструментов» лечения (например, сложных познаний в когнитивно-поведенческой терапии или основных тем конфликтных взаимоотношений в психодинамической терапии)[7].

Устранение амбивалентности, сомнений и сопротивления к терапии на ранних этапах лечения – еще одна перспективная стратегия, совместимая с мотивационным интервьюированием. Кроме того, необходимо учитывать предпочтения пациентов в отношении лечения[5]. Риск отсутствия ответа и преждевременного прекращения лечения также может быть снижен за счет получения регулярной обратной связи от пациента о прогрессе терапии[5].

Все эти стратегии особенно важны для молодых пациентов, стажеров и пациентов с расстройствами личности или расстройствами пищевого поведения. В психотерапевтической работе с детьми и подростками необходимо учитывать концепцию двойных терапевтических отношений (т.е. отношений терапевта с пациентами и их родителями), предотвращать факторы, которые могут увеличить риск преждевременного прекращения терапии, – несоответствующие ожидания со стороны родителей, а также нарушения приверженности у пациентов.

Для более молодых пациентов также важно учитывать адаптивность и компетентность родителей в помощи прохождения ребенком психотерапии. Так родители могут поддерживать решения прекратить терапию, утверждая, что это «хорошее решение» и «польза» для семьи, даже если последствия для пациента могут быть отрицательными. Таким образом, устранение потенциальных страхов, амбивалентности и сопротивления родителей является важным аспектом психотерапии при работе с молодыми пациентами. В случае пациентов подросткового возраста одной из причин прекращения терапии может быть стремление к независимости.

Необходимы дальнейшие исследования в этой области. Необходимо продолжать изучать причины преждевременного прекращения лечения, при этом необходимо более подробно определить личностные особенности пациентов, связанные с прекращением лечения. Для этого может быть полезно использование качественных методик в интервью. Кроме того, на настоящий момент неизвестно, что происходит с пациентами, которые прекращают лечение, поскольку в дальнейшем их обычно не представляется возможным наблюдать. Будущие исследования могут использовать дизайн, при котором участникам, не реагирующим на лечение или с высоким риском преждевременного прекращения лечения, будут предложены альтернативные методы лечения (так называемые «switch trials»)[8,9].

До настоящего времени явление преждевременного прекращения лечения имело негативную окраску. Изменение этой точки зрения может быть полезно: в исследованиях неожиданные результаты иногда представляют особый интерес. Явление преждевременного прекращения лечения вдохновляет и заставляет нас разрабатывать методы лечения, которые применимы к широкому кругу пациентов. Кроме того, поскольку только около 50% пациентов реагируют на психотерапию и еще меньшее количество достигают ремиссии, то по крайней мере некоторые пациенты, возможно, принимают правильное решение о прекращении лечения, которое, по-видимому, не помогает им. Также, изучение взаимосвязи между преждевременным прекращением лечения и побочными эффектами может быть полезным, так как последние представляют собой еще один игнорируемый вопрос в психотерапии.

Явление преждевременного прекращения лечения представляет собой проблему для психотерапии (и фармакотерапии). Взгляд на него с другой точки зрения дает возможность узнать больше о наших методах лечения, для кого

они работают, а для кого нет; почему и как они работают или нет. Оно может предоставить нам информацию об ограничениях и инкурабельных аспектах психотерапии. Таким образом, может потребоваться изменение парадигмы в отношении преждевременного прекращения лечения (и случаев, когда пациент не отвечает на лечение) и их оценке в качестве важных источников информации.

Falk Leichsenring[1], Lea Sarrar[2,3], Christiane Steinert[1,2]

[1]Department of Psychosomatics and Psychotherapy, Justus-Liebig-University, Giessen, Germany

[2]Department of Psychology, Medical School Berlin, Berlin, Germany

[3]Department of Audiology and Phoniatrics, Charité-University Medicine Berlin, Berlin, Germany

Перевод: Мурашко А.А. (Москва)
Редактура: к.м.н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)
(World Psychiatry 2019;18(1):32-33)

Библиография

1. Swift JK, Greenberg RP. J Consult Clin Psychol 2012;80:547-59.
2. Fernandez E, Salem D, Swift JK et al. J Consult Clin Psychol 2015;83: 1108-22.
3. Swift JK, Greenberg RP, Tompkins KA et al. Psychotherapy 2017;54:47-57.
4. Cahill J, Barkham M, Hardy G et al. Br J Clin Psychol 2003;42:133-43.
5. Swift JK, Greenberg RP, Whipple JL et al. Prof Psychol Res Pr 2012;43: 79-87.
6. Muran JC, Safran JD, Gorman BS et al. Psychotherapy 2009;46:233-48.
7. Luborsky L. Principles of psychoanalytic psychotherapy: a manual for supportive-expressive treatment. New York: Basic Books, 1984.
8. Markowitz JC, Milrod BL. Lancet Psychiatry 2015;2:186-90.
9. Steinert C, Kruse J, Leichsenring F. Psychother Psychosom 2016;85:235-7.

DOI: 10.1002/wps.20588

«Правоспособность», «лучшие интересы», «воля и предпочтения» и Конвенция ООН о правах инвалидов

George Szmukler

Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London, London, UK

Перевод: Пальчикова Е.И. (Санкт-Петербург)
Редактура: к.м.н. Чумаков Е.М. (Санкт-Петербург)

Конвенция Организации Объединенных Наций (ООН) о правах инвалидов (КПИ) является самым современным международным правовым документом о правах людей с ограниченными возможностями здоровья. К таким людям также относятся и лица с тяжелыми психическими расстройствами. Согласно авторитетному толкованию важнейшей статьи (Статья 12 – Равенство перед законом) Комитета по правам инвалидов ООН, недобровольное содержание и лечение людей с ограниченными возможностями психического здоровья запрещены Конвенцией. Считается, что как традиционное право в области психического здоровья, так и «нормы, основанные на правоспособности», нарушают Конвенцию. Однако некоторые органы ООН не полностью согласны (например, Комитет ООН по правам человека и Подкомитет по предупреждению пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания), в то время как другие являются менее явно абсолютистскими (например, Совет по правам человека). Кроме того, ряд академических кругов выступили с резкой критикой позиции Комитета КПИ. Эти критические замечания сосредоточены на вопросе, можно ли игнорировать роль способности человека принимать решение независимо от обстоятельств. Большая часть вышеизложенных дебатов посвящена понятию «право- и дееспособность» и часто повторяющейся в настоящее время концепции, согласно которой необходимо всегда уважать «волю и предпочтения» лица с ограниченными возможностями здоровья. Однако «воля и предпочтения» остаются неопределенными. В этой статье я предлагаю анализ «воли и предпочтений», который может прояснить интервенции, которые могут быть приемлемыми или неприемлемыми в соответствии с положениями Конвенции ООН.

Ключевые слова: Конвенция ООН, права человека, люди с ограниченными возможностями здоровья, КПИ ООН, психические расстройства, недобровольное лечение, закон о психическом здоровье, правоспособность, дееспособность, воля, предпочтения, лучшие интересы, принятие решений замещающим лицом.

(World Psychiatry 2019;18(1):34–41)

Конвенция Организации Объединенных Наций (ООН) о правах инвалидов (КПИ)[1] является самым современным международно-правовым документом, специально разработанным для определения прав людей с ограниченными возможностями здоровья. К таким лицам относятся люди с тяжелыми психическими расстройствами.

Недавние авторитетные толкования, опубликованные Комитетом ООН, созданным для мониторинга осуществления Конвенции (Комитет КПИ), указывают на то, что недобровольное задержание и лечение лиц с ограниченными возможностями психического или «психосоциального» здоровья запрещаются.

Например, замечание общего порядка № 1 Комитета по статье 12 (Равенство перед законом) Конвенции включает следующие положения:

«Поддержка в осуществлении правоспособности должна основываться на уважении прав, воли и предпочтений людей с ограниченными возможностями здоровья и никогда не должна подменять собой принятие решений» (пар. 17).

«Государства-участники должны пересмотреть законы, допускающие опеку и попечительство, и принять меры для разработки законов и политики в соответствии с суппортивной моделью принятия решений, которая уважает автономию, волю и предпочтения лица» (пар. 26).

«Отказ лицам с ограниченными возможностями здоровья в правоспособности и помещение их в учреждения против их воли либо без их согласия, либо с согласия заменяющего их лица, принимающего решения... представляет собой произвольное лишение свободы и нарушает статьи 12 и 14 Конвенции» (пар. 40).

Кроме того, в заявлении Комитета по статье 14 (Свобода и личная неприкосновенность) Конвенции[3] говорится следующее:

«Комитет призвал государства-участники защищать безопасность и личную неприкосновенность лиц с ограниченными возможностями здоровья, лишенных свободы, в том числе путем отказа от недобровольного лечения, изоляции и различных методов ограничения свободы в медицинских учреждениях, включая физические, химические и механические ограничения» (пар. 12).

«Недобровольное содержание лиц с ограниченными возможностями здоровья по причине риска или опасности, предполагаемой потребности в уходе или лечении или по другим причинам, связанным с медицинским диагнозом, противоречит праву на свободу и равнозначно произвольному лишению свободы» (пункт. 13).

Эти спорные утверждения вытекают из позиции Комитета о том, что статья 12 Конвенции предусматривает, что все лица, независимо от их способности принимать решения, должны обладать «правоспособностью» на «равной основе с другими». Правоспособность включает в себя право на признание правосубъектности, а также право на юридическую помощь, т.е. право принимать решения – например, касающиеся здравоохранения или социального обеспечения, места и способа проживания, финансирования – юридически признанные. «Правоспособность» считается основополагающей для индивидуальности, равного человеческого достоинства и полного гражданства[4,5].

Комитет дает пояснение[2], что «правоспособность» и «дееспособность» различны: первое является юридическим понятием, последнее – психологическим. Вопреки практически повсеместным положениям по охране психического здоровья и правоспособности, Комитет считает, что наличие ограниченных возможностей здоровья (на основе физических, умственных, сенсорных или психосо-

циальных нарушений) никогда не должно быть основанием для отказа в правоспособности и навязывания «принятия решений замещающим лицом» – то есть принятия решения другим человеком вместо человека с ограниченными возможностями здоровья (не назначенного им или ею, против его или ее воли и не на основе его или ее «воли и предпочтений»).

Комитет настаивает на том, что сохранение «правоспособности» означает, что мы «должны уважать права, волю и предпочтения лиц с ограниченными возможностями здоровья». При соответствующей поддержке (строго говоря, для осуществления «правоспособности», которую обязано оказывать государство) лица с ограниченными возможностями здоровья смогут выразить свою «волю и предпочтения». В тех случаях, когда какое-либо лицо испытывает трудности с прямым сообщением об этом, комитет заявляет, что следует обеспечить «наилучшее толкование» «воли и предпочтений» этого лица с привлечением тех, кто его знает.

В статье 14 КПИ говорится, что «наличие ограниченных возможностей здоровья ни в коем случае не оправдывает ограничения свободы»[1]. Что касается пояснений Комитета[2], то даже в тех случаях, когда существует опасность для лица или других лиц, связанных с ограничениями возможностей здоровья, недобровольные меры, тем не менее, являются нарушением Конвенции. Таким образом, положения в стандартном законе о психическом здоровье, о наличии той или иной формы «психического расстройства», а также риска для себя или окружающих, не могут являться причиной недобровольной госпитализации.

Такая интерпретация статьи 12 (вместе со статьей 13 «Доступ к правосудию») имеет также важные последствия для судебной практики, включая возможный запрет на использование «психического состояния» в целях защиты – «непригодности к судебному разбирательству» и «невиновности по причине невменяемости» – на том основании, что защита должна быть «нейтральной с точки зрения ограничений возможностей здоровья»[6-9].

Важным фоновым фактором, обусловливающим акцент на правоспособности в КПИ, является широкая распространенность нарушения прав лиц с ограниченными возможностями здоровья. Во многих местах это привело к потере почти всех гражданских прав, иногда называемой «гражданской смертью».

ПОЧЕМУ ВАЖНА КОНВЕНЦИЯ?

Конвенция, принятая в 2006 году, вступила в силу в 2008. Хотя в ней не предусматриваются права, не закрепленные во всеобщих положениях о правах человека, в ней уточняется, каким образом принципы человеческого достоинства, равенства, недискриминации, автономии и полного социального участия и интеграции применимы для лиц с ограниченными возможностями здоровья. Цель Конвенции – обеспечение равного обращения с такими лицами наравне с другими.

Конвенцию можно рассматривать как «сдвиг парадигмы» в правовой концепции «ограничений возможностей здоровья»[10,11]. Люди с ограниченными возможностями здоровья характеризуются как «лица с долгосрочными физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые во взаимодействии с различными барьерами могут препятствовать их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими». Это не исчерпывающее определение. Большинство органов власти (но не все пользователи услуг) согласны с тем, что к ним относятся лица с психическими расстройствами, проходящие лечение в рамках системы охраны психического здоровья. Конвенция предлагает «социальную модель» ограничений возможностей здоровья: именно уровень приспособленности к обществу определяет степень, в которой нарушение в состоянии здоровья человека становится ограничением возможностей здоровья. Именно в этом смысле для того, чтобы человек с психическими расстройствами мог выразить свою «волю и предпочтения», может потребоваться «принятие решений с поддержкой».

На момент подготовки настоящей статьи Конвенцию ратифицировали 177 государств. Ратификация свидетельствует о готовности государства содействовать осуществлению конкретных юридических прав и обязательств. В зависимости от юрисдикции, конвенция может автоматически включаться или не включаться в национальное законодательство после ратификации. Во многих странах общего права (например, в Великобритании) она включается в национальное законодательство только в том случае, если оно напрямую законодательно закреплено.

ДРУГИЕ ТРАКТОВКИ ООН

В настоящее время ООН имеет десять «договорных» органов, созданных для мониторинга конкретных правовых документов по правам человека, таких как КПИ. Существует также «уставной» Совет ООН по правам человека с его различными «специальными процедурами», такими как доклады «специальных докладчиков», «независимых экспертов» и рабочих групп. «Плоская» общая структура означает, что могут существовать значительные различия в толковании аналогичных вопросов между этими по существу независимыми органами.

Абсолютный запрет КПИ на недобровольное содержание и лечение поддерживается Специальным докладчиком по вопросам ограничений возможностей здоровья[12], первым Специальным докладчиком по вопросу о правах лиц с ограниченными возможностями здоровья[13], рабочей группой ООН по незаконному содержанию под арестом[14] и верховным комиссаром ООН по правам человека[15].

Однако есть заявления других органов ООН, которые не поддерживают толкование Комитета, по крайней мере в его абсолютистской форме.

Некоторые позиции явно не совпадают. В 2014 году Комитет по правам человека опубликовал Комментарий общего порядка (№35) к статье 9 Международного пакта о гражданских и политических правах, в котором говорится[16]:

«Наличие ограниченных возможностяей здоровья само по себе не оправдывает ограничения свободы, но любое ограничение свободы должно быть необходимым и соразмерным в целях защиты соответствующего лица от причинения серьезного вреда или предотвращения причинения вреда другим лицам. Оно должно применяться только в качестве крайней меры и в течение как можно более короткого соответствующего периода времени и должно сопровождаться надлежащими процессуальными и материально-правовыми гарантиями, установленными законом. Процедуры должны обеспечивать уважение взглядов отдельных лиц и гарантировать, что любой представитель действительно представляет и защищает их пожелания и интересы».

Аналогичная позиция была занята Подкомитетом по предупреждению пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания[17].

Позиции других органов ООН в отношении абсолютного запрета на недобровольное вмешательство менее ясны, но сформулированы в терминах, которые поддерживают центральную роль «воли и предпочтений». Они призывают срочно разработать альтернативы недобровольных мер.

Совет ООН по правам человека[18] предлагает важную резолюцию по вопросам охраны психического здоровья и прав человека и призывает государства «отказаться от всех практик, которые не соблюдают прав, воли и предпочтений всех лиц на равной основе» и «оказывать услуги по охране психического здоровья для лиц с психическими или психосоциальными расстройствами на той же основе, что и для лиц, не имеющих ограничений возможностей здоровья, в том числе на основе принципа свободного и информированного согласия».

В докладе Специального докладчика ООН по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья[19] отмечается отсутствие консенсуса в отношении принуждения в органах ООН. Докладчик предлагает сотрудничать с другими для достижения этой цели. Он отмечает, что дискриминация по-прежнему проявляется в психиатрических службах, например в лишении пациента прав на отказ от лечения, правоспособности и неприкосновенности частной жизни, а также других гражданских и политических прав. Он настаивает на том, что необходимо принять меры для радикального сокращения масштабов принуждения и содействия продвижению к окончательному прекращению психиатрического лечения на недобровольных основаниях.

Отчет Специального докладчика ООН по вопросам пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания[20] представляется неоднозначным относительно того, могут ли когда-либо быть оправданы недобровольные меры.

На данном этапе следует отметить недавнее решение Европейского суда по правам человека[21], в котором с учетом ст. 12 Конвенции о правах инвалидов, пришли к выводу, что Конвенция была принята не для того, чтобы удовлетворить выражаемые «предпочтения» человека с интеллектуальными ограничениями возможностей здоровья о том, где он должен жить, так как «ограничение возможностей здоровья, с точки зрения воздействия на заявителя, делает его неспособным адекватно понимать значение и последствия конкретного принимаемого им решения», и поэтому, «благополучие и интересы заявителя требуют, чтобы опекун [по сути, замещающее лицо, принимающее решение] поддерживал договоренность». Таким образом, толкование судом статьи 12 не согласуется с толкованием комитета КПИ.

КРИТИКА ИНТЕРПРЕТАЦИИ СТАТЬИ 12 КОМИТЕТОМ ПО ПРАВАМ ИНВАЛИДОВ

Неудивительно, что абсолютистская позиция Комитета КПИ, столь резко противоречащая многовековому правовому признанию недобровольного содержания и лечения, заслуживает жесткой критики.

Международная группа клиницистов[22] утверждает, что интерпретация Комитета угрожает подорвать с трудом завоеванные, критически важные права людей с ограниченными возможностями психического здоровья: право на наивысший достижимый уровень здоровья, на жизнь или доступ к правосудию. Кроме того, они опасаются, что права других людей, семьи и общества также окажутся под угрозой, что приведет к усилению стигматизации психических заболеваний. Описывается центральная необходимая роль способности лица принимать решения (хотя, конечно, в большинстве юрисдикций способность не играет никакой официальной роли в режимах гражданских обязательств). Авторы жалуются на очевидную ограниченность экспертных знаний Комитета в отношении психических заболеваний, отсутствие вклада врачей и неспособность Комитета учесть мнения широкого круга пользователей услуг, значительная часть которых поддерживает лечение на недобровольной основе хотя бы в качестве крайней меры.

Dawson[23] с правовой точки зрения критикует толкование Комитетом того, что он не может дать адекватных указаний относительно того, каким образом, когда возникают ситуации, когда права, сформулированные в КПИ, вступают в конфликт, это может быть урегулировано. Это особенно важно, поскольку соответствующий текст КПИ, по его мнению, неоднозначен. Одной из ключевых концепций во многих правовых системах при установлении баланса между конкурирующими императивами является функциональная проверка способности принимать решения. Здесь стоит подумать, в конкретном случае должна преобладать автономия или защита интересов уязвимого лица.

Кроме того, Dawson отмечает, что закон в целом пронизан понятиями, которые Комитет считает необъективными, такими как намерение, понимание или предвидение. Он утверждает, что отказ в правоспособности в конкретной области необязательно означает отказ в неотъемлемых правах человека. Слепым не разрешается водить машину; главное соображение заключается в том, имеет ли данное лицо нарушения соответствующих функций, физических или психических, необходимых для безопасного поведения в этой области. Dawson критикует понимание Комитетом значения термина «дискриминация», утверждая, что необязательно неправильно относиться к людям по-разному, если существуют соответствующие различия между их ситуациями даже после предоставления адекватной поддержки и предоставления разумных условий.

Scholten и Gather[24] утверждают, что позиция комитета, если она будет принята, приведет к ряду серьезных неблагоприятных последствий для лиц с ограниченными возможностями психического здоровья. Важное значение будет иметь серьезное воздействие на «автономию» и благосостояние. Под «автономией» они подразумевают «способность жить в соответствии со своей собственной концепцией блага». Авторы говорят: «Когда компетентность лица в принятии решений существенно ослабляется, оно зачастую оказывается не в лучшем положении для оценки того, какой вариант лечения будет наиболее благоприятным для его благополучия и будет соответствовать его концепции блага. В таких случаях практика информированного согласия теряет смысл».

Далее они утверждают, что предложения Комитета затруднят определение того, оказывалось ли «неправомерное влияние» со стороны представителя лица с ограниченными возможностями здоровья: «Медицинскому персоналу будет труднее контролировать действия лиц, оказывающих поддержку, поскольку различие между интересами пациента и интересами лица, оказывающего поддержку, становится размытым». С этой проблемой, по их мнению, связано формальное распределение ответственности за принятие решения исключительно на лицо с ограниченными возможностями психического здоровья. Поддерживающие лица, вероятно, останутся без какой-либо формальной ответственности.

Все три вышеприведенные критические замечания имеют общие основания для возражения. Они спрашивают, можно ли игнорировать роль человека в принятии решения, независимо от обстоятельств. Если все усилия по оказанию поддержки потерпели неудачу или если человек отказывается от нее, но все еще не может понять факты, имеющие отношение к рассматриваемому решению, или оценить их значимость, или использовать, взвесить или аргументировать эту информацию с точки зрения того, что важно для этого человека, его

убеждений и ценностей, его или ее личных жизненных целей или личного представления о добре, будет ли его или ее выбор, тем не менее, принят?

Способность принимать решения в настоящее время широко используется в качестве основы для поиска оправданий вмешательства в жизнь человека с целью восстановления его способности принимать решения и, следовательно, его или ее благополучия. Или, как предлагает Dawson, способность принимать решения используется в качестве основы, с которой мы работаем, чтобы разрешить серьезные ситуации, когда права противоречат друг другу – например, право на самоопределение против права на жизнь, или на наивысший уровень медицинского обслуживания, или на свободу от насилия и эксплуатации.

Все три критических замечания также поднимают смежный вопрос о том, как мы должны понимать «предварительные распоряжения». В момент времени 1 человек с неоспоримой способностью принимать решения может предсказать, что из-за ожидаемого в будущем эпизода, который может вызвать ухудшение этой способности (момент времени 2), он или она выразит другое, противоречащее предыдущему предпочтение, и заявляет, что не следует рассматривать это как его действительное или «независимое» желание. Если возникает такой эпизод, то какое предпочтение следует уважать? Комитет КПИ не дает четких указаний по этому вопросу. Разве предпочтение, высказанное во второй момент времени не дезавуирует сказанное в 1-й момент времени и не должно быть соблюдено? Если да, то в чем смысл такого предварительного распоряжения?

Поскольку значительная критика интерпретации Комитета касается понятия способности принимать решения, я полагаю, что рассмотрение Комитетом КПИ вопроса о том, как эта концепция может соотноситься с «уважением прав, воли и предпочтений», может оказаться плодотворным. Такое обсуждение окажет сильное воздействие на два ключевых принципа, лежащих в основе КПИ: поддержку автономии и ликвидацию дискриминации.

СПОСОБНОСТЬ ПРИНИМАТЬ РЕШЕНИЯ, НЕЙТРАЛЬНЫЙ ДЛЯ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ ЗАКОН И ДИСКРИМИНАЦИЯ

До того, как Комитет КПИ опубликовал свое пояснение, мы с коллегами выдвинули аргумент о том, что можно было бы сформулировать «нейтральный для лиц с ограниченными возможностями здоровья» закон, который был бы недискриминационным по отношению к людям с психическими расстройствами[25,26]. Такой закон допускал бы недобровольную госпитализацию в тех случаях, когда все попытки оказать поддержку не помогли бы лицу принять решение, которое можно было бы считать самостоятельным.

Такой закон, который предложили мы, как и критические высказывания, обсуждавшиеся выше, был бы прямо основан на способности принимать решения. При этом имеется ввиду не «всеобъемлющая» правоспособность, а специфическая для конкретного решения о лечении в конкретный момент времени. Люди с психическими заболеваниями не имеют нарушений такой способности для большинства или даже для всех решений и в течение большей части или всех периодов времени. В случае значительного ухудшения этой способности недобровольное лечение будет оправданным только в том случае, если оно отвечает «насущным интересам» данного лица. Мы квалифицировали термин «насущные интересы», как «субъективные» насущные интересы – то есть те, которые придают первостепенное значение глубоким убеждениям и ценностям, что можно отождествить с «волей и предпочтениями» человека.

Мы также предположили, что способность принимать решения сама по себе может быть истолкована с точки зрения убеждений и ценностей человека. Оценка способности человека принимать решения будет выходить за рамки более традиционных, так называемых «когнитивных» элементов, путем изучения согласованности решения человека о лечении с его или ее соответствующими глубокими убеждениями, ценностями и обязательствами. Это согласуется с авторитетным мнением Bach и Kerzner о том, что «воля и предпочтения» могут оцениваться в свете способности человека выразить намерение (или волю), согласованное с чувством его индивидуальной самобытности[27,28].

Кроме того, мы утверждали, что крайне важно, чтобы закон носил «общий характер». Чтобы избежать дискриминации, он должен применяться ко всем лицам на равной основе, независимо от причины нарушения их способности принимать решения, будь то «психическое» или «физическое» расстройство, а также от того, имеют ли они «ограничение возможностей здоровья» или нет. Мы утверждали, что способность принимать решения концептуально отличается от «ограничения возможностей здоровья» и может проявляться у людей с ограничением возможностей здоровья или без них.

Dawson и я ранее предложили такой общий закон, который мы назвали «закон о слиянии» – ответный удар традиционному законодательству в области психического здоровья. Мы утверждали, что общепринятое право является несправедливым по отношению к людям с психическими заболеваниями, поскольку их автономия или право на самоопределение не пользуются таким же уважением, как у всех других пациентов в области общей медицины или хирургии.

Некоторые организации, в том числе и Комитет КПИ, считают законодательство, основанное на принципе правоспособности, – даже общий закон, применимый ко всем, – дискриминационным, поскольку непропорционально большое число людей с психическими расстройствами будут считаться не способными принимать решения, даже если эта неспособность носит временный характер и касается какого-то конкретного решения. Безусловно, это будет представлять собой «непропорциональный эффект». Однако непропорциональное воздействие автоматически не влечет за собой дискриминации, в данном случае, «косвенной дискриминации». Например, человек с ограниченными возможностями здоровья в интеллектуальном аспекте редко принимается на обучение в качестве врача. Поскольку квалификация врача не исключает лиц с ограниченными возможностями здоровья в интеллектуальном аспекте, «прямой дискриминации» нет. Тем не менее, критерии поступления, обычно требующие высоких результатов экзаменов по учебным предметам, оказывают непропорционально большое влияние на людей с ограниченными возможностями здоровья в интеллектуальном аспекте. Однако мы не утверждаем, что эти критерии несправедливо дискриминируют людей с ограниченными возможностями здоровья в интеллектуальном аспекте.

Это объясняется тем, что в международном праве, безусловно, признается, что несоразмерное воздействие не равнозначно косвенной дискриминации при условии, что оно имеет три характеристики: а) имеет законную цель, б) критерии, ведущие к достижению этой цели, являются объективными и в) критерии являются разумными в свете этой цели[29].

«Цель» в тех случаях, которые нас интересуют, должна рассматриваться с точки зрения основополагающих

принципов КПИ: уважения «достоинства, присущего личности, и индивидуальной автономии, включая свободу делать свой собственный выбор». Цель заключается в том, чтобы обеспечить поддержку самостоятельных действий людей, испытывающих серьезные трудности в принятии важных решений (в соответствии с их глубоко укоренившимися личными убеждениями и ценностями, их личным представлением о «добре» или «воле и предпочтениях»), и чтобы эти ценности осуществлялись посредством содействия со стороны других до восстановления самостоятельности человека.

Значительный объем исследований стандартных критериев «способности принимать решения», определенных, например, в работе Grisso и Applebaum[30], свидетельствует об уровне согласия между независимыми оценщиками, о достоверном показателе «объективности», который является очень высоким[31].

«Разумность» зависит от того, способствует ли особое обращение с лицами с ограниченными возможностями здоровья достижению законной цели. Является ли это разумным и соразмерным средством достижения этой цели? «Автономия» человека – в вышеприведенном смысле – обязательно связана с какой-то способностью принимать решения. Если человек не в состоянии принять решение, отражающее или способствующее его или ее концепции блага, несмотря на все меры поддержки, это создает препятствия для его самостоятельных действий.

При каких обстоятельствах человек может испытывать трудности в принятии решения о лечении, которое согласуется с его или ее индивидуальной концепцией блага или с его или ее глубокими убеждениями и ценностями? То, что Комитет КПИ непосредственно не рассматривал, является общей ситуацией для людей с серьезными психическими заболеваниями, такими как психоз: то есть значительным, часто драматическим, изменением в предпочтениях человека. Действительно, то же самое может произойти и у людей без психических заболеваний, например, с органической мозговой реакцией, вызванной черепно-мозговой травмой или неблагоприятной лекарственной реакцией.

Изучение терминов «воля и предпочтения», возможно, поможет определить составляющие этих понятий и то, как мы могли бы реагировать на них согласно с положениями КПИ, иногда допуская «недобровольное» вмешательство.

ЗНАЧЕНИЕ ПОНЯТИЙ «ЖЕЛАНИЕ И ПРЕДПОЧТЕНИЕ»: «ЖЕЛАНИЕ» ПРОТИВ «ПРЕДПОЧТЕНИЯ»

Согласно пункту 4 статьи 12 КПИ, «государства-участники обеспечивают, чтобы все меры, касающиеся осуществления правоспособности, предусматривали надлежащие и эффективные гарантии предотвращения злоупотреблений в соответствии с международным правом о правах человека. Такие гарантии должны обеспечивать, чтобы меры, связанные с реализацией правоспособности, ориентировались на уважение прав, воли и предпочтений лица, были свободны от конфликта интересов и неуместного влияния, были соразмерны обстоятельствам этого лица и подстроены под них, применялись в течение как можно меньшего срока и регулярно проверялись компетентным, независимым и беспристрастным органом или судебной инстанцией».

В этом тексте присутствует двусмысленность, порожденная компромиссом. Некоторые органы власти трактуют этот пункт как разрешение на принятие решений замещающим лицом, но только с установленными гарантиями[11]. Однако, как мы видели, комитет КПИ утверждает, что осуществление правоспособности запрещает данный способ принятия решений, и настаивает на том, что мы должны всегда «уважать права, волю и предпочтения» лиц с ограниченными возможностями здоровья (как мы, предположительно, делаем для всех остальных)[2]. Выражение «воля и предпочтения», как отмечалось ранее, фигурирует во многих заявлениях органов ООН, даже в тех из них, которые напрямую не запрещают принятие решений замещающим лицом.

Хотя выражение «воля и предпочтения» часто повторяется, ни один орган власти не дал определения его значению. Я не нашел ни одного в «подготовительных материалах» (travaux préparatoires). Почему были выбраны эти два слова: «воля» и «предпочтение»? «Предпочтение» имеет относительно простое значение: Оксфордский словарь английского языка определяет его как «большую симпатию к одной альтернативе по сравнению с другой». С другой стороны, значение слова «воля» переносит нас на гораздо более сложную территорию.

Говоря обычным языком, «воля» обладает более сильным чувством решимости действовать определенным образом, чем «предпочтение». Кроме того, слово «воля» имеет долгую историю в философии сознания. Неудивительно, что взгляды философов на его значение обнаруживают существенные различия. Действительно, в недавнем издании, посвященном этой теме, автор описывает «неполный упадок» «современной теории воли», которая господствовала от Декарта и вплоть до 19-го века и подверглась жестокому осуждению в 20-м веке[32].

В материалах XVII века «воля» рассматривается как нечто вроде причинно-следственной связи между желанием и действием, направленным на исполнение желания. Различие между «волей» и стремлением (или желанием, или «предпочтением») обычно приводится в философской литературе. Влияние оказала концепция Канта о «воле», вкратце сформулированная следующим образом: «воля, в отличие от способности выбирать, – это способность трансформировать чувственные побуждения или причинно-обусловленные желания в мотивирующее обоснованное побуждение к действию. Таким образом, обладание волей означает также способность испытывать желания, чтобы увидеть, могут ли они выступать в качестве причин»[33]. «Воля» Канта составляет часть более крупного понятия, включающего выбор «целей», но это не имеет отношения к нашим целям.

Важной темой этой дискуссии, которую поддерживает ряд недавних сообщений, является идея «воли» как некой мотивирующей структуры более высокого порядка, которая определяет, какие желания должны быть воплощены в действия. Она может рассматриваться как «обладание особой причиной, дающей силу»[34], или как саморегулирующаяся функция особого порядка, в которой «ценности» играют ключевую роль и где желания являются предметом обсуждения в рамках «политики» более высокого порядка, которая со временем расширяется и выражает приверженность целям, воплощающим ценности[35].

В соответствии с этими рамками мы можем разработать описание понятий «воля» и «предпочтения», которое будет полезным в моменты, когда у нас могут возникнуть опасения, что принятие решений тем или иным лицом затруднено[36]. Можно провести различие между «волей» – высшей, саморегулирующейся функцией – и желаниями, намерениями и «предпочтениями», выражающимися в настоящее время. «Воля», с этой точки зрения, является проявлением глубоко укоренившихся, достаточно устойчивых и последовательных личных убеждений, ценностей, обязательств и концепции блага. Это то, что мы

можем понять как характеризующее личную «автономию». В этом смысле воля – это не то же самое, что желание, намерение или существующее в настоящее время «предпочтение», даже сильно выраженное.

«Воля» и «предпочтения», по большому счету, работают вместе. Именно тогда, когда «воля» и «предпочтение» расходятся или противоречат друг другу, и человеку необходимо принять серьезное решение, может возникнуть проблема.

КОГДА «ПРЕДПОЧТЕНИЕ» НЕСОВМЕСТИМО С «ВОЛЕЙ»: НЕ ВСЕ ПРЕДПОЧТЕНИЯ ОДИНАКОВЫ

В качестве поучительной модели мы можем вернуться к «предварительным распоряжениям», которые считаются проблематичными в критике толкования статьи 12 Комитетом КПИ. Отмечая разницу между «волей» человека (и связанными с ней предпочтениями) в момент времени 1, в отличие от «предпочтений», которые человек ожидает выразить в момент времени 2 – и которые человек просит игнорировать, – объясняется, почему мы обычно уважаем «волю» в момент времени 1, а не «предпочтение» в момент времени 2. Если в момент времени 1 данное лицо сообщает о «волеизъявлении» о возможности недобровольного лечения, прогнозируя упорный отказ от этого в момент времени 2 (в крайнем случае, если все попытки оказать поддержку не увенчались успехом), то отказ действовать согласно текущему желанию лица имеет веские основания. Мы отдаем предпочтение первоначальным инструкциям, поскольку они отражает «волю» человека – его или ее относительно стабильные, глубоко укоренившиеся убеждения и ценности, а также личную концепцию блага.

Уважение предпочтения в момент времени 2 означает подрывать «волю» или, по существу, «автономию» человека. Трудно понять, как это согласуется с первым «общим принципом» КПИ: «уважение [присущего] достоинства, индивидуальной автономии, включая свободу делать свой собственный выбор, и независимость личности».

Если бы наши пояснения были приняты, то из этого бы следовало, что можно действовать аналогично, даже если человек не давал письменных предварительных указаний, а выражал их через различные высказывания, выборы и ценности (или «волю») и связанные с ними «предпочтения», что могут подтвердить люди, хорошо знающие человека, например, родственники и друзья. Даже если человек ранее не высказывал однозначного пожелания насчет лечения, его или ее ранее проявлявшаяся «воля», как могло быть видно из его или ее обязательств, выбора жизненного пути и целей, то не пришлось бы размышлять, уважать или не уважать его текущее «предпочтение».

В соответствии с духом КПИ, несмотря на недобровольное вмешательство, необходимо развивать отношения, направленные на то, чтобы как можно скорее облегчить выражение человеком своей воли[27].

Анализ понятий «воля и предпочтения» добавляет новую дименсию в концепцию «способности принятия решений» и «наилучших интересов», если не их переосмысление. Способность принимать решение относительно лечения ставится под сомнение, когда имеются серьезные расхождения между «волей» и текущим «предпочтением», а «наилучшие интересы» соблюдаются в соответствии с реализацией «воли» этого человека. Предварительное распоряжение предлагает самую понятную модель. Аргументы за недобровольное вмешательство тем сильнее, чем большую угрозу для «воли» лица будет представлять принятие противоречащего ему «предпочтения».

Насколько хорошо мы можем определить, каковы глубокие убеждения, ценности или личные представления человека о благе? Инструмент, который мы используем, философы называют «интерпретацией»[37-39], не путать с психоаналитической версией. Интерпретация включает в себя форму «народной» психологии или психологии «здравого смысла», которую мы используем, чтобы понять и предсказать поведение других в повседневных условиях психических состояний, таких как убеждения и желания. Dennet[40] характеризовал эту способность следующим образом: «при всех ее недостатках, несовершенстве и запутанности, народная психология является чрезвычайно мощным источником прогнозирования. Это не просто невероятно мощный, но и удивительно простой в использовании для людей инструмент. Мы виртуозно эксплуатируем не столько теорию, сколько сноровку». При совместной работе с пациентом и людьми, хорошо знающими пациента, можно ожидать соответствующей степени «объективности» в оценке.

Несомненно, читатель увидит некоторые потенциальные затруднения в этом подходе к понятиям «воли и предпочтений». Здесь я кратко указываю на некоторые из них.

Может ли измениться «воля» (и связанные с ней предпочтения) человека, не являясь признаком того, что «воля» (и связанные с ней предпочтения) будет подорвана? Несмотря на то, что есть сообщения о внезапных, существенных изменениях в глубоких убеждениях и ценностях человека, их мало[41]. Они, как правило, носят характер духовных откровений, и в результате этих изменений складывается общее, в значительной степени согласованное представление о «добре», часто религиозного характера. Чаще всего изменение в «волеизъявлении» происходит последовательно и понятно, как правило, путем проработки конфликта ценностей: «согласованность» в интерпретирующем смысле сохраняется. Еще один пример, когда новая «воля» может рассматриваться как «подлинная»: человек, давно страдающий психозом, значительно изменился, при этом его убеждения достаточно стабильны и согласованны, а его ценности и концепция блага разумно соответствуют реальному миру.

Следует ли всегда отдавать предпочтение «воле» над противоречащем ей «предпочтением»? Когда противоречие возникает из-за обратимой причины, то да. Однако, когда причина необратима, как, например, при деменции, то можно утверждать, что человек теперь не является «тем же самым человеком», выражавшим те «волеизъявления». Я полагаю, что вопрос о том, следует ли уважать эту «волю», а не противоположное текущему, но твердое «предпочтение», должен решаться на индивидуальной основе с участием тех, кто непосредственно заинтересован в благополучии лица[39].

Бывают ситуации, когда невозможно узнать, что является «волей» человека, например, когда он без сознания или в состоянии спутанности сознания, когда нет никого, кто знает этого человека; или если это человек с тяжелым ограничением возможностей интеллекта, который не может связно выразить свою «волю» (хотя в этом могут помочь фрагменты наблюдений за его поведением и высказываниями, указывающие на то, что было важно для человека). В таких случаях было высказано предположение о том, что позиция по умолчанию могла бы заключаться в рассмотрении прав человека, имеющих отношение к данной ситуации, в качестве руководства для принятия решения[42].

УВАЖАТЬ «ПРАВА» ТАК ЖЕ, КАК «ВОЛЮ» И «ПРЕДПОЧТЕНИЯ»?

Подобно «воле» и «предпочтениям», «воля» и «права» могут смотреть в разных направлениях. Ситуа-

ции, когда «права» должны обладать приоритетом над четко сформированной «волей», вызывают затруднительное положение, более знакомое нам, как «защита» против «автономии».

Например, право на свободу от эксплуатации должно перекрывать «волю» человека жить в одиночестве в ситуации, когда такое право находится под угрозой. Решение может зависеть от «наилучшей интерпретации» того, будет ли «воля» человека жить независимо – исходя из его убеждений, ценностей и концепции блага – соответствовать уровню риска, которому это лицо будет подвергаться (после предоставления оказания соответствующей помощи).

Из предыдущего обсуждения становится очевидным, что слово «уважать» во фразе «человек должен уважать права, волю и предпочтения» данного лица не может означать, что он должен соблюдать все эти три элемента или соглашаться с ними. Если эти понятия противоречат друг другу, это логически невозможно.

ВЫВОДЫ

КПИ ООН является важным правовым документом, четко определяющим права лиц с ограничениями возможностей здоровья. Если ратификация вступит в силу, то это кардинально изменит положение таких лиц в обществе. Это следует всячески приветствовать.

Однако толкование Комитетом КПИ статьи 12, запрещающей «принятие решений замещающим лицом», хотя и получило поддержку в некоторых кругах, не получило полного одобрения в заявлениях некоторых других органов Организации Объединенных Наций и вызвало резкую критику со стороны ученых-юристов и ученых-клиницистов.

Абсолютный запрет на недобровольное лечение, по крайней мере в настоящее время, вызывает сомнения. Тем не менее государствам-участникам постоянно напоминается о позиции Комитета в его заключительных замечаниях, публикуемых после регулярного рассмотрения прогресса каждого государства в осуществлении Конвенции[43]. Почти всегда государствам предлагается заменить стратегию «принятия решений замещающим лицом» на «суппортивную стратегию принятия решений».

Хотя вполне вероятно, что инновации в сфере услуг, направленные на снижение недобровольных мер, могут существенно снизить их частоту, всегда будут исключения – например, органическая спутанность сознания или нейродегенеративные расстройства – когда такие меры могут быть обоснованы с этической точки зрения, по крайней мере в ситуациях с возможными тяжелыми последствиями. Кроме того, согласно исследованиям, значительная доля людей, подвергавшихся недобровольному лечению в связи с психическими заболеваниями, считают, что такая мера может быть уместной в качестве крайней меры[44-46]. Это указывает на то, что реформа закона должна охватывать наиболее заинтересованные стороны и учитывать разнообразие мнений в этой группе[47].

Было бы печально, если бы отношение к КПИ было подорвано толкованием Комитета. Следует отметить, что, хотя это толкование считается «авторитетным», оно не считается «юридически обязывающим» в международном праве[29].

Несмотря на вопросы, вызывающие озабоченность, роль Комитета в привлечении внимания к недобровольному лечению приветствуется. К сожалению, этой области психического здоровья не уделяется должного внимания. Мы предпочитаем не задерживаться на том, что может оказаться глубоко огорчительным и унизительным опытом для пациентов (и тревожным для врачей). Дискриминация в отношении лиц с психическими заболеваниями в рамках традиционного закона о психическом здоровье получает все более широкое признание, в связи с чем возникают фундаментальные вопросы относительно оправдания недобровольного содержания.

Цель Комитета – ликвидация очевидной дискриминации в отношении лиц с психическими расстройствами и уделение особого или первостепенного внимания глубоко укоренившимся убеждениям и ценностям таких лиц (или личной концепции блага, или «воли» и «предпочтений») – заслуживает высокой оценки. Однако, с учетом неудавшегося анализа значения регулярно индоссируемой фразы «уважение воли и предпочтений», особенно в тех случаях, когда «предпочтения» радикально меняются у того или иного лица, интерпретация КПИ Комитетом не может быть полноценной.

ПРИЗНАТЕЛЬНОСТЬ

Автор благодарит G. Richardson за ее комментарии к рукописи, а также S. Gurbai и W. Martin за отслеживание заявлений органов ООН.

Библиография

1. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. New York: United Nations, 2006. http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf.
2. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. General Comment No. 1 on Article 12: Equal recognition before the law. CRPD/C/ GC/1. 2014.
3. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. Statement on Article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. CRPD/C/12/2, Annex IV. 2014.
4. Quinn G. Personhood and legal capacity: Perspectives on the paradigm shift of Article 12 CRPD. http://www.nuigalway.ie/cdlp/staff/gerard_quinn.html.
5. Flynn E, Arstein-Kerslake A. Legislating personhood: realising the right to support in exercising legal capacity. Int J Law in Context 2014;10:81-104.
6. Slobogin C. Eliminating mental disability as a legal criterion in deprivation of liberty cases: the impact of the Convention on the Rights of Persons with Disability on the insanity defense, civil commitment, and competency law. Int J Law Psychiatry 2015;40:36-42.
7. Gooding P, O'Mahony C. Laws on unfitness to stand trial and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: comparing reform in England, Wales, Northern Ireland and Australia. Int J Law, Crime and Justice 2015;44:122-45.
8. Peay J. Mental incapacity and criminal liability: redrawing the fault lines? Int J Law Psychiatry 2015;40:25-35.
9. Craigie J. Against a singular understanding of legal capacity: criminal responsibility and the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Int J Law Psychiatry 2015;40:6-14.
10. Bartlett P. The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities and mental health law. Mod Law Rev 2012;75:752-78.
11. Richardson G. Mental disabilities and the law: from substitute to supported decision-making? Current Legal Problems 2012;65: 333-54.
12. Chalklen S. Urgent request to amend the Human Rights Committee's draft version of General Comment No. 35 (CCPR/C/107/R.3) on Article 9 (Right to liberty and security of person) bringing it in line with the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. May 27, 2014.
13. Devandas-Aguilar C. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities on her mission to the Republic of Moldova. February 2, 2016.
14. United Nations Working Group on Arbitrary Detention. Guideline 20 – Specific measures for persons with disabilities. In: Basic Principles and Guidelines on Remedies and Procedures on the Right of Anyone Deprived of His or Her Liberty by Arrest or Detention to Bring Proceedings Before Court. A/HRC/30/37. 2015:23-5.
15. United Nations High Commissioner for Human Rights. Mental health and human rights. Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights. A/HRC/34/32. 2017.
16. United Nations Human Rights Committee. General Comment No. 35 – Article 9:

Liberty and Security of Person. CCPR/C/GC/35. 2014.
17. United Nations Subcommittee on Prevention of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. Approach of the Subcommittee on Prevention of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment regarding the rights of persons institutionalized and treated medically without informed consent. CAT/OP/27/2. 2016.
18. United Nations Human Rights Council. Resolution on Mental Health and Human Rights. A/ HRC/36/L.25. 2017.
19. Pūras D. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. A/HRC/35/2. 2017.
20. Méndez JE. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. A/HRC/22/53. 2013.
21. European Court on Human Rights. AM-V v Finland. ECHR 273, 2017.
22. Freeman MC, Kolappa K, Caldas de Almeida JM et al. Reversing hard won victories in the name of human rights: a critique of the General Comment on Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Lancet Psychiatry 2015;2:844-50.
23. Dawson J. A realistic approach to assessing mental health laws' compliance with the UNCRPD. Int J Law Psychiatry 2015;40:70-9.
24. Scholten M, Gather J. Adverse consequences of article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities for persons with mental disabilities and an alternative way forward. J Med Ethics 2017;4:226-33.
25. Dawson J, Szmukler G. Fusion of mental health and incapacity legislation. Br J Psychiatry 2006;188:504-9.
26. Szmukler G, Daw R, Callard F. Mental health law and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Int J Law Psychiatry 2014;37:245-52.
27. Bach M, Kerzner L. A new paradigm for protecting autonomy and the right to legal capacity. Law Commission of Ontario, 2010:196.
28. Szmukler G, Bach M. Mental health disabilities and human rights protections. Glob Ment Health 2015;2:e20.
29. Martin W, Michalowski S, Jutten T et al. Achieving CRPD compliance: an Essex autonomy project position paper. Colchester: University of Essex, 2015.
30. Grisso T, Appelbaum PS. Assessing competence to consent to treatment: a guide for physicians and other health professionals. New York: Oxford University Press, 1998.
31. Okai D, Owen G, McGuire H et al. Mental capacity in psychiatric patients: systematic review. Br J Psychiatry 2007;191:291-7.
32. Hyman J. Action, knowledge and will. Oxford: Oxford University Press, 2015.
33. Schneewind JB. Kant on the will. In: Pink T, Stone MWF (eds). The will and human action: from antiquity to the present day. London: Routledge, 2004:154-72.
34. Watson G. The work of the will. In: Stroud S, Tappolet C (eds). Weakness of will and practical irrationality. Oxford: Oxford University Press, 2003:172-200.
35. Bratman M. Valuing and the will. In: Tomberlin J (ed). Philosophical perspectives: action and freedom, Vol. 14. Chichester: Wiley-Blackwell, 2000:249-65.
36. Szmukler G. The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: 'Rights, will and preferences' in relation to mental health disabilities. Int J Law Psychiatry 2017;54:90-7.
37. Banner N, Szmukler G. 'Radical intepretation' and the assessment of decision-making capacity. J Appl Philos 2014;30:379-74.
38. Glover J. Alien landscapes? Interpreting disordered minds. Cambridge: Harvard University Press, 2014.
39. Szmukler G. Men in white coats: treatment under coercion. Oxford: Oxford University Press, 2018.
40. Dennett D. Two contrasts: folk craft vs folk science and belief vs opinion. In: Greenwood JD (ed). The future of folk psychology. Cambridge: Cambridge University Press, 1991:136-48.
41. C'de Baca J, Wilbourne P. Quantum change: ten years later. J Clin Psychol 2004;60: 531-41.
42. Australian Law Reform Commission. Equality, capacity and disability in Commonwealth laws. ALRC Report 124, 2014.
43. UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities. Concluding observations. http:// tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/ TBSearch.aspx?Lang=en& TreatyID=4& DocTypeID=5.
44. Mental Welfare Commission Scotland. Seeking your views consultation. 2016. http://www.mwcscot.org.uk/media/371015/capacity_detention__supported_decision_making_and_ mental_ill_health.pdf.
45. South Africa Federation for Mental Health. Mental health care user engagement. Report on Involuntary mental health care. 2016. http:// www.safmh.org.za/.
46. Mental Health Alliance. A mental health act fit for tomorrow: an agenda for reform. 2017. http:// www.mentalhealthalliance.org.uk/news/2017-a-mental-health-act-fit-for-tomorrow.html.
47. Plumb A. UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: out of the frying pan into the fire? Mental health service users and survivors aligning with the disability movement. In: Spandler H, Anderson J, Sapey B (eds). Madness, distress and the politics of disablement. Bristol: Policy Press, 2015:183-98.

DOI: 10.1002/wps.20584

Психическое здоровье и права человека в 21-м веке

Психическое здоровье выходит из тени. На повестке дня – права человека, и правозащитники все чаще призывают к равному финансированию сферы психического здравоохранения с другими медицинскими отраслями, сокращению неравенства в лечении людей в кризисных ситуациях, особенно в странах с низким и средним доходом. На высоком уровне достигнуто согласие по ключевым компонентам эффективной политики в области психического здоровья, начиная с популяризации и заканчивая профилактикой, лечением и реабилитацией.

Как бы то ни было, важным разногласием остается вопрос инвестирования ресурсов. По этому пункту обсуждение зашло в тупик, что может привести к серьезным разногласиям. Споры относятся к сложным связям между психическим здоровьем и правами человека и сводятся к одному вопросу: нарушают ли недобровольные психиатрические вмешательства международное законодательство в области прав человека?

Принуждение в психиатрии и смежных службах растет повсеместно. Этот факт требует вмешательства, а не обсуждения. Конвенция Организации Объединенных Наций о правах инвалидов (КПИ) дает возможность всем заинтересованным сторонам переосмыслить общепринятую мудрость, выровнять давно существующий дисбаланс сил и внедрить инновационные технологии.

Обеспокоенность изменениями не должна препятствовать диалогу или политическим действиям. КПИ предоставляет уникальную возможность освободить не только пользователей психиатрических услуг, но и всю область психического здоровья от наследия стигмы, безнадежности и дискриминации. Директива КПИ об использовании социальной или «правозащитной» модели инвалидности и отходе от «медицинской модели» инвалидности имеет стратегические преимущества, включая прояснение многих социальных, политических и экономических факторов, которые создают серьезные диспропорции для людей с психическими расстройствами или психосоциальными ограничениями возможностей здоровья.

Может возникнуть соблазн сосредоточиться на самых исключительных случаях, которые кажутся неуправляемыми без мер принуждения. Более важным, однако, является необходимость существенного сокращения принуждения путем внедрения альтернативных, основанных на соблюдении прав человека способов оказания поддержки. Психиатрия может и должна быть среди лидеров в этом направлении, а не только среди тех, кто сопротивляется переменам.

Нарушения прав человека в контексте психического здоровья остаются значительными во всем мире, в том числе в странах с высоким, средним и низким уровнем дохода. Распространенность нарушений прав человека не может объясняться простой нехваткой ресурсов. Например, в относительно богатом Европейском регионе средства продолжают инвестироваться в реконструкцию и расширение крупных жилых и психиатрических учреждений[1,2]. Эти объекты увековечивают порочный круг отчуждения и отчаяния. Рост недобровольных психиатрических интервенций как внутри, так и вне госпиталей также предполагает, что что-то идет неправильно.

Мы понимаем серьезные аргументы профессионалов против отмены недобровольного лечения. Они отстаивают сохранение законного разрешения на лечение людей с серьезными психическими расстройствами недобровольно в исключительных обстоятельствах таким образом, чтобы сохранить достоинство и самостоятельность, даже право на жизнь. Их противники считают, что недобровольное применение изменяющих сознание и тело лекарств на основе узких концепций нарушений, недостаточно обоснованных заявлений о «риске» и «необходимости» и ограниченного круга альтернатив несовместимо с достоинством и самостоятельностью.

Ученые в разных областях, включая философию, нейронауки, психологию и экономику, все чаще и чаще ставят под вопрос основания для «исключений», которые легитимизируют принуждение в сфере охраны психического здоровья. КПИ подняла эти вопросы на уровень международных законов по правам человека. Действительно, КПИ бросает вызов векам санкционированных предубеждений. Как бы то ни было, «исключения» остаются на бытовом, законодательном, политическом и практическом уровнях, и они просачиваются в норму, способствуя дисбалансу сил, злоупотреблению биомедицинскими вмешательствами и лишению и без того маргинализированного населения прав и возможностей. За этим следуют системные нарушения. Такой статус-кво, наблюдаемый в глобальных масштабах, более неприемлем.

Для психиатра и всех других специалистов в области медицины поворот в сторону прав человека потребует отказа от «замещающего процесса принятия решений» и оказания поддержки в соответствии с «волей и предпочтениями» человека, а в условиях дефицита информации – «наилучшего толкования» его/ее воли, предпочтений и прав.

Исследование Szmukler[3] привносит значительный вклад в описанную концепцию. Он разъясняет некоторые необходимые теоретические и концептуальные условия для реализации «основ воли и предпочтений клиента» и задает серьезный вопрос о том, что КПИ значит для будущего психиатрии и глобальной системы здравоохранения в целом.

Одно из его утверждений, однако, вызывает некоторую озабоченность: а именно, предложение оценить неспособность человека принимать решения в форме функциональной оценки его умственных способностей, когда его воля и предпочтения неясны или, как представляется, противоречат друг другу.

В этом отношении следует проявлять осторожность. Szmukler упоминает многих критиков функциональной оценки умственных способностей, к которым можно было бы добавить авторов QualityRights Framework[4] Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Однако его усилия по борьбе с дискриминацией или повторением длительного дисбаланса сил многих не убедят (в том числе и нас самих). Однако он прав в том, что касается реагирования на чрезвычайные ситуации, и что диалог должен продолжать находить основания для справедливого вмешательства.

Этот Форум в World Psychiatry и программа ВОЗ по Основам Оценки Качества являются примером такого постоянного поиска. Необходимы творческие подходы, способствующие укреплению терапевтических отношений, основанных на доверии и расширении прав и возможностей таким образом, чтобы избежать подводных камней прошлого. Продвижение в этом направлении открывает возможности и создает настоятельную необходимость в разработке новаторских методов, некоторые из которых возникают органически, когда недобровольное вмешательство приостанавливается или существенно ограничивается (как, например, происходит в Германии)[5].

Академическая психиатрия, как ярко показывает работа Szmukler, будет иметь важное значение для этого сдвига. Исследователи-клиницисты могут продолжать эти усилия, призывая к реинвестированию огромных ресурсов, которые в настоящее время расходуются на узкие биомедицинские исследования, переключая средства на социальные, клинические и общественные исследования в гуманистических рамках[6]. Необходимо укреплять связи между психиатрией, общественным здравоохранением и социальными науками.

Простых решений не существует. Дебаты могут быть неудобными, но они могут расширить наши возможности и роль психиатрии. Этот сдвиг приведет к ослаблению «формальной власти», которой в настоящее время наделены психиатры. Тем не менее, переход от опекунской к посреднической роли может принести многочисленные выгоды, включая высвобождение средств, используемых в настоящее время для недобровольного оказания помощи и решения важных вопросов, связанных с имиджем и репутацией. В интересах психиатрии как медицинской профессии – существенно снизить зависимость от недобровольного оказания помощи и распространить информацию об этом повсеместно.

Основанный на правах человека подход может открыть путь к будущему психиатрической помощи, которую мы хотим для всех. КПИ может быть использована для содействия инвестированию человеческих и финансовых ресурсов в широкий спектр мер поддержки в целях резкого сокращения числа мер, принимаемых без согласия сторон, с целью их ликвидации. Она обеспечивает основу для достижения социальной справедливости, достижения наивысших стандартов здравоохранения и укрепления управления здравоохранением и социальными службами.

Dainius Puras[1,2], Piers Gooding[3]

[1]United Nations Special Rapporteur on the Right to Physical and Mental Health;
[2]Clinic of Psychiatry, Faculty of Medicine, Vilnius University, Vilnius, Lithuania;
[3]Melbourne Social Equity Institute, University of Melbourne, Melbourne, VIC, Australia

Перевод: Копин А.В. (Санкт-Петербург)
Редактура: к.м.н. Чумаков Е.М. (Санкт-Петербург)
(World Psychiatry 2019;18(1):42-43)

Библиография

1. World Health Organization. Mental health, human rights and standards of care. Assessment of the quality of institutional care for adults with psychosocial and intellectual disabilities in the WHO European Region. Geneva: World Health Organization, 2018.
2. Winkler P, Krupchanka D, Roberts T et al. Lancet Psychiatry 2017;4:634-42.
3. Szmukler G. World Psychiatry 2019;18: 34-41.
4. World Health Organization. Protecting the right to legal capacity in mental health and related services (pilot version). Geneva: World Health Organization, 2018.
5. Zinkler M. Laws 2016;5:15.
6. Kleinman A. Br J Psychiatry 2012;201:421-2.

DOI: 10.1002/wps.20599

Практические стратегии по прекращению недобровольных практик в службах охраны психического здоровья

Психическое здоровье стало глобальным приоритетом. Решающее значение имеет расширение охвата вариантов лечения и вспомогательных услуг. Однако без глубокого осмысления и изменения парадигмы в отношении видов предоставляемых услуг мы рискуем воспроизвести некоторые плохие результаты и неудовлетворенность, которые мы наблюдаем в странах с высоким уровнем дохода в результате чрезмерной медикализации, чрезмерного использования и ненадлежащего использования лекарств (и их негативных последствий, например, в плане нарушения обмена веществ, сексуальных расстройств, преждевременной смертности) и нарушений прав человека, связанных с недобровольными госпитализацией и лечением, изоляцией и использованием средств фиксации[1-3].

Продвижение прав человека в области психического здоровья должно идти рука об руку с усилиями по расширению спектра услуг в странах, а стратегии и вмешательства в области психического здоровья должны быть прочно основаны на правозащитном подходе[4].

Конвенция о правах инвалидов (КПИ) устанавливает ключевые обязательства для стран по прекращению практики, основанной на применении силы, принуждении и принятии решений замещающим лицом в области психического здоровья, и вместо этого требует, чтобы такая практика основывалась на волеизъявлении и предпочтениях людей или на лучшем толковании их воли и предпочтений[5,6].

Принудительная практика особенно сложна для изменения в силу того, что является общепринятой и считается необходимой для защиты людей от причинения вреда. Подобная практика закреплена и санкционирована в законодательстве и политике всех стран. И это несмотря на отсутствие доказательств ее эффективности и при имеющихся доказательствах того, что такие методы, как изоляция и ограничения свободы движения, серьезно вредят физическому и психическому здоровью и могут привести к смерти[7].

G. Szmukler[8] утверждает, что существуют исключения, когда в интересах поддержания автономии человека необходимо использовать недобровольное вмешательство, и что способность человека принимать решение должна стать решающим фактором при определении того, являются ли недобровольные госпитализация и лечение законными. Ниже мы излагаем наше несогласие с данной позицией, а также комментируем некоторые спорные моменты, затронутые автором.

Во-первых, отказать человеку, который слеп, в праве управлять автомобилем, это не то же самое, что отказать в праве принимать решения, касающиеся приема препаратов и лечения в целом, в отношении лица с нарушенной способностью принимать решения. Слепота человека является объективным критерием, почему он не может водить машину, но определение того, что способность принимать решения нарушена, является субъективным. Более того, медицинский работник или другой специалист объективно не может знать, что будет лучше для человека, потому что предпочтения сами по себе исключительно субъективны. Профессионал не имеет той же истории, опыта или знаний, что и человек, заинтересованный в

том, что он/она считает полезным для своего выздоровления.

Суть сценария, описанного Szmukler, заключается не в отказе в праве на вождение, а скорее в понимании того, что функция вождения заключается, прежде всего, в возможности добраться из пункта А в пункт Б. Слепой человек будет в первую очередь заинтересован в свободе передвижения, которую дает вождение, а не самом процессе вождения. Таким образом, пусть акт вождения и не может быть гарантированным правом, но создание необходимых условий для того, чтобы человек мог добраться от А до Б наравне с другими, является обязательством согласно международному законодательству в области прав человека.

Точно так же в случае человека, чей процесс принятия решений нарушен, обязательство состоит в том, чтобы поддержать его/ее в принятии его/ее собственных решений наравне с другими. Эта поддержка может означать помощь в получении доступа к необходимой информации, понимании и тщательном взвешивании преимуществ и негативных последствий лечения, а также в поддержке его/ее возможности сообщать о своих решениях и отстаивать их.

Если человек не может напрямую сообщить о своих решениях, они должны основываться на наилучшем толковании его воли и предпочтений. Наилучшей интерпретации можно достичь за счет привлечения доверенного лица или группы лиц, чтобы помочь правильно понять, чего хотел бы этот человек в текущей ситуации, на основе того, что уже известно о нем/ней (например, о его/ее взглядах, убеждениях, жизненных ценностях)[9].

В качестве альтернативы можно обратиться к документу предварительного распоряжения человека, содержащему информацию о его/ее воле и предпочтениях в случае, если он/она не сможет сообщить о своих решениях в будущем. Однако бывают случаи, когда человек, который выразил конкретное желание в момент времени 1, выражает противоположную волю и предпочтения впоследствии. В таких случаях Szmukler задает вопрос, какие предпочтения следует соблюдать. Фактически, предварительное распоряжение может включать «пункт Улисса», который позволяет утверждать, что любые возражения, которые человек может выразить «в данный момент», должны быть отменены в пользу письменной директивы. Это также позволяет пользователям психиатрических услуг сообщать, что они выступают за недобровольное лечение. Однако даже с «пунктом Улисса» важно проконсультироваться с доверенными лицами, чтобы подтвердить окончательное решение в случае возникновения расхождений.

В ситуациях, когда нет доверенного лица или документа предварительного распоряжения (или в случае, если предварительные распоряжения не ясны), человеку должно быть предоставлено достаточно времени для принятие решения в безопасной среде без внешнего давления и принуждения. Если ситуация не угрожает жизни человека, то решение может быть отложено до тех пор, пока человек не сможет выразить свою волю и предпочтения. И даже если есть срочность, следует интерпретировать волю и предпочтения человека, основываясь на имеющейся о нем информации.

В подобных ситуациях могут быть допущены ошибки: решения, основанные на попытке наиболее правильно интерпретировать волю и предпочтения человека, оказываются не соответствующими им. В таком случае крайне важно, чтобы этот опыт стал возможностью лучше понять желания человека, научиться наиболее эффективно помогать ему/ей двигаться вперед и предотвратить повторение подобного инцидента. Важно также способствовать тому, чтобы человек сделал или обновил предварительные распоряжения, и помогать ему/ей в формировании круга доверенных лиц/лица, способных помочь наилучшим образом истолковать волю и предпочтения его/ее в будущем в случае необходимости.

Для достижения стойких и долгосрочных изменений политика и законодательство должны отражать изменения практики, описанные выше. Ряд недавно разработанных законов о психическом здоровье содержит положения, касающиеся «оказания медицинской помощи» в исключительных случаях с использованием недобровольной госпитализации и лечения, изоляции и ограничения свободы движения. Однако система «исключительных случаев» не работала, даже когда были строгие правила и ограничения в отношении их использования. Кроме того, бесконечные дебаты о том, что является «исключительным случаем», препятствуют прогрессу и продуктивному диалогу как на национальном, так и на международном уровнях. Вместо этого следует сосредоточить усилия на поиске путей движения вперед и на стратегиях и решениях, направленных на поддержку права людей на получение качественного ухода и поддержки в соответствии с КПИ.

Потребуются изменения на многих уровнях, включая знания, отношение и практику специалистов, семей и других лиц в отношении поддержки людей в принятии ими решений, предоставления услуг, не являющихся недобровольными и способствующих активной защите и реализации прав, выздоровлению, обеспечивающих заботу и поддержку, ориентированную в первую очередь на людей. Также потребуется пересмотр политики и законодательства таким образом, чтобы они вышли за рамки узконаправленного биомедицинского подхода и стали более ориентированы на правозащитный подход, касающийся социальных детерминант психического здоровья с упором на адекватную поддержку, а не на принуждение.

ВОЗ QualityRights разработала учебные и методические инструменты, которые позволят заинтересованным сторонам интегрировать права КПИ в свою практику[10]. В рамках этой инициативы также разрабатываются руководства, в которых выявляются и предоставляются доказательства для общественных служб того, что работа без принуждения, отвечает потребностям людей, способствует выздоровлению, автономии и интеграции. Эта инициатива также находится на ранних этапах обсуждения новых руководств в отношении правозащитной политики и права в соответствии с КПИ.

Michelle Funk, Natalie Drew

Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, Geneva, Switzerland

Авторы являются сотрудниками ВОЗ. Только они несут ответственность за взгляды, выраженные в этом комментарии, которые необязательно отражают решения, политику или взгляды ВОЗ.

Перевод: Мамедова Г.Ш. (Москва)
Редактура: к.м.н. Чумаков Е.М. (Санкт-Петербург)
(World Psychiatry 2019;18(1):43-44)

Библиография

1. United Nations High Commissioner for Human Rights. Mental health and human rights. Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights. A/HRC/34/32. 2017.
2. Maslej MM, Bolker BM, Russell MJ et al. Psychother Psychosom 2017;86:268-82.
3. Young SL, Taylor M, Lawrie SM. J Psychopharmacol 2015;29:353-62.
4. UN Human Rights Council. Resolution on Mental Health and Human Rights. A/HRC/36/L.25. 2017.
5. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. General Comment No. 1 on Article 12: Equal recognition before the law. CRPD/C/GC/1. 2014.

6. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. Guidelines on Article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities: the right to liberty and security of persons with disabilities. Adopted during the Committee's 14th session, September 2015.
7. US Substance Abuse and Mental Health Services Administration. The business case for preventing and reducing restraint and seclusion use. Rockville: US Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2011.
8. Szmukler G. World Psychiatry 2019;18: 34-41.
9. World Health Organization. Realising supported decision making and advance planning – WHO QualityRights training to act, unite and empower for mental health (pilot version). Geneva: World Health Organization, 2017.
10. World Health Organization. QualityRights guidance and training tools (pilot versions). Geneva: World Health Organization, 2017.

DOI: 10.1002/wps.20600

Интерпретация комитетом ООН понятий «воля и предпочтения» может нарушать права человека

В дискуссии с Комитетом Организации Объединенных Наций (ООН) по осуществлению Конвенции о правах инвалидов (КПИ) G. Szmukler[1] сосредотачивает внимание на правильной трактовке понятий «воля и предпочтения» человека.

Он поясняет, что «воля» должна рассматриваться как «некая структура мотивации высшего порядка, которая определяет, какие желания должны быть воплощены в действия», отражающая «глубоко укоренившиеся убеждения» человека, тогда как «предпочтения» следует рассматривать как более поверхностные, кратковременные желания, способные быстро меняться, например под влиянием психического заболевания. Соответственно, «воля» человека, выраженная в документе предварительных распоряжений, должна иметь первостепенное значение по сравнению с выраженными впоследствии «предпочтениями», поскольку в противном случае предварительные распоряжения не имели бы смысла.

Я не вполне уверен, что подобная интерпретация добавляет «еще один аспект к представлению о способности принимать решения и реальных интересах человека», как заявляет G. Szmukler. Я сомневаюсь, что «воля» и «предпочтения» могут быть дифференцированы без использования психиатрических или нормативных концепций, обе из которых будут отвергнуты с точки зрения Комитета как дискриминационные.

Я предпринял попытку согласовать психиатрическую этику с КПИ ООН[2]. Однако я считаю, что найти общий язык с радикальной интерпретацией Комитета невозможно, поскольку клинические и юридические точки зрения несовместимы.

Рассмотрим два примера из клиники. В первом случае это пациент с депрессией с бредом и ярко выраженными суицидными тенденциями; во втором случае пациент с тяжелой нервной анорексией и угрожающим жизни индексом массы тела. Первый пациент хочет покончить жизнь самоубийством, так как убежден в том, что он сам дьявол и может спасти мир только убив себя. Другой пациент на протяжении многих лет демонстрировал, что его высшая ценность, по-видимому, состоит в том, чтобы есть как можно меньше, даже ценой своей жизни.

Как мы можем утверждать, что эти желания являются лишь «предпочтениями», а не «реальной» волей пациентов? Основываясь на том, что мы знаем значительное количество людей с похожими состояниями, намерения которых полностью изменились после психиатрического лечения, возможно, с некоторыми недобровольными мерами вначале, и продолжавших десятилетиями жить без какого-либо намерения умереть даже в отсутствие лечения. Это концепция «психического заболевания». Если человек отрицает эту концепцию и, тем не менее, хочет уберечь этих людей от смерти, то он должен предполагать, что их «реальная» воля заключается в том, чтобы жить, разделяя желания большинства людей, – жить в полном психическом и физическом здоровье, в хороших условиях и в хороших отношениях с окружающими. Другими словами, в полной мере пользоваться своими правами. Однако это очень тесно нормативно связано с концепцией «наилучшего интереса».

Согласно позиции Комитета, обе вышеуказанные концепции неправильны. Комитет ссылается на новое законодательство, которое приведет к смерти этих двух пациентов. Это, безусловно, нарушит одни из важнейших прав человека: право на жизнь (КПИ ООН, параграф 10) и право на здоровье (КПИ ООН, параграф 25).

Подобно этическим принципам, права человека отдельно не являются абсолютными, но степень их реализации зависит от их совместимости с другими правами человека. Типичным примером является обрезание новорожденных мальчиков, вызывающее конфликт между свободой вероисповедания (родителей) и правом (ребенка) на физическую неприкосновенность. Подобные обсуждения являются необходимыми в наших случаях. Например, в случае пациентов с психотическими расстройствами, которые, принимая лекарства, могут жить в обществе, но в конечном итоге оказываются в изоляторе или в судебно-психиатрической больнице без лекарств, кажется, что все сосредотачиваются только на параграфе 12 КПИ ООН (равенство перед законом), без учета параграфа 19 (самостоятельный образ жизни и вовлеченность в местное сообщество), что также чрезвычайно важно для таких уязвимых людей.

В моей стране (Германия) нет общего права, но есть конституция, а Федеральный конституционный суд (ФКС) является высшим и широко уважаемым институтом. Это преимущество, так как есть широко известный юридический орган, который компетентен для прояснения спорных правовых вопросов в последней инстанции. В 2011 году ФКС опубликовал два основополагающих решения по вопросу о недобровольном лечении[3]. Согласно ФКС, лечение с применением принуждения допустимо только в очень ограниченных условиях. Тем не менее, ФКС указал, что в случае отсутствия возможностей самостоятельно принимать решения, недобровольное лечение может даже потребоваться для защиты права пациента на свободу. В этом контексте ФКС сделал четкое различие между «свободой воли» (соответствующей «воле» в статье Szmukler) и «естественной волей» (соответствующей «предпочтению» в статье Szmukler).

Кроме того, ФКС подробно рассмотрел вопрос о том, соответствует ли концепция недобровольного лечения КПИ ООН, и подтвердил, что соответствует. Кроме того, ФКС принял в 2017 году решение в отношении женщины с раком молочной железы и психотическим расстройством, которая отказалась от необходимой опера-

ции, так как отрицала, что была больна. Поскольку недобровольное лечение было законным только в сочетании с недобровольным содержанием под надзором в психиатрической больнице, ее решение повлекло за собой невозможность лечения, и в результате она умерла. Ретроспективно ФКС решил, что в таких случаях государство обязано «защищать», и требует изменения закона, что позволяет проводить лечение против воли пациента и в больницах общего профиля. Это тщательное рассмотрение конфликтующих прав человека полностью соответствует медицинской этике[2].

Права человека принадлежат к наиболее универсальным и ценным идеям человечества. Если Комитет КПИ ООН заявляет, что является единственным в своем роде защитником нормотворчества в области прав человека, а мы, психиатры, вместе с нашим местным законодательством, должны, как минимум, по совести, предстать перед судом за истязания пациентов, то такая точка зрения не только «не верна», как говорит Szmukler, она шокирующая и абсолютно неприемлемая.

Мы должны быть смелее и публично сказать об этом. Иногда преувеличения могут быть необходимы для достижения политических целей, но преувеличения в нравственности, морали и этике в медицине могут иметь катастрофические последствия. Тем не менее, сама КПИ ООН, как подчеркнул Szmukler, сердечно приветствуется и заслуживает больших усилий для ее реализации разумным образом.

Tilman Steinert

Clinic for Psychiatry and Psychotherapy I, Ulm University, Centers for Psychiatry Suedwuerttemberg, Ravensburg, Germany

Перевод: Мамедова Г.Ш. (Москва)
Редактура: к.м.н. Чумаков Е.М. (Санкт-Петербург)
(World Psychiatry 2019;18(1):45-46)

Библиография
1. Szmukler G. World Psychiatry 2019;18:34-41.
2. Steinert T. Psychiatr Serv 2017;68:291-4.
3. German Constitutional Court. http://www.bverfg.de/entscheidungen/rs20110323_2bvr0

DOI: 10.1002/wps.20601

Статья 12 Конвенции о правах инвалидов, пределы редукционистских подходов к сложным вопросам и необходимость поиска компромисса

Конвенция Организации Объединенных Наций (ООН) о правах инвалидов (КПИ)[1] стала ожидаемым событием для всех тех, кто занимается защитой прав людей с психическими расстройствами и психосоциальными нарушениями. Для значительного количества секторов сообщества по охране психического здоровья это была уникальная возможность продвинуться в разработке законов, защищающих права этой группы людей, и способствующих развитию охраны психического здоровья на муниципальном уровне.

Возможно ли, что Замечание общего порядка №1 Комитета ООН по статье 12 Конвенции[2] создало ситуацию, в которой эти ожидания оказались под угрозой? К сожалению, опасность вполне реальна. Большое число государств-участников, которые ратифицировали Конвенцию, также выразили свое несогласие с толкованием Комитета, в частности в отношении абсолютного запрета на модель принятия решений замещающим лицом. Все большее число экспертов по правам человека, ученых и клиницистов заявляют о своей убежденности в том, что подобное толкование, если оно будет принято, приведет к серьезным последствиям для людей с психическими расстройствами и психосоциальными нарушениями и скомпрометирует ряд критичных, с трудом завоеванных прав этих людей[3]. Хотя многие организации пользователей услугами по охране психического здоровья поддерживают запрет на недобровольную госпитализацию и лечение, есть признаки, указывающие на то, что это мнение не разделяют многие люди с психическими расстройствами и члены их семей. В этом контексте мы должны сделать следующий вывод: перспектива того, что правительства изменят свои законы в области психического здоровья в соответствии с директивами Комитета, представляется довольно отдаленной.

Как мы попали в эту ситуацию? Важными факторами были ограниченное участие некоторых важных секторов (например, клиницистов) в подготовке проекта комментария Комитета, а также недостаточная дискуссия о последствиях и реализации КПИ. Однако, на мой взгляд, значительное влияние на этот процесс оказала неоднозначность текста пункта 4 статьи 12, на которую указал Szmukler[4]. Двусмысленность, в которой сложно не увидеть несовершенный компромисс между конфликтующими подходами, который пытался преодолеть Комитет, увы, ценой радикальной и редукционистской трактовки, что невозможно в таком сложном вопросе.

Согласно толкованию Комитета, любая форма модели принятия решений замещающим лицом считается нарушением гарантированной Конвенцией правоспособности на равной основе. Это означает, что, столкнувшись с лицом, имеющим психическое расстройство, и не принимающим необходимого лечения, со значительно нарушенной способностью принимать решения, психиатру нельзя прибегать к недобровольному лечению ни при каких обстоятельствах. Поскольку для сохранения правоспособности необходимо уважать права, волю и предпочтения человека, в такой ситуации психиатр должен полагаться исключительно на поддержку, которую обязано оказывать лицу государство для того, чтобы человек смог выразить свою волю и предпочтения.

Такой подход имеет ряд противоречий и слабых мест. Одно из них связано с аргументами, использованными Комитетом для обоснования того, почему отсутствие навыков принятия решений не может быть основанием для какой-либо формы осуществления модели принятия решения замещающим лицом. Фактически, один из этих аргументов, заключающийся в том, что оценка этих навыков была бы невозможна, – не подтверждается имеющимися доказательствами[5], а другой, суть которого состоит в том, что их определение будет дискриминационным, – был опровергнут несколькими экспертами, которые утверждали, что оценка способности принимать решения не должна носить дискриминационный характер и может применяться ко всем людям в равной степени[4,6].

Другим примером является идея о том, что при соответствующей под-

держке большинство людей с ограниченными возможностями здоровья смогут выразить свою волю и предпочтения. Данное предположение игнорирует тот факт, что зачастую такую поддержку невозможно гарантировать, в то время как во многих других ситуациях эта поддержка не будет эффективной. Наконец, отказ лиц с тяжелыми психическими расстройствами от лечения, в котором они нуждаются, в тех случаях, когда доказано, что они не способны принимать решения относительно своей потребности в лечении, который делается во имя «свободы права на риск», на мой взгляд, весьма спорный с этической точки зрения.

Несмотря на все возражения против комментария Комитета, мы не должны забывать, как справедливо подчеркивает Szmukler[4], что публикация этого комментария имела ряд преимуществ. Это стимулировало проведение активных дебатов, хотя пока и явно недостаточных на данном этапе. Также публикация комментария привлекла внимание к тому факту, что для многих людей с психическими расстройствами и психосоциальными нарушениями недобровольные госпитализация и лечение могут быть очень болезненными и травмирующими. Наконец, это стало серьезной проблемой для разработки новых материалов, которые могут помочь в достижении столь необходимого консенсуса.

Предложения Szmukler и Dawson[4,7] двигаются в этом направлении и доказывают, что можно сформулировать закон, недискриминационный по отношению к людям с ограниченными возможностями психического здоровья, основанный на способности принимать решения в отношении конкретного решения о лечении в конкретное время, и разрешающий недобровольное лечение, когда все попытки адекватной поддержки не помогли человеку принять самостоятельное решение.

Предложение более субъективного подхода к концепции «наилучших интересов» и оценке способности человека принимать решения может помочь в том, чтобы принимать во внимание убеждения и ценности (другими словами, волю и предпочтения) человека[4]. Хотя предложения, выдвинутые Freeman и соавт.[3] и Scholten и Gather[8], отличаются в некоторых конкретных аспектах от этого подхода, они разделяют некоторые его принципы.

Сохраняются и важные различия между этими предложениями и позицией Комитета. Однако все они представляют собой ценный вклад в разработку формулировки, отражающей сложность того, что поставлено на карту, и потенциально имеющей реальные шансы на то, чтобы быть включенной в законы о психическом здоровье большинства стран.

Для этого необходимо несколько вещей: а) продвигать все формы дебатов, которые могут помочь в достижении нового консенсуса; б) обеспечить участие в обсуждении гораздо более широкого круга заинтересованных сторон (например, различных групп людей с психическими расстройствами, членов их семей, специалистов по психическому здоровью с клиническим опытом и экспертов в области законодательства и политики психического здоровья); в) уточнить определение и взаимосвязь между соответствующими понятиями (например, психические расстройства, инвалидность, психосоциальные нарушения); г) признать, что вместо того, чтобы концентрировать наши усилия на «абсолютном запрете недобровольного лечения (которое) является, по крайней мере, в настоящее время нереальным»[4], нам следует «уделять больше времени размышлениям о том, как сделать основную практику модели принятия решений замещающим лицом как можно более уважительным»[9]; и д) вкладывать больше средств в реформу предоставления услуг и практик, без которой никогда не произойдет значимого изменения в защите прав человека людей с психическими расстройствами.

José Miguel Caldas de Almeida

Lisbon Institute of Global Mental Health, Chronic Diseases Research Center, Nova Medical School/Nova University of Lisbon, Lisbon, Portugal

Перевод: Мамедова Г.Ш. (Москва)
Редактура: к.м.н. Чумаков Е.М. (Санкт-Петербург)
(World Psychiatry 2019;18(1):46-47)

Библиография

1. United Nations. Convention on the rights of persons with disabilities. New York: United Nations, 2006.
2. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. General Comment No. 1 on Article 12: Equal recognition before the law. CRPD/C/ GC/1. 2014.
3. Freeman MC, Kolappa K, Caldas de Almeida JM et al. Lancet Psychiatry 2015;2:844-50.
4. Szmukler G. World Psychiatry 2019;18:34-41.
5. Appelbaum PS. N Engl J Med 2007;357: 1834-40.
6. Szmukler G, Daw R, Callard F. Int J Law Psychiatry 2014;37:245-52.
7. Dawson J, Szmukler G. Br J Psychiatry 2006;188:504-9.
8. Scholten M, Gather J. J Med Ethics 2018;44:226-33.
9. Burch M. J Appl Philos 2017;34:389-402.

DOI: 10.1002/wps.20602

Конвенция ООН о правах инвалидов: большие возможности и опасные толкования

В работе G. Szmukler[1] представлен глубокий анализ некоторых важных аспектов Конвенции Организации Объединенных Наций (ООН) о правах инвалидов (КПИ), которые делают проблематичной ее имплементацию в законодательные нормы и положения сферы охраны психического здоровья.

Из 177 государств-участников, ратифицировавших Конвенцию, только 92 государства подписали Факультативный протокол, при этом некоторые из них заявили оговорки к Конвенции или напрямую выдвинули свое собственное толкование нескольких статей[2].

В самом деле, как верно отмечено в работе Szmukler[1], важнейшие аспекты вытекают не напрямую из текста Конвенции, а из толкований, предложенных Комитетом ООН, ответственным за мониторинг процесса имплементации Конвенции (Комитет КПИ)[3].

Наилучшим примером служат статьи 12 и 14. Их текст предписывает государствам-участникам принять необходимые меры, чтобы гарантировать лицам с ограниченными возможностями здоровья поддержку, которая может потребоваться им в реализации их правоспособности. Однако в том толковании, которое было предложено Комитетом, эти статьи будут препятствовать любому недобровольному лечению и возможности принятия решений вместо и от имени людей с психическими расстройствами.

Szmukler фокусируется на трех аспектах, которые потенциально могут лечь в основу некорректного толкования некоторых положений Конвенции и создать проблемы при ее

имплементации в законодательство о психическом здоровье: правоспособность, воля и предпочтения.

Позиция, которую занял Комитет относительно правоспособности, является проблемой здравого смысла. Она основывается на предположении, что психическая дееспособность и юридическая правоспособность независимы друг от друга, хотя обе они (в частности, правоспособность в смысле дееспособности) включают процесс принятия решений. В итоге человеку может недоставать способности к принятию решений, но с юридической точки зрения он будет рассматриваться как способный к этому во избежание дискриминации и нарушения прав человека.

Это допущение влечет за собой различные риски для разных категорий лиц. Признание полной правоспособности за людьми с психическими расстройствами лишит их всякого права апеллировать к подтверждению наличия расстройства как к источнику защиты. В отсутствие способности принимать решения лицо с тяжелым психическим расстройством (например, психотическим расстройством или деменцией) может оказаться не в состоянии защитить свои интересы и стать жертвой эксплуатации со стороны других. Те, кто работает с людьми, имеющими психические расстройства, знают, что такое случается, и, к сожалению, не так уж редко.

Нам также следует помнить, что некоторые люди испытывают желание свести счеты с жизнью, находясь в глубокой депрессии. Однако после выздоровления эти же люди очень благодарны докторам, лечившим их (даже при недобровольном лечении), за то, что остались в живых.

Необходимость поддерживать активное вовлечение людей в принятие решений, касающихся их лечения, жилищных дел или финансов, конечно, не ставится под вопрос, и следует поощрять усилия по поиску и распространению наиболее подходящих для этого практик. Действительно, переход от классической концепции социальной защиты к фокусировке на автономности и полноценной интеграции людей с ограничениями возможностей здоровья в общество более чем приветствуется, что и продемонстрировала ратификация Конвенции столь значительным числом государств-участников.

Тем не менее, негибкий подход, как тот, что отстаивает Комитет в Комментарии общего порядка №1 к статье 12, не обеспечит защиты в случае, если поддержка активного и осознанного участия людей в процессе принятия решений не удастся, и оставит простор для эксплуатаций и радикальных необратимых решений. Как подчеркнуто в работе Szmukler, жесткие толкования положений Конвенции могут привести к парадоксальной ситуации, когда как сами люди с психическими расстройствами, так и их неофициальные опекуны могут больше пострадать, нежели получить выгоду.

Идея полагаться на волю и предпочтения человека при обеспечении реализации правоспособности свидетельствует о нехватке клинического опыта и исходных данных при подготовке текста Конвенции. При некоторых неврологических, психиатрических и терапевтических состояниях, сопровождаемых количественными и качественными изменениями сознания, возможность оценить волю и предпочтения человека «сообразно чувству личной идентичности»[1] очень ограничена. Во время маниакального эпизода, к примеру, человек может быть способен на поведение, которое вне эпизода заставило бы его/ее испытывать глубокий стыд, тревогу или даже чувство вины. После выздоровления он/она может интересоваться у окружающих, почему никто не остановил его/ее, чтобы не дать натворить столько бед. Находясь в остром бреду, он/она может захотеть пожертвовать кому-либо все свое имущество, а после, уже вне бреда, испытывать отчаяние из-за того, что разрушил свою жизнь и жизнь всей своей семьи. Здесь налицо конфликты различных волеизъявлений и даже различных прав в разные моменты времени; как спрашивает Szmukler: должно ли в таких случаях право наслаждаться свободой от эксплуатации превалировать над правом поступать в соответствии со своими текущими предпочтениями?

Несмотря на недостатки, отмеченные Szmukler, предварительные указания могут быть важным ресурсом. Тем не менее, необходима углубленная дискуссия с участием всех заинтересованных сторон для определения наиболее подходящих для этого процедур и их валидация в различных культурных контекстах.

В свете потенциально вредоносных последствий жестких интерпретаций не удивляет тот факт, что некоторые государства-участники при ратификации Конвенции ООН заявили оговорки к некоторым статьям (в частности, к статьям 12, 14 и 19) и не подписали Факультативный протокол. Также неудивительно, как отмечает Szmukler, что и другие органы ООН не поддержали толкования, предложенные Комитетом КПИ[4]. Проблема ограничений возможностей здоровья вследствие психических расстройств является сложной и требует высоких этических стандартов, надлежащей подготовки специалистов, а также наличия служб охраны психического здоровья с адекватной структурой и человеческими ресурсами.

Несмотря на критические положения, освещенные в работе Szmukler, Конвенция породила активное обсуждение незаслуженно обделяемых вниманием горячих тем, которые, находясь в противоречии с характерной для доклада Комитета КПИ и Специального докладчика склонности к ярлыкам и упрощениям, похоже, требуют тщательного апробирования различных моделей и нейтральной оценки получившихся результатов.

Пока же можно и нужно прийти к общему соглашению по следующим вопросам: а) признание недееспособности никогда не должно основываться только лишь на диагнозе, так как психические расстройства не ухудшают способности к принятию решений лишь по определению; б) в каждом из государств-участников процедуры, касающиеся предварительных указаний, должны быть определены и урегулированы в законодательстве о психическом здоровье после их адекватного обоснования; в) в историях болезни пациентов должны быть тщательно задокументированы попытки установить терапевтический альянс и поддерживать пациента в процессе принятия им решений, касающихся лечения, жилищных, финансовых и прочих вопросов.

Silvana Galderisi

Department of Psychiatry, University of Campania L. Vanvitelli, Naples, Italy

Перевод: Шкурина Ж.В. (Москва)
Редактура: к.м.н. Чумаков Е.М. (Санкт-Петербург)
(World Psychiatry 2019;18(1):47-48)

Библиография

1. Szmukler G. World Psychiatry 2019;18:34-41.
2. United Nations. Treaty Series 2515:3. https://treaties. un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-15&chapter=4&lang=_en&clang=_en
3. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. General Comment No. 1 on Article 12: Equal recognition before the law. CRPD/C/GC/1. 2014.
4. United Nations High Commissioner for Human Rights. Mental health and human rights. Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights. A/HRC/34/32. 2017.

DOI: 10.1002/wps.20603

Воля и предпочтения в общем проекте Конвенции ООН о правах инвалидов

Работу G. Szmukler[1] следует понимать в контексте Конвенции о правах инвалидов (КПИ) целиком и в смысле целей, к которым Конвенция стремится.

Мотивацией к принятию Конвенции послужило осознание того факта, что существующие законодательные и политические подходы как на международном, так и на национальном уровне не обеспечивали прав людей с ограничениями возможностей здоровья[2]. То, что это имеет отношение и к людям с психическими расстройствами, вряд ли будет оспариваться читателями данного журнала. Мы все знаем об институциональных системах, в которых люди с психическими расстройствами могут проводить большую часть своей жизни в условиях, которые откровенно прискорбны. Северные страны порой заявляют, что это не имеет к ним отношения, однако после изучения докладов Европейского комитета против пыток становится ясно, что нам всем особо нечем гордиться[3].

Жизнь в обществе зачастую складывается не лучше. Повальная бедность, несомненно, во многом отражает ничтожное положение на рынке труда людей с ограничениями возможностей здоровья по психическому расстройству. Общественное жилье часто не отвечает стандартам. Примеров реальной социальной интеграции немного, а вот случаев насилия, эксплуатации и жестокого обращения – предостаточно[4]. Это проблемы международного характера: мы должны признать их, так как они имеют отношение к нашим странам, где бы мы ни находились.

В этом смысле Конвенция представляет собой попытку перезагрузки. Она пытается открыть новую страницу в международном законодательстве о правах человека, представить мир, где лица с ограничениями возможностей здоровья смогут наслаждаться возможностями и жить полноценной жизнью, которая другими людьми воспринимается как должное[2]. Когда о Конвенции говорят как о «новой парадигме», имеют в виду следующее: это признание того, что отношение к правам людей с ограничениями возможностей здоровья, которое поддерживалось со времен Второй мировой войны (и, вероятно, веками до этого), требует фундаментального переосмысления.

Основной задачей является пересмотр роли государства и его отношения к людям с ограничениями возможностей здоровья. Традиционно государство обладало полномочиями контроля. Ограничение возможностей здоровья по психическому расстройству – особенно наглядный тому пример: людей изолировали из-за их предполагаемой опасности, или «для их же блага», или чтобы убрать с глаз общественности, или чтобы дать возможность работать ухаживающим за ними близким людям. Когда для них были разработаны общинные программы, ожидалось, что социальные работники и специалисты смежных профессий будут внимательно следить за тем, как они живут. Все это обычно делалось с благими намерениями, однако привело к появлению людей второго сорта, права которых являются чем-то условным, не таким, как у остальной части общества.

Конвенция – это не антигосударственный и не либертарианский документ. Вместо этого она переосмысливает роль государства по отношению к людям с ограничениями возможностей здоровья от контролирующей к поддерживающей. Если люди с ограничениями возможностей здоровья вправе наслаждаться полнотой жизни, как и остальные люди, то необходимы меры поддержки для воплощения этого, что требует оказания соответствующих услуг либо государством, либо в соответствии с его регулированием. Услуги должны отвечать потребностям людей с ограничениями возможностей здоровья, однако на уровне государственной политики не следует требовать от них соглашаться с тем, что им предлагается, больше, чем от любых других граждан. Конвенция предусматривает мир, в котором люди с ограничениями возможностей здоровья смогут делать выбор точно так же, как и все остальные.

Szmukler прав в том, что некоторые международные органы по правам человека недостаточно быстро усваивают это, хотя, возможно, это уже критика в их адрес. Сложно вообразить, как существующие системы прав человека, поддерживаемые этими органами, смогут поспособствовать правовым, культурным, политическим и идеологическим сдвигам, необходимым для того, чтобы сделать права человека реальностью для людей с ограничениями возможностей здоровья. Несостоятельность этих систем для людей с ограничениями возможностей здоровьяи в конце концов и стала причиной осознанной необходимости в Конвенции, и международным органам по правам человека, отмеченным Szmukler, следует это признать.

Это необязательно значит, что к позиции Комитета КПИ нужно относиться некритически или как к чему-то неоспоримому. Это значит, что проблемы, которым адресована Конвенция, реальны, а позиция Комитета КПИ должна быть подвергнута критике с целью выработать конструктивные альтернативы, а не продемонстрировать подходы прошлых лет, оказавшиеся неэффективными.

Что же все это означает применительно к анализу, проведенному Szmukler? Особенно важны три момента.

Первый состоит в том, что в анализе Szmukler, как и в других литературных источниках, дебаты о правоспособности, суппортивной модели принятия решений в противовес модели наилучших интересов и о Комментарии общего порядка №15 Комитета КПИ разворачиваются в отрыве от более широких представлений, касающихся того, что необходимо изменить для людей с ограничениями возможностей здоровья. Неудивительно, что врачи рассматривают эти проблемы сквозь призму медицины и их влияния на практику. И почти наверняка это – только лишь маленькая часть того, что требуется.

Далее, принятие решений имеет значение только там, где есть, из чего выбирать. Изменения, необходимые для реализации амбиций Конвенции, несомненно, будут включать применение наилучших имеющихся стандартов здравоохранения, однако положения, касающиеся, к примеру, структуры социальной защиты, льгот, жилья и интеграции в общество, также будут исключительно важны. Нам всем необходимо сотрудничать с людьми с ограничениями возможностей здоровья, чтобы выработать этот расширенный спектр изменений в том виде, в каком это будет приемлемо для наших стран. Дискуссия о том, как следует принимать решения в «трудных случаях», должна затрагивать большой пласт контекстов, не только лишь клиническое лечение.

Второй аспект касается того, насколько в действительности анализ Szmukler расходится с позицией Комитета КПИ, выраженной в Комментарии общего порядка №1. По всей видимости, он предлагает, чтобы роль

воли и предпочтений человека с ограничениями возможностей здоровья в принятии решений была прямо пропорциональна ясности и благонадежности этих воли и предпочтений. А это – уже значительное отступление от жесткого деления на правоспособность и ее отсутствие, принятого в современном законодательстве.

Szmukler вполне соглашается с необходимостью оказывать людям с ограничениями возможностей здоровья надлежащую поддержку в формировании и выражении их мнений. Хотя он не использует эту фразу, похоже, что, по его мнению, в трудных случаях решения должны приниматься на основании «наибольшего приближения» к воле и предпочтениям человека – это и есть подход Комитета КПИ. Разумеется, есть некоторое расхождение в том, что понимать под трудными случаями, но созвучие позиций Szmukler и Комитета ощутимо. И, конечно, вариации подхода Szmukler могут знаменовать собой значимое отступление от «управленческого духа» ныне существующей системы – и это очень согласуется с Конвенцией.

Наконец, остается вопрос о том, кто же должен помогать людям с ограничениями возможностей здоровья выражать их волю и предпочтения и решать, какую значимость придавать высказываемым ими противоречивым точкам зрения. Психиатры, как и многие другие специалисты здравоохранения, десятилетиями находились в сердце культуры, где жизнь лиц с ограничениями возможностей здоровья регламентировалась государством, – это старая парадигма. Если же психиатры начнут воплощать подход, основанный на воле и предпочтениях, не «управленческим» путем, и смогут заручиться доверием людей с ограничениями возможностей здоровья в возможности оказывать им поддержку в реализации их воли и предпочтений, то психиатрии нужно будет отказаться от старой парадигмы контроля. Неясно, готова ли психиатрия как специальность к подобным переменам.

Peter Bartlett

School of Law and Institute of Mental Health, University of Nottingham, Nottingham, UK

Перевод: Шкурина Ж.В. (Москва)
Редактура: к.м.н. Чумаков Е.М. (Санкт-Петербург)
(World Psychiatry 2019;18(1):48-50)

Библиография

1. Szmukler G. World Psychiatry 2019; 18:34-41.
2. MacKay D, Syracuse J. Int'l L & Com 2006-7;34:323-31.
3. European Committee for the Prevention of Torture. https://www.coe.int/en/web/cpt/states.
4. Bartlett P, Schulze M. Int J Law Psychiatry 2017; 53:2-14.
5. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. General Comment No. 1 on Article 12:Equal recognition before the law. CRPD/C/GC/1. 2014.

DOI: 10.1002/wps.20604

Отказ от оценки правоспособности в пользу уважения воли и предпочтений: радикальное обещание Конвенции ООН о правах инвалидов

G. Szmukler[1] выступает за толкование «воли и предпочтений», которое позволяет оценивать способность к принятию решений на основании функциональной оценки психической дееспособности, используемой для интерпретации решений тех, чьи воля и предпочтения оказываются противоречивыми.

В настоящем комментарии я сфокусируюсь на трех ключевых вопросах, вытекающих из подхода Szmukler: проблеме косвенной дискриминации при функциональной оценке психической дееспособности, проблеме принятия решений о будущем и необходимости действовать в соответствии с принципами соблюдения прав человека в ситуациях, когда предпочтения человека расходятся с его волей.

Касательно первого вопроса Szmukler утверждает, что применение функциональной оценки способности к принятию решений не должно рассматриваться как противоправная дискриминация, поскольку она служит законной цели, а оценки объективны по своей сути, отвечают критериям разумности и соответствуют законной цели.

Даже если согласиться с законностью цели – защиты прав человека во всей их полноте, уверенности в объективности, разумности и соответствия функциональных оценок намного меньше. Szmukler приводит обзор методов оценки компетентности Grisso и Appelbaum[2] в защиту аргумента об объективности, однако эта позиция в литературе вовсе не является неоспоримой.

Например, предполагаемую объективность оценок психической дееспособности критикуют Morgan и Veitch[3]. Они утверждают, что «реальной целью юридических проверок психической дееспособности, похоже, является не оценка видения будущего или же способности делать выбор в прошлом… а оценка того, способен ли человек, принимающий данное решение, привести убедительные доводы в пользу того, почему лично он отвечает критериям "способности", установленным законом для данных обстоятельств».

Еще один аргумент в поддержку этой позиции: как показали Haidt[4] и Iyengar и Lepper[5], люди придумывают причины для своих решений, только когда от них этого требуют, однако эти причины редко коррелируют с их фактическим процессом принятия решений в первоначальный момент, а скорее представляют собой наиболее убедительное объяснение, которое удалось найти человеку для своего решения.

Эти исследования говорят о том, что процедура оценки психической дееспособности даже на функциональной основе по определению субъективна и оценочна. Поэтому использование таких процедур для ограничения или лишения правоспособности нарушает принцип объективности, необходимый в соответствии с законодательством о правах человека во избежание случаев дискриминации по признаку инвалидности.

Также очевидно, что применение функциональной оценки психической дееспособности для урегулирования предполагаемого конфликта прав, воли и предпочтений не отвечает критериям разумности и пропорциональности. С появлением все больших доказательств эффективности альтернатив субститутивному принятию решений[6] опора на оценки психической дееспособности в качестве поводов для (потенциально принудительных) вмешательств представляется все менее целесообразной. Пока суще-

ствуют альтернативные, не столь грубые методы, которые могут использоваться для сглаживания возможного конфликта воли и предпочтений, представляется нецелесообразным навязать субститутивное принятие решений, основанное на функциональной оценке третьим лицом того, достаточно ли психически дееспособным является человек, чтобы принять то или иное решение.

Второй вопрос, который меня интересует, касается принятия решений о будущем. Эти предварительные указания, которые отмечены в Основном комментарии №1[7] Комитета по правам инвалидов в качестве значимого примера поддержки реализации правоспособности, можно было бы запросто отделить от парадигмы правоспособности/неправоспособности, что дало бы выдающему указания гораздо больше гибкости в том, чтобы определять, когда они вступают в силу. Иными словами, предполагаемое отсутствие функциональной психической дееспособности не должно автоматически запускать указания в действие на основании закона. Вместо этого выдавший указания должен перечислить обстоятельства, при которых он хочет, чтобы они начали действовать.

Например, он может отметить, что указания вступают в силу, когда он начинает вести себя определенным образом, или когда оказывается госпитализирован, или когда несколько доверенных лиц, перечисленных в указаниях, единогласно подтверждают, что человек находится в состоянии кризиса или не способен к коммуникации. Это гарантировало бы, что власть устанавливать условия вступления указаний в силу остается за выдавшим указания.

Что касается сложного вопроса насчет «оговорок Улисса», то, на мой взгляд, людям должна быть предоставлена возможность включать их в указания по своему выбору. На практике же я ожидаю, что эти оговорки будут использоваться очень редко, так как большинство людей не захотят ставить себя в будущем в положение, которое они затем не смогут обратить вспять. Однако так как это – важная дополнительная опция, значимая для многих людей, она должна быть доступна для инвалидов наряду с остальными.

Последняя тема, которую мне хотелось бы затронуть, – это то, как может происходить реагирование в соответствии с принципами соблюдения прав человека в ситуациях, когда мы предполагаем, что воля и предпочтения человека находятся в противоречии, которое невозможно урегулировать. Как я отмечала ранее[8], при конфликте воли и предпочтений существует несколько стратегий действия. Прежде всего, то, что может представляться стороннему наблюдателю как конфликт между волей и предпочтениями, может не являться такой проблемой для человека, принимающего решение: это может отражать изменившийся на основании опыта подход по сравнению с предыдущими решениями, новую перспективу или же просто то, что человек передумал.

Реагирование в соответствии с принципом соблюдения прав человека при разрешении предполагаемых конфликтов предусматривает вовлечение во все формы коммуникации с человеком, а также общение с теми, кого он укажет в качестве своих доверенных поддерживающих лиц, которые могут истолковать его волю и предпочтения в конкретной ситуации. В процессе этого воля и предпочтения человека могут проясниться. Если после всех попыток они остаются неясными, а решение необходимо, то интерпретатор должен будет принять решение, основываясь на «наилучшей интерпретации» воли и предпочтений человека, к которой сможет прийти, принимая во внимания все доступные сведения о его пожеланиях.

Согласно другим предположениям, «наилучшая интерпретация» означает «интерпретацию поведения и/или сообщений от взрослого человека, которая представляется наиболее разумно обоснованной в данных обстоятельствах», а «лица, поддерживающие процесс принятия решений, должны быть в состоянии предоставить весомые объяснения тому, как была достигнута такая интерпретация»[9].

Процесс достижения «наилучшей интерпретации» воли и предпочтений неизбежно труден и чреват неопределенностью, но если новая парадигма, провозглашаемая Конвенцией о правах инвалидов (Convention on the Rights of Persons with Disability – CRPD), хоть что-то значит, то нужно понимать, что этот процесс радикально отличается от существовавших прежде процедур оценки способности к принятию решений.

Таким образом, в противоположность тому, что предлагает Szmukler, я, соглашаясь с позицией Комитета CRPD, считаю, что функциональная оценка психической дееспособности не может использоваться для определения того, должно ли конкретное предпочтение иметь приоритет над предположениями других лиц относительно воли данного человека, или того, может ли интерпретация воли человека третьими лицами оправдать игнорирование четко выраженного им предпочтения.

Eilionóir Flynn

Centre for Disability Law and Policy, National University of Ireland Galway, Galway, Ireland

Перевод: Шкурина Ж.В. (Москва)
Редактура: к.м.н. Дорофейкова М.В. (Санкт-Петербург)
(World Psychiatry 2019;18(1):50-51)

Библиография

1. Szmukler G. World Psychiatry 2019;18:34-41.
2. Grisso T, Appelbaum PS. Assessing competence to consent to treatment: a guide for physicians and other health professionals. New York: Oxford University Press, 1998.
3. Morgan D, Veitch K. Sydney Law Rev 2004;26:107-30.
4. Haidt J. Psychol Rev 2001;108:814-34.
5. Iyengar SS, Lepper MR. J Pers Soc Psychol 2000;79:995-1006.
6. Davidson G, Brophy L, Campbell J et al. Int J Law Psychiatry 2012;44:30-40.
7. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. General Comment No. 1 on Article 12: Equal recognition before the law. CRPD/C/GC/1. 2014.
8. Arstein-Kerslake A, Flynn E. Int J Human Rights 2016;20:471-90.
9. Canadian Association of Community Living. A statutory framework for the right to legal capacity and supported decision making. Oshawa: Canadian Association of Community Living, 2012.

DOI: 10.1002/wps.20605

Конвенция ООН: взгляд пользователя услуг

Конвенция ООН о правах инвалидов (the United Nations (UN) Convention on the Rights of Persons with Disabilities – CRPD)[1] вызвала довольно масштабную полемику вокруг статей 12 (Равенство перед законом) и 14 (Свобода и личная неприкосновенность) и их соотнесение с принудительной госпитализацией и лечением.

В свете этого противоречия Южноафриканская федерация психического здоровья (the South African Federation for Mental Health – SAFMH) организовала совещательный процесс с участием пользователей услуг сферы охраны психического здоровья, которым довелось пережить принудительную госпитализацию. 71% участников отметили, что поддерживают принудительное лечение, и указали, что их предпочтения связаны с пониманием того, что в период рецидива были моменты, когда они были неспособны действовать в своих наилучших интересах.

Участники полагали, что практика принудительного лечения «защищала» их от их собственного поведения во время рецидива, когда они не имели контроля над своими действиями, что могло бы вылиться в причинение ими вреда себе или окружающим (вред понимается не только лишь как физический, но и как психологический ущерб).

Однако участники подчеркнули, что чаще всего они не участвовали в принятии решений, касавшихся выбора вариантов лечения. Они указали, что их принудительная госпитализация происходила без согласования, и они осознавали, что в действительности происходит, только по прибытии скорой помощи и/или полиции. Далее ими отмечалось, что принудительная госпитализация в большинстве случаев не понадобилась бы, если бы их проконсультировали и заручились их добровольным согласием на лечение в стационаре.

Патернализм в психиатрии[2] имеет долгую историю; хоть порой и из наилучших побуждений, но все же это – элемент подавления прав в системе охраны психического здоровья, где другие инстинктивно стремятся взять на себя роль принимающих решения. Патернализм отрицает возможность принять информированное решение в рамках консультативного процесса (или, когда необходимо, в рамках поддерживающих принятие решений процессов), что могло бы обеспечить признание, уважение и воплощение в жизнь воли и предпочтений пользователей услуг сферы охраны психического здоровья.

Предположения зачастую делаются инстинктивно, как в случае со способностью к принятию решений у пользователя услуг сферы охраны психического здоровья, без какой-либо оценки того, способен или нет человек фактически принять информированное решение или он нуждается в соответствующей поддержке. Более того, патерналистское принятие решений может усилить самостигматизацию и привести к негативным последствиям для здоровья[3].

Системам охраны психического здоровья необходимо сделать смелый шаг и стратегически изменить дизайн оказания услуг, чтобы обеспечить соответствие международным стандартам прав человека и научно обоснованным мерам вмешательств, с акцентом на расширении правомочий, выздоровлении и участии пользователей услуг в оценке системы. В качестве примера системы охраны психического здоровья, которая добилась значительных преобразований, можно привести систему «Дверь открыта – ограничений нет» (Open Door – No Restraint) в Италии[4], сфокусированную на оздоровлении и гражданских правах; в ней пользователи услуг системы охраны психического здоровья находятся в центре внимания.

Помимо отказа от практики откровенного игнорирования воли и предпочтений пользователей услуг при выборе вариантов лечения необходимо уделить серьезное внимание изменениям в обстановке в местах оказания услуг. Психиатрические учреждения часто выглядят и функционируют больше как тюрьмы, нежели как места ухода и оздоровления. Их неудовлетворительное состояние сказывается и на биоэтических принципах, которые должны поощрять уважение автономии, непричинение вреда, милосердие и справедливость.

Психиатрические учреждения и службы охраны психического здоровья упоминаются в числе мест, в которых с наибольшей вероятностью нарушаются права человека[5], а голоса пользователей услуг часто остаются без внимания. Таким образом, логично ожидать, что человек выразит отказ от помещения в подобные учреждения, где обстановка, призванная оказывать помощь и заботу, подвергает личность деградации и унизительному обращению, что усиливает психологический дистресс, испытываемый человеком в этот период.

В ЮАР люди, отказывающиеся от стационарного лечения, часто упорствуют в этом не по той причине, что это ограничивает их правоспособность или психическую дееспособность (что, впрочем, подразумевается), а из-за того, что знают, что происходит в этих учреждениях.

В ходе совещательного процесса, организованного SAMFH, слово «достоинство» всплывало несколько раз, когда участники рассказывали о том, как в системе охраны психического здоровья нарушались их права. Они описывали свои переживания такими словами, как «опустошен», «испуган», «растерян», «унижен», «подвергался насилию», «считался преступником», «обращались как с недочеловеком», «нацистский концлагерь», «привязывали, как собаку».

Мой личный опыт принудительной госпитализации оказался более травматичным, чем те разрушительные симптомы, которые я пережила в связи со своим диагнозом шизофрении. Я отказалась от добровольной госпитализации из-за имевшегося опыта пребывания в неблагоприятных и унизительных условиях в больнице. Хотя мои воля и предпочтения были устремлены на получение лечения, только не в таких условиях, все же меня посчитали имеющей ограниченную способность к принятию решений и неспособной осознать, что было бы наилучшим для меня.

С другой стороны, предложенное Комитетом CRPD толкование статей 12 и 13 Конвенции, означающее, что «заявление о невменяемости» будет отклоняться в части, касающейся «неспособности предстать перед судом» и «невиновности по причине умопомешательства», может иметь последствия, которые затронут людей с психическими расстройствами, сталкивающихся с системой правосудия. Анализ случаев в ЮАР, который я проводила в ходе своей правозащитной работы, дает об этом представление.

Человек, имеющий диагноз шизофрении, находясь в состоянии психоза, причинил вред имуществу под влиянием голосов, указывавших ему сделать это, был арестован и предстал перед судом без какого-либо упоминания о диагнозе в качестве оправдания. В результате он был признан виновным и приговорен к тюремному заключению. После освобождения он не смог устроиться на работу лишь по причине своей судимости. При альтернативном сценарии, когда он мог бы быть признан «невиновным по причине умопомешательства», у него не возникло бы судимости, которая теперь не позволяет ему получить работу и в конце концов обрести независимость. Возникает вопрос: было ли данное судебное разбиратель-

ство справедливым, если обстоятельства его действий в день причинения вреда имуществу не были рассмотрены?

Пенитенциарные системы зачастую могут не иметь оснащения или достаточных ресурсов для ухода за людьми с психическими расстройствами и их защиты от преследований и жестокого обращения, или они могут быть неспособны обеспечить адекватный стандарт оказания помощи и услуг при психических расстройствах для этой категории населения. Даже в США, достаточно обеспеченной стране, заключенные с психическими расстройствами «чаще, чем другие заключенные, будут содержаться в одиночных камерах, финансово эксплуатироваться, подвергаться физическому и сексуальному насилию, они чаще совершают суицид или практикуют намеренное самоповреждение»[6].

Любой человек, имеет ли он психическое расстройство, инвалидность или нет, в какой-либо момент времени может оказаться не в состоянии принять осознанное решение (по какой угодно причине), и для случаев, когда воля и предпочтения противоречат друг другу, должен существовать механизм защиты человека.

Во избежание стигматизации и дискриминации я поддерживаю предложение Szmukler[7] о законе, основанном исключительно на способности принимать решения, с четким определением воли и предпочтений и рассмотрением прав человека и мер действий в наилучших интересах на индивидуальной основе, а не закон, специально предназначенный для людей с психическими расстройствами.

Charlene Sunkel

South African Federation for Mental Health, Global Mental Health Peer Network, Randburg West, South Africa

Перевод: Шкурина Ж.В. (Москва)
Редактура: к.м.н. Дорофейкова М.В. (Санкт-Петербург)
(World Psychiatry 2019;18(1):51-52)

Библиография

1. United Nations. Convention on the rights of persons with disabilities. New York: United Nations, 2006.
2. Pelto-Piri V, Engström K, Engström I. BMC Med Ethics 2013;14:49.
3. Hamann J, Buhner M, Rusch N. Psychiatr Serv 2017;68:783-8.
4. Mezzina R. J Nerv Ment Dis 2014;202: 440-5.
5. Drew N, Funk M, Tang S et al. Lancet 2011;378:1664-75.
6. Pittaro M. The challenges of incarcerating mentally ill inmates. In Public Safety, December 7, 2015.
7. Szmukler G. World Psychiatry 2019;18: 34-41.

DOI: 10.1002/wps.20606

Влияние фармакологических и нефармакологических методов интервенции на улучшение показателей физического здоровья у людей с шизофренией: мета-обзор мета-анализов рандомизированных клинических исследований

Davy Vancampfort[1,2], Joseph Firth[3-5], Christoph U. Correll[6-8], Marco Solmi[9], Dan Siskind[10,11], Marc De Hert[2,12], Rebekah Carney[4], Ai Koyanagi[13,14], Andrй F. Carvalho[15,16], Fiona Gaughran[17,18], Brendon Stubbs[17,18]

[1]KU Leuven Department of Rehabilitation Sciences, Leuven, Belgium; [2]University Psychiatric Centre KU Leuven, Kortenberg, Belgium; [3]NICM Health Research Institute, Western Sydney University, Westmead, Australia; [4]Division of Psychology and Mental Health, University of Manchester, Manchester, UK; [5]Centre for Youth Mental Health, University of Melbourne, Melbourne, Australia; [6]Hofstra Northwell School of Medicine Hempstead, New York, NY, USA; [7]Department of Psychiatry, Zucker Hillside Hospital, New York, NY, USA; [8]Department of Child and Adolescent Psychiatry, Charité Universitätsmedizin, Berlin, Germany; [9]Department of Neurosciences, University of Padua, Padua, Italy; [10]Metro South Addiction and Mental Health Service, Brisbane, Australia; [11]School of Medicine, University of Queensland, Brisbane, Australia; [12]KU Leuven Department of Neurosciences, Leuven, Belgium; [13]Research and Development Unit, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona, Fundació Sant Joan de Déu, Barcelona, Spain; [14]Instituto de Salud Carlos III, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM, Madrid, Spain; [15]Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Ontario, Canada; [16]Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada; [17]South London and Maudsley NHS Foundation Trust, London, UK; [18]Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London, London, UK

Перевод: Шишорин Родион (Москва)
Редактура: к.м.н. Бойко А.С. (Томск)

Резюме

Мы объединили и сравнили мета-анализы фармакологических и нефармакологических мер, направленных на показатели физического здоровья людей с расстройствами шизофренического спектра. Большая часть баз данных была просмотрена до 1 июня 2018 года. Из 3709 совпадений при поиске было включено 27 мета-анализов, представляющих 128 мета-проанализированных исследований и 47 231 обследованного участника. В целом мета-анализы характеризуются адекватностью и высоким качеством, но анализируемые исследования – в меньшей степени. Наиболее эффективными мерами по снижению веса были индивидуальное консультирование по образу жизни (стандартная разница средних – standardized mean difference, SMD=-0,98)) и применение физических упражнений (SMD=-0,96), за которыми следуют обучение психологической самопомощи (SMD=-0,77), поддержка арипипразолом (SMD=-0,73), применение топирамата (SMD=-0,72), d-фенфлурамина (SMD=-0,54) и метформина (SMD=-0,53). Относительно уменьшение окружности талии поддержка арипипразолом (SMD=-1,10) и применение топирамата (SMD=-0,69) показали наилучшую достоверность, потом следует контроль за питанием (SMD=-0,39). Контроль за питанием был единственной мерой, которая достоверно улучшала (диастолическое) артериальное давление (SMD=-0,39). Смена препарата с оланзапина на кветиапин или арипипразол (SMD=-0,71) и применение метформина (SMD=-0,65) показали наибольшую эффективность по снижению уровня глюкозы крови, за чем следовали применение агонистов рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 (SMD=-0,39), контроль за питанием (SMD=-0,37) и поддержка арипипразолом (SMD=-0,34); в свою очередь преодолевать инсулинорезистентность удавалось лучше всего с метформином (SMD=-0,75) и розиглитазоном (SMD=-0,44). Топирамат имел наибольший эффект относительно концентраций триглицеридов (SMD=-0,68) и липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) (SMD=-0,80); в свою очередь метформин имел наиболее благоприятный эффект на общий холестерин (SMD=-0,51) и липопротеины высокой плотности (ЛПВП) (SMD=-0,45). Коррекция образа жизни давала малый эффект относительно триглицеридов, общего холестерина и ЛПНП (SMD= от -0,35 до -0,37). Только применение физических упражнений увеличивало толерантность к физической нагрузке (SMD=1,81). Несмотря на частые физические сопутствующие заболевания и преждевременную смертность, главным образом из-за этих повышенных рисков для физического здоровья, современные данные о фармакологических и немедикаментозных вмешательствах у людей с шизофренией для профилактики и лечения этих состояний по-прежнему ограничены, и в ближайшее время требуется больше масштабных исследований в этом направлении.

Ключевые слова: шизофрения, психоз, физическое здоровье, масса тела, артериальное давление, глюкоза, инсулин, триглицериды, холестерин, консультирование по образу жизни, физическая активность, контроль за питанием, метформин, топирамат, смена антипсихотиков.

(World Psychiatry 2019;18(1):53–66)

Люди с шизофренией имеют значительно худшее физическое здоровье в сравнении с общей популяцией[1-4], что часто связывают с взаимодействием между социальными обстоятельствами, факторами образа жизни и эффектами терапии[5]. Например, поведенческие исследования показали, что люди с шизофренией малоактивны физически и демонстрируют преобладание сидячего образа жизни по сравнению с общей популяцией[6], употребляют большие объемы пищи, зачастую плохого качества[7] и имеют больше вредных привычек, таких как курение[8]. Более того, психиатрическое лечение антипсихотиками и другими назначаемыми препаратами, такими как нормотимики и антидепрессанты, еще больше увеличивают риск соматических заболеваний[9,10]. Как следствие, люди с шизофренией чаще имеют кардиометаболические заболевания[11-13], респираторные заболевания[14], хронические боли[15], получают переломы[16] и обладают низкой физической подготовкой[17,18] по сравнению с общей популяцией.

Такой повышенный соматический риск ассоциирован со снижением качества жизни пациентов из-за нехватки физического компонента здоровья[19,20], но, несмотря на повышенный риск, доступность наблюдения за здоровьем, медицинской помощи и методов интервенции для лиц с шизофренией является недостаточной в сравнении с общей популяцией[21,22]. В результате люди с шизофренией имеют дефицит в ожидаемой продолжительности жизни в 10-20 лет, в первую очередь из-за худшего соматического здоровья[13,23]. Кроме того, неравенства в отношении физического здоровья, с которыми сталкиваются люди с шизофренией, наблюдаются во всем мире[24] и не улучшаются с течением времени[25].

В связи с таким явным несоответствием, отмечался значительный рост усилий по улучшению физического здоровья этой популяции группы риска[5,26]. Для устранения различий в физическом здоровье ряд отдельных мета-анализов привел к национальным и международным научно

обоснованным рекомендациям за или против конкретных вариантов фармакологического и нефармакологического методов интервенции[27-34].

Несмотря на быстрое расширение мета-аналитических данных о методах интервенции в целях борьбы с плохим физическим здоровьем у людей с шизофренией, отсутствует обобщение этих высококачественных доказательств, равно как и прямого количественного сравнения доказательств между всеми индивидуальными и/или комбинированными фармакологическими и нефармакологическими стратегиями. Более того, не было достаточным образом оценено качество этих мета-анализов и включенных статей, что является обязательным шагом перед тем, как с уверенностью могут быть сделаны более серьезные рекомендации по лечению.

С целью заполнения данного пробела литературы, мы поставили перед собой задачу собрать в целое существующие высококачественные доказательства из наиболее последних/масштабных мета-анализов рандомизированных исследований методов интервенции по улучшению физического здоровья, чтобы определить сравнительное качество доказательств и величину эффективности фармакологических и нефармакологических методов, направленных на улучшение показателей физического здоровья среди лиц с расстройствами шизофренического спектра.

МЕТОДЫ

Поиск

Четверо авторов, независимо друг от друга, искали в базах данных MEDLINE/PubMed, PsycINFO, EMBASE и Cochrane, начиная с их соответствующих исходных дат и заканчивая 1 июня 2018 г., без языковых ограничений, мета-анализы рандомизированных контролируемых исследований лиц с расстройствами шизофренического спектра, в которых улучшение физического здоровья было первичным результатом.

Поисковые слова включали («мета-анализ» ИЛИ «систематический обзор») И («случайный» ИЛИ «плацебо» ИЛИ «контроль») И («шизофрения» ИЛИ «шизоаффективный» ИЛИ «шизофреническое расстройство» ИЛИ «психоз» ИЛИ «психотический» ИЛИ «тяжелое психическое расстройство») И («физическое здоровье» ИЛИ «кардио*» ИЛИ «метабол*» ИЛИ «респир*» ИЛИ «*вес» ИЛИ «боль» ИЛИ «соматический») Мы просмотрели списки литературы всех включенных статей.

Критерии включения

Критерии включения были составлены в соответствии со структурой отчетности, включающей популяцию, методы интервенции и сравнения, результаты и учреждение/дизайн исследования (Population, Interventions, Comparisons, Outcomes and Setting/study design – PICOS) (см. таблицу 1).

Таблица 1. Применение стратегии поиска PICOS

Популяция – Люди с расстройствами шизофренического спектра, включая шизофрению, шизоаффективное или шизофреническое расстройство или первый психотический эпизод, подтвержденные валидными оценочными шкалами (например, международные классификации МКБ, DSM). Исследования, проведенные с подгруппой лиц с тяжелыми психическими расстройствами (например, также включающие биполярное расстройство, большое депрессивное расстройство), были включены, только если выборка лиц с расстройствами шизофренического спектра составляла ≥70%.
Методы интервенции – Мы включили все фармакологические меры, которые имели первичной целью улучшить показатели физического здоровья. Нефармакологические методы включали все образовательные, психотерапевтические, социальные и физические меры, исключая нетрадиционные методы лечения. Особым образом мы включили меры по модификации образа жизни (например, физическая активность, диета, отказ от курения).
Методы сравнения – Были включены все соответствующие методы контроля (например, плацебо, стандартное лечение, лист ожидания, отсутствие лечения).
Результаты – Мы рассматривали любые показатели физического здоровья, включая следующие компоненты: а) любые маркеры физического здоровья, такие как масса тела, доля лиц с избыточной массой тела или ожирением, уровень глюкозы натощак и не натощак и параметры метаболизма липидов, сердечно-сосудистые заболевания (например, инфаркт миокарда, инсульт, транзиторная ишемическая атака, тромбоэмболия легочной артерии), тяжелые респираторные заболевания (рак легких, хроническая обструктивная болезнь легких); б) параметры физической подготовки (например, максимальный и пиковый уровнь потребления кислорода, мышечная сила); в) любые исследованные биомаркеры (гликированный гемоглобин A1c, С-реактивный белок или другие маркеры крови и плазмы); г) любые показатели физического поведения (уровень физической активности, курение, питание, назначенный прием к врачу, показатель посещаемости); д) качество жизни, связанное с физическим здоровьем; е) побочные эффекты (например, нежелательные лекарственные реакции).
Учреждение – Мы рассматривали любые учреждения: больницы (стационары или амбулатории), общественные учреждения или удаленные (например, использующие цифровые технологии).
Дизайн исследования – Были включены мета-анализы, основанные на систематических обзорах, включавших рандомизированные контролируемые исследования (РКИ). Статья классифицировалась как систематический обзор и мета-анализ, если соответствовала следующим критериям: имела четкие критерии включения, систематическую стратегию поиска, процедуру скрининга для поиска соответствующих статей, системное извлечение данных и процедуру мета-анализа для РКИ. Мета-анализы, соответствующие критериям включения, исключались, если находился недавно обновленный мета-анализ с той же комбинационной стратегией и теми же показателями, а также, если более 75% проанализированных статей перекрывались и объединенная выборка была больше для определенного метода интервенции и показателя. Тезисы конференций исключались.

Извлечение данных, результаты и синтез данных

Рассматривая эффективность и нежелательные лекарственные реакции, мы вручную извлекли данные о величине эффекта (с 95% доверительным интервалом, ДИ) для всех соответствующих показателей, а также количество испытуемых в исследуемой и контрольной группах для каждой величины эффекта. В частности, данные по величине эффекта непрерывных показателей были извлечены или пересчитаны в виде стандартной разницы средних (SMD), которая выражает разницу средних между исследуемой и контрольной группами в единицах стандартного отклонения с 95% ДИ. В целом значение SMD меньше 0,2 рассматривается как статистически незначимая, SMD между 0,2 и 0,5 является малой, SMD между 0,5 и 0,8 – средняя, а SMD более 0,8 является большой[35]. Отношение рисков (risk ratio, RR) использовалось для категориальных показателей. Если присутствовало значение отношения шансов, оно было пересчитано как отношение рисков. Для обоих типов показателей мы следовали решениям изначальных авторов относительно моделей с фиксированными и случайными эффектами.

Оценка качества проанализированных исследований

Включенные мета-анализы были оценены с помощью «Измерительного инструмента для оценки систематических обзоров» («A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews» (AMSTAR)) (диапазон оценок 0-11, где оценка выше 8 обозначает высокое качество)[36].

Несмотря на то, что AMSTAR надежный и достоверный инструмент для оценки методологического качества мета-анализов, значение его оценки не отражает качества проанализированных исследований, которые могут привнести

систематическую ошибку в общий результат. Например, мета-анализ, удовлетворяющий всем критериям качества, но анализирующий возможно необъективные исследования, может иметь хорошую оценку по методологическому качеству, но иметь низкое качество по содержанию.

Поэтому для более комплексной оценки достоверности содержания включенных мета-анализов мы использовали набор из шести дополнительных, ранее разработанных пунктов, оценивающих качество, каждый в диапазоне между 0 и 1 или 2, который оценивает качество содержания проанализированных статей (AMSTAR-Plus Content, диапазон оценок 0-8, где оценка выше 4 обозначает высокое качество)[37].

Статистический анализ

Мы проанализировали данные в том виде, в каком они были напрямую взяты из опубликованных мета-анализов, или, при необходимости, после их приведения к стандартизированным показателям, используя комплексный мета-анализ (КМА, 3 версия (Comprehensive Meta-Analysis, CMA)) (Biostat). Для сравнения SMD экспериментальных фармакологических и нефармакологических методов интервенции и контрольных вмешательств мы провели раздельный мета-анализ случайных эффектов для каждой переменной, используя КМА.

Оценки AMSTAR и AMSTAR-plus Content и размеры выборки использовались там, где было возможно в мета-регрессионном анализе, который проводился отдельно для фармакологических и нефармакологических стратегий. При возможности мы также проводили мета-регрессионный анализ и анализ в подгруппах для изучения предполагаемых факторов, которые могли влиять на размер эффекта для каждого показателя физического здоровья в отдельности, включая характеристики участников (например, средний возраст, соотношение полов) и дизайн метода интервенции (длительность лечения в неделях, оказание помощи психиатрической или терапевтической службой, лечебное учреждение, доля посещенных консультаций/приверженность, групповое или индивидуальное лечение).

Гетерогенность была оценена с помощью Q- и I^2-статистики, где значения <25%, 25-50% и >50% обозначают низкую, среднюю и высокую гетерогенность соответственно. Если было невозможно извлечь данные по размеру эффекта для комплексного мета-анализа, мы сообщали о результатах на уровне отдельного исследования в наративном синтезе.

Результаты

Результаты систематического поиска

Из 3709 поисковых совпадений были включены 27 мета-анализов[39-65], представляющих в общей сложности 128 проанализированных исследований и 47 231 участника исследований.

Имелись мета-аналитические данные для 17 различных фармакологических методов интервенции: арипипразол [43,47,53,55], флуоксетин[55], метформин[46,48,49,54,55,61,62], низатидин[54,55], антигонисты NMDA-рецепторов, включая амантадин и мемантин[45,55,57,60], ранитидин[42], топирамат[39], метформин в комбинации с сибутрамином[64], орлистат[64], розиглитазон[64], флувоксамин[64], агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 (аГПП-1)[40] и смена препарата с оланзапина на кветиапин или апипразол[65].

Были доступны мета-аналитические данные по 6 нефармакологическим методам интервенции: индивидуальное консультирование по образу жизни[58,59,63], групповое консультирование по образу жизни[58,59,63], когнитивно-поведенческая терапия[58,59], обучение психологической самопомощи[58], физические упражнения[50, 56,58] и контроль за питанием[44,58]. Один мета-анализ исследовал общий эффект совместного применения модификации образа жизни и метформина[41].

В общей сложности было исследовано 17 показателей физического здоровья: вес, индекс массы тела, окружность талии, отношение окружности талии к окружности бедер, систолическое и диастолическое артериальное давление, глюкоза натощак, уровень инсулина, индекс инсулинорезистентности, гликированный гемоглобин A1c, триглицериды, общий холестерин, липопротеины высокой плотности (ЛПВП), липопротеины низкой плотности (ЛПНП), соотношение «мужского»/»женского» жира (т.е. соотношение доли жира, отложившегося по мужскому типу, к доле жира, отложившегося по женскому типу), висцеральный жир и толерантность к физическим нагрузкам.

Контрольные методы интервенции включали плацебо, продолжающееся психотропное лечение или стандартное лечение для фармакологических исследований и стандартное лечение для нефармакологических исследований.

Количество исследований по специфическому показателю здоровья находилось в диапазоне от одного до 29, причем медиана была равна 5 исследованиям (межквартильный размах =5). Исследования продолжались от 6 до 72 недель. Если сообщалось, средний возраст участников был 34,9±2 года, и 58,4% были мужчины.

Оценка качества включенных мета-анализов

Средний балл по шкале AMSTAR составил 8,8±1,0 в общей выборке, 8,9±0,9 в выборке фармакологических методов интервенций и 8,7±1,0 в выборке нефармакологических методов. Двадцать четыре проанализированных исследования (89%) имели балл по AMSTAR 8 и выше, но только два[42,65] (4%) имели максимальный балл (11) по AMSTAR. Средний балл по AMSTAR-Plus Content составил 3,4±1,5 в общей выборке, 3,2±1,6 в выборке фармакологических мероприятий и 3,7±1,1 в выборке нефармакологических мероприятий. Ни одно исследование не имело максимум баллов (8).

Только одиннадцать мета-анализов (41%) были оценены как высококачественные на основе проанализированных исследований. Семь из 27 анализов включали только двойные слепые исследования (26%). В 16 мета-анализах (59%) общая объединенная выборка была меньше 500 случаев, в то время, как только 5 мета-анализов (18%) имели совокупную выборку более 1000 исследуемых. Лишь два мета-анализа[49,53] (7%) имели по одному включенному исследованию с как минимум 200 исследуемых. В заключение, согласно критериям AMSTAR-Plus Content, достоверная разнородность исследований была выявлена в 12 мета-анализах (44%), а 18 (67%) не смогли опровергнуть наличие систематических ошибок, связанных с предпочтительной публикацией положительных результатов исследований.

Далее мы исследовали отношение между размерами эффекта как для фармакологических, так и для нефармакологических методов интервенции и контрольными условиями с оценкой качества (AMSTAR и AMSTAR-Plus Content). SMD для фармакологических и нефармакологических методов не связана в значительной степени с методологическим качеством мета-анализов, измеренным по AMSTAR (p=0,37-0,52), и не связана с качеством содержания мета-анализов при оценке по AMSTAR-Plus Content (p=0,17-0,97).

Показатели физического здоровья при использовании фармакологических и нефармакологических методов интервенции

Обзор различных показателей физического здоровья при использовании фармакологических и нефармакологических методов у людей с шизофренией, основанный на

Таблица 2. Антропометрические показатели физического здоровья при использовании фармакологических и нефармакологических методов интервенции у людей с шизофренией

Показатели	Методы интервенции	SMD	95% ДИ	N. исследований	N. участников	AMSTAR	AMSTAR-Plus Content	Размер эффекта	Межгрупповая p
Снижение веса	Индивидуальное консультирование по образу жизни	-0,98***	-1,15 до -0,81	14	441	8,3	3,7	Большой	<0,001
	Физическая нагрузка	-0,96***	-1,27 до -0,66	4	183	8,0	2,5	Большой	
	Обучение психологической самопомощи	-0,77***	-0,98 до -0,55	8	345	8,0	3,0	Средний	
	Поддержка арипипразолом	-0,73***	-0,97 до -0,48	9	813	8,3	3,0	Средний	
	Топирамат	-0,72***	-1,56 до -0,33	15	783	10,0	3,0	Средний	
	d-фенфлурамин	-0,54***	-1,07 до -0,02	1	16	7,0	6,0	Средний	
	Метформин	-0,53***	-0,69 до -0,38	29	1279	8,2	3,6	Средний	
	Контроль за питанием	-0,50***	-0,66 до -0,34	22	1576	8,5	3,5	Средний	
	Антагонисты NMDA-рецепторов	-0,47***	-0,62 до -0,32	5	309	8,0	4,5	Малый	
	Метформин + модификация образа жизни	-0,44***	-0,69 до -0,19	3	122	9,0	1,0	Малый	
	Агонисты рецепторов ГПП-1	-0,44***	-0,60 до -0,28	3	168	9,0	1,0	Малый	
	Групповое консультирование по образу жизни	-0,39***	-0,54 до -0,23	19	883	8,3	3,7	Малый	
	Амантадин	-0,30*	-0,57 до -0,03	3	205	8,5	3,5	Малый	
	Когнитивно-поведенческая терапия	-0,37*	-0,55 до -0,18	11	546	8,3	3,7	Малый	
	Низатидин	-0,12*	-0,24 до 0,00	4	357	8,0	3,0	Ничтожно малый	
	Ранитидин	-0,24	-0,67 до 0,20	4	260	11,0	1,0	Не значимый	
	Метформин + сибутрамин	-0,24	-0,62 до 0,13	1	28	7,0	6,0	Не значимый	
	Орлистат	-0,21	-0,46 до 0,04	1	63	7,0	6,0	Не значимый	
	Розиглитазон	0,14	-0,21 до 0,52	1	29	7,0	6,0	Не значимый	
	Флуоксетин	0,14	-0,09 до 0,36	2	60	7,0	3,0	Не значимый	
	Декстроамфетамин	0,11	-0,33 до 0,56	1	20	7,0	6,0	Не значимый	
	Смена препарата с оланзапина на кветиапин или арипипразол	-0,11	-0,23 до 0,03	2	287	11,0	3,0	Не значимый	
	Фамотидин	-0,02	-0,48 до 0,43	1	14	7,0	6,0	Не значимый	

*p<0,05, **p<0,01, p<0,001
SMD – стандартная разница средних, агонисты рецепторов ГПП-1 – агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида-1, AMSTAR – Измерительный инструмент для оценки систематических обзоров (A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews (AMSTAR))

Таблица 2. Антропометрические показатели физического здоровья при использовании фармакологических и нефармакологических методов интервенции у людей с шизофренией *(продолжение)*

Показатели	Методы интервенции	SMD	95% ДИ	N. исследований	N. участников	AMSTAR	AMSTAR-Plus Content	Размер эффекта	Межгрупповая p
Уменьшение индекса массы тела	Топирамат	-0,56***	-1,54 до -0,22	11	449	10,0	3,0	Средний	<0,001
	Индивидуальное консультирование по образу жизни	-0,49***	-0,77 до -0,22	4	202	8,3	3,7	Малый	
	Агонисты рецепторов ГПП-1	-0,41***	-0,57 до -0,26	3	168	9,0	1,0	Малый	
	Когнитивно-поведенческая терапия	-0,34*	-0,67 до -0,07	6	308	8,0	3,7	Малый	
	Групповое консультирование по образу жизни	-0,28*	-0,54 до 0,00	4	202	8,3	3,7	Малый	
	Метформин	-0,41	-0,93 до 0,10	23	1228	9,0	3,7	Не значимый	
	Физическая нагрузка	-0,25	-0,56 до -0,06	8	231	8,0	2,5	Не значимый	
	Ранитидин	-0,23	-0,44 до 0,00	5	312	11,0	1,0	Не значимый	
	Смена препарата с оланзапина на кветиапин или арипипразол	-0,12	-0,29 до 0,05	1	129	11,0	3,0	Не значимый	
Уменьшение окружности талии	Поддержка арипипразолом	-1,10**	-1,42 до -0,79	3	174	10,0	2,0	Большой	<0,001
	Топирамат	-0,69*	-0,93 до -0,45	8	310	10,0	3,0	Среднийй	
	Контроль за питанием	-0,39***	-0,56 до -0,22	11	858	8,5	3,5	Малый	
	Модификация образа жизни	-0,37**	-0,60 до -0,13	10	705	8,0	5,0	Малый	
	Агонисты рецепторов ГПП-1	-0,34***	-0,50 до -0,18	3	167	9,0	1,0	Малый	
	Метформин	-0,01	-0,68 до 0,65	12	721	9,0	6,0	Не значимый	
Уменьшение отношения окружности талии к окружности бедер	Топирамат	-0,69**	-0,90 до 0,27	5	123	10,0	3,0	Средний	0,07
	Метформин	-0,32	-1,15 до 0,51	3	133	8,0	5,0	Не значимый	
	Агонисты рецепторов ГПП-1	0,03	-0,13 до 0,18	3	163	9,0	1,0	Не значимый	
Соотношение ожирения по мужскому и ожирения по женскому типу	Агонисты рецепторов ГПП-1	-0,03	-0,20 до 0,13	3	131	9,0	1,0	Не значимый	
Уменьшение висцерального жира	Агонисты рецепторов ГПП-1	-0,37*	-0,46 до -0,06	3	97	9,0	1,0	Малый	

*p<0,05, **p<0,01, p<0,001
SMD – стандартная разница средних, агонисты рецепторов ГПП-1 – агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида-1, AMSTAR – Измерительный инструмент для оценки систематических обзоров (A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews (AMSTAR)).

SMD и качестве проанализированных исследований, оцененных по баллам согласно AMSTAR и AMSTAR-Plus, представлена в таблице 2 (антропометрические результаты) и таблице 3 (артериальное давление, показатели метаболизма и физической подготовленности).

Масса тела

Нефармакологические методы интервенции

Шесть мета-анализов проводились относительно нефармакологических методов по уменьшению массы тела (78 исследований, N=3944). Средний балл по AMSTAR соста-

Таблица 3. Артериальное давление, метаболические показатели и показатели толерантности к физической нагрузке при использовании фармакологических и нефармакологических методов интервенции у людей с шизофренией

Показатели	Методы интервенции	SMD	95% ДИ	N. исследований	N. участников	AMSTAR	AMSTAR-Plus Content	Размер эффекта	Межгрупповая p
Снижение систолического артериального давления	Метформин	-0,24	-0,53 до 0,05	3	176	9,0	4,0	Не значимый	0,14
	Модификация образа жизни	-0,22	-0,49 до 0,05	7	615	8,0	5,0	Не значимый	
	Агонисты рецепторов ГПП-1	-0,09	-0,24 до 0,06	3	160	9,0	1,0	Не значимый	
	Контроль за питанием	0,05	-0,18 до 0,28	7	655	8,5	3,5	Не значимый	
Снижение диастолического артериального давления	Контроль за питанием	-0,39**	-0,56 до -0,22	6	654	8,5	3,5	Малый	<0,001
	Метформин	-0,24	-0,53 до 0,05	3	176	9,0	4,0	Не значимый	
	Агонисты рецепторов ГПП-1	-0,12	-0,28 до 0,03	3	160	9,0	1,0	Не значимый	
	Модификация образа жизни	-0,08	-0,57 до 0,41	3	171	8,0	5,0	Не значимый	
Снижение уровня глюкозы	Смена препарата с оланзапина на кветиапин или арипипразол	-0,71***	-0,85 до -0,58	2	280	11,0	3,0	Средний	<0,001
	Метформин	-0,65***	-0,94 до -0,35	17	1281	9,6	3,7	Средний	
	Агонисты рецепторов ГПП-1	-0,39***	-0,54 до -0,23	3	166	9,0	1,0	Малый	
	Контроль за питанием	-0,37*	-0,69 до -0,05	6	422	8,5	3,5	Малый	
	Поддержка арипипразолом	-0,34***	-0,47 до -0,20	10	710	9,3	3,5	Малый	
	Топирамат	-0,43	-1,00 до 0,14	6	369	10,0	3,0	Не значимый	
	Модификация образа жизни	-0,27	-0,59 до 0,05	8	688	8,0	5,0	Не значимый	
Снижение уровня инсулина	Розиглитазон	-0,42*	-0,80 до 0,00	1	29	7,0	6,0	Малый	<0,001
	Модификация уровня жизни	-0,28*	-0,55 до 0,00	6	481	8,0	5,0	Малый	
	Метформин	-0,37	-0,81 до 0,07	15	1007	9,5	4,5	Не значимый	
	Контроль за питанием	-0,19	-0,42 до 0,04	11	787	8,5	3,5	Не значимый	
Снижение индекса инсулинорезистентности (HOMA-IR)	Метформин	-0,75***	-1,10 до -0,40	11	680	9,0	6,0	Средний	<0,001
	Розиглитазон	-0,44*	-0,82 до -0,06	1	29	7,0	6,0	Малый	
	Агонисты рецепторов ГПП-1	-0,8	-0,23 до 0,08	3	163	9,0	1,0	Не значимый	
Уменьшение уровня HbA1c	Метформин	-0,38*	-0,69 до -0,07	4	383	9,0	6,0	Малый	
	Агонисты рецепторов ГПП-1	-0,38*	-0,53 до -,022	3	166	9,0	1,0	Малый	
Уменьшение уровня триглицеридов	Топирамат	-068*	-1,23 до -0,13	5	268	10,0	3,0	Средний	<0,001
	Модификация образа жизни	-0,37***	-0,54 до -0,20	8	659	8,0	5,0	Малый	
	Метформин	-0,28***	-0,45 до -0,11	11	856	9,0	4,0	Малый	
	Поддержка арипипразолом	-0,17**	-0,30 до -0,04	9	631	9,5	3,5	Ничтожно малый	
	Агонисты рецепторов ГПП-1	-0,15*	-0,31 до -0,02	3	166	9,0	1,0	Ничтожно малый	
	Контроль за питанием	-0,15	-0,30 до 0,00	7	611	8,5	3,5	Не значимый	
Снижение концентрации общего холестерина	Метформин	-0,51***	-0,81 до -0,20	8	628	9,0	6,0	Средний	0,02
	Модификация образа жизни	-0,35***	-0,54 до -0,16	7	590	8,0	5,0	Малый	
	Поддержка арипипразолом	-0,32***	-0,47 до -0,17	10	692	9,3	3,5	Малый	
	Топирамат	-0,75	-1,57 до 0,07	3	187	10,0	3,0	Не значимый	
	Контроль за питанием	-0,13	-0,29 до 0,03	7	621	8,5	3,5	Не значимый	

*p<0,05, **p<0,01, p<0,001
SMD – стандартная разница средних, агонисты рецепторов ГПП-1 – агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида-1, AMSTAR – Измерительный инструмент для оценки систематических обзоров (A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews (AMSTAR)), HbA1c – гликированный гемоглобин A1c, HOMA-IR – гомеостатическая модель для оценки уровня инсулинорезистентности, ЛПВП – липопротеины высокой плотности, ЛПНП – липопротеины низкой плотности.

Таблица 3. Артериальное давление, метаболические показатели и показатели толерантности к физической нагрузке при использовании фармакологических и нефармакологических методов интервенции у людей с шизофренией ***(продолжение)***

Показатели	Методы интервенции	SMD	95% ДИ	N. исследований	N. участников	AMSTAR	AMSTAR-Plus Content	Размер эффекта	Межгрупповая p
Повышение уровня ЛПВП	Метформин	0,45*	0,00 до 0,90	7	542	9,0	6,0	Малый	0,007
	Модификация образа жизни	0,28	-0,16 до 0,72	8	627	8,0	5,0	Не значимый	
	Агонисты рецепторов ГПП-1	-0,04	-0,19 до 0,11	3	166	9,0	1,0	Не значимый	
	Контроль за питанием	-0,07	-0,57 до 0,43	4	247	10,0	3,0	Не значимый	
	Поддержка арипипразолом	-0,09	-0,24 до 0,06	7	547	8,5	3,5	Не значимый	
		-0,27	-0,44 до 0,01	8	544	9,3	3,5	Не значимый	
Снижение уровня ЛПНП	Топирамат	-0,80***	-1,06 до -0,53	4	247	10,0	3,0	Большой	<0.001
	Модификация образа жизни	-0,36**	-0,60 до -0,12	5	590	8,0	5,0	Малый	
	Агонисты рецепторов ГПП-1	-0,17*	-0,32 до -0,02	3	162	9,0	1,0	Ничтожно малый	
	Метформин	-0,11	-0,31 до 0,09	5	433	9,0	6,0	Не значимый	
	Поддержка арипипразолом	-0,01	-0,18 дол 0,15	8	540	9,3	3,5	Не значимый	
Толерантность к физическим нагрузкам	Физические нагрузки	1,81**	0,59 до 3,03	1	13	8,0	2,0	Большой	

*p<0,05, **p<0,01, p<0,001
SMD – стандартная разница средних, агонисты рецепторов ГПП-1 – агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида-1, AMSTAR – Измерительный инструмент для оценки систематических обзоров (A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews (AMSTAR)), HbA1c – гликированный гемоглобин A1c, HOMA-IR – гомеостатическая модель для оценки уровня инсулинорезистентности, ЛПВП – липопротеины высокой плотности, ЛПНП – липопротеины низкой плотности.

вил 8,2±0,2, средний балл по AMSTAR-Plus Content – 3,3±0,4.

Индивидуальное консультирование по образу жизни оказалось наиболее эффективным методом (SMD=-0,98, 95% ДИ: от -1,15 до -0,81, p<0,001; 14 исследований, N=411, I^2=0%, Q=0,5, т.е. большой эффект), затем следовала физическая нагрузка (SMD=-0,96, 95% ДИ: от -1,15 до -0,81, p<0,001: 4 исследования, N=183, I^2=0, Q=0, т.е. большой эффект).

Обучение психологической самопомощи, нацеленной на поддержание здорового образа жизни, дало средний эффект (SMD=-0,77, 95% ДИ: от -0,98 до -0,55, p<0,001: 8 исследований, N=345, I^2=0, Q=0). Так же показали себя меры по контролю за питанием (SMD=-0,50, 95% ДИ: от -0,66 до -0,34, p<0,001; 22 исследования, N=1576, I^2=94%, Q=15,8).

Малый эффект наблюдался при использовании когнитивно-поведенческой терапии, нацеленной на поддержание здорового образа жизни (SMD=-0,37, 95% ДИ: от -0,55 до -0,18, p=0,22; 11 исследований, N=546, I^2=0%, Q=0,2), и группового консультирования по образу жизни (SMD= -0,39, 95% ДИ: от -0,54 до -0,23, p<0,001; 19 исследований, N=883, I^2=28%, Q=2,8).

Относительно предупреждения увеличения веса мультидисциплинарное консультирование по поведению/образу жизни показало средний эффект (SMD=–0,69, 95% ДИ: от -0,84 до -0,54, p<0,001; 14 исследований, N=694, I^2=0%, Q=1,4).

Фармакологические методы интервенции

14 мета-анализов проводились относительно фармакологических методов интервенции для снижения массы тела (82 исследования, N=4691). Средняя оценка по AMSTAR была 8,1±1,3 и средний балл по AMSTAR-Plus Content был 4,0±1,7.

Средний размер эффекта наблюдался при поддержке арипипразолом (SMD=-0,73, 95% ДИ: от -0,97 до -0,48, p<0,001; 9 исследований, N=813, I^2=68%, Q=6,2), при использовании топирамата (SMD=-0,72, 95% ДИ: от -1,56 до -0,33, p<0,001; 15 исследований, N=783, I^2=92,7%, Q=13,7), d-фенфлурамина (SMD=-0,54, 95% ДИ: от -1,07 до -0,02, p<0,001; одно исследование, N=16) и метформина (SMD=-0,53, 95% ДИ: от -0,69 до -0,38, p<0,001; 29 исследований, N=1279, I^2=39,4%, Q=1,6).

Малая значимость эффекта была показана при использовании антагонистов NMDA-рецепторов (SMD=-0,47, 95% ДИ: от -0,62 до -0,32, p<0,001; 5 исследований, N=309, I^2=0%, Q=0,1), агонистов рецепторов ГПП-1 (SMD=-0,44, 95% ДИ: от -0,60 до -0,28, p<0,001; 3 исследования, N=168, I^2=0%, Q=0,1) и амантадина (SMD=-0,30, 95% ДИ: от -0,57 до -0,03, p=0,03; 3 исследования, N=205, I^2=0%, Q=0). Назитидин показал ничтожно малый эффект (SMD=-0,12, 95% ДИ: от -0,24 до 0,00, p=0,02; 4 исследования, N=357, I^2=0%, Q=0,4).

Не наблюдалось значимого снижения веса по сравнению с контрольной группой при использовании флуоксетина (SMD=0,14, 95% ДИ: от –0,09 до 0,36, p=0,22; 2 исследования, N=60, I^2=0%, Q=0), декстроамфетамина (SMD=0,11, 95% ДИ: от -0,33 до 0,56, p=0,60; одно исследование, N=20), ранитидина (SMD=-0,24, 95% ДИ: от -0,67 до 0,20, p=0,05; 4 исследования, N=260), фамотидина (SMD=-0,02, 95% ДИ: от -0,48 до 0,43, p=0,91; одно исследование, N=14), комбинации метформина с сибутрамином (SMD= -0,24, 95% ДИ: от -0,62 до 0,13, p=0,19; одно исследование, N=28), орлистата (SMD=-0,21, 95% ДИ: от -0,46 до 0,04, p=0,09; одно исследование, N=63) и розиглитазона (SMD=0,14, 95% ДИ: от -0,21 до 0,52, p=0,19; одно исследование, N=29). Смена препарата с оланзапина на кветиапин или арипипразол не показала значимых результатов

(SMD=–0,11, 95% ДИ: от –0,23 до 0,03, p=0,06; 2 исследования, N=287).

Комбинированные фармакологические и нефармакологические методы интервенции

В одном мета-анализе были исследованы комбинация метформина с мероприятиями по модификации образа жизни, они продемонстрировали малый эффект (SMD= –0,44, 95% ДИ: от –0,69 до –0,19, p<0,001; 3 исследования, N=122, I^2=0, Q=0).

Индекс массы тела

Нефармакологические методы интервенции

Четыре мета-анализа было проведено относительно нефармакологических методов по снижению индекса массы тела (42 исследования, N=2157). Средний балл по AMSTAR был равен 9,7±0,8 и средний балл по AMSTAR-Plus Content составил 2,2±1,2.

Малый эффект наблюдался при использовании группового консультирования по образу жизни (SMD=–0,28, 95% ДИ: от –0,54 до 0,00, p=0,04; 4 исследования, N=202, I^2=0%, Q=0), индивидуального консультирования по образу жизни (SMD=–0,49, 95% ДИ: от –0,77 до –0,22, p<0,001; 4 исследования, N=202, I^2=0%, Q=0), и когнитивно-поведенческой терапии, нацеленной на поддержание здорового образа жизни (SMD=–0,34, 95% ДИ: от –0,67 до –0,07, p=0,02; 6 исследований, N=308, I^2=0%, Q=0,2).

Не наблюдалось значимого снижения ИМТ по сравнению с контрольной группой при использовании физических упражнений (SMD=–0,25, 95% ДИ: от –0,56 до 0,06, p=0,11; 8 исследований, N=231, I^2 =0%, Q=0,4).

Фармакологические методы интервенции

Шесть мета-анализов изучали фармакологические методы по снижению ИМТ (81 исследование, N=4533). Средний балл по AMSTAR был равен 8,1±1,3 и средний балл по AMSTAR-Plus Content составил 4,0±1,9.

Топирамат (SMD=–0,56, 95% ДИ: от –1,54 до –0,22, p<0,001; 11 исследований, N=449, I^2=0%, Q=0) имел средний эффект снижения ИМТ, в то время как агонисты рецепторов ГПП-1 показали лишь малый эффект (SMD= –0,41, 95% ДИ: от –0,57 до –0,26, p<0,001; 3 исследования, N=168, I^2=0%, Q=0).

Снижения индекса массы тела не наблюдалось при использовании метформина (SMD=–0,41, 95% ДИ: от –0,93 до 0,10, p=0,10; 23 исследования, N=1228, I^2=90%, Q=20,0), ранитидина (SMD=–0,23, 95% ДИ: от –0,44 до 0,00, p=0,55; 5 исследований, N=312, I^2=0%, Q=0) и при смене препаратов с оланзапина на кветиапин (SMD=–0,12, 95% ДИ: от –0,29 до 0,05, p=0,16; одно исследование, N=129).

Окружность талии

Нефармакологические методы интервенции

Три мета-анализа изучали нефармакологические методы по уменьшению окружности талии (24 исследования, N=1709). Средний балл по AMSTAR составил 9,3±0,5 и средний балл по AMSTAR-Plus Content равен 4,0±0,8.

Малую эффективность относительно уменьшения окружности талии по сравнению со стандартным лечением показал контроль за питанием (SMD=–0,39, 95% ДИ: от –0,56 до –0,22, p<0,001; 11 исследований, N=858, I^2=0%, Q=0) и междисциплинарные меры по изменению поведения/образа жизни (SMD=–0,37, 95% ДИ: от –0,60 до -0,13, p=0,002; 10 исследований, N=705, I^2=0%, Q=0).

Фармакологические методы интервенции

Семь мета-анализов исследовали фармакологические методы по уменьшению окружности талии (32 исследования, N=1755). Средний балл по AMSTAR был равен 9,3±0,7 и средний балл по AMSTAR-Plus Content равен 2,8±1,6.

По сравнению с контрольной группой наиболее эффективным методом интервенции оказалась поддержка арипипразолом (SMD=–1,10, 95% ДИ: от –1,42 до –0,79, p=0,001; 3 исследования, N=174, I^2=0%, Q=0, т.е. большой эффект).

Топирамат оказывал средний эффект (SMD=–0,69, 95% ДИ: от –0,93 до –0,45, p<0,05; 8 исследований, N=310, I^2=0%, Q=0). Агонисты рецепторов ГПП-1 имели малый эффект (SMD=–0,34, 95% ДИ: от –0,50 до –0,18, p<0,001; 3 исследования, N=167, I^2=0%, Q=0). По сравнению с плацебо-контролируемой группой статистически значимого уменьшения окружности талии не наблюдалось при использовании метформина (SMD=–0,01, 95% ДИ: от –0,68 до 0,65, p=0,97; 12 исследований, N=721, I^2=82%, Q=17,1).

Отношение окружности талии к окружности бедер

Три мета-анализа изучали эффекты фармакологических методов на отношение окружности талии к окружности бедер (11 исследований, N=419). Средний балл по AMSTAR был равен 9,3±0,7 и средний балл по AMSTAR-Plus Content составил 2,8±1,6.

Малый эффект на уменьшение отношения окружности талии к окружности бедер наблюдался при использовании топирамата (SMD=–0,69, 95% ДИ: от –0,90 до 0,27, p=0,009; 5 исследований, N=123, I+=0%, Q=0) и метформина (SMD=–0,32, 95% ДИ: от –1,15 до 0,51, p=0,29; 3 исследования, N=133, I^2=0%, Q=0). Агонисты рецепторов ГПП-1 не продемонстрировали значимого эффекта: (SMD=0,03, 95% ДИ: от –0,13 до 0,18, p=0,39; 3 исследования, N=163, I^2=0%, Q=0).

Соотношение ожирения по мужскому и женскому типу

Основываясь на данных одного мета-анализа, агонисты рецепторов ГПП-1 не превзошли контрольную группу по эффекту на соотношение ожирения по мужскому и женскому типу (SMD=–0,03, 95% ДИ: от –0,20 до 0,13, p=0,46; 3 исследования, N=131, I^2=0%, Q=0).

Висцеральный жир

Основываясь на данных одного мета-анализа, агонисты рецепторов ГПП-1 имели малый эффект на уменьшение висцерального жира (SMD=–0,37, 95% ДИ: от –0,46 до –0,06, p=0,02; 3 исследования, N=97, I^2=0%, Q=0).

Артериальное давление

Нефармакологические методы интервенции

Четыре мета-анализа исследовали нефармакологические мероприятия по снижению артериального давления (23 исследования, N=2095). Средний балл по AMSTAR был равен 9,0±0,0 и средний балл по AMSTAR-Plus Content равен 4,5±0,5.

При рассмотрении только контроля за питанием наблюдался малый эффект на снижение диастолического давления по сравнению со стандартным лечением (SMD=–0,39, 95% ДИ: от –0,56 до –0,22, p<0,01; 6 исследований, N=654, I^2=0, Q=0).

По сравнению со стандартным лечением, при использовании междисциплинарных мер по изменению поведения/образа жизни не наблюдалось значимого снижения ни систолического (SMD=–0,22, 95% ДИ: от –0,49 до 0,05, p=0,11; 7 исследований, N=615, I^2=0, Q=0), ни диастолического артериального давления (SMD=–0,08, 95% ДИ: от –0,57 до 0,41, p=0,74; 3 исследования, N=171, I^2=0, Q=0).

Фармакологические методы интервенции

Два мета-анализа изучали фармакологические методы по снижению артериального давления (6 исследований, N=336). Средний балл по AMSTAR был равен 9,5±0,5 и средний балл по AMSTAR-Plus Content составил 1,5±0,5.

По сравнению с группой плацебо, не наблюдалось значимого снижения систолического и диастолического артериального давления при использовании агонистов рецепторов ГПП-1 и метформина.

Глюкоза

Нефармакологические методы интервенции

Три мета-анализа исследовали нефармакологические методы интервенции по снижению уровня глюкозы крови натощак (16 исследований, N=1256). Средний балл по AMSTAR был равен 9,3±0,5 и средний балл по AMSTAR-Plus Content составил 4,0±0,8.

Контроль за питанием дал малый эффект по снижению уровня глюкозы (SMD=–0,37, 95% ДИ: от –0,69 до –0,05, p=0,03; 6 исследований, N=422, I^2=0%, Q=0).

Значимого снижения уровня глюкозы не наблюдалось в сравнении со стандартным лечением при использовании мультидисциплинарных мер по изменению поведении/образа жизни (SMD=–0,27, 95% ДИ: от –0,59 до 0,05, p=0,10; 8 исследований, N=688, I^2=0%, Q=0).

Фармакологические методы интервенции

Семь мета-анализов исследовали эффекты фармакологических мер по снижению уровня глюкозы крови натощак (54 исследования, N=3617). Средний балл по AMSTAR составил 9,6±0,6 и средний балл по AMSTAR-Plus Content равен 3,1±1,9.

Средний эффект на снижение уровня глюкозы натощак был обнаружен при смене препарата с оланзапина на кветиапин или арипипразол (SMD=–0,71, 95% ДИ: от –0,85 до –0,58, p<0,001; 2 исследования, N=280) и при использовании метформина (SMD=–0,65, 95% ДИ: от –0,94 до –0,35, p<0,001; 17 исследований, N=1281, I^2=0%, Q=0).

Малый эффект был выявлен при поддержке арипипразолом (SMD=–0,34, 95% ДИ: от –0,47 до –0,21, p<0,001; 10 исследований, N=710, I^2=0%, Q=0) и при использовании агонистов рецепторов ГПП-1 (SMD=–0,39, 95% ДИ: от –0,54 до –0,23, p<0,001; 3 исследования, N=166, I^2=0%, Q=0).

Значимого снижения уровня глюкозы по сравнению с контролем не наблюдалось при использовании и топирамата (SMD=–0,43, 95% ДИ: от –1,00 до 0,14, p=0,14; 6 исследований, N=369, I^2=0%, Q=0).

Инсулин

Нефармакологические методы интервенции

Два мета-анализа исследовали эффект нефармакологических методов интервенции на уровень инсулина (9 исследований, N=1268). Средний балл по AMSTAR был равен 9,0±0,0 и средний балл по AMSTAR-Plus Content равен 4,5±0,7.

Мультидисциплинарные меры по изменению поведения/образа жизни имели малый эффект на улучшение чувствительности к инсулину (SMD=–0,28, 95% ДИ: от –0,55 до 0,00, p=0,04; 6 исследований, N=481, I^2=0%, Q=0). Только контроль за питанием не превзошел группу контроля (SMD=–0,19, 95% ДИ: от –0,42 до 0,04, p=0,10; 11 исследований, N=787, I^2=0%, Q=0).

Фармакологические методы интервенции

Пять мета-анализов изучали эффективность фармакологических мер относительно уровеня инсулина (23 исследования, N=1479). Средний балл по AMSTAR был равен 8,4±1,2 и средний балл по AMSTAR-Plus Content равен 4,2±2,2.

Розиглитазон имел малый эффект (SMD=–0,42, 95% ДИ: от –0,80 до 0,00, p=0,03; одно исследование, N=29). Метформин не превзошел показателей контрольной группы (SMD=–0,37, 95% ДИ: от –0,81 до 0,07, p=0,10; 15 исследований, N=1007, I^2=79,2%, Q=4,8).

Гомеостатическая модель оценки уровня инсулинорезистентности

Фармакологические методы интервенции

Пять мета-анализов исследовали эффект фармакологических мероприятий на гомеостатическую модель оценки уровня инсулинорезистентности (19 исследований, N=1158). Средний балл по AMSTAR был равен 8,4±1,2 и средний балл по AMSTAR-Plus Content равен 4,2±2,2.

Метформин (SMD=–0,75; 95% ДИ: от –1,10 до –0,40, p<0,001; 11 исследований, N=680, I^2=0%, Q=0, т.е. средний эффект) и розиглитазон (SMD=–0,44; 95% ДИ: от –0,82 до –0,06, p=0,02; одно исследование, N=29, т.е. малый эффект) значимо превзошли контрольную группу, в то время как агонисты рецепторов ГПП-1 – нет (SMD=–0,08; 95% ДИ: от –0,23 до 0,08, p=0,10; 3 исследования, N=163, I^2=0%, Q=0).

Гликированный гемоглобин A1c

Два мета-анализа изучали эффективность фармакологических методов на уровень гемоглобина A1c (7 исследований, N=549). Средний балл по AMSTAR был равен 9,0±0,0 и средний балл по AMSTAR-Plus Content равен 3,5±3,5.

Метформин (SMD=–0,38; 95% ДИ: от –0,69 до –0,07, p=0,016; 4 исследования, N=383, I^2=0%, Q=0) и агонисты рецепторов ГПП-1 (SMD=–0,38; 95% ДИ: от –0,53 до –0,22, p=0,02; 3 исследования, N=166, I^2=0%, Q=0) незначительно превзошли группу плацебо и показали малый эффект.

Триглицериды

Нефармакологические методы интервенции

Четыре мета-анализа изучали влияние нефармакологических мероприятий на уровень триглицеридов (22 исследования, N=1671). Средний балл по AMSTAR был равен 8,7±1,1 и средний балл по AMSTAR-Plus Content равен 4,2±0,8.

Междисциплинарные меры относительно изменения поведения/образа жизни имели малый эффект в сравнении со стандартным лечением (SMD=–0,37, 95% ДИ: от –0,54 до –0,20, p<0,001; 8 исследований, N=659, I^2=40,0%, Q=1,7). Контроль за питанием не превзошел стандартное лечение (SMD=–0,15; 95% ДИ: от –0,30 до 0,00, p=0,06; 7 исследований, N=611, I^2=0%, Q=0).

Фармакологические методы интервенции

Семь мета-анализов изучали эффект фармакологических мероприятий на уровень триглицеридов (36 исследований, N=2564). Средний балл по AMSTAR был равен 9,1±1,0 и средний балл по AMSTAR-Plus Content равен 3,6±1,9.

Эффект, в сравнении с контрольными условиями, был средним при использовании топирамата (SMD=–0,68, 95% ДИ: от –1,23 до –0,13, p=0,016; 5 исследований, N=268, I^2=0%, Q=0), малым при использовании метформина (SMD=–0,28, 95% ДИ: от –0,45 до –0,11, p<0,001; 11 исследований, N=856, I^2=5%, Q=2,1), и ничтожно малым при поддержке арипипразолом (SMD=–0,17, 95% ДИ: от –0,30 до –0,04, p=0,009; 9 исследований, N=631, I+=0%, Q=0) и использовании агонистов рецепторов ГПП-1 (SMD=–0,15, 95% ДИ: от –0,31 до –0,02, p=0,04; 3 исследования, N=166, I^2=0%, Q=0).

Холестерин

Нефармакологические методы интервенции

Десять мета-анализов изучали нефармакологические методы для уменьшения уровня холестерина (56 исследований, N=4288). Средний балл по AMSTAR был равен 8,5±1,0 и средний балл по AMSTAR-Plus Content равен 4,5±0,7.

Относительно уровня общего холестерина мультидисциплинарные меры по изменению поведения имели малый

эффект (SMD=–0,35, 95% ДИ: от –0,54 до –0,16, p=0,003; 7 исследований, N=590, I^2=0%, Q=0,3), в то время как контроль за питанием не превзошел эффект стандартного лечения (SMD=–0,13; 95% ДИ: от –0,29 до 0,03, p=0,10; 7 исследований, N=621, I^2=0%, Q=0).

Относительно ЛПНП мультидисциплинарные меры по изменению поведения/образа жизни показали малый эффект (SMD=–0,36, 95% ДИ: от –0,60 до –0,12, p=0,003; 5 исследований, N=590, I^2=0%, Q=0,2).

Достоверных эффектов на уровень ЛПВП не было обнаружено при применении мер по изменению образа жизни или контроля за питанием.

Фармакологические методы интервенции

Пятнадцать мета-анализов изучали фармакологические методы по уменьшению уровня холестерина (74 исследования, N=5295). Средний балл по AMSTAR был равен 9,4±0,8 и средний балл по AMSTAR-Plus Content равен 3,3±1,8.

Относительно уровня общего холестерина метформин (SMD=–0,51, 95% ДИ: от –0,81 до –0,20, p<0,001; 8 исследований, N=628, I^2=0%, Q=0) продемонстрировал средний эффект, в то время как поддержка арипипразолом имела малый эффект (SMD=–0,32, 95% ДИ: от –0,47 до –0,17, p<0,001; 10 исследований, N=692, I^2=0%, Q=0). Значимого снижения по сравнению с контрольными условиями не наблюдалось при применении топирамата (SMD=–0,75, 95% ДИ: от –1,57 до 0,07, p=0,07; 3 иследования, N=187, I^2=0%, Q=0).

В отношении уроня ЛПНП топирамат (SMD=–0,80, 95% ДИ: от –1,06 до –0,53, p<0,001; 4 исследования, N=247, I^2=0%, Q=0) и агонисты рецепторов ГПП-1 (SMD=–0,17, 95% ДИ: от –0,32 до –0,02, p=0,04; 3 исследования, N=162, I^2=0%, Q=0) превзошли контрольные условия, хотя во втором случае эффект был ничтожно малым. Не было обнаружено значимого снижения уровня ЛПНП по сравнению с контрольными условиями при поддержке арипипразолом (SMD=–0,01, 95% ДИ: от –0,18 до 0,15, p=0,88; 8 исследований, N=540, I^2=0%, Q=0) и при использовании метформина (SMD=–0,11, 95% ДИ: от –0,31 до 0,09, p=0,29; 5 исследований, N=433, I^2=0%, Q=0,2).

Относительно ЛПВП только метформин имел малый эффект (SMD=0,45, 95% ДИ: 0,00 до 0,90, p=0,049; 7 исследований, N=542, I^2=0%, Q=0), в то время как поддержка арипипразолом, топирамат и агонисты рецепторов ГПП-1 не отличались от контрольных условий.

Толерантность к физическим нагрузкам

Основываясь на данных одного метаанализа, физические упражнения превзошли эффект стандартного лечения (SMD=1,81; 95% ДИ: от 0,59 до 3,03, p=0,004; одно исследование, N=13, I^2=0%, Q=0, т.е., большой эффект).

Нежелательные эффекты от препаратов

По сравнению с плацебо Арипипразол чаще вызывал тревогу (number needed to harm, NNH (индекс потенциального вреда, ИПВ)=8, 95% ДИ: 5–20, p<0,001)[47] и ажитацию/акатизию (RR=7,59, 95% ДИ: 1,43–40,18, p=0,02)[53]. Амантадин был ассоциирован с более высокой частотой инсомнии (RR=3,83, 95% ДИ: 1,41–10,38, p=0,008, NNH=9)[57] и дискомфортом в животе (количественные данные не были приведены)[60]. Агонисты рецепторов ГПП-1 были связаны с повышенной частотой тошноты (NNH=3,8, 95% ДИ: 2,4–9,7, p<0,05)[40]. Среди H2-антагонистов, фамотидин и ранитидин не ассоциировались с высокой частотой нежелательных явлений, в то время как назитидин чаще вызывал сухость во рту (RR=4,89, p=0,04; NNH=17, p=0,03) и депрессию (RR=5,00, p=0,03; NNH=17, p=0,02)[52].

Из шести включенных мета-анализов по метформину пять сообщали об отсутствии различий в частоте нежелательных явлений, в то время как один из них сообщал о более высокой частоте тошноты/рвоты (NNH=16, 95% ДИ: 10–50, p=0,01) и диареи (NNH=6,95% ДИ: 3–25, p=0,01)[49]. Хотя не было различий в частоте отказа от лечения орлистатом, но диарея была основной причиной прекращения лечения[48].

Сибутрамин плюс метформин ассоциировались с повышенной частотой психотических симптомов. Топирамат чаще вызывал парестезии (RR=2,31, 95% ДИ: 1,17–4,56, p<0,05)[39]. Данные по декстроамфетамину, d-фенфлурамину и розиглитазону отсутствуют. Смена антипсихотиков (оланзапин на кветиапин) была ассоциирована с повышенной частотой психиатрических нежелательных явлений[54].

Ни один из мета-анализов не сообщал о нежелательных явлениях нефармакологических методов интервенции.

Мета-регрессивный анализ

Из-за ограниченного количества данных мета-регрессивный анализ или анализ по подгруппам не проводился для оценки, могут ли длительность лечения или болезни, проведение лечения психиатрическим или терапевтическим персоналом, медицинское учреждение, доля посещенных сессий или приверженность лечению объяснить различия в результатах лечебных методов интервенции.

Исследование уровня различий в возрасте и поле не объясняют различия в весе, индексе массы тела или уровне триглицеридов после фармакологических или нефармакологических методов интервенции.

ОБСУЖДЕНИЕ

Насколько нам известно, этот мета-обзор мета-анализов является первым, который систематически и количественно сравнивает фармакологические и нефармакологические методы интервенции, которые были исследованы для улучшения показателей физического здоровья людей с шизофренией. Наши данные пролили свет на те области, где имелись или отсутствовали значимые данные по улучшению физического здоровья у этих людей, и должны помочь вести клиническую практику и указывать, на чем должны сконцентрироваться дальнейшие приоритеты исследования.

При рассмотрении нефармакологических методов интервенции индивидуальное консультирование по образу жизни показало большой эффект по уменьшению веса. Относительно контроля за питанием эффект снижения веса был средним, а эффект снижения диастолического артериального давления и снижения уровня глюкозы были малыми. Физическая нагрузка продемонстрировала большой эффект снижения веса и большой эффект по увеличению толерантности к физическим нагрузкам, хотя данные по последнему ограничены одним небольшим исследованием.

Характеристики методов интервенции по изменению образа жизни были оценены для предоставления руководств для дальнейшей клинической практики. Одной ключевой находкой было то, что индивидуальное консультирование по образу жизни показало большой эффект по снижению массы тела, в то время как для групповых подходов был лишь малый эффект. По-видимому, преимущества индивидуальной стратегии, такие как персональные советы и внимание, удовлетворяющие специфические потребности пациента, и индивидуальный план действий превосходят преимущества групповых сессий, такие как межличностное обучение, подражательное поведение, распознавание схожих черт у других членов группы, групповая сплоченность и партнерская поддержка[66]. Будущие исследования должны изучить, будет ли комбинированный подход, заключающий в себе групповые сессии, одновременно направленные на специфические потребности паци-

ента с индивидуальным планом действий, наиболее эффективен.

Когнитивно-поведенческая терапия, нацеленная на снижение веса и обучение психологической самопомощи, продемонстрировала малый и средний эффекты соответственно.

Среди 17 фармакологических стратегий 12 превзошли контрольные условия по различным показателям физического здоровья. Не было обнаружено никаких благоприятных эффектов флуоксетина, ранитидина, орлистата, декстроамфетамина и фамотидина на какие-либо показатели физического здоровья.

Топирамат показал большой эффект по уменьшению ЛПНП и средний эффект по уменьшению веса, индекса массы тела, окружности талии и уровня триглицеридов. Метформин продемонстрировал средний эффект по снижению веса, общего холестерина, уровня глюкозы натощак и индекса инсулинорезистентности, а также малый эффект по уменьшению уровня гемоглобина A1c, триглицеридов и ЛПВП.

Смена препарата с оланзапина на кветиапин или арипипразол показала средний эффект по уменьшению уровня глюкозы натощак, притом что эффект от поддержки арипипразолом по этому параметру был малым. Поддержка арипипразолом продемонстрировала также большой эффект по уменьшению окружности талии и средний эффект по уменьшению массы тела.

Малый эффект по снижению массы тела был обнаружен у антагонистов рецепторов NMDA. Агонисты рецепторов ГПП-1 показали малый эффект по уменьшению окружности талии, уровня глюкозы и гемоглобина A1c. Розиглитазон имел небольшой улучшающий эффект на уровень инсулинорезистентности. Малый эффект поддержки арипипразолом и агонистов рецепторов ГПП-1 выявлен по снижению уровня триглицеридов, а агонисты рецепторов ГПП-1 показали по снижению уровня ЛПНП.

В заключение, основываясь на SMD и совокупном высоком методологическом качестве оригинальных мета-анализов (но с более низким качеством содержания мета-анализов), индивидуальное консультирование по образу жизни и физические упражнения показали наибольший эффект снижения веса, затем следуют обучение психологической самопомощи, поддержка арипипразолом, использование топирамата, d-фенфлурамина и метформина. Относительно окружности талии поддержка арипипразолом и применение топирамата продемонстрировали наилучший эффект, затем следует контроль за питанием. Контроль за питанием был единственным значимо повлиявшим на диастолическое артериальное давление.

Смена препарата с оланзапина на кветиапин или арипипразол и метформин продемонстрировала лучший значимый эффект по снижению уровня глюкозы, затем следуют агонисты рецепторов ГПП-1, контроль за питанием и поддержка арипипразолом. Уровень гемоглобина A1c был статистически значимо снижен как метформином, так и агонистами рецепторов ГПП-1. Индекс инсулинорезистентности значимо изменился при применении метформина и розиглитазона.

Уменьшение уровня триглицеридов было наибольшим при применении топирамата, затем следуют мультидисциплинарные меры по изменению поведения/образа жизни, метформин, поддержка арипипразолом и агонисты рецепторов ГПП-1. Общий холестерин был уменьшен при использовании метформина, модификации образа жизни и поддержке арипипразолом, в то время как уменьшение уровня ЛПНП было значимым при использовании топирамата, модификации образа жизни и агонистов рецепторов ГПП-1. Уровень ЛПВП увеличился только при применении метформина. И только физические упражнения были мета-проанализированы как способ повышения толерантности к физической нагрузке, демонстрируя наибольший размер эффекта из всех методов в данном обзоре по какому-либо показателю (SMD=1,81), однако эти данные были основаны только на одном исследовании.

В своей совокупности наши данные предлагают клиницистам некоторые точки зрения по потенциально лучшим методам решения специфических проблем с физическим здоровьем людей с шизофренией. Суммируя, для снижения веса практикующим врачам следует рассматривать индивидуальное консультирование по образу жизни как лучшее из нефармакологических методов интервенции. Физические упражнения также могут привести к снижению веса, хотя мы может включить лишь только четыре исследования. Контроль за питанием также может быть перспективным. Относительно фармакологических методов клиницистам следует рассматривать дополнительное использование топирамата, но эта мера должна быть рассмотрена в противовесе с возможным возникновением парестезий и когнитивных нежелательных явлений (последние изучены недостаточно). Данные по метформину были несколько разнородными, так как средство имело средний эффект по снижению веса, но никакого эффекта на индекс массы тела, хотя последнее могло быть скорее вследствие небольшого количества исследований, оценивающих этот показатель. Метформин может быть ассоциирован с возникновением тошноты и диареи. Дальнейшие исследования необходимы для определения эффектов комбинации этих стратегий.

Что касается других показателей физического здоровья и сердечно-сосудистого риска, имеется достаточная значимость, что клиницисты могут использовать их для уменьшения уровня глюкозы крови, уровня инсулинорезистентности и общего холестерина, в то время как имеется лишь малый эффект по уменьшению уровня триглицеридов, гемоглобина A1c и ЛПНП. Людям с шизофренией, принимающим оланзапин, смена препарата на кветиапин или арипипразол также может дать средний эффект снижения глюкозы крови. Стоит отметить, что только контроль за питанием показал значительное улучшение показателя диастолического артериального давления.

Наши данные имеют некоторые ограничения. Во-первых, хоть включенные мета-анализы и были наиболее обновленными и/или крупными для каждой определенной стратегии и показателя, отдельные исследования, опубликованные с момента даты последнего поиска включенных мета-анализов, не были добавлены. Во-вторых, по причине ограниченности данных по характеристикам участников и методам интервенций, проведение мета-регрессивного анализа не было возможным. В-третьих, в то время как качество мета-анализов было в основном высокое, содержание проанализированных исследований часто вызывало сомнение. В-четвертых, основываясь на баллах по AMSTAR-Plus Content, публикационные систематические ошибки были проблемой для примерно половины из всех мета-анализов, что могло привести к переоценке обобщенных размеров эффекта. Последнее, преобладание исследований с небольшой выборкой, в которых только большие эффекты были статистически значимыми, представляет проблему.

В заключение: несмотря на высокий риск физических коморбидностей у людей с шизофренией и факт их преждевременной смертности в основном из-за повышенного риска физических заболеваний, существующие данные по фармакологическим и нефармакологическим методам профилактики и лечения этих состояний все еще ограничены. Отличные по качеству и достаточно большие индивидуальные рандомизированные клинические исследования остаются необходимыми.

В добавление, эта область должна перейти от мета-анализа на уровне исследования к мета-анализу на уровне пациента, поскольку это обеспечит более персонализированную картину эффектов лечения для отдельных лиц, полученную из адекватных анализов модератора, медиатора и подгруппы. Сравнение фармакологических и нефармакологических методов в одном и том же исследовании остается предпочтительным, а также есть потребность в крупномасштабных исследованиях комбинированных режимов (т.е. использование смены антипсихотического препарата и дополнительное назначение сопутствующей модификации образа жизни) и профилактических мероприятий (например, тех, которые нацелены на предотвращение физических коморбидностей до их развития).

БЛАГОДАРНОСТИ

Б. Стаббс читает клинические лекции при поддержке Health Education England и the National Institute for Health Research (NIHR) Integrated Clinical Academic Programme (ICA-CL-2017-03-001). Б. Стаббс и Ф. Гогран частично поддерживаются благотворительной организацией The Maudsley Charity и the NIHR Collaboration for Leadership in Applied Health Research and Care South London at King's College Hospital NHS Foundation Trust. Мнения, выраженные в этой статье, принадлежат авторам и необязательно совпадают с вышеуказанными.

Библиография

1. Vancampfort D, Wampers M, Mitchell A et al. A meta-analysis of cardiometabolic abnormalities in drug nanve, first-episode and multiepisode patients with schizophrenia versus general population controls. World Psychiatry 2013;12:240-50.
2. Stubbs B, De Hert M, Sepehry A et al. A meta-analysis of prevalence estimatesand moderators of low bone mass in people with schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 2014;130:470-86.
3. Stubbs B, Koyanagi A, Veronese N et al. Physical multimorbidity and psychosis: comprehensive cross sectional analysis including 242,952 people across 48 low- and middle-income countries. BMC Med 2016;14:189.
4. Vancampfort D, Stubbs B, Mitchell AJ et al. Risk of metabolic syndrome and its components in people with schizophrenia and related psychotic disorders, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. World Psychiatry 2015;14:339-47.
5. Liu NH, Daumit GL, Dua T et al. Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. World Psychiatry 2017;16:30-40.
6. Vancampfort D, Firth J, Schuch FB et al. Sedentary behavior and physical activity levels in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a global systematic review and meta-analysis. World Psychiatry 2017;16:308-15.
7. Firth J, Stubbs B, Teasdale SB et al. Diet as a hot topic in psychiatry: a population-scale study of nutritional intake and inflammatory potential in severe mental illness. World Psychiatry 2018;17:365-6.
8. Schroeder SA. Smoking cessation should be an integral part of serious mental illness treatment. World Psychiatry 2016;15:175-6.
9. Correll C, Detraux J, De Lepeleire J et al. Effects of antipsychotics, antidepressants and mood stabilizers on risk for physical diseases in people with schizophrenia, depression and bipolar disorder. World Psychiatry 2015;14:119-36.
10. Galling B, Roldбn A, Nielsen RE et al. Type 2 diabetes mellitus in youth exposed to antipsychotics: a systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry 2016;73:247-59.
11. Vancampfort D, Correll CU, Galling B et al. Diabetes mellitus in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and large scale meta-analysis. World Psychiatry 2016;15:166-74.
12. De Hert M, Schreurs V, Vancampfort D et al. Metabolic syndrome in people with schizophrenia: a review. World Psychiatry 2009;8:15-22.
13. Correll CU, Solmi M, Veronese N et al. Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: a large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls. World Psychiatry 2017;16:163-80.
14. Schoepf D, Uppal H, Potluri R et al. Physical comorbidity and its relevance on mortality in schizophrenia: a naturalistic 12-year follow-up in general hospital admissions. Eur Arch Clin Neurosci 2014;264:3-28.
15. Stubbs B, Koyanagi A, Thompson T et al. The epidemiology of back pain and its relationship with depression, psychosis, anxiety, sleep disturbances, and stress sensitivity: data from 43 low- and middle-income countries. Gen Hosp Psychiatry 2016;43:63-70.
16. Stubbs B, Gaughran F, Mitchell AJ et al. Schizophrenia and the risk of fractures: a systematic review and comparative meta-analysis. Gen Hosp Psychiatry 2015;37:126-33.
17. Vancampfort D, Rosenbaum S, Probst M et al. Promotion of cardiorespiratory fitness in schizophrenia: a clinical overview and meta-analysis. Acta Psychiatr Scand 2015;132:131-43.
18. Vancampfort D, Rosenbaum S, Schuch F et al. Cardiorespiratory fitness in severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. Sports Med 2017;47:343-52.
19. Vancampfort D, Guelinckx H, Probst M et al. Health-related quality of life and aerobic fitness in people with schizophrenia. Int J Ment Health Nurs 2015;24:394-402.
20. Vancampfort D, Probst M, Scheewe T et al. Lack of physical activity during leisure time contributes to an impaired health related quality of life in patients with schizophrenia. Schizophr Res 2011;129:122-7.
21. Saxena S, Maj M. Physical health of people with severe mental disorders: leave no one behind. World Psychiatry 2017;16:1-2.
22. Mitchell AJ, Delaffon V, Vancampfort D et al. Guideline concordant monitoring of metabolic risk in people treated with antipsychotic medication: systematic review and meta-analysis of screening practices. Psychol Med 2012;42:125-47.
23. Zhuo C, Tao R, Jiang R et al. Cancer mortality in patients with schizophrenia: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry 2017;211:7-13.
24. Hjorthøj C, Stürup AE, McGrath JJ et al. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. Lancet Psychiatry 2017;4:295-301.
25. Oakley P, Kisely S, Baxter A et al. Increased mortality among people with schizophrenia and other non-affective psychotic disorders in the community: a systematic review and meta-analysis. J Psychiatr Res 2018;102:245-53.
26. Moore S, Shiers D, Daly B et al. Promoting physical health for people with schizophrenia by reducing disparities in medical and dental care. Acta Psychiatr Scand 2015;132:109-21.
27. De Hert M, Cohen D, Bobes J et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. World Psychiatry 2011;10:138-51.
28. Lambert TJ, Reavley NJ, Jorm AF et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists expert consensus statement for the treatment, management and monitoring of the physical health of people with an enduring psychotic illness. Aust N Z J Psychiatry 2017;51: 322-37.
29. Cooper SJ, Reynolds GP, Barnes T et al. BAP guidelines on the management of weight gain, metabolic disturbances and cardiovascular risk associated with psychosis and antipsychotic drug treatment. J Psychopharmacol 2016;30:717-48.
30. Bobes-García J, Saiz-Ruiz J, Bernardo-Arroyo M et al. Delphi consensus on the physical health of patients with schizophrenia: evaluation of the recommendations of the Spanish Societies of Psychiatry and Biological Psychiatry by a panel of experts. Actas Esp Psiquiatr 2012;40:114-28.
31. Chaudhry I, Jordan J, Cousin F-R et al. Management of physical health in patients with schizophrenia: international insights. Eur Psychiatry 2010;25:S37-40.
32. Saravane D, Feve B, Frances Y et al. Drawing up guidelines for the attendance of physical health of patients with severe mental illness. Encephale 2009;35:330-9.
33. De Hert M, Dekker JM, Wood D et al. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). Eur Psychiatry 2009;24:412-24.
34. Marder SR, Essock SM, Miller AL et al. Physical health monitoring of patients with schizophrenia. Am J Psychiatry 2004;161:1334-49.
35. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. New York: Lawrence Erlbaum, 1988.

36. Shea BJ, Hamel C, Wells GA et al. AMSTAR is a reliable and valid measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. J Clin Epidemiol 2009;62:1013-20.
37. Correll CU, Rubio JM, Inczedy-Farkas G et al. Efficacy of 42 pharmacologic cotreatment strategies added to antipsychotic monotherapy in schizophrenia: systematic overview and quality appraisal of the meta-analytic evidence. JAMA Psychiatry 2017;74:675-84.
38. Higgins JPT, Thompson SG, Deeks JJ et al. Measuring inconsistency in metaanalyses. BMJ 2003;327:557-60.
39. Goh KK, Chen C-H, Lu M-L. Topiramate mitigates weight gain in antipsychotic- treated patients with schizophrenia: meta-analysis of randomised controlled trials. Int J Psychiatry Clin Pract 2018:1-19.
40. Siskind D, Hahn M, Correll CU et al. Glucagon-like peptide-1 receptor-agonists for antipsychotic-associated cardio-metabolic risk factors: a systematic review and individual participant data meta-analysis. Diabetes Obes Metab (in press).
41. Zheng W, Zhang Q-E, Cai D-B et al. Combination of metformin and lifestyle intervention for antipsychotic-related weight gain: a meta-analysis of randomized controlled trials. Pharmacopsychiatry (in press).
42. Gu X-J, Chen R, Sun C-H et al. Effect of adjunctive ranitidine for antipsychotic- induced weight gain: a systematic review of randomized placebo controlled trials. J Int Med Res 2018;46:22-32.
43. Galling B, Roldán A, Hagi K et al. Antipsychotic augmentation vs. monotherapy in schizophrenia: systematic review, meta-analysis and meta-regression analysis. World Psychiatry 2017;16:77-89.
44. Teasdale SB, Ward PB, Rosenbaum S et al. Solving a weighty problem: systematic review and meta-analysis of nutrition interventions in severe mental illness. Br J Psychiatry 2017;210:110-8.
45. Zheng W, Wang S, Ungvari GS et al. Amantadine for antipsychotic-related weight gain: meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. J Clin Psychopharmacol 2017;37:341-6.
46. Siskind DJ, Leung J, Russell AW et al. Metformin for clozapine associated obesity: a systematic review and meta-analysis. PLoS One 2016;11:e0156208.
47. Zheng W, Zheng Y-J, Li X-B et al. Efficacy and safety of adjunctive aripiprazole in schizophrenia: meta-analysis of randomized controlled trials. J Clin Psychopharmacol 2016;36:628-36.
48. Zimbron J, Khandaker GM, Toschi C et al. A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of treatments for clozapineinduced obesity and metabolic syndrome. Eur Neuropsychopharmacol 2016;26:1353-65.
49. Zheng W, Li X-B, Tang Y-L et al. Metformin for weight gain and metabolic abnormalities associated with antipsychotic treatment: meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. J Clin Psychopharmacol 2015;35:499-509.
50. Firth J, Cotter J, Elliott R et al. A systematic review and meta-analysis of exercise interventions in schizophrenia patients. Psychol Med 2015;45:1343-61.
51. Bruins J, Jцrg F, Bruggeman R et al. The effects of lifestyle interventions on (long-term) weight management, cardiometabolic risk and depressive symptoms in people with psychotic disorders: a meta-analysis. PLoS One 2014; 9:e112276.
52. Kishi T, Iwata N. Efficacy and tolerability of histamine-2 receptor antagonist adjunction of antipsychotic treatment in schizophrenia: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. Pharmacopsychiatry 2015;48:30-6.
53. Srisurapanont M, Suttajit S, Maneeton N et al. Efficacy and safety of aripiprazole augmentation of clozapine in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of randomized-controlled trials. J Psychiatr Res 2015;62:38-47.
54. Gierisch JM, Nieuwsma JA, Bradford DW et al. Pharmacologic and behavioral interventions to improve cardiovascular risk factors in adults with serious mental illness: a systematic review and meta-analysis. J Clin Psychiatry 2014;75:e424-40.
55. Mizuno Y, Suzuki T, Nakagawa A et al. Pharmacological strategies to counteract antipsychotic-induced weight gain and metabolic adverse effects in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. Schizophr Bull 2014;40:1385-403.
56. Pearsall R, Smith DJ, Pelosi A et al. Exercise therapy in adults with serious mental illness: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry 2014;14:117.
57. Kishi T, Iwata N. NMDA receptor antagonists interventions in schizophrenia: meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. J Psychiatr Res 2013;47:1143-9.
58. Bonfioli E, Berti L, Goss C et al. Health promotion lifestyle interventions for weight management in psychosis: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMC Psychiatry 2012;12:78.
59. Caemmerer J, Correll CU, Maayan L. Acute and maintenance effects of nonpharmacologic interventions for antipsychotic associated weight gain and metabolic abnormalities: a meta-analytic comparison of randomized controlled trials. Schizophr Res 2012;140:159-68.
60. Praharaj SK, Sharma PSVN. Amantadine for olanzapine-induced weight gain: a systematic review and meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. Ther Adv Psychopharmacol 2012;2:151-6.
61. Bjцrkhem-Bergman L, Asplund AB, Lindh JD. Metformin for weight reduction in non-diabetic patients on antipsychotic drugs: a systematic review and meta-analysis. J Psychopharmacol 2011;25:299-305.
62. Praharaj SK, Jana AK, Goyal N et al. Metformin for olanzapine-induced weight gain: a systematic review and meta-analysis. Br J Clin Pharmacol 2011;71:377-82.
63. Alvarez-Jimenez M, Hetrick SE, Gonzalez-Blanch C et al. Non-pharmacological management of antipsychotic-induced weight gain: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Br J Psychiatry 2008;193:101-7.
64. Maayan L, Vakhrusheva J, Correll CU. Effectiveness of medications used to attenuate antipsychotic-related weight gain and metabolic abnormalities: a systematic review and meta-analysis. Neuropsychopharmacology 2010;35:1520-30.
65. Mukundan A, Faulkner G, Cohn T et al. Antipsychotic switching for people with schizophrenia who have neuroleptic-induced weight or metabolic problems. Cochrane Database Syst Rev 2010;12:CD006629.
66. Yalom ID. Inpatient group psychotherapy. New York: Basic Books, 1983.

DOI: 10.1002/wps.20614

Трансдиагностические димансии психоза в исследовании «Сеть промежуточных фенотипов биполярного аффективного расстройства и шизофрении» (B-SNIP – Bipolar-Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes)

Ulrich Reininghaus[1-3], Jan R. Böhnke[4,5], UnYoung Chavez-Baldini[2], Robert Gibbons[6], Elena Ivleva[7], Brett A. Clementz[8], Godfrey D. Pearlson[9], Matcheri S. Keshavan[10], John A. Sweeney[11], Carol A. Tamminga[7]

[1] Central Institute of Mental Health, Medical Faculty Mannheim, University of Heidelberg, Mannheim, Germany;
[2] Department of Psychiatry and Neuropsychology, School for Mental Health and Neuroscience, Maastricht University, Maastricht, The Netherlands;
[3] Centre for Epidemiology and Public Health, Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's College London, London, UK;
[4] Dundee Centre for Health and Related Research, School of Nursing and Health Sciences, University of Dundee, Dundee, UK;
[5] Department of Health Sciences, University of York, York, UK;
[6] Department of Medicine and Public Health Sciences, University of Chicago, Chicago, IL, USA;
[7] Department of Psychiatry, UT Southwestern University, Dallas, TX, USA;
[8] Departments of Psychology and Neuroscience, Bio-Imaging Research Center, University of Georgia, Athens, GA, USA;
[9] Department of Psychiatry, Yale University, New Haven, CT, USA;
[10]Beth Israel Hospital, Harvard University, Boston, MA, USA;
[11]Department of Psychiatry and Behavioral Neuroscience, University of Cincinnati, Cincinnati, OH, USA

Перевод: Пальчикова Е.И. (Санкт-Петербург)
Редактура: к.м.н. Федотов И.А. (Рязань)

Обоснованность классификации неаффективных и аффективных психозов как отдельных нозологий оспаривается, но, несмотря на призывы к альтернативным подходам к диагностике психотических синдромов, эмпирических попыток идентифицировать трансдиагностические фенотипы психозов по-прежнему мало. Цель исследования – изучить обоснованность и полезность общих и специфических дименсий психозов, протекающих по типу шизофрении, шизоаффективного расстройства (ШАР) и биполярного аффективного расстройства (БАР) I типа с психотическими симптомами. Результаты по шкалам PANSS (шкала оценки продуктивных и негативных синдромов), YMRS (шкала мании Янга) и MADRS (шкала депрессии Монтгомери–Асберг), полученные в ходе обследования пациентов многоцентрового консорциума B-SNIP , включавшего 933 пациента, из которых 397 были с диагнозом шизофрении, 224 – ШАР и 312 с диагнозом БАР I типа с психотическими симптомами, обрабатывались с помощью многомерного IRT-моделирования (многомерная модель на основе современной теории латентных черт). Бифакторная модель с одной общей дименсией психоза, двумя дименсиями неаффективных и аффективных психотических симптомов и пятью специфическими дименсиями (депрессия, мания, дезорганизация мышления, негативная и продуктивная симтоматика) оказалась наиболее подходящей. С точки зрения прогнозирования B-SNIP биотипа психоза дименсиональная классификация оказалась более точной, чем категориальная, как в DSM. Значения общей дименсии психоза, продуктивных, негативных симптомов и дезорганизации мышления были выше у пациентов афроамериканского, чем у пациентов кавказского происхождения. Дименсиональная диагностика позволила точно классифицировать диагнозы по категориальной системе DSM. В данном исследовании демонстрируется валидность и утилитарность трансдиагностических симптоматических дименсий психоза, выходящих за традиционные диагностические границы психотических расстройств. Полученные результаты также открывают перспективные направления для исследований на стыке дименсиональных психопатологических фенотипов и основных нейробиологических дименсий психопатологии.

Ключевые слова: психоз, трансдиагностические фенотипы, шизофрения, шизоаффективное расстройство, биполярное аффективное расстройство с психотическими симптомами, дименсии общего симптома, дименсии специфических симптомов, биотипы.

(World Psychiatry 2019;18(1):67–76)

Обоснованность категориальной классификации в психиатрии оспаривается, поскольку клинические и нейробиологические границы между расстройствами сомнительны[1-17]. Поэтому звучат призывы к альтернативным подходам к психиатрической классификации, которые были бы эмпирически и психометрически обоснованным путем исследования нейронных и психологических механизмов, выходящих за рамки современных синдромов[3,18,19].

Некоторые проекты направлены на устранение недостатков классической психиатрической классификации, например, система Исследовательских критериев доменов (RDoC), объединяющая много уровней информации (от генов до самоценки), что способствует углублению нашего понимания основных аспектов трансдиагностических дименсий функционирования[6,7,20,21]. B-SNIP[22,23] обращается к проблеме параллелизма психотических синдромов путем изучения широкого спектра эндофенотипов. Недавно консорциум «Иерархическая таксономия психопатологии» (HiTOP) представил исследовательскую работу, которая количественно оценивает расстройства в соответствии с несколькими уровнями психопатологии, включая спектры, синдромы и компоненты симптомов, и характеризует их дименсионально[24]. Однако на сегодняшний день данные о связи между трансдиагностическими дименсиями клинических фенотипов и основными мозговыми биомаркерами ограничены.

Перекрытие (overlap) симптомов наиболее распространено в психотическом регистре расстройств, что приводит

к высокой коморбидности, как это наблюдается при шизофрении, шизоаффективном расстройстве и биполярном расстройстве[25,26]. В то время как дихотомия Крепелина классифицировала раннее слабоумие/шизофрению и маниакально-депрессивный психоз как отдельные диагностические категории, недавние исследования бросили вызов этой концепции[4,5], поместив шизофрению и биполярное расстройство в трансдиагностический спектр психозов[4] и определив шизоаффективное расстройство как промежуточную диагностическую категорию[22]. Перекрытие симптомов, вероятно, является результатом воздействия общих генетических и средовых этиологических факторов[4,27-29]. Однако в исследованиях также сообщается о необщих генетических и средовых факторах риска[4,27,29], что обусловливает гетерогенность психотических расстройств.

По-прежнему не хватает эмпирических данных для выявления трансдиагностического фенотипа психоза. Пентагональная модель с пятью дименсиями (депрессия, мания, дезорганизация мышления, негативная и продуктивная симтоматика) получила поддержку в предыдущем факторно-аналитическом исследовании[30]. Однако недавние исследования подтвердили обоснованность бифакторной модели с общим фактором психоза, охватывающим неаффективные и аффективные симптомы у пациентов с шизофренией, шизоаффективным и биполярным расстройством, а также пять специфических дименсий – продуктивных, негативных симптомов, дезорганизации мышления, мании и депрессии[4,5].

Было установлено, что эта модель лучше соответствует эмпирическим данным о симптомах, чем пентагональная модель[4,5] и модель, предлагающая отдельные неаффективные и аффективные факторы психоза[31]. Она поддерживает концепцию спектра, охватывающего психотические расстройства, начиная с БАР, ШАР и заканчивая шизофренией. Кроме того, в этой бифакторной модели общие этиологические факторы могут быть связаны с общим фактором психоза, в то время как несхожие этиологические факторы формируют более специфичные дименсии психоза[4,5]. Данный подход, при котором пациенты определяются в поле расстройств психотического спектра и далее используются определенные дименсии симптомов, чтобы классифицировать их в конкретные диагнозы, мог бы усовершенствовать процесс диагностики[4,5].

В то время как первоначальное подтверждение диагностической полезности дименсионального подхода было найдено в процесе использования системы операциональных критериев [4], такие трансдиагностические модели и их диагностическая полезность должны быть дополнительно протестированы с более подробной оценкой психоза, мании и депрессии и кросс-валидацией в большом многоцентровом консорциуме, таком как B-SNIP. Это позволило бы лучше понять полезность дименсий не только для диагностики в научных исследованиях и клинической практике, но и в отношении основных нейробиологических конструкций, таких как три недавно выявленных биотипа психоза B-SNIP[32], и попытаться связать дименсиональные психопатологические фенотипы с нейробиологическими механизмами[12,14,24].

Данное исследование было направлено на изучение трансдиагностических дименсий расстройств психотического спектра, охватывающих неаффективные и аффективные психотические симптомы у пациентов с шизофренией, ШАР и психотического БАР I типа с использованием общепринятых параметров оценки психоза, мании и депрессии в консорциуме B-SNIP.

Мы ставили целью исследовать: а) существует ли общая дименсия психотического спектра, лежащая в основе аффективных и неаффективных психотических симптомов; б) является ли обоснованным дополнение к общей дименсии психоза дименсий специфических симптомов (продуктивных, негативных, дезорганизации, депрессии, мании) и отдельных дименсий аффективных и неаффективных психозов; в) связь социодемографических и клинических переменных с общей, аффективной и неаффективной дименсией психоза; и г) полезность дименсионального подхода для классификации пациентов с психотическими расстройствами по категориальному принципу DSM и биотипам B-SNIP.

МЕТОДЫ

Выборка и параметры оценки

В исследовании использовались данные, собранные в рамках многоцентрового консорциума B-SNIP[22]. В частности, пациенты с диагнозом шизофрении, ШАР или психотическим БАР I типа по DSM-IV (установленным посредством структурированного клинического интервью DSM-IV Axis I, SCID-I[33]) были набраны из 5 мест в США через региональную рекламу и из стационарных и амбулаторных клиник. Пациенты не находились в остром состоянии, были клинически стабильны и предоставляли информированное согласие.

Участники были тщательно обследованы по их социально-демографическим и клиническим особенностям (включая возраст, пол, этническую принадлежность и диагноз по DSM) с помощью различных инструментов[22,23]. В этом исследовании учитывались результаты по трем общепринятым диагностическим инструментам: шкале оценки продуктивных и негативных синдромов (PANSS)[34], которая представляет собой клиническое интервью из 30 вопросов, где степень выраженности психотических проявлений оценивается от 1 до 7; шкале мании Янга (YMRS)[35], состоящей из 11 параметров для оценки маниакальных симптомов, и шкале депрессии Монтгомери–Асберг (MADRS)[36], состоящей из 10 параметров для оценки депрессивных симптомов. Социальное функционирование измерялось с использованием шкалы социального функционирования Бирчвуд (SFS)[37].

Статистический анализ

Оценка многомерной модели на основе современной теории тестов проводилась с помощью пакета mirt среды R (т.е. алгоритма Metropolis-Hastings Robbins-Monro[38]). Пригодность модели проверяли с помощью функции правдоподобия (LL), информационного критерия Акаике (AIC), информационного критерия Байеса (BIC) и критерия Байеса, усредненного по размеру выборки (SABIC)[39]. Наиболее пригодная модель характеризуется меньшими значениями критериев, чем модель сравнения.

Поскольку нет определенных доказательств факторной структуры PANSS, мы сначала проанализировали симптомы только по PANSS и сравнили восемнадцать ранее опубликованных факторных решений[5]. Затем мы оценили три альтернативные IRT-модели: а) унитарную (одномерную) модель с одним общим фактором, объясняющим все оценки выраженности симптомов, чтобы отразить общую дименсию психотического спектра (модель А); б) пентагональную (многомерную) модель, отражающую специфические продуктивные, негативные симптомы, дезорганизацию, депрессию и манию (модель Б); и в) бифакторную модель с одним общим фактором, независимым от пяти некоррелированных (ортогональных) специфических факторов (модель В), о которой сообщалось в предыдущем исследовании[5,40]. Поскольку это метод максимального

Таблица 1. Основные характеристики выборки		
	Общая выборка B-SNIP (N=933)	**Текущая выборка B-SNIP (N=860)**
Возраст (лет, ср.±SD)	36,2±12,6	36,1±12,6
Пол, N (%)		
Мужской	471 (50,5)	433 (50,4)
Женский	461 (49,4)	427 (49,7)
Этничность, N (%)		
Кавказская	530 (56,8)	496 (57,7)
Афроамериканская	338 (36,2)	306 (35,6)
Другие	61 (6,5)	57 (6,6)
Диагноз по DSM, N (%)		
Шизофрения	397 (42,6)	353 (41,1)
ШАР	224 (24,0)	216 (25,1)
Психот. БАР I типа	312 (33,4)	291 (33,8)
B-SNIP – сеть промежуточных фенотипов биполярного аффективного расстройства и шизофрении		

правдоподобия, предполагалось принятие данных без рандомизации.

Используя максимально оптимальную модель для шкалы PANSS, выбранную на начальном этапе исследования, далее мы провели первичный анализ для определения дименсий общего психотического спектра и специфических дименсий на основе всех инструментов оценки психоза (т.е. PANSS, YMRS и MADRS), сопоставляя модели A-B, дополнительно принимая во внимание факторные нагрузки для YMRS и MADRS по общему фактору и специфическим факторам соответственно. Для изучения возможности формирования отдельных дименсий аффективных и неаффективных психозов к общему фактору было оправдано добавить пять специфических дименсий, которые составили модель первичного анализа: г) бифакторная модель с одним общим фактором психоза, пятью некоррелирующими специфическими факторами (дименсии депрессии, мании, дезорганизации мышления, негативной и продуктивной симтоматики) и двумя некоррелирующими факторами, отражающими отдельные аспекты аффективных и неаффективных психозов (модель Г); д) модель с пятью некоррелирующими специфическими факторами (депрессии, мании, дезорганизации мышления, негативной и продуктивной симтоматики) и двумя отдельными факторами аффективных и неаффективных расстройств, но без общего фактора психоза (модель Д). Для обеспечения стабильной оценки модели распространенность ответов по категориям по каждому пункту была установлена на уровне не менее 10% выборки. Из-за низкого охвата в более тяжелых категориях ответы были разбиты на три категории для PANSS, YMRS и MADRS.

С помощью линейной регрессии проанализирована связь социально-демографических характеристик (т.е. возраста, пола, этнической принадлежности), диагнозов по DSM и социального функционирования (как независимых переменных) с факторными оценками общих и специфических дименсий психоза (как переменных результатов). Полиномиальный анализ классификаций с применением кривой ошибок (ROC)[41] был проведен по 14-й версии Stata[42] для выяснения, насколько точно факторные оценки общих, аффективных, неаффективных и специфических дименсий позволяют классифицировать пациентов с психотическими расстройствами по категориальной системе DSM и биотипам B-SNIP.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Основные характеристики выборки

Основные характеристики общей выборки (N=933 пациентов) и выборки B-SNIP, используемой для оценки IRT-модели, в которую включались все векторы ответа как минимум с одним ответом по пунктам PANSS, YMRS и MADRS (H=860), оказались практически одинаковыми (табл. 1). Средний возраст на собеседовании составлял 36 лет, и примерно половину выборки составляли мужчины. Выборка в основном состояла из пациентов кавказской или афроамериканской этнической принадлежности. Наиболее распространенным диагнозом была шизофрения, затем психотическое БАР I типа и шизоаффективное расстройство.

Первичный анализ оценок симптомов по PANSS показал, что бифакторная модель с одним общим и пятью специфическими факторами лучше всего подходит выборке B-SNIP (AIC=53209,8, BIC=53920,0, SABIC=53443,7). Основываясь на этом первоначальном этапе, далее мы сопоставили IRT-модели для оценки симптомов со всеми инструментами оценки психоза, мании и депрессии (PANSS, YMRS, MADRS). Было выявлено, что бифакторная модель с общим, неаффективными, аффективными и пятью специфическими факторами (модель Г) является наиболее оптимальной, о чем свидетельствуют более низкие значения критериев AIC, BIC и SABIC (AIC=65988,4; BIC=67201,4; SABIC=66391,6) по сравнению с альтернативными моделями (табл. 2).

По результатам поиска наиболее подходящей модели было также выявлено, что наибольшее число вариаций распределилось на общую дименсию психоза (ωH=0,67),

Таблица 2. Расчет подбора оптимальной модели: одномерной, пентагональной и бифакторной модели на основе показателей шкал PANSS, YMRS и MADRS.					
	LL	FP	AIC	BIC	SABIC
Одномерная (унитарная) модель (Модель А)	-35660,2	153	71626,4	72354,2	71868,3
Многомерная (пентагональная) модель с пятью коррелирующими специфическими факторами (Модель Б)	-33615,3	163	67556,5	68331,9	67814,3
Бифакторная модель с одним общим и пятью специфическими факторами (Модель В)	-33253,0	204	66914,1	67884,5	67236,6
Бифакторная модель с одним общим фактором психоза, пятью специфическими факторами и двумя факторами аффективных и неаффективных психозов (модель Г)	-32739,2	255	656988,4	67201,4	66391,6
Бифакторная модель с пятью специфическими факторами и двумя факторами аффективных и неаффективных психозов (модель Д)	-33372,9	204	67153,7	68124,2	67476,3
PANSS – шкала оценки продуктивных и негативных синдромов, YMRS – шкала мании Янга, MADRS – шкала депрессии Монтгомери–Асберг; LL – функция правдоподобия; AIC – информационный критерий Акаике; BIC – информационный критерий Байеса; SABIC – критерий Байеса, усредненный по размеру выборки. Были проанализированы все векторы ответа, имеющие хотя бы один ответ (N=860). Наиболее подходящей оказалась модель Г, имеющая самые низкие значения критериев.					

Таблица 3. Показатели факторной нагрузки для модели Г по показателям шкал PANSS, MADRS и YMRS

Наименование пункта	Общий фактор	Неаффективн.	Аффективн.	Продуктив. с.	Негативные с.	Дезорганиз.	Мания	Депрессия
PANSS								
Бред	**0,55**	**0,22**		0,75				
Галлюцинации	**0,45**	**0,20**		0,48				
Идеи величия	**0,54**	**-0,00**		0,20				
Подозрительность	**0,63**	**0,04**		0,32				
Необычное содержание мыслей	**0,55**	**0,34**		0,53				
Нарушение суждений и критики	**0,48**	**0,32**		0,15				
Уплощенный аффект	**0,09**	**0,69**			0,44			
Эмоциональная отгороженность	**0,42**	**0,28**			0,73			
Трудности в общении	**0,38**	**0,59**			0,40			
Социальная отгороженность	**0,30**	**0,16**			0,80			
Аспонтанность	**0,28**	**0,69**			0,39			
Моторная заторможенность	**0,27**	**0,66**			0,38			
Волевые нарушения	**0,55**	**0,30**			0,35			
Активная социальн. устраненность	**0,50**	**0,02**			0,71			
Концептуальная дезорганизация	**0,58**	**0,27**				0,44		
Наруш. абстрактного мышления	**0,24**	**0,32**				0,06		
Стереотипное мышление	**0,61**	**0,40**				0,46		
Манерность и поза	**0,55**	**0,50**				0,20		
Дезориентация	**0,57**	**0,22**				-0,11		
Снижение внимания	**0,67**	**0,27**				0,15		
Погруженность в переживания	**0,68**	**0,23**				0,34		
Возбуждение	**0,70**		**0,14**				0,32	
Враждебность	**0,74**		**0,16**				0,09	
Малоконтактность	**0,72**		**-0,07**				0,07	
Агрессивность (ослаб. контроля)	**0,76**		**0,10**				0,05	
Соматическая озабоченность	**0,46**		**0,16**					0,14
Тревога	**0,52**		**0,38**					0,39
Чувство вины	**0,33**		**0,21**					0,26
Напряжение	**0,64**		**0,22**					0,17
Депрессия	**0,40**		**0,30**					0,68

Таблица 3. Показатели факторной нагрузки для модели Г по показателям шкал PANSS, MADRS и YMRS *(продолжение)*

Наименование пункта	Общий фактор	Неаффективн.	Аффективн.	Продуктив.с.	Негативные с.	Дезорганиз.	Мания	Депрессия
YMRS								
Приподнятое настроение	**0,31**		**0,11**				0,81	
Увеличение моторной активности	**0,28**		**0,17**				0,79	
Сексуальная заинтересованность	**0,24**		**0,15**				0,52	
Сон	**0,16**		**0,88**				0,22	
Раздражительность	**0,48**		**0,44**				0,16	
Речь (скорость и количество)	**0,38**		**0,22**				0,73	
Нарушение мышления	**0,51**		**0,19**				0,47	
Содержание идей	**0,55**		**0,10**				0,35	
Агрессивное поведение	**0,63**		**0,22**				0,27	
Внешний вид	**0,26**		**0,07**				0,16	
Сознание болезни	**0,38**		**-0,11**				0,12	
MADRS								
Объективная подавленность	**0,29**		**0,29**					0,74
Субъективная подавленность	**0,27**		**0,36**					0,81
Внутреннее напряжение	**0,39**		**0,52**					0,38
Недостаточный сон	**0,12**		**0,96**					-0,03
Снижение аппетита	**0,23**		**0,57**					0,26
Нарушение концентрации внимания	**0,31**		**0,43**					0,37
Апатия	**0,24**		**0,36**					0,56
Утрата способности чувствовать	**0,30**		**0,39**					0,55
Пессимистические мысли	**0,27**		**0,41**					0,60
Суицидальные мысли	**0,30**		**0,39**					0,63
ωH/ωS	**0,67**	**0,23**	**0,25**	**0,30**	**0,45**	**0,09**	**0,20**	**0,38**

PANSS – шкала оценки продуктивных и негативных синдромов; YMRS – шкала мании Янга; MADRS – шкала депрессии Монтгомери–Асберг; ωH/ωS – отношение дисперсии пунктов шкал, объясняемое общим, неаффективными и аффективными фаторами (ωH) и специфическими факторами (ωS).

затем дименсию отрицательных симптомов (ωS=0,45) и дименсию позитивных симптомов (ωS=0,30) (табл. 3).

В целом, величина факторной нагрузки по дименсиям симптомов распределялась гетерогенно. По основным дименсиям психоза, большинству продуктивных, негативных дименсий, дезорганизации мышления, депрессии и мании по шкалам PANSS и YMRS факторные нагрузки варьировали от умеренных до высоких, и были более слабо выражены по пунктам шкалы MADRS (табл. 4). Наиболее высокие факторные нагрузки по дименсиям негативных симптомов и дезорганизации мышления по шкале PANSS были характерны для неаффективных психозов. Факторные нагрузки аффективных психозов были наиболее высоки по дименсии депрессии MADRS и, в меньшей степени, по дименсии мании YMRS. Факторные нагрузки по специфическим дименсиям продуктивных и негативных симптомов по шкале PANSS варьировали от умеренных до высоких, в то время как факторная нагрузка дименсии дезорганизации мышления варьировала от низкой до умеренной. Факторные нагрузки по специфическим дименсиям мании и депрессии были наиболее высоки по шкалам YMRS и MADRS соответственно.

Анализ профилей симптомов показал, что факторные нагрузки по общей дименсии психоза, аффективным, неаффективным дименсиям, дименсиям продуктивных, негативных симптомов, дезорганизации мышления была более высокой для ШАР по сравнению с психотическим БАР 1 типа (все p<0,05) (табл. 4). Кроме того, факторные нагрузки по дименсиям неаффективных, продуктивных и негативных симптомов, а также дезорганизации мышления были выше, а факторные нагрузки по дименсиям аффективных и маниакальных симптомов – ниже для шизофрении, чем для психотического БАР I типа (все p<0,001).

Далее в табл. 4 демонстрируется, что факторная нагрузка по общей дименсии психоза была значительно выше у пациентов афроамериканской расы (p=0,001) по сравнению с европеоидами и пациентами с более низким социальным функционированием (p<0,001). Факторная нагрузка по дименсиям неаффективных психозов была ниже у женщин (p<0,001), но выше у более молодых пациентов (p=0,001) и пациентов с более низким социальным функционированием (p=0,023). Факторная нагрузка по дименсиям аффективных психозов возрастала с увеличением возраста (p=0,017) и была выше у пациентов женского пола (p<0,001) и пациентов с более низким социальным функционированием (p=0,020). Пациенты более старшего возраста демонстрировали более высокую факторную нагрузку по специфическим дименсиям продуктивных симптомов и дезорганизации мышления. Более низкая факторная нагрузка по специфическим дименсиям продуктивных симптомов и более высокая – по дименсиям депрессивных симтомов была характерна для пациентов женского пола (все p<0,05).

У афроамериканцев, по сравнению с европеоидами, наблюдалась более высокая факторная нагрузка по дименсиям позитивных, негативных симптомов и дезорганизации мышления и более низкая по дименсии депрессии (все p<0,05).

В процессе исследования пригодности дименсиональной классификации для установки правильного категориального диагноза психотического расстройства по DSM проводился полиноминальный анализ с применением кривой ошибок (ROC-кривая), и было выявлено, что доля верно установленных диагнозов с помощью показателей факторной нагрузки по общему, неаффективным, аффективным и специфическим дименсиям симптомов (M=0,57, 95% CI: 0,53-0,62) была достоверно выше, чем при установлении категориального диагноза случайным образом (M=0,39, 95% CI: 0,33-0,44).

Затем оценивалась пригодность дименсиональной классификации для прогнозирования биотипов B-SNIP. На рис.1 и табл. 4 демонстрируются высокие показатели факторной нагрузки по дименсиям неаффективных, продуктивных, негативных симптомов и дезорганизации мышления для биотипа 1; высокие показатели факторной нагрузки по дименсиям аффективных, маниакальных и депрессивных симптомов (и умеренные по другим дименсиям) для биотипа 2.

Было установлено, что доля верно установленных биотипов по B-SNIP с помощью показателей факторной нагрузки по общему, неаффективным, аффективным и специфическим дименсиям симптомов (M=0,41, 95% CI: 0,35–0,47) достоверно больше, чем при выборе биотипа случайным образом (M=0,35, 95% CI: 0,29–0,41). Однако доля верно установленных биотипов по B-SNIP с помощью категориальной классификации DSM не сильно отличалась от выбора биотипа случайным образом (DSM: M=0,41, 95% CI: 0,36–0,46; случайный выбор: M=0,38, 95% CI: 0,31–0,44).

Как видно из рис. 2, согласно результатам анализа ROC-кривых, классификация пациентов по B-SNIP с помощью показателей факторной нагрузки (AUC=0,87) продемонстрировала большую точность, чем категориальная диагностика по DSM (AUC=0,68).

ОБСУЖДЕНИЕ

Главные выводы

В данном исследовании было доказано наличие общей трансдиагностической дименсии психотического спектра, лежащей в основе аффективных и неаффективных психотических симптомов у пациентов консорциума B-SNIP с психотическим расстройством. Кроме того, есть основания полагать, что создание различных дименсий неаффективного и аффективного психоза, а также специфических дименсий продуктивных, негативных симптомов, дезорганизации мышления, мании и депрессии является обоснованным.

Трансдиагностические, неаффективные, аффективные и специфические дименсии симптомов выборочно кореллируют с возрастом, полом, этнической принадлежностью и социальным функционированием и правильным классифицированием пациентов по категориальным диагнозам DSM. Наконец, имеются данные о том, что с помощью дименсиональной классификации можно более точно спрогнозировать биотип B-SNIP, чем с помощью категориальной классификации DSM.

Методологические соображения

В данном исследовании изучалась дименсиональность психотических расстройств на большой выборке пациентов с шизофренией, ШАР и психотическим БАР I типа. Выборка позволила использовать многомерное IRT-моделирование на основе общепринятых инструментов диагностики психоза (PANSS, YMRS, MADRS) для определения дисперсии трансдиагностического психоза независимо от дисперсии неаффективных, аффективных и специфических симптомов.

Фокус в данном исследовании был направлен на изучение трансдиагностической, аффективных/неаффективных и специфических дименсий психоза, а не на изучение субкомпонентов специфических дименсий, хотя они имели место (например, абулия как субкомпонент дименсии негативных симптомов; эйфория как субкомпонент мании;

Таблица 4. Факторная нагрузка по дименсиям общего, неаффективных, аффективных и специфических симптомов в зависимости от социодемографических и клинических переменных

	Общий фактор	**Неаффективн.**	**Аффективн.**	**Продуктив. с.**	**Негативные с.**	**Дезорганиз.**	**Мания**	**Депрессия**
	B (95% CI), p	**B (95% CI), p**	**B (95% CI), p**	**B (95% CI), p**	**B (95% CI), p**	**B (95% CI), p**	**B (95% CI), p**	**B (95% CI), p**
Возраст	-0,00 (от -0,01 до 0.00); 0,167	-0,01 (от -0,01 до 0,00); 0,001	0,01 (от 0,00 до 0,01); 0,017	0,01 (от 0,00 до 0,01); 0,010	0,00 (от -0,00 до 0,01); 0,282	0,01 (от 0,01 до 0,01); <0,001	0,00 (от -0,00 до 0,01); 0,401	-0,00 (от -0,01 до 0,00); 0,35
Пол								
Женщины в сравн. с мужчинами	0,09 (от -0,04 до 0,22); 0,156	-0,33 (от -0,44 до -0,22); <0,001	0,26 (от 0,15 до 0,38); <0,001	-0,16 (от -0,27 до -0,05); 0,006	-0,02 (от -0,14 до 0,09); 0,683	-0,07 (от -0,17 до 0,03); 0,179	-0,02 (от -0,013 до 0,09); 0,684	0,22 (от 0,10 до 0,34); 0,001
Расовая принадлежность								
Афроамериканцы в сравн. с европеоидами	0,22 (от 0,09 до 0,35); 0,001	0,05 (от -0,08 до 0,17); 0,45	-0,04 (от -0,17 до 0,08); 0,48	0,23 (от 0,11 до 0,35); <0,001	0,16 (от 0,03 до 0,29); 0,013	0,20 (от 0,09 до 0,30), <0,001	0,00 (от 0,11 до 0,12); 0,977	-0,16 (от -0,30 до -0,03); 0,017
Другие в сравн. с европеоидами	0,02 (от –0,24 до 0,28); 0,855	0,00 (от -0,24 до 0,24), 0,976	0,02 (от -0,22 до 0,26); 0,858	0,22 (от -0,02 до 0,45); 0,071	0,12 (от -0,12 до 0,37); 0,325	0,06 (от -0,14 до 0,27); 0,554	-0,10 (от -0,33 до 0,13); 0,377	0,09 (от -0,17 до 0,35); 0,489
Социальное функционирование	-0,01 (от -0,01 до -0,00); <0,001	-0,00 (от -0,01 до -0,00); 0,023	-0,00 (от -0,01 до -0,00); 0,020	-0,01 (от -0,01 до -0,01); <0,001	-0,01 (от -0,01 до -0,01); <0,001	-0,01 (от -0,01 до -0,00); <0,001	-0,01 (от -0,01 до 0,01); <0,001	-0,01 (от -0,01 до -0,00); <0,001
Диагнозы по DSM								
ШАР в сравн. с БАР	0,34 (от 0,17 до 0,50); <0,001	0,27 (от 0,13 до 0,41); <0,001	0,15 (от 0,01 до 0,30); 0,042	0,87 (от 0,74 до 1,00); <0,001	0,58 (от 0,43 до 0,73); <0,001	0,46 (от 0,33 до 0,58); <0,001	-0,30 (от -0,48 до -0,15); <0,00	0,29 (от 0,13 до 0,45); <0,001
Шизофрения в сравн. с БАР	0,06 (от -0,09 до 0,21; 0,417	0,70 (от 0,58 до 0,83); <0,001	-0,40 (от -0,54 до -0,28);<0,001	0,75 (от 0,63 до 0,87); <0,001	0,55 (от 0,42 до 0,64); <0,001	0,53 (от 0,42 до 0,64); <0,001	-0,24 (от -0,37 до -0,12); <0,001	-0,08 (от -0,22 до 0,06); 0,286
Биотипы B-SNIP								
Биотип 1 в сравн. с биотипом 2	0,16 (от -0,01 до 0,34); 0,070	-0,13 (от –0,29 до 0,04); 0,132	0,19 (от 0,03 до 0,35); 0,22	-0,09 (от -0,25 до 0,07); 0,283	-0,05 (от -0,22 до 0,12); 0,574	-0,16 (от -0,30 до -0,01); 0,033	-0,01 (от -0,16 до 0,15); <0,924	0,11 (от -0,06 до 0,29); <0,001
Биотип 3 в сравн. с биотипом 1	0,03 (от -0,14 до 0,20); 0,712	-0,37 (от -0,53 до -0,22); <0,001	0,12 (от -0,03 до 0,28); 0,117	-0,26 (от -0,42 до -0,11); 0,001	-0,21 (от -0,37 до -0,05); 0,010	-0,30 (от -0,44 до -0,16); <0,001	0,02 (от -0,12 до 0,17); 0,751	0,13 (от -0,04 до 0,29); 0,129

B-SNIP – Сеть промежуточных фенотипов биполярного аффективного расстройства и шизофрении.

ангедония как субкомпонент депрессии). Даже с учетом размера выборки в данном исследовании было бы сложно подобрать модель учета этих субкомпонентов, т.к. нужно здесь учитывать большое количество элементов и устанавливать свободные параметры. Кроме того, более строгий дизайн измерений (напр., многопараметрический комплексный дизайн) потребовал бы выделять измерения основных концептуальных переменных.

Однако использование YMRS и MADRS в качестве более подробных показателей мании и депрессии позволило нам охватить более широкий спектр переменных, чем это было бы при использовании одной только PANSS, и, следовательно, обеспечило лучшее отражение этих специфических дименсий симптомов. В настоящее время они нуждаются в дальнейшем исследовании, чтобы выделять измерения основных концептуальных переменных, используя комплексные способы измерения психопатологических симптомов на больших выборках пациентов с психотическими расстройствами, включая психотическую депрессию.

Рис. 1. Профили симптомов по B-SNIP

Сравнение с предыдущим исследованием

Доказательства наличия общей трансдиагностической дименсии психотического спектра, лежащей в основе аффективных и неаффективных психотических симптомов у данной выборки клинически стабильных пациентов, согласуются с нашими ранними выводами о наличии такой дименсии у пациентов с рано дебютировавшим и стойким психотическим расстройством[4,5]. Отражая результаты многочисленных предыдущих исследований[30], включая наши собственные[4,5], мы выявили пять специфических дименсий продуктивных, негативных симптомов, дезорганизации мышления, мании и депрессии.

Наши результаты выходят за рамки результатов предыдущих исследований, доказывая необходимость выделения отдельных аффективных и неаффективных дименсий психоза в дополнение к дименсиям трансдиагностических и специфических симптомов. В первую очередь они характеризуются показателями негативных симптомов и дезорганизации мышления (для дименсии неаффективных симптомов) и показателями депрессии и мании (для дименсии аффективных симптомов).

Согласно недавно предложенной иерархической таксономии психопатологии[24], широкая трансдиагностическая дименсия психоза может быть лучше всего интерпретирована как «супер-спектр» или дименсия более высокого порядка, в то время как специфические дименсии симптомов могут быть классифицированы на более низких уровнях, а неаффективные и аффективные дименсии психоза – как психопатологические спектры или синдромы[24].

В то время как последние могут напоминать ранее описанное расстройство мышления и интернализованные дименсии[2], до сих пор не установлено, с какой конкретно дименсией перекрывается трансидиагностическая дименсия психоза[43], или же она существует независимо. Поскольку доказательная база о дименсиональности психотических расстройств продолжает формироваться и укрепляться, необходимость трансдиагностических исследований психотических и непсихотических расстройств становится все более насущной для изучения важных спектров или синдромов различных расстройств.

Примечательно, что афроамериканцы продемонстрировали более высокие показатели факторной нагрузки по дименсиям продуктивных, негативных симптомов и дезорганизации мышления и более низкие показатели факторной нагрузки по дименсии депрессивных симптомов по сравнению с респондентами кавказской этнической принадлежности, т.к. это согласуется с ранее опубликованными результатами показателей продуктивных[44,45], негативных[45] симптомов, расстройств мышления и депрессии у африканцев по сравнению с голландцами и британцами, живущими в Голландии[45] и Великобритании[44] соответственно. Кроме того, в ходе исследования было выявлено, что факторная нагрузка по трансдиагностической дименсии психоза у афроамериканцев была выше, чем у европеоидов.

В целом, показатели факторной нагрузки по трансдиагностическому, неаффективным, аффективным и специфическим симптомам, с одной стороны, коррелировали с воз-

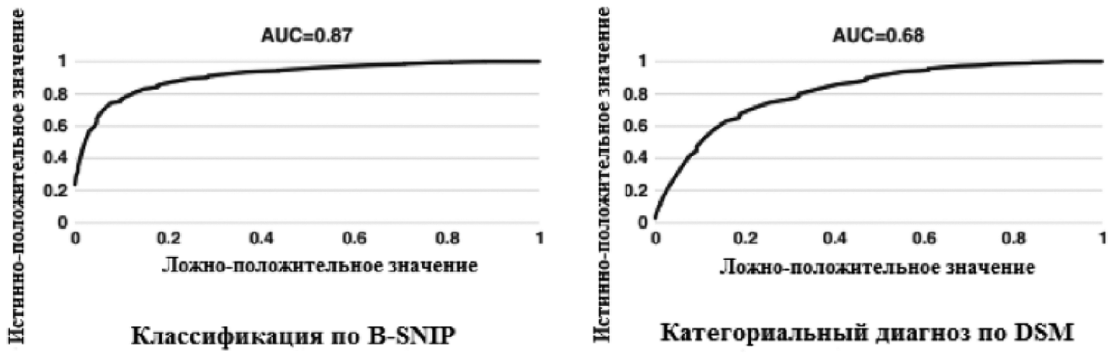

Рис. 2. Полиноминальный анализ с применением кривой ошибок (ROC-кривая) трансдиагностических дименсий симптомов и категориальных диагнозов DSM для прогнозирования биотипов по B-SNIP.
Разрывы кривых обусловлены округлением значения функции плотности.

растом, полом, этнической принадлежностью и социальным функционированием, с другой – в целом соответствовали клинической и социальной эпидемиологии психотических расстройств, что подтверждает их параллельную валидность[17,46-49].

Но дименсии должны быть не только валидными, но и полезными с прикладной точки зрения[14]. Для того, чтобы установить, полезны ли выделенные нами дименсии, мы исследовали, насколько точно с их помощью можно выставить категориальный диагноз по DSM и биотип психоза B-SNIP. Кроме того, полезность выделенных дименсий продемонстрирована с помощью шкал PANSS, YMRS и MADRS, которые содержат параметры, которые пригодны для использования как на практике, так и в исследованиях. Поскольку наши профили симптомов согласуются с имеющимися в настоящее время классификациями, можно задуматься о внедрении психометрически обоснованного подхода для более точной диагностики пациентов психотического профиля.

Когда мы изучали полезность дименсий относительно биотипов B-SNIP, то было установлено, что при помощи дименсионального подхода можно более точно установить биотип психоза, чем при помощи категориального подхода DSM. Также было выявлено, что для индивидуальных биотипов психоза B-SNIP более характерны неаффективные (биотип 1), аффективные (биотип 3) и трансдиагностический (биотип 2) дименсиональные профили симптомов (рис. 1).

В более общем плане эти результаты, как дименсиональные психопатологические фенотипы, могут быть определены с помощью их объединения с основными нейробиологическими конструктами и, наоборот, предлагают с помощью дименсиональных психопатологических фенотипов исследовать основные нейробиологические дименсии психопатологии, такие как RDoC[12,20,21,24]. Другими словами, объединение усилий вместо того, чтобы рассматривать феноменологические и нейробиологические подходы как отдельные или конкурирующие подходы, может оказаться шагом вперед.

ВЫВОДЫ

Исследование предоставило новые данные о дименсиональном характере расстройств психотического спектра и главное предположение, что трансдиагностическая дименсия психоза, две отдельные дименсии неаффективных и аффективных психотических симптомов и пять специфических дименсий – наилучшая модель для сбора данных по общепринятым шкалам для пациентов с шизофренией, ШАР и психотическим БАР I типа. Также получены доказательства полезности этих дименсий в отношении категориальных диагнозов DSM и биотипов психоза B-SNIP. Это должно способствовать использованию многомерных подходов в современных диагностических классификациях.

Полученные результаты также показывают перспективные направления для исследований на стыке размерных психопатологических фенотипов и других трансдиагностических подходов, таких как RDoC, фокусирующихся на основных нейробиологических дименсиях психопатологии[1-17,20,21]. Данный подход должен распространяться на трансдиагностические исследования общих и необщих генетических и социально-экологических факторов дименсий симптомов психотических и непсихотических расстройств, чтобы изучить перекрытие (overlap) (и независимость друг от друга) важных спектров или синдромов и более полно отобразить и смоделировать дименсиональность психических расстройств для построения основы (более) достоверных диагностических систем классификации.

ПРИЗНАТЕЛЬНОСТЬ

U. Reininghaus и J.R. Böhnke являются первыми авторами данной работы. Исследование выполнено при поддержке Нидерландской Организации Научных Исследований (NOW), гранта Veni №451-13-022 и Американского Национального Института Психического Здоровья (NIMH), гранты MH-077851, MH-078113, MH-077945, MH-077852 и MH-077862. Авторы благодарят B. Witte и G. Poudyal за их вклад в администрирование данных, что позволило беспрепятственно провести анализ и проверку всех данных ресурса B-SNIP, а также пациентов и семей-волонтеров, которые присоединились к исследованию, потратили свое время и внесли индивидуальные данные.

Библиография

1. Carpenter WT, Bustillo JR, Thaker GK et al. The psychoses: cluster 3 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. Psychol Med 2009;39:2025-42.
2. Krueger RF, Eaton NR. Transdiagnostic factors of mental disorders. World Psychiatry 2015;14:27-9.
3. Krueger RF, Piasecki TM. Toward a dimensional and psychometrically-informed approach to conceptualizing psychopathology. Behav Res Ther 2002;40:485-99.
4. Reininghaus U, Bohnke JR, Hosang G et al. Evaluation of the validity and utility of a transdiagnostic psychosis dimension encompassing schizophrenia and bipolar disorder. Br J Psychiatry 2016;209:107-13.
5. Reininghaus U, Priebe S, Bentall RP. Testing the psychopathology of psychosis: evidence for a general psychosis dimension. Schizophr Bull 2013;39:884-95.
6. Cuthbert BN. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. World Psychiatry 2014;13:28-35.
7. Borsboom D. A network theory of mental disorders. World Psychiatry 2017; 16:5-13.
8. First MB, Rebello TJ, Keeley JW et al. Do mental health professionals use diagnostic classifications the way we think they do? A global survey. World Psychiatry 2018;17:187-95.
9. Jablensky A. Psychiatric classifications: validity and utility. World Psychiatry 2016;15:26-31.
10. Kotov R, Krueger RF, Watson D. A paradigm shift in psychiatric classification: the Hierarchical Taxonomy Of Psychopathology (HiTOP). World Psychiatry 2018;17:24-5.
11. Maj M. The DSM-5 approach to psychotic disorders: is it possible to overcome the 'inherent conservative bias'? Schizophr Res 2013;150:38-9.
12. Maj M. Narrowing the gap between ICD/DSM and RDoC constructs: possible steps and caveats. World Psychiatry 2016;15:193-4.
13. Maj M. The need for a conceptual framework in psychiatry acknowledging complexity while avoiding defeatism. World Psychiatry 2016;15:1-2.
14. Maj M. Why the clinical utility of diagnostic categories in psychiatry is intrinsically limited and how we can use new approaches to complement them. World Psychiatry 2018;17:121-2.
15. McGorry PD, Hartmann JA, Spooner R et al. Beyond the «at risk mental state» concept: transitioning to transdiagnostic psychiatry. World Psychiatry 2018;17:133-42.
16. Owen MJ, O'Donovan MC. Schizophrenia and the neurodevelopmental continuum: evidence from genomics. World Psychiatry 2017;16:227-35.
17. van Os J, Reininghaus U. Psychosis as a transdiagnostic and extended phenotype in the general population. World Psychiatry 2016;15:118-24.
18. Widiger TA. A dimensional model of psychopathology. Psychopathology 2005;38:211-4.
19. Barch DM. The neural correlates of transdiagnostic dimensions of psychopathology. Am J Psychiatry 2017;174:613-5.
20. Cuthbert BN, Insel TR. Toward new approaches to psychotic disorders: the NIMH Research Domain Criteria project. Schizophr Bull 2010;36:1061-2.
21. Cuthbert BN, Insel TR. Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. BMC Med 2013;11:126.

22. Tamminga CA, Ivleva EI, Keshavan MS et al. Clinical phenotypes of psychosis in the Bipolar-Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes (B-SNIP). Am J Psychiatry 2013;170:1263-74.
23. Tamminga CA, Pearlson G, Keshavan M et al. Bipolar and schizophrenia network for intermediate phenotypes: outcomes across the psychosis continuum. Schizophr Bull 2014;40(Suppl. 2):S131-7.
24. Krueger RF, Kotov R, Watson D et al. Progress in achieving quantitative classification of psychopathology. World Psychiatry 2018;17: 282-93.
25. Laursen TM, Agerbo E, Pedersen CB. Bipolar disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia overlap: a new comorbidity index. J Clin Psychiatry 2009;70:1432-8.
26. Rosen C, Marvin R, Reilly JL et al. Phenomenology of first-episode psychosis in schizophrenia, bipolar disorder, and unipolar depression: a comparative analysis. Clin Schizophr Relat Psychoses 2012;6:145-51.
27. Cardno AG, Owen MJ. Genetic relationships between schizophrenia, bipolar disorder, and schizoaffective disorder. Schizophr Bull 2014;40:504-15.
28. Lichtenstein P, Yip BH, Björk C et al. Common genetic determinants of schizophrenia and bipolar disorder in Swedish families: a population-based study. Lancet 2009;373:234-9.
29. Laursen TM, Munk-Olsen T, Nordentoft M et al. A comparison of selected risk factors for unipolar depressive disorder, bipolar affective disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia from a Danish populationbased cohort. J Clin Psychiatry 2007;68:1673-81.
30. van Os J, Kapur S. Schizophrenia. Lancet 2009;374:635-45.
31. Russo M, Levine SZ, Demjaha A et al. Association between symptom dimensions and categorical diagnoses of psychosis: a cross-sectional and longitudinal investigation. Schizophr Bull 2014;40:111-9.
32. Clementz BA, Sweeney JA, Hamm JP et al. Identification of distinct psychosis biotypes using brain-based biomarkers. Am J Psychiatry 2016;173:373-84.
33. First MB, Spitzer RL, Gibbon M et al. Structured clinical interview for DSMIV axis I disorders – clinician version (SCID-CV). Washington: American Psychiatric Press, 1997.
34. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophr Bull 1987;13:261-76.
35. Young R, Biggs J, Ziegler V et al. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. Br J Psychiatry 1978;133:429-35.
36. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. Br J Psychiatry 1979;134:382-9.
37. Birchwood M, Smith J, Cochrane R et al. The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. Br J Psychiatry 1990;157:853-9.
38. Chalmers RP, Flora DB. Maximum-likelihood estimation of noncompensatory IRT models with the MH-RM algorithm. Appl Psychol Measur 2014;38:339-58.
39. Kass RE, Wasserman L. A reference Bayesian test for nested hypotheses and its relationship to the Schwarz criterion. J Am Stat Assoc 1995;90:928-34.
40. Gibbons RD, Hedeker DR. Full-information bi-factor analysis. Psychometrika 1992;57:423-36.
41. Peterson LE, Coleman MA. Machine learning-based receiver operating characteristic (ROC) curves for crisp and fuzzy classification of DNA microarrays in cancer research. Int J Approx Reason 2008;47:17-36.
42. StataCorp. Stata Statistical Software: release 14. StataCorp, LP, 2015.
43. Lahey BB, Krueger RF, Rathouz PJ et al. Validity and utility of the general factor of psychopathology. World Psychiatry 2017;16:142-3.
44. Kirkbride JB, Hindocha C, Hameed Y et al. Do symptom dimensions vary between ethnic groups at first presentation to early intervention in psychosis services? Evidence from the SEPEA study. Early Interv Psychiatry 2016;10(Suppl. 1):15-6.
45. Veling W, Selten JP, Mackenbach JP et al. Symptoms at first contact for psychotic disorder: comparison between native Dutch and ethnic minorities. Schizophr Res 2007;95:30-8.
46. Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. Am J Psychiatry 2005;162:12-24.
47. Reininghaus U, Craig TK, Fisher HL et al. Ethnic identity, perceptions of disadvantage, and psychosis: findings from the AESOP study. Schizophr Res 2010;124:43-8.
48. Reininghaus U, Morgan C, Simpson J et al. Unemployment, social isolation, achievement-expectation mismatch and psychosis: findings from the AESOP Study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2008;43:743-51.
49. van Os J, Reininghaus U. The clinical epidemiology of schizophrenia. In: Sadock B, Sadock V, Ruiz P (eds). Comprehensive textbook of psychiatry (Kaplan & Sadock's). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2017:1445-56.

DOI: 10.1002/wps.20607

Оценка риска развития ПТСР у выживших после недавней травмы: результаты Международного консорциума по прогнозированию ПТСР (ICPP)

Arieh Y. Shalev[1], Martin Gevonden[2], Andrew Ratanatharathorn[3], Eugene Laska[1], Willem F. van der Mei[1], Wei Qi[1], Sarah Lowe[4], Betty S. Lai[5], Richard A. Bryant[6], Douglas Delahanty[7], Yutaka J. Matsuoka[8], Miranda Olff[9], Ulrich Schnyder[10], Soraya Seedat[11],Terri A. deRoon-Cassini[12], Ronald C. Kessler[13], Karestan C. Koenen[14]; International Consortium to Predict PTSD*

[1]Department of Psychiatry, New York University School of Medicine, New York, NY, USA; [2]Department of Biological Psychology, Vrije Universiteit, Amsterdam, The Nether- lands; [3]Department of Epidemiology, Columbia University Mailman School of Public Health, New York, NY, USA; [4]Department of Psychology, Montclair State University, Montclair, NJ, USA; [5]Department of Counseling, Developmental and Educational Psychology, Lynch School of Education, Boston College, Chestnut Hill, MA, USA; [6]School of Psychology, University of New South Wales, Sydney, NSW, Australia; [7]Department of Psychological Sciences, Kent State University, Kent, OH, USA; [8]Division of Health Care Research, Center for Public Health Sciences, National Cancer Center Japan,Tokyo, Japan; [9]Department of Psychiatry, University of Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands, and Arq Psychotrauma Expert Group, Diemen,The Netherlands; [10]University of Zurich, Zurich, Switzerland; [11]Department of Psychiatry, Stellenbosch University, Parow, Cape Town, South Africa; [12]Department of Surgery, Medical College of Wisconsin, Milwaukee, WI, USA; [13]Department of Health Care Policy, Harvard Medical School, Boston, MA, USA; [14]Department of Epidemiology, Harvard T.H. Chan School of Public Health, Boston, MA, USA

* Члены Международного консорциума по прогнозированию ПТСР перечислены в приложении

Перевод: Шуненков Д.А. (Иваново)
Редактура: к.м.н. Потанин С.С. (Москва)

Своевременное определение риска посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) является необходимым условием для эффективной медицинской помощи и профилактики. Мы представляем инструмент оценки риска, позволяющий рассчитать индивидуальную вероятность развития ПТСР на основе ранних предикторов. Члены Международного консорциума по прогнозированию ПТСР (ICPP) поделились индивидуальными данными участников из десяти лонгитюдных исследований гражданских пострадавших от травм, обратившихся в центры неотложной помощи в шести странах. Участники, удовлетворяющие критериям включения (N=2473), прошли первоначальную клиническую оценку в течение 60 дней после травмы и по крайней мере одну оценку при последующем наблюдении 4-15 месяцев спустя. Выраженность симптомов ПТСР и диагностический статус каждый раз оценивались по клинической шкале ПТСР для DSM-IV (CAPS). Данные об образовании участников, наличии предшествующей травмы в течение жизни, семейном положении и социально-экономическом статусе, полученные из различных исследований, были оценены и гармонизированы. Основной конечной точкой исследования была вероятность последующего развития ПТСР с учетом ранних предикторов. Распространенность ПТСР при последующем наблюдении составила 11,8% (9,2% для мужчин и 16,4% для женщин). Логистическая модель, основанная на выраженности ранних симптомов ПТСР (начальный общий балл CAPS) в качестве предиктора, дала возможность весьма точной оценки развития ПТСР при последующем наблюдении (прогнозируемые пр. наблюдаемых вероятностей: r=0,976). Добавление женского пола респондентов, более низкого уровня образования и воздействия предшествующей межличностной травмы к модели привело к более высоким оценкам вероятности ПТСР с аналогичной точностью модели (прогнозируемые пр. наблюдаемых вероятностей: r=0,941). Настоящая модель может быть скорректирована с учетом других травматических обстоятельств и факторов риска, не охваченных ICPP (например, биологических, социальных). Наряду с их использованием в общей медицине, модели оценки риска могут быть использованы для принятия клинических решений в психиатрии. Есть надежда, что количественная оценка риска ПТСР станет первым шагом на пути к систематической профилактике этого расстройства.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, прогнозирование, инструмент оценки риска, выжившие после травмы, клиническая шкала ПТСР для DSM-IV (CAPS), женский пол, более низкое образование, воздействие предшествующей межличностной травмы, профилактика.

(World Psychiatry 2019;18(1):77–87)

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) является наиболее частым психопатологическим следствием травматических событий[1,2]. Хроническое ПТСР является стойким, тяжело протекающим и, часто, трудноизлечимым состоянием[3-9]. Ранние симптомы ПТСР являются чувствительными, но неспецифическими предикторами хронического ПТСР[10]. Они купируются без лечения более чем у 70% из тех, у кого они проявляются[11-13], в то время как у некоторых выживших, не имеющих данных симптомов, наблюдается развитие ПТСР с отсроченным началом[14].

Ранние когнитивно-поведенческие вмешательства значительно снижают распространенность ПТСР, и их эффект стабилен[8,15,16]. Эти вмешательства, однако, являются ресурсоемкими и ненужными для выживших с низким риском, симптомы которых проходят самостоятельно[15,17]. Таким образом, точная индивидуальная оценка риска развития хронического ПТСР у выживших является необходимым условием для эффективной профилактики и планирования медицинской помощи[18].

В предыдущих исследованиях формулировка таких оценок была затруднена из-за множественности, сложности и разнообразия показателей риска ПТСР. Кроме того, большинство исследований пыталось предсказать случаи (т.е., у кого разовьется ПТСР), а не производить оценки вероятности ПТСР для каждого участника (т.е., насколько вероятно, что у человека разовьется ПТСР)[19,20].

В лонгитюдных исследованиях, тем не менее, сообщалось о многочисленных групповых показателях риска ПТСР[21,22], таких как женский пол[23,24], возраст[23], образование[25], этническая принадлежность[26], воздействие травматических событий в течение предшествующей жизни[27] и семейное положение[24]. Было разработано несколько прогностических инструментов, основанных на имеющихся симптомах, стабильно работающих лучше случайной

оценки[28-31], которые, однако, не могут обеспечить надежную, персонализированную оценку риска[32]. В мета-анализах[21,22] и систематических обзорах[21,22,33,34] аналогичным образом были подтверждены групповые показатели риска без указания четкого пути к их клиническому применению[34].

Обращения по поводу травм в центры и отделения неотложной помощи представляют первую точку контакта с многочисленными выжившими, находящимися в зоне риска. Отделения неотложной помощи ежегодно оценивают в США более 39 миллионов человек, обратившихся по поводу лечения от травматических повреждений[35-39]. Во всем мире дорожно-транспортные происшествия, которые являются основной причиной обращения в отделения неотложной помощи, ежегодно вызывают 1,25 миллиона смертей и более 20 миллионов несмертельных повреждений[1].

Распространенность ПТСР после обращения в отделения неотложной помощи напоминает таковую среди выживших, которые не требуют или не получают помощь в отделениях неотложной помощи – например, 52% заболеваемость ПТСР среди женщин, переживших насилие в межличностных отношениях, обратившихся в отделения неотложной помощи, против 51-76% среди женщин, получивших помощь в приютах, клиниках, специализирующихся на домашнем насилии, и в терапевтических группах[41,42]. 18-месячный показатель распространенности ПТСР среди водителей, наблюдавшихся в больницах общего типа после травм, полученных в результате автомобильных аварий (11%), несколько выше, чем у водителей, не наблюдавшихся в отделениях неотложной помощи (7%)[43].

Количественное определение индивидуального риска ПТСР после обращения за неотложной помощью по поводу травмы может обеспечить эмпирическую основу для снижения и предотвращения данной серьезной проблемы общественного здравоохранения. Для достижения этой цели члены Международного консорциума по прогнозированию ПТСР (ICPP) поделились индивидуальными данными участников из десяти лонгитюдных исследований раннего развития ПТСР, проведенных на основе центров неотложной помощи в США, Австралии, Японии, Израиле, Швейцарии и Нидерландах. Данные были гармонизированы и объединены в единый индивидуальный набор данных на уровне участников (IPD) и представлены для анализа.

Анализ IPD, или мега-анализ, предлагает разумный подход к объединению данных всех исследований[44,45]. В отличие от систематических обзоров и мета-анализов, мега-анализ не опирается на аналитические подходы к данным и формы отчетности, использованные в оригинальных исследованиях, а позволяет непосредственно оценивать интересующие параметры (т.е. предикторы, исходы). Это позволяет непосредственно исследовать неоднородность первичных данных и подгрупповых вариаций, а также позволяет оценивать объединенные данные способами, которые не рассматриваются или невозможны в компонентных исследованиях из-за их размера выборки или ограниченного разнообразия[46,47].

В соответствии с текущей практикой оценки медицинского риска (например, в онкологии[48-50], хирургии или кардиологии[51-54]), мы использовали IPD ICPP для разработки функции предсказания, которая оценивает вероятность ПТСР с учетом набора ранних, наблюдаемых показателей риска. Основываясь на воспроизводимых демонстрациях их прогностического значения в классификационных моделях[55-62], мы позиционировали симптомы ПТСР в качестве ключевого предиктора, впоследствии обогатив прогностические модели включением других ранее задокументированных и клинически оцениваемых индикаторов риска, доступных в наборе данных ICPP (например, пол, тип травмы, история травматических событий в течение жизни).

МЕТОДЫ

Исследования, участники и переменные

Используя ранее описанную стратегию поиска литературы[63], ICPP IPD включил тринадцать лонгитюдных исследований, основанных на оказании неотложной помощи выжившим после недавней травмы, проведенных в шести странах. Исследователи получили информированное согласие с использованием процедур, одобренных их местными экспертными советами организаций. Данные исследований на уровне отдельных элементов были объединены, гармонизированы (см. ниже) и собраны в единый набор данных. Во всех исследованиях ICPP для определения диагноза ПТСР и тяжести симптомов использовалась модель ПТСР согласно DSM-IV. В этот отчет включены десять исследований[15,64-72], в которых для оценки динамики состояния использовалась валидная клиническая шкала ПТСР для DSM-IV (CAPS)[73,74].

В исследование были включены участники, проходившие первичную оценку при помощи CAPS в течение 60 дней после травматического события, и, по меньшей мере, одну оценку по той же шкале при последующем наблюдении на сроке от 4 до 15 месяцев (от 122 до 456 дней) после воздействия травмы. Этим критериям соответствовали 2473 участника (таблица 1). Чтобы максимально повысить практичность прогнозирования, мы использовали самое раннее наблюдение для лиц с двумя ранними (<60 дней) оценками и последнее наблюдение для лиц с несколькими оценками при последующем наблюдении.

Выраженность и диагноз ПТСР

CAPS количественно оценивает частоту и выраженность каждого из семнадцати симптомов ПТСР согласно критериям DSM-IV[73], присваивая каждому симптому ранговую оценку от 0 до 4 по частоте и от 0 до 4 – по интенсивности. Степень выраженности ПТСР оценивается путем сложения всех индивидуальных баллов по отдельным симптомам (общий балл CAPS). Диагноз ПТСР определяется с использованием диагностических критериев ПТСР согласно DSM-IV: по крайней мере одного симптома из группы симптомов повторного переживания (критерий B), трех – из группы симптомов избегания/оцепенения (критерий C) и двух симптомов возрастающего возбуждения (критерий D)[73]. Следуя рекомендациям, симптом ПТСР считался «присутствующим», если его показатель частоты составлял 1 или более, а показатель интенсивности – 2 или более[74,75].

Информация о критериях E (длительность не менее одного месяца) и F (клинически значимый дистресс или нарушение) согласно DSM-IV была собрана в четырех из десяти исследований. Анализ чувствительности в рамках этих исследований обнаружил очень высокую согласованность между диагнозами, определенными в соответствии только с критериями симптомов согласно DSM-IV (т.е. критериями B-D) и полученными с использованием как критериев симптомов, так и критериев E и F (чувствительность 0,92, специфичность 1,00, каппа Коэна = 0,95). Следовательно, мы предполагали, что диагноз ПТСР присутствует во всех исследованиях, основанных на соответствии только критериям симптомов ПТСР согласно DSM-IV.

Показатели риска

Основным показателем риска в исследовании была выраженность ПТСР на начальном этапе оценки ($CAPS_0$,

Таблица 1. Основные характеристики участников в отдельных исследованиях и в общей выборке

	Hepp и др.[64]	Shalev и др.[65]	Jenewein и др.[67]	Irish и др.[68]	Bryant и др.[69]	Shalev и др.[70]	Shalev и др.[15]	Matsuoka и др.[71]	Mouthaan и др.[72]	Frijling и др.[66]	Общая выборка
Страна	SUI	ISR	SUI	US	AUS	ISR	ISR	JPN	NLD	NLD	
Участники, удовлетворяющие критериям включения (N)	109	27	255	143	825	103	529	92	348	42	2473
Возраст (среднее±SD)	38,0±13,1	28,4±10,5	41,3±12,9	39,1±15,4	38,7±13,6	31,9±11,7	37,2±12,0	38,8±16,1	44,5±15,7	36,9±14,0	39,0±13,9
Пол (% мужчин)	74	59	67	53	72	60	51	66	61	50	63
Наличие среднего образования (%)	85	NA	83	93	68	90	81	83	78	64	77
Тип травмы (%)											
Дорожно-транспортное происшествие	60	85	31	100	65	82	82	100	65	69	69
Другие не межличностные	40	7	69	0	29	5	6	0	32	21	25
Межличностные	0	7	0	0	6	11	12	0	3	10	6
Предыдущая травма (%)											
Отсутствие	NA	7	NA	48	27	42	33	45	41	50	29
Не межличностные	NA	67	NA	42	61	38	32	28	46	50	40
Межличностные	NA	22	NA	7	12	19	27	27	13	0	14
Исходный балл по CAPS (среднее±SD)	21,6±15,3	33,8±31,5	13,3±13,0	24,8±22,6	16,9±15,6	25,9±24,7	57,1±24,9	20,0±17,4	20,7±18,5	38,5±19,4	27,4±25,1
Последующее развитие ПТСР (%)	3,7	25,9	4,3	9,1	9,9	19,4	23,6	8,7	5,7	2,4	11,8

CAPS – Клиническая шкала ПТСР для DSM-IV, ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство, SUI – Швейцария, ISR – Израиль, US – Соединенные Штаты Америки, AUS – Австралия, JPN – Япония, NLD – Нидерланды, NA – нет в наличии.

размах колебаний 0-136), при этом возраст, пол, этническая принадлежность, образовательный уровень, история воздействия травматических событий в течение жизни и текущий тип травмы рассматривались в качестве дополнительных предикторов.

Различия в сборе данных и инструментах различных исследований требовали согласования четырех показателей риска. Уровень образования, который различался в зависимости от образовательных систем участвующих стран, был перекодирован в двоичную переменную, включающую уровень образования менее среднего против наличия по крайней мере среднего образования. Учет воздействия травматических событий в течение жизни был основан на результатах предыдущих исследований, продемонстрировавших наличие сильной связи между межличностными травмами и ПТСР[76] и включал: а) воздействие, по меньшей мере, одного эпизода межличностного насилия (например, физическое или сексуальное насилие, война или террор), б) в случае отсутствия эпизодов межличностной травмы, воздействие хотя бы одного эпизода не межличностной травмы (например, дорожно-транспортные происшествия) и с) отсутствие воздействия травмы. Травматические события, приводящие к настоящему обращению в отделение неотложной помощи, были классифицированы как дорожно-транспортные происшествия, другие не межличностные события и межличностное насилие (например, нападения).

Полнота данных и обработка отсутствующих наблюдений

Данные $CAPS_0$ были доступны для всех 2473 участников. Данные о возрасте, поле и текущей травме были доступны для >99% выборки. Данные о семейном положении отсутствовали в 4,5%, об образовании – в 6,2%, этнической принадлежности – в 12,3% и о воздействии предыдущих травм – в 16,8% выборки.

Участники, у которых отсутствовала хотя бы одна переменная (N=791; 32%), отличались от участников с полными данными (N=1682) по нескольким показателям риска (таблица 2). Для решения проблемы этих отсутствующих наблюдений мы представляем анализы, в которых отсутствующие предикторы были обработаны методом множественного восстановления цепными уравнениями (MICE), выполненными над IPD[77]. Десять наборов данных с подстановкой недостающих значений были созданы после двадцати итераций, и результаты были объединены с использованием метода Rubin[78]. Для полноты мы также вычислили результаты только по участникам, которые имели полные данные (т.е. без подстановки недостающих данных). Результаты не отличались существенно от полученных после расчетов с подстановкой и доступны по запросу.

Анализ данных

Различия в частоте и выраженности предикторов риска между участниками с развившимся и не развившимся в

Таблица 2. Сравнение участников с полными и неполными данными			
Переменная	**Полные (N=1682)**	**Неполные (N=791)**	**p**
Возраст (среднее±SD)	37,5±14,1	39,0±13,6	0,347
$CAPS_0$ (среднее±SD)	21,0±26,0	14,0±22,3	<0,001
Пол, N (%)			
Мужской	1028 (66)	533 (34)	<0,001
Женский пол	654 (72)	251 (28)	
Этническая принадлежность, N (%)			
Белый	1502 (76)	481 (24)	<0,001
Не белый	180 (97)	5 (3)	
Образование, N (%)			
По крайней мере среднее образование	1389 (73)	505 (27)	0,057
Уровень образования ниже среднего	293 (69)	133 (31)	
Семейное положение, N (%)			
В браке / живет с партнером	860 (74)	304 (26)	0,005
Одинок / не живет с партнером	822 (69)	375 (31)	
Тип травмы, N (%)			
Дорожно-транспортное происшествие	1285 (75)	421 (25)	<0,001
Другие не межличностные	291 (47)	329 (53)	
Межличностные	106 (77)	31 (23)	
Предыдущая травма, N (%)			
Отсутствие	298 (86)	49 (14)	<0,001
Не межличностные	626 (87)	93 (13)	
Межличностные	758 (76)	233 (24)	
Последующее развитие ПТСР, N (%)			
Нет	1474 (68)	708 (32)	0,178
Да	208 (71)	83 (29)	
ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство, $CAPS_0$ – исходный балл по Клинической шкале ПТСР для DSM-IV			

итоге ПТСР оценивались с использованием тестов Манна–Уитни для непрерывных предикторов риска и тестов χ^2 для категориальных предикторов риска. Количество участников, набравших балл определенной степени выраженности по $CAPS_0$ (сглаженной до интервалов с помощью пяти точек), было визуализировано с помощью гистограммы, отдельно для всех участников и для тех, у кого наблюдалось развитие ПТСР по итогам исследования.

Относительно большой размер выборки в наборе данных ICPP позволил нам получить простые приближенные оценки вероятности дальнейшего развития ПТСР для каждого суммарного балла по $CAPS_0$. Использовалась оценка доли случаев ПТСР среди всех лиц с заданным баллом $CAPS_0$, сглаженным на интервалы пятью смежными точками. Модели логистической регрессии были получены с помощью $CAPS_0$ в качестве единственного предиктора (модель $CAPS_0$), $CAPS_0$ плюс все предикторы риска (полная модель) и $CAPS_0$ плюс только значимые предикторы (модель значимых предикторов). Подбираемые модели оценивались при помощи показателя Бриера[79] (Brier score), R^2 Эфрона (Efron's R^2), соотношения прогнозируемому моделей значению к наблюдаемому (model's predicted-to-raw ratio) и площади под рабочей характеристической кривой (AUC) (area under the receiver operating characteristic curve).

Показатель Бриера[79] измеряет точность вероятностных прогнозов. Он выражает среднюю стандартную ошибку квадратной разности между оцененными вероятностями и истинной классификацией ПТСР. Его значение варьирует от 0 до 1. Показатель Бриера, равный нулю, характеризует идеальную модель, а баллы 0,25 или выше сигнализируют о неинформативности модели. R^2 Эфрона – это корреляция между предсказанными и сглаженными вероятностями.

Были рассмотрены два варианта выбора свободного члена регрессионной модели (regression model's intercept): свободный член в модели с постоянными эффектами, когда свободный член оценивается после объединения или «укладки» данных вместе, и свободный член в модели со случайными эффектами, когда он может варьироваться в зависимости от исследования[44]. Случайные эффекты (или типические (стратифицированные или районированные) подходы) не рекомендуются в тех случаях, когда распространенность исхода существенно варьируется между исследованиями[44], как в случае исследований ICPP. В качестве альтернативы можно предположить, что неоднородность в распространенности развития ПТСР в исследованиях ICPP отражает неоднородность в распределении выраженности баллов $CAPS_0$ в исследованиях, что было обусловлено изменчивостью выборочного контроля (sampling routine) в исследованиях. В соответствии с этой гипотезой, исследования ICPP можно рассматривать как представляющие различные выборки из общей генеральной совокупности обратившихся в отделения неотложной помощи при травмах.

Для оценки двух моделей мы сравнили прогностические аппроксимации логистических регрессий постоянных и случайных эффектов с $CAPS_0$ в качестве единственного предиктора, используя бутстрап-подход, в котором участники были отобраны методом случайной выборки с заменой, были получены модели, а затем предсказанные вероятности из обеих моделей были оценены среди оставшихся участников. Для каждого подхода было получено соотношение ожидаемых диагнозов ПТСР и фактических диагнозов ПТСР (ожидаемые/наблюдаемые, или О/Н), калибровочный наклон $\beta_{overall}$ (наклон от логистической регрессии предсказанных вероятностей развития ПТСР) и показатель Бриера. Значение О/Н, далекое от 1, указывает, является ли свободный член модели, который определяет прогнозируемую распространенность ПТСР, слишком высоким или слишком низким, в то время как калибровочный наклон отражает неоднородность взаимосвязей предиктор-исход

Таблица 3. Выборочные переменные, распределенные в зависимости от конечной точки – статуса развития посттравматического стрессового расстройства (ПТСР)

Переменная	Не развилось ПТСР	Развилось ПТСР	Общая выборка	p
N (%)	2182 (88)	291 (12)	2473	
Возраст (среднее±SD)	38,0±14,2	39,0±11,8	39,0±13,9	0,366
$CAPS_0$ (среднее±SD)				
Пол, N (%)	23,1±21,4	59,6±27,8	27,4±25,1	<0,001
Мужской	1418 (91)	143 (9)	1561	<0,001
Женский пол	757 (84)	148 (16)	905	
Пропущено			7 (0,3)	
Этническая принадлежность, N (%)				
Белый	1742 (88)	241 (12)	1983	0,592
Не белый	165 (89)	20 (11)	185	
Пропущено			305 (12,3)	
Образование, N (%)				
По крайней мере среднее образование	1698 (90)	196 (10)	1894	0,051
Уровень образования ниже среднего	368 (86)	58 (14)	426	
Пропущено			153 (6,2)	
Семейное положение, N (%)				
В браке / живет с партнером	1035 (89)	129 (11)	1164	0,780
Одинок / не живет с партнером	1060 (89)	137 (11)	1197	
Пропущено			112 (4,5)	
Тип настоящей травмы, N (%)				
Дорожно-транспортное происшествие	1485 (87)	221 (13)	1706	<0,001
Другие не межличностные	588 (95)	32 (5)	620	
Межличностные	100 (73)	37 (27)	137	
Пропущено			10 (0,4)	
Предыдущая травма, N (%)				
Отсутствие	308 (89)	39 (11)	347	0,061
Не межличностные	641 (89)	78 (11)	719	
Межличностные	848 (86)	143 (14)	991	
Пропущено			416 (16,8)	

Сравнения (значения p) между участниками, у которых в итоге не развилось ПТСР, против лиц с развившимся расстройством, $CAPS_0$ – исходный балл по клинической шкале ПТСР для DSM-IV.

или чрезмерную подгонку данных[44]. Этот процесс был повторен 100 раз со статистическими показателями, усредненными по итерациям. Обнаружение менее точных результатов в модели постоянных эффектов по сравнению с моделью случайных эффектов указывало бы на то, что исследования были слишком неоднородны для совместного анализа после учета различий в распределении $CAPS_0$.

Различия в прогнозируемой вероятности ПТСР с учетом различных факторов риска были оценены путем проведения 1000 апостериорных симуляций коэффициентов β каждой модели, прогнозируя развитие ПТСР для каждого значении $CAPS_0$ с различными профилями риска (например, мужской против женского пола) и оценивая различия прогнозируемых вероятностей в зависимости от исходного балла $CAPS_0$[80].

Выбранное временное окно для определения статуса итогового развития ПТСР (122-456 дней; 4-15 месяцев) максимально увеличило количество исследований ICPP, включенных в каждый временной интервал. Чтобы оценить, повлияла ли существенная ширина этого временного окна на результаты, и дополнительно произвести оценку вероятности отсроченного развития ПТСР, мы повторили логистические регрессии, используя участников, чей статус ПТСР был получен через 9-15 месяцев (273-456 дней) после травматических событий.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Характеристики участников, предикторы риска и баллы по $CAPS_0$

Средний возраст участников на момент начала исследований составил 39,0±13,9 года. В выборке было меньше женщин (37%), чем мужчин. Дорожно-транспортные происшествия (69%) являлись наиболее распространенными травмами, за которыми следовали другие виды не межличностных травм (25%) и межличностные травмы (6%). Медиана времени до первоначальной оценки составила 15±16,7 дня (в диапазоне 1-60). Медиана времени до оценки конечной точки составила 333±103,1 дня (в диапазоне 122-456).

В итоге распространенность ПТСР составила 11,8% (N=291). ПТСР значительно чаще развивалось среди женщин (16,4% по сравнению с 9,2% у мужчин, p<0,001) и среди участников, пострадавших от межличностных травм, по сравнению с пострадавшими от ДТП или других травматических событий (27%, 5% и 13% соответственно, p<0,001). Существенных различий по этническому происхождению, семейному положению или возрасту не наблюдалось (см. таблицу 3).

Гистограмма на рисунке 1 показывает количество участников, которые набрали определенный балл $CAPS_0$, сгла-

женный до интервала в пять пунктов. Как видно, общее количество участников постепенно снижается с увеличением баллов $CAPS_0$. Баллы участников по $CAPS_0$ с развившимся в итоге ПТСР, однако, охватывают весь диапазон выраженности по данной шкале таким образом, что доля лиц с развившимся ПТСР возрастает с увеличением суммарного балла по $CAPS_0$.

Прогнозирование развития ПТСР

В таблице 4 представлены результаты, полученные при анализе модели постоянных эффектов с $CAPS_0$ в качестве единственного предиктора (модель $CAPS_0$), $CAPS_0$ плюс все доступные предикторы риска (полная модель) и $CAPS_0$ плюс только значимые предикторы (модель значимых предикторов).

Модель $CAPS_0$ (изображенная на рисунке 2 с 95% доверительным интервалом) работает достаточно хорошо (R^2 Эфрона=0,230, показатель Бриера=0,080, AUC=0,847), с очень высокой корреляцией между предсказанной моделью вероятности и сглаженной оценкой условной вероятности (r=0,976). Логистическая регрессия с использованием полной модели показала, что женский пол (β=0,309, SE=0,151, p=0,041), уровень образования ниже среднего (β=0,486, SE=0,188, p=0,009), и предшествующие межличностные травмы (β=0,662, SE=0,238, p=0,006) вносят значительный вклад в исход ПТСР.

С включением всех показателей риска (полная модель) или тех факторов, которые вносят значительный вклад (модель значимых предикторов), точность остается высокой (корреляция сглаженной вероятности = 0,941, R^2 Эфрона = 0,246, показатель Бриера = 0,078, AUC = 0,855; и корреляция сглаженной вероятности = 0,946, R^2 Эфрона = 0,246, показатель Бриера = 0,078, AUC = 0,851 соответственно). Таким образом, добавление женского пола, предшествующего воздействия межличностного насилия и наличия менее чем среднего образования к модели $CAPS_0$ увеличило вероятность предсказания ПТСР, сохраняя при этом точность модели $CAPS_0$.

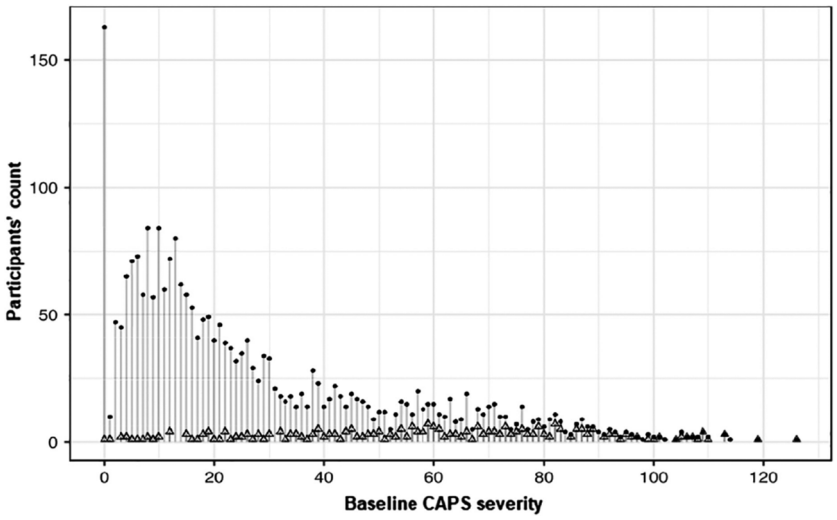

Рис. 1. Гистограмма оценки выраженности исходных симптомов ПТСР у участников (итоговый балл по $CAPS_0$). Точки представляют отдельных участников; наложенные треугольники – тех, у кого впоследствии развилось ПТСР. ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство, $CAPS_0$ – исходный балл по Клинической шкале ПТСР для DSM-IV.
Participants' count – количество участников. Baseline CAPS severity – исходная выраженность по CAPS.

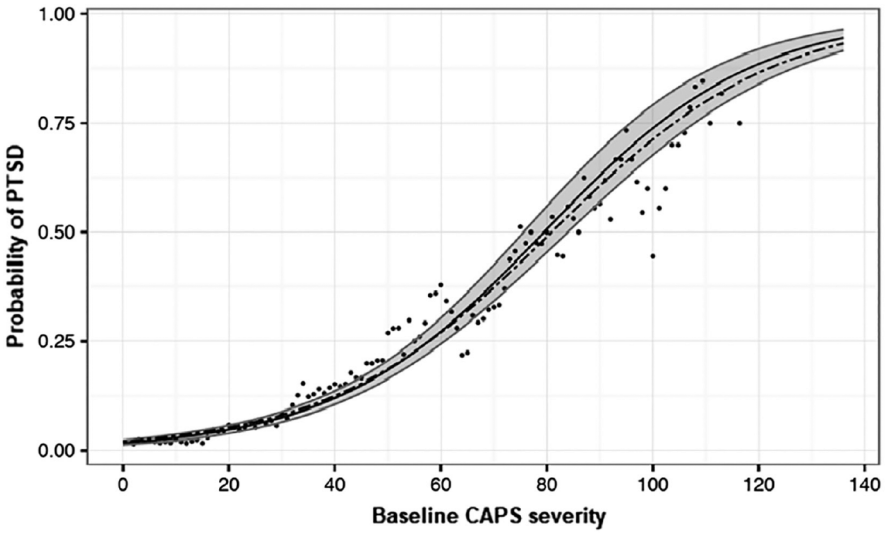

Рис. 2. Прогнозируемая вероятность развития ПТСР в зависимости от выраженного исходных баллов ($CAPS_0$). Точки представляют собой приближенную условную вероятность ПТСР при последующем наблюдении с учетом баллов $CAPS_0$, сглаженную по размеру до ширины 5. Сплошная черная линия представляет прогнозируемую логистической моделью вероятность с учетом балла $CAPS_0$. Серая область – это 95% доверительный интервал для прогностической модели. Пунктирная линия представляет собой предсказательную функцию, полученную от участников, последующие наблюдения которых проводились спустя более 9 месяцев. ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство, $CAPS_0$ – исходный балл по Клинической шкале ПТСР для DSM-IV.
Probability of PTSR – вероятность ПТСР. Baseline CAPS severity – исходная выраженность по CAPS.

Таблица 4. Коэффициенты (с SE – стандартная ошибка) и полученные статистики из модели $CAPS_0$, модели значимых предикторов и полной модели

Параметры модели	Модель $CAPS_0$	Модель значимых предикторов	Полная модель
Свободный член	–3,981*** (0,149)	–4,628*** (0,27)	–4,659*** (0,377)
$CAPS_0$	0,05*** (0,003)	0,051*** (0,003)	0,05*** (0,003)
Женский пол	–	0,307* (0,149)	0,309* (0,151)
Возраст	–	–	0 (0,006)
Уровень образования ниже среднего	–	0,483** (0,186)	0,486** (0,188)
Не белый	–	–	0,42 (0,281)
Одинокий(ая)	–	–	0,051 (0,164)
Настоящее травматическое событие			
Межличностные	–	–	0,286 (0,255)
Другое	–	–	0,201 (0,222)
Предшествующее воздействие травмы в течение жизни			
Не межличностные	–	0,113 (0,249)	0,128 (0,249)
Межличностные	–	0,656** (0,237)	0,662** (0,238)
R^2 Эфрона	0,23	0,246	0,246
Сглаженная корреляция вероятностей	0,976	0,946	0,941
Показатель Бриера	0,08	0,078	0,078
AUC	0,847	0,851	0,855

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001
$CAPS_0$ – исходный балл по Клинической шкале ПТСР для DSM-IV, AUC – площадь под рабочей характеристической кривой

При бутстрап-анализе, сравнивающим логистическую модель постоянных эффектов с моделью случайных эффектов, используя только $CAPS_0$ в качестве предиктора, обнаружилось, что соотношение O/H и $ß_{overall}$ для модели постоянных эффектов (1,01 и 1,00 соответственно) было ближе к 1,00, чем для модели случайных эффектов (1,14 и 0,75 соответственно), а показатель Бриера был ниже, в среднем, для модели постоянных эффектов (0,081, SD=0,01), чем для модели случайных эффектов (0,084, SD=0,01). В целом, модель постоянных эффектов, по-видимому, оценивает вероятное число участников с развитием ПТСР при последующем наблюдении более точно, с меньшей неоднородностью или чрезмерной подгонкой, чем модель случайных эффектов, тем самым улучшая объединение данных включенных в анализ исследований.

После учета эффекта $CAPS_0$ обнаружилось, что женщины обладали, максимально, на 5% (95% ДИ: -2% до 12%) более высоким риском развития в итоге ПТСР по сравнению с мужчинами. Кроме того, участники со всеми значимыми факторами риска (т.е., женский пол, уровень образования ниже среднего и предшествующая межличностная травма) имели на 34% (95% ДИ: 20-48%) более высокий риск ПТСР по сравнению с участниками без каких-либо существенных факторов риска (т.е., мужчин со средним образованием и без предшествующей межличностной травмы). Оцененные вероятности и 95% доверительные интервалы для развития в итоге ПТСР на основе каждой комбинации значимых предикторов представлены в таблице 5.

Используя данные, полученные от участников, чьи последние оценки при последующем наблюдении проводились в интервале между 9 и 15 месяцами после травматического события (N=1359), для проверки соответствия логистической регрессии только с $CAPS_0$, были получены аналогичные предсказания вероятностей (см. пунктирную линию на рис. 2), с аналогичной точностью модели (R^2 Эфрона = 0,195, показатель Бриера = 0,071, AUC = 0,822).

ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты данного исследования показывают, что вероятность соответствия критериям диагностики ПТСР через 4-15 месяцев после обращения в центры неотложной помощи достоверно моделируется логистической функцией выраженности начальных симптомов ПТСР. В дополнение к этой модели женский пол, уровень образования ниже среднего и предшествующая межличностная травма были связаны с более высокой вероятностью развития ПТСР. Другие ранее задокументированные факторы риска, такие как возраст, семейное положение и тип настоящей травмы, не улучшили прогноз по сравнению с моделью, в которой показатель $CAPS_0$ выступал единственным предиктором. Важно отметить, что ограниченная погрешность полученной оценки риска позволяет при ее клиническом использовании оценить вероятность ПТСР для каждой комбинации значимых показателей риска.

Неожиданной находкой оказался ограниченный инкрементальный эффект нескольких известных факторов риска, предполагающий, что вклад этих факторов в вероятность ПТСР опосредуется их влиянием на выраженность ранних симптомов. В соответствии с этой точкой зрения, предыдущее сравнение ПТСР после терактов с ПТСР после дорожно-транспортных происшествий из тех же отделений неотложной помощи показало, что более высокая распространенность развития ПТСР в течение 4 месяцев после терактов (38% против 19%) была полностью рассчитана на основании ранних реакций выживших, которые включали симптомы ПТСР в первую неделю, оцениваемую в условиях отделений неотложной помощи ЧСС, и перитравматическую диссоциацию[61].

Наши результаты расширяют предыдущие выводы о связи между высокими начальными симптомами ПТСР и диагнозом ПТСР[55-62], подчеркивая дополнительную информационную ценность оценок правдоподобия относительно

Таблица 5. Оцененные вероятности (с 95% ДИ) развития ПТСР в зависимости от увеличения баллов $CAPS_0$

Общий балл по $CAPS_0$	Вероятность ПТСР (только $CAPS_0$)	Вероятность ПТСР в зависимости от пола ($CAPS_0$ плюс пол)		Вероятность ПТСР в зависимости от пола ($CAPS_0$ плюс уровень образования ниже среднего и предшествующая межличностная травма)	
		Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
0	0,018 (0,014-0,024)	0,017 (0,013-0,023)	0,021 (0,015-0,029)	0,030 (0,020-0,043)	0,041 (0,025-0,061)
5	0,024 (0,018-0,030)	0,022 (0,017-0,029)	0,027 (0,020-0,037)	0,038 (0,026-0,054)	0,052 (0,033-0,076)
10	0,03- (0,024-0,038)	0,028 (0,021-0,036)	0,034 (0,025-0,046)	0,049 (0,034-0,068)	0,065 (0,042-0,095)
15	0,038 (0,031-0,047)	0,035 (0,028-0,045)	0,043 (0,033-0,056)	0,062 (0,044-0,085)	0,083 (0,054-0,119)
20	0,048 (0,040-0,059)	0,045 (0,036-0,056)	0,055 (0,042-0,070)	0,079 (0,056-0,106)	0,104 (0,070-0,147)
25	0,061 (0,051-0,073)	0,057 (0,046-0,069)	0,069 (0,054-0,086)	0,099 (0,071-0,132)	0,130 (0,089-0,181)
30	0,077 (0,066-0,090)	0,071 (0,059-0,086)	0,086 (0,069-0,106)	0,124 (0,091-0,163)	0,161 (0,113-0,220)
35	0,097 (0,084-0,112)	0,090 (0,075-0,106)	0,108 (0,088-0,130)	0,154 (0,114-0,201)	0,198 (0,142-0,265)
40	0,121 (0,106-0,138)	0,112 (0,094-0,132)	0,134 (0,111-0,161)	0,190 (0,143-0,245)	0,241 (0,177-0,317)
45	0,150 (0,133-0,169)	0,139 (0,117-0,162)	0,165 (0,139-0,195)	0,232 (0,177-0,296)	0,290 (0,218-0,375)
50	0,185 (0,165-0,207)	0,171 (0,145-0,199)	0,202 (0,172-0,235)	0,280 (0,217-0,352)	0,345 (0,264-0,436)
55	0,226 (0,201-0,251)	0,208 (0,176-0,241)	0,244 (0,209-0,284)	0,334 (0,262-0,413)	0,404 (0,315-0,500)
60	0,272 (0,243-0,302)	0,252 (0,213-0,292)	0,293 (0,253-0,337)	0,392 (0,312-0,477)	0,466 (0,372-0,564)
65	0,324 (0,289-0,360)	0,301 (0,256-0,349)	0,346 (0,300-0,393)	0,453 (0,367-0,543)	0,528 (0,431-0,626)
70	0,381 (0,340-0,423)	0,355 (0,302-0,410)	0,404 (0,352-0,455)	0,516 (0,425-0,608)	0,590 (0,492-0,685)
75	0,442 (0,394-0,488)	0,413 (0,353-0,475)	0,464 (0,406-0,519)	0,579 (0,484-0,670)	0,649 (0,553-0,739)
80	0,504 (0,450-0,555)	0,474 (0,409-0,540)	0,525 (0,463-0,582)	0,638 (0,544-0,726)	0,704 (0,612-0,787)
85	0,566 (0,507-0,621)	0,535 (0,465-0,604)	0,586 (0,519-0,644)	0,694 (0,602-0,776)	0,754 (0,668-0,829)
90	0,625 (0,564-0,682)	0,595 (0,524-0,665)	0,644 (0,576-0,702)	0,745 (0,657-0,819)	0,797 (0,720-0,864)
95	0,682 (0,619-0,738)	0,653 (0,579-0,722)	0,698 (0,631-0,752)	0,790 (0,708-0,855)	0,835 (0,765-0,893)
100	0,733 (0,671-0,787)	0,706 (0,632-0,772)	0,747 (0,682-0,798)	0,828 (0,754-0,886)	0,867 (0,805-0,916)
105	0,778 (0,719-0,830)	0,754 (0,682-0,816)	0,790 (0,729-0,838)	0,861 (0,795-0,911)	0,893 (0,840-0,934)
110	0,818 (0,763-0,864)	0,796 (0,730-0,853)	0,828 (0,769-0,871)	0,888 (0,830-0,931)	0,915 (0,869-0,949)
115	0,852 (0,801-0,893)	0,833 (0,773-0,883)	0,860 (0,807-0,899)	0,911 (0,861-0,946)	0,932 (0,894-0,961)
120	0,881 (0,835-0,917)	0,864 (0,809-0,909)	0,887 (0,839-0,921)	0,929 (0,887-0,959)	0,947 (0,915-0,970)
125	0,904 (0,864-0,935)	0,890 (0,840-0,929)	0,909 (0,867-0,938)	0,944 (0,908-0,968)	0,958 (0,931-0,977)
130	0,924 (0,888-0,950)	0,912 (0,868-0,945)	0,927 (0,890-0,952)	0,956 (0,926-0,976)	0,967 (0,945-0,982)
135	0,939 (0,909-0,962)	0,929 (0,892-0,957)	0,942 (0,910-0,963)	0,965 (0,940-0,981)	0,974 (0,956-0,986)

ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство, $CAPS_0$ – исходный балл по Клинической шкале ПТСР для DSM-IV. Полный набор комбинаций индикаторов риска см. https://wvdmei.shinyapps.io/PTSD_Risk_Lookup/

прогностической классификации. Равномерное распределение участников относительно исходных баллов ПТСР по $CAPS_0$ иллюстрирует барьер для классификационных моделей: выжившие после травм, у которых в конечном счете развился ПТСР, имели распределение первоначальной выраженности симптомов по всему диапазону итоговых баллов $CAPS_0$, соответственно, использование определенного порога между теми, у кого разовьется или не разовьется расстройство, не представляется возможным. Прогнозирование того, у кого разовьется ПТСР, так же, как и прогнозирование того, у кого среди заядлых курильщиков разовьется рак легких, является трудной задачей, часто заменяемой оценками вероятности. Классификационные модели существенно повлияли на наше понимание этиологии и патогенеза расстройств[81-86]. Однако оценки вероятности могут лучше подходить для количественного определения индивидуального риска. Как и в других областях медицины[48-54], количественная оценка риска, в конечном счете, дает сведения для тех или иных клинических вмешательств.

Как наши результаты могут быть использованы в клинических вмешательствах? Рассмотрим, например, трех выживших женщин с баллами по $CAPS_0$ соответственно 20, 40, 60; имеющих уровень образования ниже среднего и предшествующее воздействие межличностного насилия. Эти лица будут иметь соответственно 10,4% (95% ДИ: 7,0-14,7), 24,1% (95% ДИ: 17,7-31,7) и 46,6% (95% ДИ: 37,2-56,4) вероятности развития хронического ПТСР. Выжившие мужчины с теми же начальными баллами и без дополнительных факторов риска будут иметь соответственно 2,7% (95% ДИ: 1,8-4,0), 7,1% (95% ДИ: 4,8-10,1) и 17,3% (95% ДИ: 12,2-23,4) вероятности развития хронического ПТСР. Лица, набравшие самый высокий балл $CAPS_0$ среди обоих полов, могут рассматриваться как требующие клинического внимания, например, раннего вмешательства. Более низкие баллы могут оправдать «бдительное ожидание» с проведением дополнительных оценок.

Мощность этого исследования обусловлена использованием данных о большом числе участников из различных культурных и географических условий. В каждом включенном исследовании использовался продольный дизайн, оценивались симптомы ПТСР вскоре после травмы, а оценка симптомов и диагностического состояния основывалась на многократном применении валидного инструмента – CAPS.

Тем не менее, при интерпретации наших выводов следует учитывать некоторые ограничения. Во-первых, времен-

ные рамки для определения статуса ПТСР в наших основных анализах составили 4-15 месяцев, таким образом, являются очень широкими. Однако, когда данные были ограничены участниками, повторно опрошенными более чем через 9 месяцев после травмы, полученная модель логистического прогнозирования осталась практически неизменной. Наш прогноз, тем не менее, был рассчитан для более широкого и раннего временного интервала и сосредоточен на 333,0±103,1 дня (менее года) от воздействия травмы.

Во-вторых, несколько предикторов риска были согласованы из-за разнообразия инструментов, используемых различными исследователями, что привело к потере детализации. Хотя эти согласованные переменные (уровень образования ниже среднего, предшествующее воздействие межличностного насилия) внесли свой вклад в оценки вероятности ПТСР, в результатах, связанных с перекодированными переменными, может быть пропущена важная информация о предикторах. Упрощенные предикторы, однако, могут быть более доступны в клинической практике и широко используются в прогностических моделях в других областях медицины (например, «курение да/нет» и «диабет да/нет» в Фрамингемской шкале 10-летнего риска сердечно-сосудистых заболеваний).

В-третьих, данные ICPP характеризуются значительной неоднородностью среди представленных исследований, что, как отмечалось выше, вызывает методологические трудности касательно наилучшего подхода к объединению данных. Мы обнаружили, что модель постоянных эффектов была более точной, чем модель случайных эффектов, зависящая от источника данных, и, следовательно, оправдывала объединение данных из разных исследований. Мы также считаем, что модель постоянных эффектов более применима к новым условиям, поскольку совокупный наклон и свободный член были оценены по всем исследованиям. Однако наш выбор не выходит за рамки критики и не лишен значимости: в настоящее время крупные базы данных из нескольких источников оцениваются в рамках генетических, геномных и визуализационных исследований[87], и все они должны бороться с неоднородностью источников данных, напоминающих усилия ICPP. Наше теоретическое предположение о том, что исследования ICPP представляли собой дифференцированную выборку подмножеств генеральной совокупности обращений (т.е. обращений за неотложной помощью по поводу травмы), должно быть подтверждено тестированием полученного инструмента оценки риска у недавно обратившихся за неотложной помощью по поводу травмы.

Использование структурированного клинического интервью CAPS может увеличить нагрузку на предоставление услуг, и это интервью не является обязательным скрининговым инструментом. Кроме того, на момент госпитализации в скоропомощное отделение могут отсутствовать некоторые симптомы ПТСР (например, бессонница, избегание, неспособность вспомнить важные аспекты травматического события). Тем не менее, ранние показатели по CAPS являются надежным индикатором риска. В будущей работе следует изучить более ранние и простые альтернативы скрининга или создать поэтапные модели «скрининга и прогнозирования», начиная с приема в скоропомощное отделение и прогнозирования вероятности проявления выраженных ранних симптомов ПТСР.

Наконец, наша модель была разработана с использованием обращений по поводу острых травм, и как таковая ее реализация в других травматических обстоятельствах (например, длительные невзгоды, такие как войны, плен и переселение) может потребовать корректировки. Вне зависимости от точных оценок риска для других травматических обстоятельств, мы считаем, что выраженность ранних симптомов убедительно продемонстрирована здесь как основной предиктор риска ПТСР и что, как таковая, ее оценка среди отдельных выживших лиц обеспечивает надежное предупреждение и призыв к действию.

Эти ограничения не умаляют надежности наших оценок вероятности и их способности обеспечивать индивидуальную оценку риска у отдельных выживших. Аналогичные инструменты оценки риска используются в других областях медицины для поддержки клинических решений (например, для определения вероятности рака молочной железы[48] или легких[49,50] с учетом показателей риска). Оценки риска, представленные в этой работе, могут быть аналогичным образом использованы для инициирования действий (либо бдительное наблюдение, либо раннее вмешательство) в соответствии с имеющимися ресурсами и возможностью профилактики.

Количественная оценка индивидуального риска является шагом вперед в планировании медицинской помощи, позволяя сосредоточиться на помощи лицам с высоким риском, и, в конечном счете, обеспечивая снижение бремени ПТСР, возникающего после обращений за неотложной помощью.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Членами Международного консорциума по прогнозированию ПТСР являются: Yael Errera-Ankri, Anna C. Barbano, Sarah Freedman, Jessie Frijling, Carel Goslings, Jan Luitse, Alexander McFarlane, Derrick Silove, Hanspeter Moergeli, Joanne Mouthaan, Daisuke Nishi, Meaghan O'Donnell, Marit Sijbrandij, Sharain Suliman and Mirjam van Zuiden.

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ

A.Y. Shalev, M. Gevonden, A. Ratanatharathorn и E. Laska являются авторами с равным вкладом в опубликованную работу. Исследование финансировалось грантом Национального института психического здоровья США (MH101227), который был предоставлен A. Shalev, R. Kessler и K. Koenen.

Библиография

1. Stein DJ, Karam EG, Shahly V et al. Post-traumatic stress disorder associated with life-threatening motor vehicle collisions in the WHO World Mental Health Surveys. BMC Psychiatry 2016;16:257.
2. Hoge CW, Castro CA, Messer SC et al. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. N Engl J Med 2004;351:13-22.
3. Kessler RC. Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. J Clin Psychiatry 2000;61(Suppl. 5):4-12.
4. Breslau N, Peterson E, Poisson L et al. Estimating post-traumatic stress disorder in the community: lifetime perspective and the impact of typical traumatic events. Psychol Med 2004;34:889-98.
5. Committee on the Assessment of Ongoing Efforts in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder; Board on the Health of Select Populations; Institute of Medicine. Treatment for posttraumatic stress disorder in military and veteran populations: final assessment. Washington: Institute of Medicine National Research Council, 2014.
6. Roberts NP, Roberts PA, Jones N et al. Psychological therapies for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder. Cochrane Database Syst Rev 2016;4:CD010204.
7. Sijbrandij M, Kleiboer A, Bisson JI et al. Pharmacological prevention of post- traumatic stress disorder and acute stress disorder: a systematic review and meta-analysis. Lancet Psychiatry 2015;2:413-21.
8. Roberts NP, Roberts PA, Jones N et al. Psychological interventions for post- traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder: a systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev 2015;38:25-38.
9. Hoskins M, Pearce J, Bethell A et al. Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry 2015;206:93-100.

10. Andrews B, Brewin CR, Philpott R et al. Delayed-onset posttraumatic stress disorder: a systematic review of the evidence. Am J Psychiatry 2007;164:1319-26.
11. Bryant RA, Nickerson A, Creamer M et al. Trajectory of post-traumatic stress following traumatic injury: 6-year follow-up. Br J Psychiatry 2015;206:417-23.
12. Galatzer-Levy IR, Ankri Y, Freedman S et al. Early PTSD symptom trajectories: persistence, recovery, and response to treatment: results from the Jerusalem Trauma Outreach and Prevention Study (J-TOPS). PLoS One 2013;8:e70084.
13. Kessler RC, Rose S, Koenen KC et al. How well can post-traumatic stress disorder be predicted from pre-trauma risk factors? An exploratory study in the WHO World Mental Health Surveys. World Psychiatry 2014;13:265-74.
14. Smid GE, Mooren TT, van der Mast RC et al. Delayed posttraumatic stress disorder: systematic review, meta-analysis, and meta-regression analysis of prospective studies. J Clin Psychiatry 2009;70:1572-82.
15. Shalev AY, Ankri Y, Israeli-Shalev Y et al. Prevention of posttraumatic stress disorder by early treatment: results from the Jerusalem Trauma Outreach and Prevention Study. Arch Gen Psychiatry 2012;69:166-76.
16. Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J et al. Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder. Cochrane Database Syst Rev 2009;3:CD006869.
17. Sijbrandij M, Olff M, Reitsma JB et al. Treatment of acute posttraumatic stress disorder with brief cognitive behavioral therapy: a randomized controlled trial. Am J Psychiatry 2007;164:82-90.
18. Bryant RA. Early predictors of posttraumatic stress disorder. Biol Psychiatry 2003;53:789-95.
19. Galatzer-Levy IR, Ma S, Statnikov A et al. Utilization of machine learning for prediction of post-traumatic stress: a re-examination of cortisol in the prediction and pathways to non-remitting PTSD. Transl Psychiatry 2017;7:e1070.
20. Bryant RA, O'Donnell ML, Creamer M et al. A multisite analysis of the fluctuating course of posttraumatic stress disorder. JAMA Psychiatry 2013;70:839-46.
21. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for post- traumatic stress disorder in trauma-exposed adults. J Consult Clin Psychol 2000;68:748-66.
22. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL et al. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. Psychol Bull 2003;129:52-73.
23. Mollica RF, Sarajlić N, Chernoff M et al. Longitudinal study of psychiatric symptoms, disability, mortality, and emigration among Bosnian refugees. JAMA 2001;286:546-54.
24. Silver RC, Holman EA, McIntosh DN et al. Nationwide longitudinal study of psychological responses to September 11. JAMA 2002;288:1235-44.
25. Dougall AL, Ursano RJ, Posluszny DM et al. Predictors of posttraumatic stress among victims of motor vehicle accidents. Psychosom Med 2001;63: 402-11.
26. Koenen KC, Stellman JM, Stellman SD et al. Risk factors for course of post- traumatic stress disorder among Vietnam veterans: a 14-year follow-up of American legionnaires. J Consult Clin Psychol 2003;71: 980-6.
27. Ryb GE, Dischinger PC, Read KM et al. PTSD after severe vehicular crashes. Ann Adv Automot Med 2009;53:177-93.
28. Ehring T, Kleim B, Clark DM et al. Screening for posttraumatic stress disorder: what combination of symptoms predicts best? J Nerv Ment Dis 2007;195:1004-12.
29. Mouthaan J, Sijbrandij M, Reitsma JB et al. Comparing screening instruments to predict posttraumatic stress disorder. PLoS One 2014;9:e97183.
30. Walters JT, Bisson JI, Shepherd JP. Predicting post-traumatic stress disorder: validation of the Trauma Screening Questionnaire in victims of assault. Psychol Med 2007;37:143-50.
31. O'Donnell ML, Creamer MC, Parslow R et al. A predictive screening index for posttraumatic stress disorder and depression following traumatic injury. J Consult Clin Psychol 2008;76:923-32.
32. Smits N, Smit F, Cuijpers P et al. Using decision theory to derive optimal cut-off scores of screening instruments: an illustration explicating costs and benefits of mental health screening. Int J Methods Psychiatr Res 2007;16: 219-29.
33. Brewin CR. Risk factor effect sizes in PTSD: what this means for intervention. J Trauma Dissociation 2005;6:123-30.
34. Heron-Delaney M, Kenardy J, Charlton E et al. A systematic review of predictors of posttraumatic stress disorder (PTSD) for adult road traffic crash survivors. Injury 2013;44:1413-22.
35. Kilpatrick DG, Resnick HS, Milanak ME et al. National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. J Trauma Stress 2013;26:537-47.
36. Bonnie RJ, Fulco CE, Liverman CT (eds). Reducing the burden of injury: advancing prevention and treatment. Washington: National Academy Press, 1999.
37. LF MC. National hospital ambulatory medical care survey emergency department summary. Advance Data from Vital and Health Statistics, Vol. 245. Hyattsville: National Center for Health Statistics, 1992:1994.
38. Rice DP, MacKenzie EJ, Jones AS et al. Cost of injury in the United States: a report to Congress. San Francisco: Institute for Health and Aging, University of California; Baltimore: Injury Prevention Center, Johns Hopkins University, 1989.
39. Bergen GS, National Center for Health Statistics (U.S.). Injury in the United States: 2007 chartbook. Hyattsville: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, 2008.
40. Ameratunga S, Hijar M, Norton R. Road-traffic injuries: confronting disparities to address a global-health problem. Lancet 2006;367: 1533-40.
41. Lipsky S, Field CA, Caetano R et al. Posttraumatic stress disorder symptomatology and comorbid depressive symptoms among abused women referred from emergency department care. Violence Vict 2005;20:645-59.
42. Golding JM. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. J Fam Violence 1999;14:99-132.
43. Ameratunga S, Tin ST, Coverdale J et al. Posttraumatic stress among hospitalized and nonhospitalized survivors of serious car crashes: a population- based study. Psychiatr Serv 2009;60:402-4.
44. Debray T, Moons KG, Ahmed I et al. A framework for developing, implementing, and evaluating clinical prediction models in an individual participant data meta-analysis. Stat Med 2013;32:3158-80.
45. Chalmers I. The Cochrane collaboration: preparing, maintaining, and disseminating systematic reviews of the effects of health care. Ann N Y Acad Sci 1993;703:156-65.
46. Brincks A, Montag S, Howe GW et al. Addressing methodologic challenges and minimizing threats to validity in synthesizing findings from individual- level data across longitudinal randomized trials. Prev Sci 2018;19(Suppl. 1):60-73.
47. Bainter SA, Curran PJ. Advantages of integrative data analysis for develop- mental research. J Cogn Dev 2015;16:1-10.
48. Gail MH, Brinton LA, Byar DP et al. Projecting individualized probabilities of developing breast cancer for white females who are being examined annually. J Natl Cancer Inst 1989;81:1879-86.
49. Cassidy A, Duffy SW, Myles JP et al. Lung cancer risk prediction: a tool for early detection. Int J Cancer 2007;120:1-6.
50. Cassidy A, Myles JP, van Tongeren M et al. The LLP risk model: an individual risk prediction model for lung cancer. Br J Cancer 2008;98:270-6.
51. Chan DXH, Sim YE, Chan YH et al. Development of the Combined Assessment of Risk Encountered in Surgery (CARES) surgical risk calculator for prediction of postsurgical mortality and need for intensive care unit admission risk: a single-center retrospective study. BMJ Open 2018;8: e019427.
52. Cook NR, Ridker PM. Further insight into the cardiovascular risk calculator: the roles of statins, revascularizations, and underascertainment in the Women's Health Study. JAMA Intern Med 2014;174:1964-71.
53. Fox ER, Samdarshi TE, Musani SK et al. Development and validation of risk prediction models for cardiovascular events in black adults: the Jackson Heart Study Cohort. JAMA Cardiol 2016;1:15-25.
54. Hippisley-Cox J, Coupland C, Robson J et al. Derivation, validation, and evaluation of a new QRISK model to estimate lifetime risk of cardiovascular disease: cohort study using QResearch database. BMJ 2010;341:c6624.
55. Blanchard EB, Hickling EJ, Forneris CA et al. Prediction of remission of acute posttraumatic stress disorder in motor vehicle accident victims. J Trauma Stress 1997;10:215-34.
56. Frommberger UH, Stieglitz RD, Nyberg E et al. Prediction of posttraumatic stress disorder by immediate reactions to trauma: a prospective study in road traffic accident victims. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1998;248:316-21.

57. Jehel L, Paterniti S, Brunet A et al. Prediction of the occurrence and intensity of post-traumatic stress disorder in victims 32 months after bomb attack. Eur Psychiatry 2003;18:172-6.
58. Karstoft KI, Galatzer-Levy IR, Statnikov A et al. Bridging a translational gap: using machine learning to improve the prediction of PTSD. BMC Psychiatry 2015;15:30.
59. Matsuoka Y, Nishi D, Nakajima S et al. Incidence and prediction of psychiatric morbidity after a motor vehicle accident in Japan: the Tachikawa Cohort of Motor Vehicle Accident Study. Crit Care Med 2008;36:74-80.
60. Mayou R, Bryant B, Ehlers A. Prediction of psychological outcomes one year after a motor vehicle accident. Am J Psychiatry 2001;158:1231-8.
61. Shalev AY, Freedman S. PTSD following terrorist attacks: a prospective evaluation. Am J Psychiatry 2005;162:1188-91.
62. Shalev AY, Freedman S, Peri T et al. Predicting PTSD in trauma survivors: prospective evaluation of self-report and clinician-administered instruments. Br J Psychiatry 1997;170:558-64.
63. Qi W, Ratanatharathorn A, Gevonden M et al. Application of data pooling to longitudinal studies of early post-traumatic stress disorder (PTSD): the International Consortium to Predict PTSD (ICPP) project. Eur J Psychotraumatol 2018;9:1476442.
64. Hepp U, Moergeli H, Buchi S et al. Post-traumatic stress disorder in serious accidental injury: 3-year follow-up study. Br J Psychiatry 2008;192:376-83.
65. Shalev AY, Peri T, Brandes D et al. Auditory startle response in trauma survivors with posttraumatic stress disorder: a prospective study. Am J Psychiatry 2000;157:255-61.
66. Frijling JL, van Zuiden M, Koch SBJ et al. Efficacy of oxytocin administration early after psychotrauma in preventing the development of PTSD: study protocol of a randomized controlled trial. BMC Psychiatry 2014;14:92.
67. Jenewein J, Wittmann L, Moergeli H et al. Mutual influence of posttraumatic stress disorder symptoms and chronic pain among injured accident survivors: a longitudinal study. J Trauma Stress 2009;22:540-8.
68. Irish L, Ostrowski SA, Fallon W et al. Trauma history characteristics and subsequent PTSD symptoms in motor vehicle accident victims. J Trauma Stress 2008;21:377-84.
69. Bryant RA, Creamer M, O'Donnell ML et al. A multisite study of the capacity of acute stress disorder diagnosis to predict posttraumatic stress disorder. J Clin Psychiatry 2008;69:923-9.
70. Shalev AY, Videlock EJ, Peleg T et al. Stress hormones and post-traumatic stress disorder in civilian trauma victims: a longitudinal study. Part I: HPA axis responses. Int J Neuropsychopharmacol 2008;11:365-72.
71. Matsuoka Y, Nishi D, Nakajima S et al. The Tachikawa cohort of motor vehicle accident study investigating psychological distress: design, methods and cohort profiles. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2009;44:333-40.
72. Mouthaan J, Sijbrandij M, Luitse JS et al. The role of acute cortisol and DHEAS in predicting acute and chronic PTSD symptoms. Psychoneuroendocrinology 2014;45:179-86.
73. Blake DD, Weathers FW, Nagy LM et al. The development of a Clinician- Administered PTSD Scale. J Trauma Stress 1995;8:75-90.
74. Weathers FW, Keane TM, Davidson JR. Clinician-Administered PTSD Scale: a review of the first ten years of research. Depress Anxiety 2001;13:132-56.
75. Weathers FW, Ruscio AM, Keane TM. Psychometric properties of nine scoring rules for the Clinician-Administered Posttraumatic Stress Disorder Scale. Psychol Assess 1999;11:124-33.
76. Benjet C, Bromet E, Karam E et al. The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. Psychol Med 2016;46:327-43.
77. Buuren S, Groothuis-Oudshoorn K. MICE: multivariate imputation by chained equations in R. J Stat Softw 2011;45(3).
78. Rubin DB. Multiple imputation for nonresponse in surveys, Vol. 81. Chichester: Wiley, 2004.
79. Brier GW. Verification of forecasts expressed in terms of probability. Mon Weather Rev 1950;78:1-3.
80. Gelman A, Su Y-S, Yajima M et al. Arm: data analysis using regression and multilevel/hierarchical models (R package, version 9.01). http://CRAN.R- project.org/package=arm.
81. Wolf EJ, Maniates H, Nugent N et al. Traumatic stress and accelerated DNA methylation age: a meta-analysis. Psychoneuroendocrinology 2018;92:123-34.
82. Sumner JA, Chen Q, Roberts AL et al. Posttraumatic stress disorder onset and inflammatory and endothelial function biomarkers in women. Brain Behav Immun 2018;69:203-9.
83. Duncan LE, Ratanatharathorn A, Aiello AE et al. Largest GWAS of PTSD (N=20 070) yields genetic overlap with schizophrenia and sex differences in heritability. Mol Psychiatry 2018;23:666-73.
84. Shalev A, Liberzon I, Marmar C. Post-traumatic stress disorder. N Engl J Med 2017;376:2459-69.
85. Liberzon I. Searching for intermediate phenotypes in posttraumatic stress disorder. Biol Psychiatry 2018;83:797-9.
86. Fonzo GA, Goodkind MS, Oathes DJ et al. PTSD psychotherapy outcome predicted by brain activation during emotional reactivity and regulation. Am J Psychiatry 2017;174:1163-74.
87. Logue MW, Amstadter AB, Baker DG et al. The Psychiatric Genomics Consortium Posttraumatic Stress Disorder Workgroup: posttraumatic stress disorder enters the age of large-scale genomic collaboration. Neuropsychopharmacology 2015;40:2287.

DOI: 10.1002/wps.20608

Доказательная модель симптом-редуцирования на групповом уровне как организующий принцип охраны психического здоровья: время перемен?

Jim van Os[1-3], Sinan Guloksuz[2,4], Thomas Willem Vijn[5], Anton Hafkenscheid[6], Philippe Delespaul[2,7]

[1]Department of Psychiatry, Brain Centre Rudolf Magnus, University Medical Centre Utrecht, Utrecht, The Netherlands; [2]Department of Psychiatry and Psychology, Maastricht University Medical Centre, Maastricht, The Netherlands; [3]Department of Psychosis Studies, King's College London, King's Health Partners, Institute of Psychiatry, London, UK; [4]Department of Psychiatry, Yale University School of Medicine, New Haven, CT, USA; [5]Radboud University Medical Center, Radboud Institute for Health Sciences, Scientific Center for Quality of Healthcare, Nijmegen, The Netherlands; [6]Arkin/Sinai Centrum, Amsterdam, The Netherlands; [7]Mondriaan, Heerlen/Maastricht, The Netherlands

Перевод: Шкурина Ж.В. (Москва)
Редактура: к.м.н. Бойко А.С. (Томск)

На содержание и организацию охраны психического здоровья серьезно повлиял подход, согласно которому проблемы психического здоровья понимаются как поддающиеся диагностике расстройства с возможностью их лечения практикующими специалистами, применяющими рекомендации по доказательным практикам (evidence-based practice – EBP) симптом-редуцирования на групповом уровне. Однако модель доказательных практик симптом-редуцирования подвергается давлению, поскольку она может представляться изолированной от нужд пациентов, игнорирует доказательства транссиндромальной природы психических расстройств, преувеличивает роль технических аспектов лечения по сравнению с межличностной и ритуальной составляющими ухода и недооценивает отсутствие возможности распространения результатов от доказательных практик с группового уровня на индивидуальный. Все больше данных указывают на то, что психические расстройства редко «излечиваются» и их корректнее рассматривать в качестве уязвимостей. Уровень жизни может значимо возрасти в том случае, если люди научатся жить с психической уязвимостью в результате длительного процесса повышения своей жизнестойкости в социальных и экзистенциальных аспектах. В данной работе мы анализируем, как бы выглядели службы охраны психического здоровья, если бы вышеупомянутые факторы принимались во внимание. Служба охраны психического здоровья в XXI веке наилучшим образом может быть представлена как небольшое оздоровительное сообщество, способствующее налаживанию связей и повышению устойчивости при обучении жизни с психической уязвимостью, дополненное ограниченным числом религиозных учреждений. Коллегиальная поддержка, организуемая на уровне восстановительных колледжей, могла бы составить основу сообщества. Лечение должно быть направлено на транссиндромальную редукцию симптомов с ориентацией на более высокоуровневый процесс экзистенциального восстановления и на социальную активность; оно должно применяться специалистами, обученными сотрудничать, принимать во внимание личную историю и максимизировать эффекты, полученные от терапевтических отношений и исцеляющих воздействий ритуальных взаимодействий. Наконец, интеграция в систему общественного психического здоровья электронных сообществ, оказывающих информационную, коллегиальную и гражданскую поддержку и предлагающих ряд основанных на пользовательском рейтинге решений для самопомощи, могла бы помочь преодолеть разрыв между широкой распространенностью типичных видов психических расстройств и сравнительно ограниченными возможностями любой службы охраны психического здоровья.

Ключевые слова: охрана психического здоровья, доказательные практики, межличностные составляющие ухода, общественное здравоохранение, жизнестойкость, коллегиальная поддержка, транссиндромальное симптом-редуцирование, выздоровление, электронные сообщества.

(World Psychiatry 2019;18(1):88-96)

Проблемы психического здоровья становились предметом интенсивных академических исследований в сферах эпидемиологии, нейробиологии, терапии и организации здравоохранения и стимулировали разработку рекомендаций по нацеленным на редукцию симптомов доказательным практикам (ДП), которые могут применяться в отношении специфических поддающихся диагностике психических расстройств.

Доказательная медицина в контексте попыток установить, что будет или не будет эффективно для конкретного пациента на основании имеющихся данных, имеет огромную значимость. Однако неверное ее понимание и применение может привести к значительному количеству нежелательных «побочных эффектов» и ограничений, таких как появление «кустарных» практик, недостаточная значимость результатов ДП для пациентов и невозможность распространения их эффектов с группового уровня на индивидуальный[1-3].

Область психических расстройств со всеми происходящими в ней изменениями может быть особенно сложно охватить в традиционной медицинской парадигме диагностики и редуцирования симптомов на групповом уровне под воздействием лечения. Тем не менее, согласно принципу симптом-редуцирования на групповом уровне, применяемому в сфере охраны психического здоровья, проблемы психического здоровья предстают в форме поддающихся универсальной диагностике психических расстройств, имеющих биопсихосоциальную природу и классифицируемых на основании симптомов.

Рекомендации по лечению разрабатываются на основе мета-аналитических доказательных данных об измеримой редукции симптомов на групповом уровне – наиболее часто исследуемом результате лечения психических расстройств[4]. Специалисты сферы охраны психического здоровья обучены, во-первых, диагностировать психические расстройства у тех, кто обращается за помощью в связи с симптомами, и, во-вторых, обеспечивать лечение в соответствии с рекомендациями по ДП.

Так как при различных расстройствах наблюдается разная симптоматика, концепция основанных на диагнозе доказательных практик в качестве организующего принципа коммуникации и деятельности в системах охраны психического здоровья внесла свой вклад в диагностическую стратификацию и специализацию учреждений, персонала и исследователей. Как для пациентов, так и для профессионалов признание необходимости специализированного лечения при конкретных проблемах является первоосновой качества. Потребителям известно, что нужно потратить время, чтобы найти в Интернете грамотного специалиста, занимающегося, к примеру, аутизмом, биполярным

расстройством, обсессивно-компульсивным расстройством, синдромом дефицита внимания/гиперактивности (СДВГ), посттравматическим стрессовым расстройством или пограничным расстройством личности.

Модель основанных на диагнозе доказательных практик симптом-редуцирования также повлияла на технологию медицинских обследований, где систематически применялись основанные на симптомах критерии диагностики психических расстройств в общей популяции, что привело к высоким показателям таких расстройств, как большое депрессивное расстройство и тревожные расстройства, и вывело их в число главных причин глобального бремени болезней.

Общее оцениваемое глобальное бремя болезней для психических расстройств составило 21,2% лет жизни с инвалидностью (years lived with disability – YLD) и 7,1% лет жизни, скорректированных по инвалидности (disability-adjusted life-years – DALY)[5], что, по некоторым утверждениям, может быть существенной недооценкой[6]. Учитывая ограниченные возможности системы охраны психического здоровья, данные опросов среди населения, свидетельствующие о примерно 20% годовом показателе распространенности психических расстройств, позволяют предположить, что многие случаи остаются без лечения.

Просветительские кампании в области психического здоровья, ориентированные на основанную на диагнозе модель доказательных практик, поспособствовали росту осведомленности населения о существовании поддающихся диагностике психических расстройств и важности доступа к помощи. В западных странах наблюдается рост спроса на лечение, о чем говорит заметное увеличение потребления психотропных препаратов, таких как антидепрессанты[7], особенно среди молодых людей[8], увеличение частоты обращения в доступные на свободной основе специальные центры нефармакологической терапии и симптом-редуцирования[9], а также рост случаев принудительной госпитализации в странах Европы[10].

В свете перспективы основанных на диагнозе доказательных практик симптом-редуцирования задача служб охраны психического здоровья состоит в «обеспечении» специфического лечения, которое должно стать доступным для нуждающихся в нем, вне зависимости от стационарного, амбулаторного или «общинного» формата лечения.

Государства традиционно сильно различаются по тому, чем занимаются их службы охраны психического здоровья и как они организованы[11]. Предполагается, что более качественные службы функционируют на основании доказательного подхода[12] и что «рутинный мониторинг результатов» редукции симптомов может быть использован для оценки качества службы. Тем не менее, организация служб вокруг диагностических специальностей, работающих на доказательно обоснованную редукцию симптомов, предполагает, что принцип основанных на диагнозе доказательных практик симптом-редуцирования на групповом уровне обоснован, уместен и полезен, и что выводы, полученные для группового уровня, могут быть применены к отдельным индивидам[3]. Это также предполагает, что симптом-редуцирование является ценным конструктом как основной акцент профессиональной подготовки специалистов, а также организации и оценки услуг.

Впрочем, доказательный подход группового уровня может естественным образом и не трансформироваться в лечение, центрированное на пациенте и его индивидуальной истории[13], будучи изначально сконструированным вокруг дискурса болезней и симптомов, а не жизнестойкости и возможностей[14]. Возникает вопрос, в какой степени подготовка специалистов, а также планирование и оценка деятельности служб охраны психического здоровья также должны опираться на другие факторы.

В данной работе мы хотим затронуть ряд важных в этом отношении проблем. Во-первых, мы рассматриваем факторы относимости принципа основанных на диагностике доказательных практик симптом-редуцирования к области охраны психического здоровья, такие как транссиндромальная природа психопатологии и тот факт, что значительная часть наблюдаемого эффекта от доказательных практик в действительности сводится к контекстуальным компонентам, которые недостаточно признаются и принимаются во внимание при оказании услуг и подготовке специалистов сферы психического здоровья.

Во-вторых, мы обсуждаем, в какой степени организация услуг с ориентацией на конечные результаты высшего порядка – социальный, экзистенциальный и соматический – потенциально более актуальна для пользователей услуг, чем традиционный фокус на доказательном симптом-редуцировании на групповом уровне. В-третьих, мы отмечаем, что в то время как широкая распространенность психических расстройств указывает на потребность в комплексном подходе на уровне общественного психического здоровья, это так и не было реализовано[15].

В заключение мы рассуждаем о последствиях рассмотренных проблем для планирования, организации и реализации услуг в сфере психического здоровья и вносим предложения об изменениях. Хотя большая часть дискуссии основана на практике стран с высоким уровнем дохода, мы считаем, что некоторые из ключевых проблем имеют отношение к службам охраны психического здоровья во всем мире.

ПЕРЕХОД К ТРАНССИНДРОМАЛЬНОМУ ОПРЕДЕЛЕНИЮ ПСИХОПАТОЛОГИИ

Отношения правдоподобия для этиологии, симптомов, ответа на лечение и прогноза, связываемых с традиционными диагностическими категориями, слишком низки, чтобы считаться пригодными в соответствии с требованиями доказательных практик[16-18]. Проблемы психического здоровья представляют собой крайне изменчивые кластеры транссиндромального спектра симптомов, не поддающихся детальной диагностической редукции. Знания 10-15 широко распространенных и перекрывающих друг друга «зонтичных» синдромов может быть достаточно для применения в ежедневной практике[19].

Если это – лучшая доказательная основа для классификации психопатологий, то должны ли психиатры-клиницисты работать в специализированных диагностических клиниках или по клиническим протоколам, или же они должны применять свой опыт, чтобы воздействовать на транссиндромальную психопатологию, независимо от официального диагноза?

Предполагаемая значимость диагностической специализации отчасти определяется возможностью разделять однородные группы по критериям психопатологии, ответа на лечение и прогноза. Тем не менее, пациенты с диагнозом большого депрессивного расстройства имеют разнообразные симптомы, ответ на лечение и прогноз и демонстрируют высокую перекрываемость с пациентами, имеющими другие диагнозы, по всем этим параметрам.

Однозначные критерии исключения в диагностических системах создают фактор более высокого порядка, чем сами диагностические категории[20], в результате чего создается множество категорий, которые могли бы быть предметом отдельного диагноза и в то же время имеют тесную корреляцию друг с другом, что приводит к вводящим в заблуждение высоким показателям «коморбидности» и низкой надежности в клинической практике. Этот *status quo* часто сбивает с толку как пациентов, так и врачей общей практики.

Центрированный на пациенте транссиндромальный подход, в рамках которого гибко комбинируются категории, спектры и взаимосвязи, может быть более пригоден и полезен для различных аспектов клинической практики. Однако сегодняшняя диагностическая специализация в области исследований и клиническая практика привели к возрастающей культурной и структурной балканизации[21], которую непросто ликвидировать, так как профессиональная идентичность врачей имеет тенденцию ассоциироваться с этими специализациями. Изменение *status quo*, то есть приведение практики в большее соответствие с доступными доказательными данными, тем самым может привести к кризису идентичности и сопротивляемости тому, что может расцениваться как непрофессиональный фарс.

Для целей конструктивного решения этой проблемы в проект DSM-5 пытались ввести понятие транссиндромальных проявлений, сквозных для разных глав, что открыло бы возможности для новой формы транссиндромальной клинической практики и исследований. К сожалению, проект оказался слишком сложным, и в результате только лишь некоторые транссиндромальные проявления были включены в одно из приложений. Впрочем, они не были действительно транссиндромальными как сквозными для различных глав, так как все представляли собой вариации проявлений внутри одной главы[22].

И, напротив, Национальный институт психического здоровья США (the US National Institute of Mental Health – NIMH) сформулировал ряд транссиндромальных проявлений поведения и функционирования с конкретной целью связать вариации их проявлений с биологией путем проведения исследований, однако их использование в клинической практике не предполагалось (проект Исследовательских критериев доменов – Research Domain Criteria, RDoC)[23].

Транссиндромальный подход, таким образом, остается привлекательной возможностью для преодоления культурных и структурных разрывов, которые образовались вокруг сходных диагностических категорий, но требует большей проработки. Может представляться продуктивным разработать транссиндромальную структуру проблем психического здоровья, которая строилась бы не только вокруг симптомов, но также учитывала бы аспекты поведения, функционирования, психологические особенности, соматические факторы, социальные факторы и воздействие на окружение, в зависимости от клинической диагностической значимости и предпочтений. Это могло бы успешно комбинироваться с ограниченным числом «зонтичных» диагностических категорий на уровне общего синдрома (например, синдрома психотического спектра)[19].

ЭФФЕКТЫ ОБСЛУЖИВАНИЯ И МЕЖЛИЧНОСТНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ КАК «НЕВИДИМЫЕ» КОМПОНЕНТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Точно так же, как имеются методологические и статистические сомнения касательно общего предела эффективности даже таких хорошо зарекомендовавших себя методов психотерапии, как когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), высказываются сомнения в том, в какой степени медикаменты, такие как антидепрессанты, имеют реальные эффекты[24-29].

В то время как недавнее мета-аналитическое исследование показало, что антидепрессанты могут иметь небольшой эффект на симптомы в краткосрочной перспективе[30], без внимания остались важные факторы, к примеру, систематическая ошибка вследствие синдрома отмены в плацебо-группе и различия в ожиданиях из-за недостаточного использования активного плацебо в сравнении с антидепрессантами с широким спектром побочных явлений. Фактически одним из обстоятельств, лежащих в основе слабой эффективности психотерапии и антидепрессантов по сравнению с плацебо, является фактор ожиданий, который, как свидетельствуют данные, может быть одним из ключевых элементов, запускающих изменения в состоянии при психических расстройствах[31,32].

Так как размеры эффекта от психотерапии невелики, по крайней мере по данным исследований, где учитывались многие источники систематической ошибки и факторы, влияющие на качество[26], вероятность значимых различий между разными методами психотерапии, как логично предположить, также будет небольшой, скорее всего, ниже порога статистической и клинической значимости. Это может объяснять, почему, несмотря на многочисленные исследования и дискуссии, отсутствуют мета-аналитические доказательства тому, что хорошо исследованные виды психологического лечения типичных расстройств, таких как депрессия, тревога, посттравматическое стрессовое расстройство и пограничное расстройство личности, очевидно и клинически значимо различаются между собой по размеру эффекта, независимо от их сложности и лежащего в их основе антропологического обоснования. Вместо этого мета-аналитические исследования выявили одинаково небольшой эффект у различных видов лечения[33-36].

Аналогичным образом существует терапевтическая эквивалентность между различными классами антидепрессантов[37], а также, хотя во многих рекомендациях предполагается большая эффективность клозапина по сравнению с другими антипсихотиками при лечении стойких психотических расстройств, доказательные данные, на которых это базируется, не очень убедительны[38]. Впрочем, клозапин может быть более эффективен, чем прочие антипсихотики, в зависимости от различных областей применения, что может быть недостаточно охвачено в исследованиях, но являться клинически очевидным.

Там, где проводились соответствующие исследования, была обнаружена и эквивалентность фармакологических и нефармакологических подходов, например для депрессии[39]. Таким образом, в то время как некоторые специфические различия между методами лечения могут отмечаться применительно к малораспространенным классам психических расстройств, таких как нервная анорексия[40] и обсессивно-компульсивное расстройство[39], результаты исследований чаще говорят о внутренней и внешней эквивалентности фармакологических и нефармакологических методов лечения для распространенных психических расстройств[41].

Выводы об эквивалентности небольших эффектов от фармакологических и нефармакологических видов лечения прежде всего позволяют предположить исходную неоднородность, то есть что некоторые люди реагировали только на лечение А, а другие – только на лечение Б, а вся генеральная совокупность исследования представляет собой смешение этих двух и других групп. Хотя это и может иметь значение, как, например, в случае с генетическими вариациями, обусловливающими различный отклик на фармакологическое лечение, достоверных признаков такой неоднородности отклика обнаружено не было, несмотря на большое количество исследований. Также в исследованиях психотерапии выведение за рамки исследования критических теоретических компонентов терапии не повлияло на размер эффекта[42,43].

Весомые, хотя и не взаимоисключающие аргументы можно привести в качестве еще одного объяснения для наблюдаемой эквивалентности, а именно – то, что на исход влияет не только специфическое лечение само по себе («что»), но и общие аспекты лечения («как»). В пользу последнего свидетельствуют данные о небольших, но значимых «клинических» случайных эффектах, означающие, что, при общем небольшом эффекте от специального лечения, существуют различия между конкретными альян-

сами «пациент-врач», некоторые из которых более благоприятствуют прогрессу в лечении, чем другие, что отмечалось не только в психотерапевтических исследованиях[44], но также и в фармакологических исследованиях в тех редких случаях, когда это анализировалось[45].

Таким образом, если аспект лечения «как» способствует улучшениям, то что же он собой представляет? Исследования предполагают, что в контексте лечения могут быть значимы два момента: эффект от общего фонового уровня обслуживания и эффект от взаимоотношений пациента и врача на уровне терапевтического ритуала. Эти контекстуальные эффекты уровня обслуживания и отношений «пациент-врач» будут рассмотрены ниже.

Контекстуальные эффекты уровня обслуживания

Мета-аналитические данные показали, что отклик на плацебо в исследованиях фармакологических видов лечения, таких как антидепрессанты[46], антипсихотики[47,48] и болеутоляющие препараты[49], со временем возрастал. Один из факторов, который мог поспособствовать увеличению отклика на плацебо, – это изменения в контексте и дизайне исследования[50]. Если стандартный контекст ухода за пациентом свести к относительно «пренебрежительному» отношению со стороны слаборазвитых служб, эффект плацебо приближается к естественному и становится ниже, чем плацебо-эффекты в контекстах высокоразвитых вспомогательных служб, что вводит в заблуждение при сравнении различных периодов времени и стран[51]. Таким образом, более ранние исследования, скорее всего, лучше подходят для сравнения естественного течения болезни и активного лечения, так как более поздние исследования представляют собой уже более «зрелое» сопоставление с плацебо общего поддерживающего лечения и специфического психотропного агента.

Та же проблема контекста, касающаяся роли стандартного ухода, может с течением времени повлиять на тенденции в исследованиях психотерапии, принимая во внимание мета-аналитические доказательства того, что эффективность психотерапевтических методов лечения, таких как КПТ[52], со временем постепенно уменьшается. Это, вероятно, относится к ранним исследованиям, в которых чаще фигурировало сопоставление с «листом ожидания», равносильное сравнению с естественным течением, тогда как поздние исследования уже чаще включали более активное сравнение методов. В результате мета-аналитическими обзорами выявляется временный эффект с учетом данных, полученных в исследованиях для КПТ, что сопоставление с условием листа ожидания дает значительно больший размер эффекта, чем с обычным лечением или приемом плацебо[25].

Эти временные эффекты важны, так как позволяют предположить, что взаимодействие с эффективными службами охраны психического здоровья способствует улучшениям точно так же, как специфическое лечение. Может оказаться полезным провести дальнейшие исследования на тему того, как оптимальный «общий эффект обслуживания» может повлиять на многих пациентов, будучи, к тому же, весьма экономичным вариантом.

Контекстуальные эффекты взаимоотношений «пациент-врач»

При таких состояниях, как депрессия, не проявляется различий в эффектах между методами лечения; при этом эффекты различаются между собой в зависимости особенностей функционирования специфических альянсов «пациент-врач». Это наблюдение вызвало продолжающуюся дискуссию о том, в какой мере так называемые «общие факторы» вносят вклад в наблюдаемый феномен эквивалентности методов лечения[31]. Общие факторы имеют отношение к неспецифическим межличностным и ритуальным элементам в отношениях пациента и врача, таким как предложение объяснительных моделей, выдвижение теоретических обоснований для перемен, формулирование ожиданий и поощрение вовлеченности пациента, – все в контексте продуктивных терапевтических взаимоотношений, которые характеризуются эмпатией, активным и заботливым отношением и способностью мотивировать, сотрудничать и содействовать эмоциональному самовыражению.

Действенность для 30-40% случаев психических расстройств эффекта плацебо, когда пациенту предлагается какой-либо терапевтический ритуал, и тот факт, что специальное, основанное на доказательных данных лечение дает лишь небольшой дополнительный эффект, – это аргумент в пользу существования общих факторов.

Доказательные данные для общих факторов могут быть найдены в исследованиях, включая некоторые удивительные примеры из экспериментальных исследований[53,54], демонстрирующие эффект ожиданий[32,54], роль терапевтических отношений[55] и самого терапевта[44]. Другие подтверждения можно обнаружить в мета-аналитических исследованиях, показавших, что: а) при депрессии прохождение одного и того же количества сеансов психотерапии за более короткий промежуток времени оказалось более эффективным, что говорит о влиянии интенсивности межличностного контакта[56]; б) выведение за рамки исследования критических теоретических компонентов психотерапии не повлияло на размер эффекта[42,43] (хотя введение этих компонентов может дать небольшое увеличение)[43]; в) сравнение активного лечения и структурно неэквивалент-

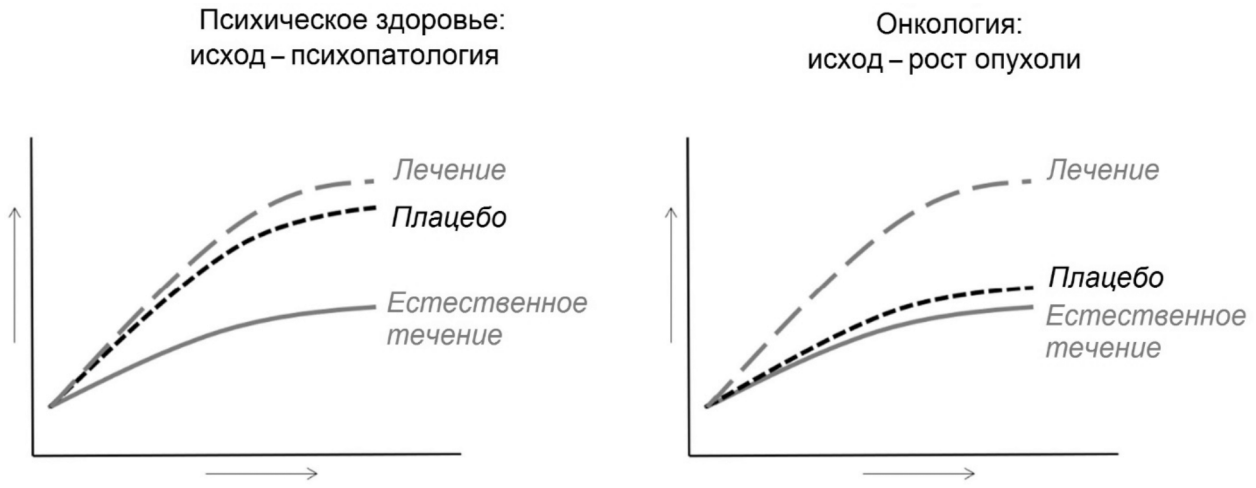

Рис. 1. Различия между плацебо-компонентами терапевтического эффекта (вертикальная ось) в зависимости от времени (горизонтальная ось) в психиатрии и онкологии.

ного плацебо дало больше эффектов, чем сравнение активного лечения и структурно эквивалентного плацебо[57].

Более того, применительно к депрессии увеличение отклика на плацебо с течением времени сопровождалось аналогичным ростом отклика на антидепрессанты[46]. Это позволяет предположить, по крайней мере для депрессии, что отклик на плацебо носит дополнительный характер и является частью терапевтического отклика, в отличие от других областей медицины, например, онкологии, где отклик на плацебо составляет незначительную часть терапевтического эффекта (см. рис. 1).

Мета-аналитические исследования применения антидепрессантов и транскраниальной магнитной стимуляции при депрессии также обнаружили положительную корреляцию между уровнем отклика на плацебо и на активное лечение[58,59]. Эти данные сопоставимы с идеей о том, что отклик на активное лечение при депрессии «дополняет» собой отклик на плацебо, либо что отклик на плацебо составляет неотъемлемую часть отклика на лечение. Иными словами, общие факторы, являющиеся частью основного терапевтического ритуала, могут служить фундаментом, на котором будет строиться лечение антидепрессантами.

Это предположение поддерживается исследованиями, где показано, что «сравнительно теплое» по атмосфере лечение работает лучше, чем «холодное»[53], и исследованиями, подтверждающими, что фармакологические и нефармакологические методы усиливают друг друга в смысле взаимодополняющего характера их совокупных эффектов, по крайней мере в отношении депрессии и тревожных расстройств[60]. В одном из исследований простого фокуса на мониторинге позитивного аффекта и на обратной связи по итогам курса по положительным эмоциям оказалось достаточно, чтобы сделать лечение антидепрессантами эффективным[61].

ОТНОСИТЕЛЬНАЯ НЕСОГЛАСОВАННОСТЬ В ОСНОВАННЫХ НА ДИАГНОЗЕ СИМПТОМ-РЕДУЦИРУЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ В РАМКАХ ДОКАЗАТЕЛЬНЫХ ПРАКТИК

Проведение основанного на доказательных данных лечения с фокусом на редукции симптомов в идеале должно служить высшей цели социальной активности и экзистенциальной интеграции («выздоровление»). Впрочем, вмешательства в рамках основанных на диагнозе доказательных практик симптом-редуцирования, если они вообще доступны, обычно проводятся специалистами, работающими в относительном отрыве от экзистенциальных, социальных и медицинских потребностей пациента[62,63]. К примеру, пациент может проходить курс КПТ для слышащих голоса, получать назначения антипсихотических препаратов от психиатра, пользоваться помощью социального работника в вопросах, связанных с жильем и льготами, и посещать врача общей практики для лечения диабета. Однако в повседневной жизни он может страдать от социальной изоляции, отсутствия смысла, ощущения безнадежности и массивного набора веса.

Различные специалисты, работающие с пациентом, могут знать о существовании друг друга, но иметь разные расписания и работать в разных отделениях и бюрократических структурах, что затрудняет возможность объединения их усилий. Самое главное, что экзистенциальным потребностям, таким как одиночество, отсутствие смысла и безнадежность, не уделяется внимание. В то время как различные государства и регионы располагают разными уровнями интеграции обслуживания, неофициальные данные свидетельствуют о том, что описанная здесь ситуация – не редкость[62,63]. Ниже мы более детально обсудим проблему интеграции социальных, экзистенциальных и медицинских потребностей.

Интеграция с осведомленностью о пациенте и фокус на экзистенциальных ценностях

Идея основанных на диагнозе доказательных практик симптом-редуцирования возникла в контексте биопсихосоциальной модели психических расстройств. Впрочем, несколько новых разработок предполагают, что биопсихосоциальная модель должна быть дополнена экзистенциальным компонентом и, таким образом, переосмыслена как биопсихосоциоэкзистенциальная система, в центре которой находится экзистенциальный элемент.

Прежде всего концепция «здоровья» как отсутствия болезней является рискованной, так как может вылиться в ситуацию, когда «слишком много медицины, слишком мало заботы»[64]. Поэтому эту традиционную концепцию все больше вытесняет представление о том, что здоровье – это способность приспосабливаться и справляться с медицинскими, социальными и психическими проблемами, чтобы достигать жизненных целей, значимых для данного человека[65]. Другими словами, восстановление здоровья – это не цель, а скорее средство, позволяющее пациенту устанавливать и достигать значимые цели.

Исходя из этого, экзистенциальные ценности пациента становятся главными в практике новейшей «третьей эры» медицины, принимающей во внимание доказательства (когда вмешательства направлены на цели высшего порядка – социальные и экзистенциальные), в отличие от медицины, основанной на доказательствах (ключевая цель – редукция симптома)[66,67]. При таком сценарии врачи естественным образом фокусируются на экзистенциальных ценностях и практикуют совместное принятие решений в смысле адаптации методов лечения к экзистенциальным потребностям пациента[68,69].

Конечно, аналогичные перемены происходили и в сфере охраны психического здоровья, пользователи услуг которой за последние 40 лет стали все более активно требовать от профессионалов большей чуткости к экзистенциальному аспекту их выздоровления, то есть помощи в преодолении и в адаптации к зачастую экстремальному опыту психической уязвимости и нахождении значимых целей, которые позволили бы полноценно жить независимо от диагноза[70].

Ценности, ассоциированные с перспективой экзистенциального выздоровления, – это связность, расширение прав и возможностей, идентичность, смысл, надежда и оптимизм[71,72], все они отражают работу по переосмыслению и реинтеграции себя и своей жизни после пережитого в связи с психическим расстройством экзистенциального кризиса.

В то время как идея основанных на диагнозе доказательных практик симптом-редуцирования не противоречит этим экзистенциальным категориям, есть однозначные проблемы в том, чтобы свести воедино медицинский подход «редукции симптома» и экзистенциальный подход «полноценной жизни» в рамках одной услуги[73,74]. Хотя исследования показывают, что у пациентов, получающих психиатрическую помощь, есть возможность расти в экзистенциальном плане[75], уровень организационной готовности традиционных психиатрических служб может быть фактором, препятствующим объединению этих двух пластов[76,77].

Модель основанных на диагнозе доказательных практик и экзистенциальное измерение дополняют друг друга с позиции перспектив лечения, так как первая концентрируется на психометрическом исходе в форме редукции симптомов, а вторая – на личном процессе восстановления. Работа над восстановлением подразумевает фокус на таких аспектах, как связность, развитие личной истории, положительные эмоции, чувство цели, материальные ресурсы и принятие, что требует новых инициатив со сто-

роны служб, таких как «восстановительный колледж», структурная коллегиальная поддержка, «первоочередное обеспечение жильем», «индивидуальное трудоустройство и поддержка» и «открытый диалог», которые может быть сложно воплотить в рамках традиционных служб психического здоровья[78-83].

Интеграция психиатрической, медицинской, наркологической и социальной помощи

Возможно, наиболее стойкой нерешенной задачей для людей с комплексными проблемами психического здоровья остается отсутствие координации между социальной защитой и медицинской помощью, с одной стороны, и наркологическими службами, если они существуют отдельно, – с другой[84].

Люди, имеющие тяжелые проблемы психического здоровья, с большой вероятностью находятся в сложном социальном положении, которое характеризуется бедностью, социальной изоляцией, маргинализацией, безработицей, стигматизацией и жилищными проблемами, и чаще преждевременно умирают, курят, страдают ожирением, диабетом, имеют зависимости и прочие хронические заболевания. Решить эти проблемы сложно, так как они требуют изменений в образе жизни, которые находятся в ведении различных служб. Оптимальный путь предполагает сотрудничество между сложными бюрократическими системами, имеющими раздельные бюджеты[85], что создает ряд барьеров[86]. Имеющиеся данные говорят о том, что одной лишь интеграции бюджетов может быть недостаточно для того, чтобы повлиять на исходы[87], и что сфере охраны психического здоровья можно перенять опыт других областей здравоохранения, в которых проводилась подобная интеграция[88,89].

Например, фокусом интеграции социальной и психиатрической помощи может стать организация восстановительных социальных учреждений как ключевых звеньев комплексного обслуживания[90]. Можно создать восстановительные колледжи – управляемые самими пользователями услуг социальные предприятия, получающие финансирование из сферы социальной защиты, в которых пользователям фактически платят за то, чтобы они помогли другим прийти к выздоровлению.

Для успешной интеграции социальной, экзистенциальной, психиатрической, наркологической и соматической помощи необходимо учитывать различные звенья подходов клинической практики, сервисных служб и общественного здравоохранения[91]. Еще один фактор – масштабность. Предполагается, что уровень проведения интеграции является критически важным, поскольку, вероятно, лучше всего проводить ее, сосредоточившись на локальных структурах в сравнительно небольших местностях как на модели организации услуг сферы охраны психического здоровья[92]. Сотрудничество на уровне местных структур обладает преимуществами в виде возможностей неформального общения, создания условий для гибкого консультирования под конкретные потребности, а также локальных совместных проектов.

Небольшой местностью можно считать такую, где проживают около 15 000 человек и имеется пять-десять кабинетов врачей общей практики, готовых работать по модели «усовершенствованной первичной помощи» сферы охраны психического здоровья[93,94].

ПЕРСПЕКТИВА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Годовой показатель распространенности поддающихся диагностике проблем психического здоровья составляет около 20%, при этом сфера охраны психического здоровья может обеспечить лечение только 4-6% населения за отдельно взятый год. Эти цифры говорят о том, что для общественного здравоохранения имеются значительные ресурсы в виде свободно доступных источников информации, самопомощи и электронных сообществ коллегиальной поддержки.

Проблема общественного психического здоровья не может быть решена путем продавливания системы основанных на диагнозе доказательных практик симптом-редуцирования до абсурдных пределов, о чем свидетельствует обеспокоенность по поводу чрезмерного назначения антидепрессантов[95] и препаратов для лечения СДВГ[96] и увеличение числа принудительных госпитализаций в странах Европы[10].

Хотя многое говорилось о потребности в высокоразвитой системе общественного психического здоровья наряду с традиционной системой охраны психического здоровья «один на один», государства медлят с воплощением этого в жизнь[15,97].

Тем не менее, во многих странах растет неформальная сеть онлайн-сообществ самопомощи для людей с разнообразными проблемами психического здоровья, например, расстройствами пищевого поведения, обсессивно-компульсивным расстройством, психотическим и посттравматическим стрессовым расстройствами. Хотя некоторые из них имеют миллионы посетителей ежегодно, а многие все активнее предлагают электронные и мобильные решения для здоровья с возможностью использовать их для самопомощи, им не хватает стабильного финансирования, несмотря на все большее признание того, что они составляют основу неформальной системы общественного психического здоровья, связанной с традиционной системой общественного здравоохранения[98].

Незначительное перераспределение финансирования от лечения «один на один» в рамках традиционной системы основанных на диагнозе доказательных практик симптом-редуцирования в пользу системы общественного психического здоровья как сети вспомогательных электронных сообществ, предлагающих информацию, самопомощь и коллегиальную поддержку и включающей основанный на рейтингах рынок электронных и мобильных решений, в пользовании которыми люди помогали бы друг другу, могло бы создать желаемый баланс.

Электронные сообщества не специфичны по диагнозу, но различаются по своей исходной самопрезентации, чтобы дать людям возможность выбора при поиске помощи, наиболее подходящей в связи с их жизненным опытом. Они могут помочь не только людям, не имеющим контакта со службами, но также поспособствовать самопомощи и помочь в навигации по системе служб охраны психического здоровья тем, кто уже находится под ее опекой[99].

ПОСЛЕДСТВИЯ ДЛЯ СЛУЖБ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

В то время как профессиональный принцип основанных на диагнозе доказательных практик симптом-редуцирования является доминирующим или даже нормативным в отношении организации и оценки услуг сферы охраны психического здоровья, остается вопрос о том, в какой степени это связано с пациентами. Хотя эта модель показала себя продуктивной, есть данные о том, что она не самым оптимальным образом соотносится с основными потребностями пациента социального и экзистенциального порядка.

Предположение о том, что даже у наиболее уязвимых категорий людей эти сферы естественным образом восстановятся, как только уйдут симптомы, не следует воспринимать как само собой разумеющееся. В отличие от стандартных проблем психического здоровья, цикличность симпто-

мов (повторение причин и следствий), необходимость профессиональной помощи и экзистенциальный компонент составляют ядро нового определения «тяжелого психического расстройства», выработанного большой согласительной группой в Нидерландах[100].

Множество рандомизированных контролируемых исследований предстают деревьями, за которыми не видно леса – более широкого вопроса о том, каковы потребности пациентов на самом деле. В дополнение к этому, в то время как модель основанных на диагнозе доказательных практик симптом-редуцирования сконструирована на базе технических навыков и специальных знаний, данные свидетельствуют и о хороших доводах в пользу того, что компоненты межличностных отношений и исцеляющие компоненты ритуальных взаимодействий способствуют клиническим улучшениям.

Таким образом, более глобальный вопрос может состоять в том, какие усилия необходимо предпринять, чтобы услуги сферы охраны психического здоровья были больше ориентированы на тех, кто в них нуждается, и в большей степени согласовывались с критическим анализом научных и экспериментальных данных. Это потребует свежего взгляда как на содержание, так и на организацию услуг на основании современного уровня знаний (см. таблицу 1).

Если бы предстояло формировать службу охраны психического здоровья «с нуля» с учетом указанных изменений, то вполне вероятно, что новая служба была бы лишь умеренно похожа на нынешнюю систему профессиональных основанных на диагнозе доказательных практик симптом-редуцирования. Высказывалось предложение сделать концепцию восстановления организующим и связующим принципом новой службы охраны психического здоровья[101].

Если считать интеграцию и связность важными ценностями, может быть более логичным организовывать службы охраны психического здоровья на сравнительно небольших уровнях (с охватом населения примерно в 15 000 человек), чтобы иметь подлинное впечатление и ощущение локального оздоровительного сообщества, способствующего налаживанию связей и повышению устойчивости при обучении жизни с психической уязвимостью. Коллегиальная поддержка, организуемая, к примеру, на уровне восстановительных колледжей, могла бы составить основу сообщества.

Основной процесс развития личной истории и становления и осознания значимых целей должен поддерживаться методами лечения, нацеленными на транссиндромальную редукцию симптомов и специально ориентированными на активизацию базового процесса восстановления и вовлечения в жизнь, применяемыми профессионалами, обученными принимать во внимание личную историю и максимизировать эффекты, полученные от терапевтических отношений и ритуальных аспектов лечения.

Образовательный процесс может быть организован в форме личностно-центрированного, ориентированного на самостоятельность и основанного на практике межпрофессионального взаимодействия между клиентами, студентами разных направлений подготовки и различными специалистами сферы психического здоровья, что способствовало бы надлежащему становлению взглядов, получению знаний и навыков в процессе совместной работы, общению и налаживанию связей[102]. Кризисные интервенции могут осуществляться посредством комбинации коллегиальной поддержки в формах открытого диалога и локальных приютов, что увеличивало бы потенциал сообщества в плане социальной поддержки.

Некоторые аспекты услуг в области охраны психического здоровья по-прежнему будут требовать регионального уровня организации: например, отделения высокоинтенсивной терапии, учреждения усиленного режима, а также психиатрические службы по поддержке перехода из детской медицины во взрослую, в том числе службы общественного психического здоровья наподобие австралийской «headspace»[103].

Таблица 1. Факторы конструирования службы охраны психического здоровья

- Проблемы психического здоровья представляют собой крайне изменчивые кластеры транссиндромального спектра симптомов, не поддающихся детальной диагностической редукции. Знания 10–15 широко распространенных синдромов может быть достаточно для применения в ежедневной практике.
- Модель «специализированной» помощи при обособленном диагнозе может быть менее эффективна, чем модель применения профессиональных знаний на транссиндромальной основе.
- Мнение пользователей услуг отражает первостепенную значимость работы над процессом повышения жизнестойкости на социальном (связность, социальные ресурсы) и экзистенциальном (смысл, идентичность, чувство цели) уровнях, а не уменьшение симптомов как таковых.
- Контекст службы охраны психического здоровья привносит в клиническую практику изменения в виде «эффекта общего обслуживания», предполагающего важность формы и структуры.
- Критический анализ профессиональных знаний указывает на то, что специфические эффекты от доказательных практик могут чрезмерно приписываться техническому («что»), а не межличностному/ритуальному («как») компонентам лечения.
- Важность компонента «как» указывает на потребность в углубленных исследованиях и в обучении набору навыков и принципов усиления межличностных/ритуальных эффектов.
- Масштабность службы охраны психического здоровья является важным фактором в связи с потребностью в интеграции социальной, медицинской и наркологической сфер помощи на уровне клинической практики, служб и общественного здравоохранения.
- Развитие традиционных служб охраны психического здоровья должно происходить параллельно с развитием системы общественного психического здоровья, фундамент которой может быть образован некоторым количеством вспомогательных электронных сообществ.

Важно, чтобы локальное оздоровительное сообщество было интегрировано с местной социальной защитой (вопросы жилья, трудоустройства, образования), с фокусом на местных социальных мероприятиях, ориентированных на восстановление, и в сотрудничестве с «продвинутыми» местными кабинетами врачей общей практики для интеграции медицинской помощи.

Служба охраны психического здоровья, организованная как местное оздоровительное сообщество плюс необходимые региональные компоненты, должна быть в состоянии обслуживать около 4-6% населения и иметь тесные связи с системой вспомогательных электронных сообществ общественного здравоохранения с потенциалом охвата в 20% населения, которая, в свою очередь, должна быть интегрирована с основанным на пользовательском рейтинге качества общественным «рынком» электронных и мобильных решений для «комплексной» самопомощи.

Очевидно, что масштаб и сложность предлагаемых изменений таковы, что их невозможно оценить в рандомизированных контролируемых исследованиях. Поэтому, по нашему предложению, более продуктивным может быть участие в практическо-исследовательских формах работы и создание ряда пилотных проектов в соответствии с идеями, описанными выше, и попутное обучение по их результатам[104]. Ряд таких пилотных проектов уже находится на стадии реализации в Нидерландах и, без сомнения, во многих других странах.

Более амбициозной попыткой исследования стало бы изучение «пилотных областей» в квазиэкспериментальном дизайне, причем, возможно, даже с рандомизацией на уровне округа или района. Хотя это потребует значительного финансирования, можно утверждать, что данный вариант представляет собой наиболее актуальную, однако, пожалуй, наиболее обделенную вниманием на сегодняш-

ний день область исследований в сфере психического здоровья.

После десятилетий спонсирования крупномасштабных попыток определения биологических механизмов психических расстройств и проведения рандомизированных контролируемых исследований по стратегиям редуцирования симптомов, которые не свободны от условия их легитимации со стороны академических психиатрических и психологических кругов, возможно, пришло время скоординировать крупномасштабные усилия вокруг содержания и организации услуг в сфере психического здоровья, включая общественное, принимая во внимание как профессиональные знания, так и мнения пользователей.

Библиография

1. Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N et al. Evidence based medicine: a movement in crisis? BMJ 2014;348:g3725.
2. Barbui C, Purgato M, Churchill R et al. Evidence-based interventions for global mental health: role and mission of a new Cochrane initiative. Cochrane Database Syst Rev 2017;4:ED000120.
3. Fisher AJ, Medaglia JD, Jeronimus BF. Lack of group-to-individual generalizability is a threat to human subjects research. Proc Natl Acad Sci USA 2018;115:E6106-15.
4. Miyar J, Adams CE. Content and quality of 10,000 controlled trials in schizophrenia over 60 years. Schizophr Bull 2013;39:226-9.
5. GBD 2013 DALYs and HALE Collaborators, Murray CJ, Barber RM et al. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition. Lancet 2015;386:2145-91.
6. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. Lancet Psychiatry 2016;3:171-8.
7. Organisation for Economic Co-operation and Development. Antidepressant drugs consumption, 2000 and 2015 (or nearest year), in pharmaceutical sector. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development Publishing, 2017.
8. Steinhausen HC. Recent international trends in psychotropic medication prescriptions for children and adolescents. Eur Child Adolesc Psychiatry 2015;24:635-40.
9. Clark DM. Realizing the mass public benefit of evidence-based psychological therapies: the IAPT program. Annu Rev Clin Psychol 2018;14:159-83.
10. Wise J. Mental health: patients and service in crisis. BMJ 2017;356:j1141.
11. van Os J, Neeleman J. Caring for mentally ill people. BMJ 1994;309:1218-21.
12. Aarons GA, Glisson C, Green PD et al. The organizational social context of mental health services and clinician attitudes toward evidence-based practice: a United States national study. Implement Sci 2012;7:56.
13. Hasnain-Wynia R. Is evidence-based medicine patient-centered and is patient-centered care evidence-based? Health Serv Res 2006;41:1-8.
14. Slade M, Longden E. Empirical evidence about recovery and mental health. BMC Psychiatry 2015;15:285.
15. Wahlbeck K. Public mental health: the time is ripe for translation of evidence into practice. World Psychiatry 2015;14:36-42.
16. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W et al. Evidence-based medicine. New York: Churchill Livingstone, 1997.
17. van Os J. A salience dysregulation syndrome. Br J Psychiatry 2009;194:101-3.
18. Maj M. Why the clinical utility of diagnostic categories in psychiatry is intrinsically limited and how we can use new approaches to complement them. World Psychiatry 2018;17:121-2.
19. Guloksuz S, van Os J. The slow death of the concept of schizophrenia and the painful birth of the psychosis spectrum. Psychol Med 2018;48:229-44.
20. Bell RC, Dudgeon P, McGorry PD et al. The dimensionality of schizophrenia concepts in first-episode psychosis. Acta Psychiatr Scand 1998;97:334-42.
21. Ahn WK, Proctor CC, Flanagan EH. Mental health clinicians' beliefs about the biological, psychological, and environmental bases of mental disorders. Cognit Sci 2009;33:47-82.
22. Barch DM, Bustillo J, Gaebel W et al. Logic and justification for dimensional assessment of symptoms and related clinical phenomena in psychosis: relevance to DSM-5. Schizophr Res 2013;150:15-20.
23. Cuthbert BN, Insel TR. Toward new approaches to psychotic disorders: the NIMH Research Domain Criteria project. Schizophr Bull 2010;36:1061-2.
24. Kirsch I, Moncrieff J. Clinical trials and the response rate illusion. Contemp Cin Trials 2007;28:348-51.
25. Cuijpers P, Cristea IA, Karyotaki E et al. How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. World Psychiatry 2016;15:245-58.
26. Cuijpers P, van Straten A, Bohlmeijer E et al. The effects of psychotherapy for adult depression are overestimated: a meta-analysis of study quality and effect size. Psychol Med 2010;40:211-23.
27. Wampold BE, Fluckiger C, Del Re AC et al. In pursuit of truth: a critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy. Psychother Res 2017;27:14-32.
28. Owen J, Drinane JM, Idigo KC et al. Psychotherapist effects in meta-analyses: how accurate are treatment effects? Psychotherapy 2015;52:321-8.
29. Leichsenring F, Abbass A, Hilsenroth MJ et al. Biases in research: risk factors for non-replicability in psychotherapy and pharmacotherapy research. Psychol Med 2017;47:1000-11.
30. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. Lancet 2018;391:1357-66.
31. Wampold BE. How important are the common factors in psychotherapy? An update. World Psychiatry 2015;14:270-7.
32. Rutherford BR, Wall MM, Glass A et al. The role of patient expectancy in placebo and nocebo effects in antidepressant trials. J Clin Psychiatry 2014;75:1040-6.
33. Cuijpers P, Donker T, van Straten A et al. Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. Psychol Med 2010;40:1943-57.
34. Cuijpers P, Karyotaki E, Reijnders M et al. Was Eysenck right after all? A reassessment of the effects of psychotherapy for adult depression. Epidemiol Psychiatr Sci (in press).
35. Cristea IA, Gentili C, Cotet CD et al. Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry 2017;74:319-28.
36. Steenkamp MM, Litz BT, Hoge CW et al. Psychotherapy for military-related PTSD: a review of randomized clinical trials. JAMA 2015;314:489-500.
37. von Wolff A, Holzel LP, Westphal A et al. Selective serotonin reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants in the acute treatment of chronic depression and dysthymia: a systematic review and meta-analysis. J Affect Disord 2013;144:7-15.
38. Samara MT, Dold M, Gianatsi M et al. Efficacy, acceptability, and tolerability of antipsychotics in treatment-resistant schizophrenia: a network meta-analysis. JAMA Psychiatry 2016;73:199-210.
39. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL et al. The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: a meta-analysis of direct comparisons. World Psychiatry 2013;12:137-48.
40. Zipfel S, Wild B, Gross G et al. Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial. Lancet 2014;383:127-37.
41. Huhn M, Tardy M, Spineli LM et al. Efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy for adult psychiatric disorders: a systematic overview of meta-analyses. JAMA Psychiatry 2014;71:706-15.
42. Ahn H, Wampold BE. Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. J Couns Psychol 2001;48:251-7.
43. Bell EC, Marcus DK, Goodlad JK. Are the parts as good as the whole? A meta-analysis of component treatment studies. J Consult Clin Psychol 2013;81:722-36.
44. Baldwin SA, Imel ZE. Therapist effects: findings and methods In: Lambert MJ, editor. (ed). Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change, 6th ed. New York: Wiley, 2013:258-97.
45. McKay KM, Imel ZE, Wampold BE. Psychiatrist effects in the psychopharmacological treatment of depression. J Affect Disord 2006;92:287-90.
46. Khan A, Mar KF, Faucett J et al. Has the rising placebo response impacted antidepressant clinical trial outcome? Data from the US Food and Drug Administration 1987-2013. World Psychiatry 2017;16:181-92.
47. Rutherford BR, Pott E, Tandler JM et al. Placebo response in antipsychotic clinical trials: a meta-analysis. JAMA Psychiatry 2014;71:1409-21.
48. Leucht S, Chaimani A, Leucht C et al. 60 years of placebo-controlled antipsychotic drug trials in acute schizophrenia: meta-regression of predictors of placebo response. Schizophr Res (in press).
49. Tuttle AH, Tohyama S, Ramsay T et al. Increasing placebo responses over time in U.S. clinical trials of neuropathic pain. Pain 2015;156:2616-26.
50. Furukawa TA, Cipriani A, Leucht S et al. Is placebo response in antidepressant trials rising or not? A reanalysis of datasets to conclude this long-lasting controversy. Evid Based Ment Health 2018;21:1-3.

51. Tyrer P. Are small case-loads beautiful in severe mental illness? Br J Psychiatry 2000;177:386-7.
52. Johnsen TJ, Friborg O. The effects of cognitive behavioral therapy as an anti-depressive treatment is falling: a meta-analysis. Psychol Bull 2015;141:747-68.
53. Kaptchuk TJ, Kelley JM, Conboy LA et al. Components of placebo effect: randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. BMJ 2008;336:999-1003.
54. Kam-Hansen S, Jakubowski M, Kelley JM et al. Altered placebo and drug labeling changes the outcome of episodic migraine attacks. Sci Transl Med 2014;6:218ra5.
55. Fluckiger C, Del Re AC, Wampold BE et al. The alliance in adult psychotherapy: a meta-analytic synthesis. Psychotherapy (in press).
56. Cuijpers P, Huibers M, Ebert DD et al. How much psychotherapy is needed to treat depression? A metaregression analysis. J Affect Disord 2013;149:1-13.
57. Baskin TW, Tierney SC, Minami T et al. Establishing specificity in psychotherapy: a meta-analysis of structural equivalence of placebo controls. J Consult Clin Psychol 2003;71:973-9.
58. Iovieno N, Papakostas GI. Correlation between different levels of placebo response rate and clinical trial outcome in major depressive disorder: a meta-analysis. J Clin Psychiatry 2012;73:1300-6.
59. Razza LB, Moffa AH, Moreno ML et al. A systematic review and meta-analysis on placebo response to repetitive transcranial magnetic stimulation for depression trials. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2018;81:105-13.
60. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL et al. Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. World Psychiatry 2014;13:56-67.
61. Kramer I, Simons CJ, Hartmann JA et al. A therapeutic application of the experience sampling method in the treatment of depression: a randomized controlled trial. World Psychiatry 2014;13:68-77.
62. The Schizophrenia Commission . The abandoned illness. London: Rethink, 2012.
63. Van Sambeek N, Tonkens E, Bröer C. Sluipend kwaliteitsverlies in de geestelijke gezondheidszorg. Professionals over de gevolgen van marktwerking. Beleid en Maatschappij 2011;38:47-64.
64. Glasziou P, Moynihan R, Richards T et al. Too much medicine; too little care. BMJ 2013;347:f4247.
65. Huber M, Knottnerus JA, Green L et al. How should we define health? BMJ 2011;343:d4163.
66. Richards T, Snow R, Schroter S. Co-creating health: more than a dream. BMJ 2016;354:i4550.
67. Berwick DM. Era 3 for medicine and health care. JAMA 2016;315:329-30.
68. Emanuel EJ, Gudbranson E. Does medicine overemphasize IQ? JAMA 2018;319:651-2.
69. VanderWeele TJ, Balboni TA, Koh HK. Health and spirituality. JAMA 2017;318:519-20.
70. Deegan PE. Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities. Soc Work Health Care 1997;25:11-24.
71. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C et al. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. Br J Psychiatry 2011;199:445-52.
72. Stuart SR, Tansey L, Quayle E. What we talk about when we talk about recovery: a systematic review and best-fit framework synthesis of qualitative literature. J Ment Health 2017;26:291-304.
73. Anthony WA. Recovery from mental illness. The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosoc Rehabil J 1993;16:11-23.
74. Boevink W. TREE: Towards recovery, empowerment and experiential expertise of users of psychiatric services In: Rian P, editor; Ramon S, editor; Greacen T, editor. (eds). Empowerment, lifelong learning and recovery in mental health: towards a new paradigm. New York: Palgrave MacMillan, 2012:36-49.
75. Macpherson R, Pesola F, Leamy M et al. The relationship between clinical and recovery dimensions of outcome in mental health. Schizophr Res 2016;175:142-7.
76. Leamy M, Clarke E, Le Boutillier C et al. Implementing a complex intervention to support personal recovery: a qualitative study nested within a cluster randomised controlled trial. PLoS One 2014;9:e97091.
77. Stuber J, Rocha A, Christian A et al. Predictors of recovery-oriented competencies among mental health professionals in one community mental health system. Community Ment Health J 2014;50:909-14.
78. Rhenter P, Tinland A, Grard J et al. Problems maintaining collaborative approaches with excluded populations in a randomised control trial: lessons learned implementing Housing First in France. Health Res Policy Syst 2018;16:34.
79. Burhouse A, Rowland M, Marie Niman H et al. Coaching for recovery: a quality improvement project in mental healthcare. BMJ Qual Improv Rep 2015;4(1).
80. Buus N, Bikic A, Jacobsen EK et al. Adapting and implementing open dialogue in the Scandinavian countries: a scoping review. Issues Ment Health Nurs 2017;38:391-401.
81. Editorial. Open Dialogue method of mental health care launched in the UK. Ment Health Today 2015:6.
82. Tanenbaum SJ. Mental health consumer-operated services organizations in the US: citizenship as a core function and strategy for growth. Health Care Anal 2011;19:192-205.
83. Slade M. Implementing shared decision making in routine mental health care. World Psychiatry 2017;16:146-53.
84. Druss BG, Goldman HH. Integrating health and mental health services: a past and future history. Am J Psychiatry (in press).
85. Kuluski K, Ho JW, Hans PK et al. Community care for people with complex care needs: bridging the gap between health and social care. Int J Integr Care 2017;17:2.
86. Rodgers M, Dalton J, Harden M et al. Integrated care to address the physical health needs of people with severe mental illness: a mapping review of the recent evidence on barriers, facilitators and evaluations. Int J Integr Care 2018;18:9.
87. Baxter S, Johnson M, Chambers D et al. The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence. BMC Health Serv Res 2018;18:350.
88. Allen D, Rixson L. How has the impact of 'care pathway technologies' on service integration in stroke care been measured and what is the strength of the evidence to support their effectiveness in this respect? Int J Evid Based Healthc 2008;6:78-110.
89. Liu NH, Daumit GL, Dua T et al. Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agenda. World Psychiatry 2017;16:30-40.
90. Roy MJ, Donaldson C, Baker R et al. The potential of social enterprise to enhance health and well-being: a model and systematic review. Soc Sci Med 2014;123:182-93.
91. van Os J, Delespaul PH. A valid quality system for mental health care: from accountability and control in institutionalised settings to co-creation in small areas and a focus on community vital signs. Tijdschr Psychiatr 2018;60:96-104.
92. Fleury MJ, Mercier C. Integrated local networks as a model for organizing mental health services. Adm Policy Ment Health 2002;30:55-73.
93. Funk M, Ivbijaro G. Integrating mental health into primary care: a global perspective. Geneva: World Health Organization/WONCA, 2008.
94. London Strategic Clinical Network for Mental Health . A commissioner's guide to primary care mental health. London: London Strategic Clinical Network for Mental Health, 2014.
95. Adlington K. Pop a million happy pills? Antidepressants, nuance, and the media. BMJ 2018;360:k1069.
96. Dunlop AJ, Newman LK. ADHD and psychostimulants – overdiagnosis and overprescription. Med J Aust 2016;204:139.
97. Campion J, Knapp M. The economic case for improved coverage of public mental health interventions. Lancet Psychiatry 2018;5:103-5.
98. van Os J. 'Multi-expert' eCommunities as the basis of a novel system of public mental health. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen 2018;96:62-7.
99. Griffiths KM. Mental health Internet support groups: just a lot of talk or a valuable intervention? World Psychiatry 2017;16:247-8.
100. Delespaul PH, de consensusgroep EPA. Consensus regarding the definition of persons with severe mental illness and the number of such persons in The Netherlands. Tijdschr Psychiatr 2013;55:427-38.
101. Davidson L, White W. The concept of recovery as an organizing principle for integrating mental health and addiction services. J Behav Health Serv Res 2007;34:109-20.
102. Vijn TW, Wollersheim H, Faber MJ et al. Building a patient-centered and interprofessional training program with patients, students and care professionals: study protocol of a participatory design and evaluation study. BMC Health Serv Res 2018;18:387.
103. McGorry PD, Tanti C, Stokes R et al. headspace: Australia's National Youth Mental Health Foundation – where young minds come first. Med J Aust 2007;187:S68-70.
104. Delespaul P, Milo M, Schalken F et al. GOEDE GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal, verbeterde organisatie. Amsterdam: Diagnosis Uitgevers, 2016.

DOI: 10.1002/wps.20609

К вопросу о консенсусе по поводу мобильных приложений и цифрового психического здоровья

С психическим расстройством сталкивается каждый четвертый житель планеты, но доступ к специализированной помощи для многих нуждающихся в ней затруднен[1]. Преодолеть этот барьер могли бы мобильные приложения в сфере психического здоровья, поскольку согласно прогнозам к 2020 году число обладателей смартфонов достигнет трех миллиардов.

На данный момент доступно около 10 000 таких приложений, однако недостает ресурсов, которые помогли бы конечному пользователю (пациентам, врачам и медицинским организациям) оценить их качество и пригодность к использованию. Таким образом, существует острая потребность в соглашении о стандартах, принципах и подходах к исследованию и оценке данных приложений.

От лица лидеров в области mHealth (Мобильного здравоохранения) – исследователей, производителей и организаторов здравоохранения по всему миру, в данной публикации мы хотели бы способствовать становлению консенсуса по стандартам и принципам разработки приложений в сфере психического здоровья. В качестве стандартов, как минимум, должны рассматриваться: а) приватность и информационная безопасность; б) эффективность; в) отзывы и приверженность пользователей; г) интеграция данных.

Приватность и информационная безопасность. Учитывая нынешнюю практику нецелевого использования онлайн-данных из электронной почты или социальных сетей, необходимо удостовериться, что в вопросах передачи информации приложения в сфере психического здоровья будут удовлетворять требованиям медицинского законодательства[2]. Наравне с сугубо личными данными о здоровье, многие приложения в сфере психического здоровья собирают и другую информацию, которая регистрируется смартфонами: положение по глобальной системе навигации (GPS), использование клавиатуры, фото и видео, общее время пользования телефоном. Все это создает серьезные препятствия для обеспечения необходимого уровня приватности[2,3].

Мы рекомендуем следующие меры: а) необходимо согласовать стандарты хранения, использования и передачи данных; б) политика хранения, использования и передачи данных должна быть прозрачна для пользователей; в) если данные передаются внешним партнерам (например, исследователям), то пользователь должен быть ознакомлен с намерениями этих партнеров относительно хранения, использования и передачи данных; г) пользователь должен иметь возможность отказаться от участия в сборе его/ее данных; д) правила хранения, использования и передачи данных должны быть изложены простым языком (уровень, понятный человеку в 11–12 лет); е) необходим контроль технической безопасности и ревизия данных, с целью убедиться, что приложение соответствует заявленным требованиям, а появляющиеся недостатки своевременно устраняются.

Эффективность приложений. Большинство приложений в сфере психического здоровья, которые продаются в качестве медицинских, не проходили соответствующую оценку, однако заявляют, что основаны на доказательной медицине, поскольку создаются на основе доказанных терапевтических методов[4]. В тех случаях, когда приложение действительно обладает доказанной эффективностью, технические изменения могут потребовать переоценки эффективности после каждого обновления. В то же время небольшие поправки, переход на другую платформу и смена аспектов вряд ли потребуют перепроверки, если уже сертифицированный терапевтический принцип остался прежним. В частности, для случаев, когда целью нововведений было повышение охвата, вовлеченности и приверженности (но не эффективности), может подойти A/B-тестирование. Если же произошли значимые изменения, например, внедрение нового терапевтического подхода или существенные изменения в изначальном, они также должны продемонстрировать эффективность, как если бы речь шла о новом приложении.

Наши рекомендации таковы: а) впервые применяемые терапевтические принципы, которые должны быть определены и описаны, следует подвергнуть клиническим испытаниям для оценки их эффективности и результативности; б) после небольших изменений в приложении, которое уже имеет доказательную базу, новые клинические испытания не требуются, однако серьезные нововведения могут потребовать переоценки; в) следует подобрать нозологии для приложений в сфере психического здоровья[5], а также привести в соответствующих рекомендациях уровни доказательности, показания и возможные риски, связанные с их применением[6].

Отзывы пользователей и приверженность. Многие пациенты и в целом пользователи прекращают пользоваться приложением спустя две недели после загрузки[7]. Приверженность врачей приложению зависит от того, знакомы ли они с используемой технологией и сочетается ли она с привычными для них терапевтическими подходами. По всей вероятности, недостаточная приверженность отражает их удобство в применении, ведь поскольку при создании таких приложений редко учитывается мнение врачей и пациентов, в результате продукт может не отвечать предпочтениям и целям конечного пользователя[6].

Мы предлагаем следующее: а) при создании приложения должны использоваться клиент-центрированные подходы или подходы с учетом мнения пользователей (UX-design); сюда относятся привлечение конечного пользователя к процессу разработки и постоянный анализ текущего состояния по ходу процесса использования с целью убедиться, что приложение полезно и удобно, органично вписывается в жизнь пользователя и не обременяет его; б) после того, как будет оценено удобство приложения, разработчикам следует довести до конечных пользователей статистику по использованию приложения; в) следует разработать стандарты качественной практики в исследовании дизайна с ориентацией на пользователя применительно к приложениям в сфере психического здоровья.

Интеграция данных. Приложения должны поддерживать интеграцию с электронными историями болезни (ЭИБ) и другими системами передачи информации лечащему врачу. Препятствовать этому могут разные требования по интеграции данных в разных системах ведения ЭИБ – не все из них поддерживают программный интерфейс для обмена данными (API). В США на данный момент развивается направление, которое дало бы пациентам доступ к информации из ЭИБ через систему Smart Health IT (https://apps.smarthealthit.org/) – открытую и основанную на стандартах платформу, которая позволяет создателям приложений наладить взаимодействие. Однако стандарты, которые регулировали бы обмен данными при таких взаимодействиях, до сих пор не разработаны.

Мы рекомендуем следующее: а) приложения в сфере психического здоровья, которые предназначены для совместного использования с медицинскими организациями, должны пользоваться технологиями, поддерживающими связь с электронными историями болезни; б) приложениям в сфере психического здоровья надлежит документировать все используемые процессы, чтобы сделать обмен информацией между платформами безопасным; в) необходимы стандарты обмена внутренними данными, сходные с представленными по ссылке http://www.openmhealth.org/.

Поскольку деятельность mHealth в направлении предоставления помощи и в сфере психического здоровья только начинается, сейчас для исследователей, врачей, пользователей, разработчиков стандартов и инвесторов представляется удобный момент, чтобы поучаствовать во внедрении строгих стандартов, которым отвечали бы данные приложения, как и любой другой терапевтический метод.

Некоторые меры уже предприняты. В США Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов уже заявило, что уходит от оценки отдельных приложений и собирается направить усилия на контроль разработчиков. Также разработкой подходов к оценке приложений занялись профессиональные сообщества, например, Американская Психиатрическая Ассоциация и Американская Медицинская Ассоциация[8]. В Великобритании Национальная Медицинская Служба перезапустила в бета-версии Библиотеку приложений, где предложены рекомендации по созданию приложений для широкого спектра состояний, в том числе психических расстройств. Кроме того, Британский Институт Стандартов опубликовал стандарты для разработки медицинских приложений. В Европейском Союзе Национальный Институт Здравоохранения и Усовершенствования Медицинского Обслуживания (NICE) активно разрабатывает стандарты для приложений и других технологий в области поведенческой терапии.

Подводя итоги, мы можем порекомендовать перечисленным организациям, а также аналогичным объединить усилия и прийти к соглашению относительно универсальных стандартов, которые бы обеспечивали качество приложений в сфере психического здоровья и включали бы как минимум требования по приватности и информационной безопасности, эффективности, учете приверженности пользователей и интеграция данных.

John Torous[1], Gerhard Andersson[2], Andrew Bertagnoli[3], Helen Christensen[4], Pim Cuijpers[5], Joseph Firth[6,7], Adam Haim[8], Honor Hsin[9], Chris Hollis[10], Shon Lewis[7], David C. Mohr[11], Abhishek Pratap[12], Spencer Roux[1], Joel Sherrill[8], Patricia A. Arean[12]

[1]Beth Israel Deaconess Medical Center, Harvard Medical School, Boston, MA, USA;
[2]Linköping University, Linköping, Sweden and Karolinska Institute, Stockholm, Sweden;
[3]Optum, Eden Prairie, MN, USA;
[4]Black Dog Institute, University of New South Wales, Sydney, NSW, Australia;
[5]Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, TheNetherlands;
[6]Western Sydney University, Penrith, NSW, Australia;
[7]University of Manchester, Manchester, UK;
[8]National Institute of Mental Health, Bethesda, MD, USA;
[9]Verily Life Sciences, South San Francisco, CA, USA;
[10]University of Nottingham, Nottingham, UK;
[11]Northwestern University, Chicago, IL, USA;
[12]University of Washington, Seattle, WA, USA

H. Hsin is an employee of Verily Life Sciences. The views expressed here are those of the authors and do not represent official views of Verily Life Sciences.

Перевод: Шишковская Т.И. (Самара)
Редактура: к.м.н. Федотов И.А. (Рязань)
(World Psychiatry 2019;18(1):97-98)

Библиография

1. World Health Organization. The world health report 2001 – Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001.
2. Huckvale K, Prieto JT, Tilney M et al. BMC Med 2015;13:214.
3. Kramer DB, Fu K. JAMA 2017;318:2077-8.
4. Larsen ME, Nicholas J, Christensen H. PLoS One 2016;11:e0152285.
5. Hollis C, Falconer CJ, Martin JL et al. J Child Psychol Psychiatry 2017; 58:474-503.
6. Mohr DC, Weingardt KR, Reddy M et al. Psychiatr Serv 2017;68:427-9.
7. Dorsey ER, McConnell MV, Shaw SY et al. Acad Med 2017;92:157-60.
8. Torous JB, Chan SR, Gipson SY et al. Psychiatr Serv 2018;69:498-500.

DOI: 10.1002/wps.20592

AVATAR-терапия: многообещающий подход при персистирующих и дезадаптирующих голосах

AVATAR-терапия была впервые предложена и описана J. Leff и соавторами[1]. Терапия состоит в трехстороннем общении между врачом, пациентом и виртуальной симуляцией (аватаром) одного из его/ее галлюцинаторных голосов. Аватар представляет собой виртуальную репрезентацию персонажа, которому, по мнению пациента, принадлежит голос, а также использует технологию трансформации речи, чтобы изменить голос врача и приблизить его по вокальным характеристикам к описанному пациентом.

Терапия состоит из 6-8 коротких сессий длительностью до 45 минут, из которых 15 минут отводятся на беседу с аватаром, а оставшееся время посвящено обсуждению сессии на прошлой неделе, планированию следующей сессии и обсуждению прошедшего диалога с аватаром. Врач, который также находится в комнате на некотором отдалении от пациента, может общаться с ним либо от своего лица, либо от лица аватара измененным голосом. Пациент при этом сидит перед монитором, где отображается лицо аватара. На начальных этапах аватар дословно передает то, что голос обычно говорит пациенту (с его слов), но в дальнейшем врач по ходу диалога корректирует его высказывания, побуждая при этом пациента вступить с ним в конфронтацию и добиться того, чтобы голос перестал пугать пациента, а в некоторых случаях даже ободрял и поддерживал его.

В основе подхода лежит диалоговая терапия[2-4]: она основана на наблюдении, что пациенту легче понять свое состояние, если голоса трактуются не как нарушение восприятия собственного мышления, а как социальные существа с собственным отношением, целями и установками[5,6]. Метод также учитывает мнение пациента об идентичности, предполагаемом всемогуществе и враждебности голосов. Сюда же относятся соображения пациента о том, кому голос принадлежит и может ли он отражать трудности в отношениях, с которыми пациент ранее сталкивался (унижение, обвинения, травля).

Терапевтический процесс включает две обширные фазы[7]. Первые три сессии дают пациенту возможность встретиться с аватаром лицом к лицу и отразить его нападки. Содержание второй фазы (с 4 по 6-ю сессию) вариабельно и зависит от того, какие изменения в отношениях предпочтительны для пациента и какие действия убедят аватар стать более мирным и принимающим. Основной целью представляется именно повышение самооценки: необходимо сформировать понимание, что источником голоса является сам пациент, определить, какие проблемы являются его источником и способствуют его сохранению.

На данный момент проведено два пилотных исследования, где сопоставлялись группы получающих AVATAR-терапию и находящихся в листе ожидания[1,8], и одно контролируемое исследование, где AVATAR-терапия сравнивалась с поддерживающим консультированием[9]. Во всех удалось продемонстрировать преимущество по сравнению с контрольной группой в виде уменьшения частоты и тяжести голосов в течение 12 недель (и не только того голоса, который был выбран для создания аватара).

Более крупное исследование[9] также продемонстрировало улучшение на протяжении 24 недель, однако состояние пациентов из контрольной группы, получавших поддерживающее консультирование, также улучшилось, и в этом пункте различие между группами к концу исследования не было статистически значимым. Однако следует отметить, что потеря эффекта в дальнейшем была обусловлена улучшением изначального состояния, а не истощением эффекта собственно AVATAR-терапии[9].

Обнадеживающие результаты приведенных исследований привлекли внимание врачей, пациентов и их родственников по всему миру. Речь идет о значимом прогрессе в терапии психозов, однако необходимы определенные доработки, прежде чем метод начнет применяться за пределами исследовательских центров. Некоторые из них, хотя и требуют временных затрат, носят скорее формальный характер: убедиться, что программное обеспечение имеет необходимые разрешения для использования в медицинской практике, а также изложить результаты исследований в руководствах и тренировочных программах. Этим специалисты уже занимаются.

Другой организационный вопрос – технологическая платформа для реализации терапевтического метода. Едва ли он может стать серьезным препятствием, поскольку специализированное программное обеспечение запускается на обычных стационарных и переносных компьютерах в операционной системе Microsoft, более сложное и дорогое оборудование для погружения в виртуальную реальность здесь не нужно. Однако в методике требуются две отдельных комнаты, предоставить которые может быть затруднительно для загруженной амбулаторной клиники, а также принимающая медицинская организация должна выделить для терапии компьютеры с подключением к локальной сети и внедрением соответствующих локальных протоколов, которые обеспечивали бы конфиденциальность информации и данных, которые будут записаны в ходе терапии.

Кроме технических возможностей, необходимы медицинские работники, имеющие достаточную квалификацию, чтобы гарантировать безопасность проведения терапии. Без сомнения, описанный метод труден и для пациента, и для врача, и, хотя исследования не выявили нежелательных явлений такой терапии, очевидно, что, проводя вмешательство в технике AVATAR, врач может напугать пациента или иным способом повредить ему, в том числе и непреднамеренно.

В трех приведенных исследованиях терапию проводили опытные врачи, некоторые из них обладали специфическими навыками в области психологической терапии психозов. С другой стороны, в нашем исследовании значительное улучшение наблюдалось уже после третьей сессии, то есть существует вероятность, что для некоторых пациентов достаточно той составляющей метода, которая включает опыт прямого взаимодействия и дает ощущение уверенности. Если это предположение будет в дальнейшем подтверждено и появится возможность выделить пациентов, быстро отвечающих на такую терапию, круг специалистов, способных оказывать такую помощь, значительно расширится (хотя и при условии специального обучения).

Также необходимо разрешить вопрос синхронизации метода AVATAR-терапии с уже известными подходами в лечении психозов. На данный момент он используется обособленно и действует прицельно на феномен галлюцинаторных «голосов». Пациентов включали в исследование только при условии, что они продолжали принимать назначенные препараты и не получали терапию какими-либо психологическими методами, кроме предложенных в исследовании. Возможно, в клинической практике будет уместно рассматривать AVATAR-терапию как составляющую целого комплекса психологических интервенций. Ведь «голоса» во многих случаях сопровождаются идеями преследования и, соответственно, социальной дезадаптацией. С клинической точки зрения AVATAR-терапия может быть эффективнее и удобнее в организации, если предстанет в качестве компонента лечебной тактики, которая учитывала бы все эти проблемы.

Кроме того, до последнего времени метод обсуждался только в связи с труднокурабельными слуховыми галлюцинациями у длительно болеющих пациентов. Не вполне ясно, будет ли вмешательство так же эффективно у молодых пациентов с первым эпизодом заболевания. В таких случаях персонификация «голосов» не так разработана и не стабильна, что может затруднить становление последовательного диалога в ходе терапии.

Таким образом, хотя обнадеживающие результаты уже проведенных исследований дают все основания расширять практику AVATAR-терапии нет сомнений и в том, что необходимо ее дальнейшее изучение. Чтобы такие организации, как NICE, включили AVATAR-терапию в рекомендации, нужно провести более крупные многоцентровые испытания, и только дальнейшие эксперименты выявят подгруппу пациентов, для которых эффективна упрощенная версия терапии, состоящая лишь из первой фазы. С внедрением шлемов виртуальной реальности пропала бы необходимость в двух отдельных помещениях, а также появилась бы возможность одновременно работать с двумя и более «голосами».

В заключение можно сказать, что многое еще должно быть сделано, прежде чем результаты исследований будут претворены в реальную клиническую практику, однако есть все основания для оптимизма. Описанная технология не требует больших затрат и достаточно изучена, чтобы организовать тренинги. Очевидные технические препятствия в скором времени должны быть разрешены, и следует ждать более широкого распространения методики. В дальнейшем AVATAR-терапия скорее всего будет применяться в составе комплексной психологической терапии психозов, возможно, наряду с другими цифровыми методами для работы с паранойей и когнитивными нарушениями.

Tom K.J. Craig

Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London, London, UK

Перевод: Шишковская Т.И. (Самара)
Редактура: к.м.н. Федотов И.А. (Рязань)
(World Psychiatry 2019;18(1):98-99)

Библиография
1. Leff J, Williams G, Huckvale MA et al. Br J Psychiatry 2013;202:428-3.
2. Chadwick P. Person-based cognitive therapy for distressing psychosis. Oxford: Wiley-Blackwell, 2006.
3. Corstens D, Longden E, May R. Psychosis 2012;4:95-104.
4. Hayward M, Jones A M, Bogen-Johnston L et al. Schizophr Res 2017;183:137-42.
5. Bell V. PLoS Biol 2013;11:e1001723.
6. Hayward M, Berry K, Ashton A. Clin Psychol Rev 2011;31:1313-23.
7. Craig T, Ward T, Rus Calafell M. In: Pradhan B, Pinninti N, Rathod S (eds). Brief interventions for psychosis: a clinical compendium. London: Springer, 2016:41-54.
8. Percie du Sert O, Potvin S, Lipp O et al. Schizophr Res (in press).
9. Craig T, Rus Calafell M, Ward T et al. Lancet Psychiatry 2018;5: 31-40.

DOI: 10.1002/wps.20589

Расставание или развод родителей и психическое здоровье детей

Все больше детей по всему миру сталкиваются с нестабильной семейной ситуацией вследствие разводов или расставания родителей, а также в тех случаях, когда дети рождаются вне брака или в сожительстве[1].

Иные, чем стабильный брак, формы отношений наиболее распространены в западных странах (включая Австралию и Новую Зеландию), в развивающихся странах Азии они не так часты, но их распространенность растет. Сожительство, которое считается менее стабильным, чем брак, особенно часто встречается в Северной и Западной Европе, что снижает частоту разводов в данных регионах, но не количество семей, где ребенок воспитывается лишь одним из родителей.

Пионером в изменении института семьи стали США, где достаточно давно (впервые — с 1960-х годов) и значительно возросло количество разводов, а впоследствии был зарегистрирован всплеск рождаемости вне брака, как в сожительстве, так и без него. Через одно-два десятилетия количество разводов возросло в других западных странах, и развивающиеся страны Азии сейчас также проходят этот этап. На сегодняшний день в Америке только 60% детей проживают со своими биологическими родителями, состоящими при этом в браке, – по этому показателю США уступает только Латвии.

Некоторые специалисты считают нестабильность семьи основной проблемой детского здравоохранения; другие утверждают, что развод или расставание родителей — фактор, не причиняющий значимого ущерба, а скорее положительный, особенно в случаях, когда женщина находится в несчастливом браке и ребенок воспитывается в конфликтной обстановке.

Исследования подтверждают, что развод и расставание родителей ассоциированы с высоким риском расстройств адаптации в детском и подростковом возрасте, таких как проблемы в обучении (например, снижение успеваемости, исключение из школы), разрушительное поведение (например, антисоциальные тенденции или злоупотребление психоактивными веществами), подавленное настроение[2].

Дети разведенных или расставшихся родителей чаще проявляют склонность к беспорядочным половым связям, имеют низкий уровень доходов и сами реже создают стабильные семьи — риск подобных ситуаций для них в 1,5–2 раза выше среднего.

Тем не менее, большинство детей таких родителей демонстрируют высокую резистентность и не имеют явных психологических проблем. Но следует помнить, что даже психологически устойчивые молодые люди из распавшихся семей часто сообщают о болезненных переживаниях в ситуации, когда родителям предстоит встретиться (например, на их выпускном или свадьбе)[3].

Другие факторы риска, как, например, низкий доход и воспитание в условиях конфликта, встречаются в нерандомизированной выборке одновременно с нестабильностью внутрисемейных отношений и/или могут быть ею обусловлены. Для выявления потенциальных конфаундеров исследователи прибегали к различным методам, в частности, измерению ковариат и особым разновидностям дизайна исследования, например, исследованию детей в семьях близнецов, что позволяет учесть ранее не замеченные средовые и генетические факторы, влияющие на жизнь обоих поколений[2,4]. Учет таких конфаундеров снижает, но не исключает риски, которые связаны с разводом родителей причинно-следственными связями.

На то, как изменится семейная жизнь ребенка вследствие развода, влияют индивидуальные, семейные, этнические и культурные факторы, поэтому необходимо принимать во внимание особенности каждой отдельной семьи. Например, в США развод родителей служит причиной социальных и эмоциональных проблем для детей белой расы в большей степени, чем для афро- или латиноамериканцев. Подобные этнические различия зависят от того, насколько поощряется создание семей и приняты ли в среде иные модели взаимоотношений, чем брак. Понимать, как меняется институт семьи и какие это может иметь последствия, во многих отношениях важно для специалистов в области здравоохранения. Врачи, которые работают с детьми, могут отмечать тревожные симптомы, к ним могут обратиться с просьбой помочь ребенку смириться с изменениями в семье, а также врач может стать свидетелем в споре между родителями о том, что лучше для ребенка и какая помощь ему необходима. С похожими трудностями могут столкнуться и работники школ.

Дети разведенных родителей, в том числе и во взрослом возрасте, часто оказываются в поле зрения психиатрической службы. Большинство психологических вмешательств направлено на коррекцию известных факторов риска, таких, как проблемы воспитания или внутрисемейные конфликты. Структурированные вмешательства, которые предлагали помощь в вопросах воспитания и соответствующие образовательные программы, продемонстрировали свою эффективность в улучшении психологического состояния детей. К сожалению, тщательно изученных психологических методик для распавшихся семей не так много.

Ситуация развода или расставания родителей также затрагивает и юридические вопросы: опека над ребенком, обеспечение его благосостояния. При оформлении опеки наилучшим подходом считается «действовать в интересах ребенка», и чаще всего учитываются «интересы» именно в психологическом смысле (а не, например, экономическом). Намеренно или ненамеренно, специалисты в области психического здоровья могут быть вовлечены в судебные разбирательства, связанные с опекой, в качестве экспертов. С другой стороны, некоторые специалисты предлагают свое посредничество в поисках альтернативного решения проблемы.

Посредник — третья сторона в конфликте, которая придерживается нейтральной позиции и помогает родителям,

живущим раздельно, решить вопрос без обращения в суд. Такое посредничество не только помогает наладить диалог, но и потенциально помогает ребенку, сглаживая конфликт, улучшая воспитательные навыки родителей и побуждая их обоих принимать активное участие в жизни ребенка. Одно рандомизированное исследование с повторной оценкой через 12 лет показало, что все перечисленные эффекты действительно наблюдались, в отличие от ситуаций, где вопрос об опеке решался в суде[5,7]. Другое рандомизированное исследование продемонстрировало, что посредничество может быть более эффективным, если с соблюдением всех предосторожностей привлекать ребенка к процессу[7].

Несмотря на то, что первоначальные результаты выглядят многообещающе, посредничество, как и многие другие юридические и психологические процедуры, должно быть исследовано более тщательно, так как любое вмешательство, выполненное с самыми благими намерениями, в отдельных случаях может оказаться бесполезным или даже вредным, и соответствующие ресурсы будут потрачены впустую[8].

Специалисты в области психического здоровья могли бы сыграть ключевую роль в консультировании родителей, а также в развитии законодательства в данной области. Один из спорных вопросов — насколько активно и на каких основаниях продвигать идеи совместной физической опеки, когда 25–50% времени родители воспитывают ребенка вместе[9]. Совместная юридическая опека, которая предусматривает совместное принятие значимых решений, как, например, по добровольному медицинскому страхованию, становится повсеместной практикой. Ее распространенность в США и западных странах повысилась, но все еще затрагивает меньшинство распавшихся семей (от 15 до 50% в разных странах)[9]. Объединения отцов в настоящее время борются за равное (50/50) распределение совместного времяпрепровождения с ребенком.

Хотя многим семьям такие условия могут пойти на пользу, многие эксперты, и мы в том числе, опасаются, что такое распределение окажется оптимальным лишь для небольшой группы родителей: 10 или менее процентов семей, решающих вопрос опеки в суде[5].

Во внимание следует принять и другие соображения: так, нежелательно надолго разлучать маленьких детей со значимым взрослым, вынуждать детей совершать длительные поездки, чтобы родители могли в равной мере проводить с ними время; должно ли распределение совместного времяпрепровождения с родителями составлять именно 50/50, и не становится ли модель совместной опеки менее эффективной в случае детей с психическими расстройствами (например, аутического спектра) и некоторыми личностными особенностями (например, высокая сознательность).

Таким образом, необходимо продолжать исследования психологических вмешательств, рассмотреть вопрос об изменении законодательства, которые учитывали бы возможные факторы риска, роль резистентности, и гетерогенность обстоятельств, сопровождающих нестабильную семейную ситуацию.

Brian D'Onofrio[1,2], Robert Emery[3]

[1] Department of Psychological and Brain Sciences, Indiana University, Bloomington, IN, USA; [2] Department of Medical Epidemiology and Biostatistics, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden; [3] Department of Psychology, University of Virginia, Charlottesville, VA, USA

Перевод: Шишковская Т.И. (Самара)
Редактура: к.м.н. Федотов И.А. (Рязань)
(World Psychiatry 2019;18(1):100-101)

Библиография

1. Organisation for Economic Co-operation and Development. Family database. http://www.oecd.org/social/family/database.htm
2. Dohoon L, McLanahan S. Am Sociol Rev 2015;80:738-63.
3. Laumann-Billings L, Emery RE. J Fam Psychol 2000;14:671-87.
4. D'Onofrio BM, Turkheimer E, Emery R et al. J Abnorm Psychol 2005;114: 1130-44.
5. Emery RE. Two homes, one childhood: a parenting plan to last a lifetime. New York: Avery, 2016.
6. Wolchik SA, Sandler IN, Millsap RE et al. JAMA 2002;16:1874-81.
7. Ballard RH, Holtzworth-Munroe A, Applegate AG et al. Psychol Publ Policy Law 2013;19:271-81.
8. Rudd BN, Poladian AR, Holtzworth-Munroe A et al. J Fam Psychol 2017;31:381-6.
9. Smyth BM. Fam Court Rev 2017;55:494-9.

DOI: 10.1002/wps.20590

Резилентность (устойчивость) с точки зрения теории развивающихся систем

В связи с природными катастрофами, войнами, политическими конфликтами интерес к резилентности (устойчивости) человека повышается, и новые данные способствуют осознанию факта, что неблагополучие в детстве может сказаться на здоровье и самочувствии уже во взрослом возрасте[1,2]. Изучение резилентности – отнюдь не новая научная область, но современные исследования отличает междисциплинарный, многоуровневый подход, который обогащает теорию развивающихся систем глубокими и перспективными положениями, помогающими не только определить и детально изучить резилентность, но и применить эти сведения на практике[3].

Учение о резилентности происходит из исследований по этиологии психических расстройств[1]. Ученые, которые занимались факторами риска развития психической патологии у детей, продемонстрировали поразительную вариабельность исходов: многие дети развивались нормально несмотря на то, что сталкивались с факторами риска психических отклонений (например, бедность, жестокое обращение). Исследования резилентности стремятся понять причины такой вариабельности, что послужило бы теоретической базой для мероприятий, снижающих риски и стимулирующих положительные перемены.

Модели резилентности претерпели изменения при слиянии теории динамических систем с учением о развитии[4]. Человек, будучи живой системой, проходит развитие в мириадах взаимодействий на разных уровнях, от генетического и нейробиологического до социального и культурного[5,6]. Системы адаптации (иммунная, система саморегуляции, совладания со стрессом) развиваются по мере того, как индивид, включенный одновременно в более крупные системы, приспосабливается к внешним условиям. Все эти динамические взаимодействия составляют процесс развития и приводят к формированию различных способов адаптации[3].

Способность развивающегося ребенка отвечать на вызовы среды и приспосабливаться к неблагоприятной обстановке зависит от состояния множества систем, начиная от

нейробиологических механизмов регуляции стресса и закачивая семьей, школой, органами общественной безопасности, здравоохранения и многими другими экологическими и социокультурными системами. Все процессы, которые могут быть задействованы в восстановлении нарушенного равновесия, преодолении препятствий и трансформации организма, отражены в понятии резилентности.

Определение резилентности менялось по мере того, как формировалось понятие о развивающихся системах. На данный момент резилентность в широком смысле определяется как «способность системы благополучно адаптироваться к факторам, угрожающим жизнеспособности, функционированию и развитию системы»[1]. Это определение можно применить к самым разным системам, включая обособленного индивида или целую семью, предприятие, сообщество, экономику или экосистему. Важное его преимущество – возможность использовать то же понятие на любом уровне, что представляется особенно важным в рамках интеграции концепций и знаний о резилентности человека, полученных разными дисциплинами на разных уровнях.

Как предполагает это определение, резилентность индивида определяется резилентностью связанных с ним систем. Взаимозависимость систем обращает на себя внимание особенно в периоды крупных катастроф, когда одновременно нарушаются несколько систем, а также в условиях внутрисемейного кризиса, когда нарушения в психическом состоянии родителя не позволяют ему должным образом заботиться о ребенке[7]. Важно помнить, что резилетность индивида определяется не только объемом трудностей, с которыми он может справиться самостоятельно: наоборот, резилентность человека в существенной степени зависит от межличностных отношений и общественной поддержки[8].

Полученные данные о резилетности позволили выделить несколько факторов, которые могли бы объяснить, почему индивиды справляются с трудностями гораздо лучше. Некоторые из них вполне тривиальны и ассоциируются с положительной корректировкой во время или после отрицательного опыта, хотя они отличаются по форме и актуальности в разном контексте и на разных этапах развития. Возможно, эти факторы отражают механизмы адаптации, выработанные в ходе биологической и социокультурной эволюции человека, поскольку они повышают вероятность выживания[1]. К общеизвестным протективным факторам относятся плодотворная родительская забота и другие поддерживающие взаимоотношения, навыки решения проблем и саморегуляции, оптимизм, личная эффективность, уверенность, что в жизни есть смысл[3]. Эти факторы были определены на первых этапах изучения резилентности и в дальнейшем неоднократно подтверждены в исследованиях на разных популяциях и в различных условиях, требующих проявления резилентности[3]. Другие протективные факторы разнятся в зависимости от контекста и культурной среды, как, например, особые ритуалы прощения и духовные практики.

Первоначально исследования резилентности фокусировались на психосоциальных факторах, которые могли бы снизить риски и способствовать становлению адаптации. Прогресс методов анализа на различных уровнях позволил включить в учение о резилентности данные нейробиологии, генетики, культурных влияний и продемонстрировать, как каскад из факторов защиты и факторов риска распространяется по разным уровням, системам и поколениям[3]. С новыми достижениями в эпигенетических исследованиях возникли интересные идеи о биологических последствиях пережитого опыта, что отражается в метилировании генов и сходных процессах; эти данные могли бы объяснить, как детская травма или дефекты воспитания сказываются на развитии мозга и здоровье на протяжении всей жизни[9]. Один из наиболее спорных вопросов в области теорий чувствительности к опыту на биологическом уровне и для концепции индивидуальной чувствительности – не может ли быть, что дети, которые плохо адаптируются к неблагоприятным условиям, так же более чувствительны к позитивному опыту, как, например, вмешательства для коррекции психического здоровья, и у чувствительных индивидов – ситуации, где они могут продемонстрировать свои способности.

Учение о резилентности оказало трансформирующий эффект на многие дисциплины. связанные с психическим здоровьем и психологическим самочувствием, смещая фокус вмешательства с дефицитарных моделей к более понимающим подходам, учитывающим протективные и стимулирующие факторы наравне с факторами риска и уязвимости, опираясь в равной степени на концепции болезни и здоровья[1]. Примерами такого подхода могут стать различные мероприятия, от школьного консультирования с опорой на сильные стороны и вплоть до глобальных гуманитарных мероприятий по организации помощи детям и создания условий для их развития[3]. Мета-анализ школьных мероприятий, ориентированных на резилентность, обнаружил уменьшение симптомов психических расстройств (депрессии, тревоги), в частности при применении когнитивно-поведенческих подходов[10].

Современные направления в изучении резилентности объяснить, как развивается способность к адаптации, каким образом она снижает риски и обеспечивает резилентность – основываясь на этих данных можно определить цели, периодизацию и тактику психологических вмешательств. Стратегии должны сосредотачиваться на предотвращении травмы, уменьшении напряжения, выработки габитуации к стрессу путем дозированных нагрузок, снижении уязвимости, задействовании ресурсов, восстановлении и мобилизации мощных адаптивных систем и запуске каскада позитивных изменений по всем системам и уровням. Возможная периодизация вмешательства варьируется от предотвращения материнского и перинатального стресса до поощрения социальных связей уже в зрелом возрасте. Вполне возможно, что ключевые адаптивные системы, вследствие ранней травмы (связанной, например, с нейробиологическими механизмами стресс-регуляции) оказавшиеся поврежденными, в более взрослом возрасте могут быть «перепрограммированы», так что они смогут обеспечивать функцию адаптации[9].

Исследование резилентности, основанное на теории развивающихся систем, обладает большим потенциалом для исследования процессов, происходящих в разных системах и на различных уровнях, что позволит создать теоретическую базу для улучшения психического здоровья, предотвращения психопатологии и облегчения реабилитации. Исследования по теории развивающихся систем помогут определить критические периоды, когда интересующая структура наиболее пластична и обладает большим потенциалом для изменений, что дает возможность эффективно спланировать технику и периодизацию вмешательств, адаптировать их к индивидуальным и ситуационным различиям, подобрать техники, более уместные для данного этапа развития. Законодатели, а также негосударственные организации уже имеют возможность оценить влияние своих общих усилий на различных уровнях (с точки зрения вертикальной организации), различных секторах (точки зрения горизонтальной организации) и на примере разных поколений. С расширением теоретической базы теория резилентности может в дальнейшем быть подвергнута проверке и проработана в рандомизированных исследованиях, нацеленных на гибкие процессы со стратегическим планированием и содержащими потенциал к дальнейшим изменениям.

Ann S. Masten

Institute of Child Development, University of Minnesota Twin Cities, Minneapolis, MN, USA

Перевод: Шишковская Т.И. (Самара)
Редактура: к.м.н. Федотов И.А. (Рязань)
(World Psychiatry 2019;18(1):101-102)

Библиография

1. Masten AS. Child Dev 2014;85:6-20.
2. Shonkoff JP, Garner AS, the Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health et al. Pediatrics 2012;129:232-46.
3. Masten AS, Cicchetti D. In: Cicchetti D (ed). Developmental psychopathology, Vol. 4, 3rd ed. New York: Wiley, 2016:271-333.
4. Masten AS. Psychol Inq 2015;26:187-96.
5. Bronfenbrenner U, Morris PA. In: Damon W, Lerner RM (eds). Handbook of child psychology, Vol. 1, 6th ed. New York: Wiley, 2006:793-828.
6. Gottlieb G. Dev Sci 2007;10:1-11.
7. Cicchetti D. Annu Rev Psychol 2016;67:187-211.
8. Southwick SM, Sippel L, Krystal J et al. World Psychiatry 2016;15:77-9.
9. McEwen BS, Gray JD, Nasca C. Neurobiol Stress 2015;1:1-11.
10. Dray J, Bowman J, Campbell E et al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2017;56:813-24.

DOI: 10.1002/wps.20591

Использование биобихевиоральных технологий для эффективного исследования негативных симптомов

С момента появления нейролептиков и до настоящего времени негативные симптомы являются основным компонентом шизофрении и связаны с неблагоприятными клиническими исходами (с точки зрения восстановления, качества жизни, субъективного благополучия). Они часто являются одним из первых маркеров риска развития заболевания, возникают на преморбидной и продромальной стадиях и у многих пациентов остаются стабильными на протяжении всего первого эпизода и хронических фаз заболевания[1]. К сожалению, механизмы, лежащие в основе этих симптомов, мало изучены, и доступные в настоящее время методы лечения являются неудовлетворительными и в большей степени паллиативными[2].

На сегодняшний день наше понимание негативных симптомов почти полностью зависит от психометрических шкал клинических оценок. В течение последних нескольких десятилетий появилась литература, описывающая «биобихевиоральные» технологии для измерения негативных симптомов на основании анализа объективных голосовых, речевых, мимических, электрофизиологических, нейробиологических данных, жестикуляции, данных о принятии решений, времени, необходимого для реакции.

В то время как клинические оценки выявляют порядка от трех до семи среднеквадратичных отклонений у психиатрических пациентов по сравнению с контрольными группами[1,3], групповые различия в биобихевиоральных оценках, измеряющих лежащие в их основе конструкции, значительно меньше, а то и вовсе отсутствуют. Например, несмотря на серьезные клинически оцениваемые аномалии пациента, например, алогию, притупление аффекта, ангедонию и абулию[1,3,4], проведение компьютеризированного речевого анализа, оценка гедонистического опыта и мотиваций часто обнаруживают незначительные отклонения от нормы[5,6].

Кроме того, биобихевиоральные оценки часто показывают удивительно ограниченные и незначительные корреляции с концептуально перекрывающимися оценками негативных симптомов[6,7] или аналогичными корреляциями с широким спектром оценки позитивных симптомов[8]. Хотя статистическая значимость может быть указана в отдельных исследованиях для конкретных биобихевиоральных возможностей, результаты часто не повторяются в разных исследованиях, и величина эффектов, как правило, значительно ниже уровней, указывающих на приемлемую конвергентную валидность[3].

В свете этой удивительно низкой конвергенции между клиническими оценками и биобихевиоральными технологиями, заманчиво принять одну из двух как лучшую для измерения негативных симптомов. Клинические рейтинги имеют тенденцию быть согласованными среди обученного персонала, проводящего оценку (то есть надежны), и связаны с широким диапазоном важных клинических переменных (то есть достоверны). С другой стороны, биобихевиоральные технологии демонстрируют почти идеальную надежность (при условии статической записи) и играют важную роль в современной биометрии для измерения тех человеческих функций, которые могут лежать в основе негативных симптомов. Так как же клинические оценки и биобихевиоральные технологии могут быть одновременно «надежными» и «действительными» в измерении негативных симптомов, но при этом демонстрировать столь удивительно скромную конвергенцию?

Клинические оценки и биобихевиоральные технологии принципиально отличаются в том, как они оценивают негативные симптомы. Клинические рейтинги отражают интеграцию огромного количества сложных потоков данных в динамических условиях. Например, используя клинические рейтинговые шкалы, врач-клиницист может получить общее порядковое значение (например, «умеренное») в отношении притупления аффекта из очень сложного «спектра» голосовых, речевых, мимических данных и жестикуляции, которые колеблются с течением времени, в ходе расспросов и изменения окружающей среды.

К сожалению, индивидуальный рейтинг негативных симптомов не может быть систематически «уменьшен» для количественной оценки. Например, разбор клинически оцененного притупления аффекта оказывается невозможным с точки зрения того, какой именно психомоторный канал был патологичен, когда он был патологичен или какие факторы влияли на проявление отклонения. В отличие от этого биобихевиоральные технологии дают возможность точно количественно оценить непрерывные потоки высокоспецифичных речевых, мимических и жестикуляционных данных, а также изолировать, масштабировать и интегрировать их множеством способов.

К сожалению, неясно, как лучше всего это сделать. Какие из тысяч потенциальных критериев, рассчитанных, например, на основе голосового анализа, следует использовать и как их следует оценивать, если они противоречат друг другу? Должен ли компьютеризированный анализ лица отражать полную статистику в течение всего интервью? Или только когда пациенты говорят? Во время ключевых временных периодов или после конкретных вопросов? Образно говоря, клиническая оценка открывает нам вид на лес за счет возможности видеть деревья, в то время как биобихевиоральные технологии – наоборот.

В идеале, должен бы быть способ, который позволял бы измерить негативные симптомы путем объединения клинических оценок «с низким разрешением», но «экологически обоснованных», с биобихевиоральными данными, обладающими «высоким разрешением» и «головокружительной сложностью». В вычислительной психиатрии, в более общем плане, в настоящее время появляется новая литература по «большим массивам данных», моделирующая различные клинические диагнозы и оценки с использованием биобихевиоральных особенностей. В рамках этих исследований модели, как правило, строятся и оптимизируются с использованием одного биобихевиорального канала без учета других каналов, а также временных, контекстных или других динамических факторов.

В то время как сообщается о впечатляющих показателях точности, модели, описанные в литературе, еще не вышли за рамки «экспериментальных» и, по-видимому, не очень хорошо подходят для моделирования негативных симптомов. Это связано с тем, что оценки врачей, как правило, получены из нескольких поведенческих областей, и трудно оценить даже одну из них без учета контекста. Например, неспособность пациента использовать скуловую мышцу, нарушения спонтанности речи или особенности системы вознаграждения могут быть истолкованы как отклоняющиеся от нормы, только если принять во внимание контекст. В конце концов, здоровые люди тоже активно не улыбаются, не разговаривают и не испытывают радость

большую часть своего дня. Еще более усложняет эту проблему тот факт, что поведение, лежащее в основе негативных симптомов, сильно различается в зависимости от факторов развития нервной системы и культурных особенностей. Таким образом, нормы, касающиеся улыбки, разговоров и переживаний радости, очень трудно определить.

Итак, как может развиваться моделирование негативных симптомов на основе биобихевиорального подхода? Технологические и программные системы развиваются так, что они становятся более доступными, надежными, высокочувствительными и ненавязчивыми, с высоким потенциалом для крупномасштабного международного сбора данных в широком диапазоне поведенческих областей. Это позволяет собирать биобихевиоральные данные, которые выходят далеко за пределы искусственных границ клиник или исследовательских лабораторий. Существующие подходы к оценке могут дополнить экологичные моментальные и удобные методы, такие как геолокация, пассивная запись голоса, отслеживание активности и анализ в социальных сетях, могут дополнять существующие подходы к измерению.

В настоящее время предпринимаются меры по валидизации этих технологий для понимания негативных симптомов. Однако интеграция и понимание этих данных сетью, которая может обрабатывать динамические и контекстно-динамические данные, является сложным вычислительным препятствием. Относительно упрощенные «нейросети» и динамические алгоритмы разрабатываются для многих важных функций человека и расширяют область понимания многоуровневых сетей («networks of networks») для моделирования сложных взаимодействий (например, «сетевая медицина»)[9].

В целом, существующие клинические оценочные показатели обеспечивают уровень точности, который не способствовал продвижению в понимании основных механизмов и разработке избирательного лечения негативных симптомов. Это отражает проблему «масштабируемости», которая потенциально может быть решена путем моделирования клинических оценок с помощью многомерных потоков биобихевиоральных данных.

Разработка биобихевиоральных моделей может помочь точно определить нейробиологические механизмы и механизмы патогенеза, модифицировать их в режиме реального времени с помощью биобихевиоральной обратной связи, а также разработать, протестировать и индивидуализировать избирательные психосоциальные и фармакологические воздействия для уменьшения степени влияния этих механизмов, а в идеале, и разработать новые методы лечения.

Точное моделирование негативных симптомов является сложной и захватывающей вычислительной задачей, которая может продвинуть междисциплинарные науки и объединить исследователей, пациентов и их близких со всего мира.

Alex S. Cohen[1], Elana Schwartz[1], Thanh P. Le[1], Taylor Fedechko[1], Brian Kirkpatrick[2], Gregory P. Strauss[3]

[1]Department of Psychology, Louisiana State University, Baton Rouge, LA, USA; [2]Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Reno School of Medicine, University of Nevada, Reno, NV, USA; [3]Department of Psychology, University of Georgia, Athens, GA, USA

Перевод: Симонов Р.В. (Санкт-Петербург)
Редактура: к.м.н. Руженкова В.В. (Белгород)
(World Psychiatry 2019;18(1):103-104)

Библиография

1. Marder SR, Galderisi S. World Psychiatry 2017;16:14–24.
2. Miyamoto S, Miyake N, Jarskog LF et al. Mol Psychiatry 2012;17: 1206–27.
3. Cohen AS, Mitchell KR, Elvevåg B. Schizophr Res 2014;159:533–8.
4. Cohen AS, Najolia GM, Brown LA et al. Clin Psychol Rev 2011;31: 440–8.
5. Green MF, Horan WP, Barch DM et al. Schizophr Bull 2015;41: 1035–44.
6. Cohen AS, Mitchell KR, Docherty NM et al. J Abnorm Psychol 2016; 125:299–309.
7. Cohen AS, Mitchell KR, Strauss GP et al. Schizophr Res 2017; 188:141–3.
8. Kring AM, Gur RE, Blanchard JJ et al. Am J Psychiatry 2013;170: 165–72.
9. Barabási AL, Gulbahce N, Loscalzo J. Nat Rev Genet 2011;12:56–68.

DOI: 10.1002/wps.20593

Тестирование нейрофеноменологической модели основных нарушений самосознания при ранних психозах

В последние годы в качестве возможного ключевого фенотипического маркера спектра шизофрении появилась концепция основных (ключевых, минимальных) нарушений самосознания[1].

Составляют эту концепцию два понятия: чувство обладания (я воспринимаю свое тело, восприятие и мысли как свое собственное) и чувство причастности (я ощущаю себя источником своих действий и их последствий). Это аспекты нормального чувства базового «Я», которые облегчают взаимодействие с другими людьми и окружающим миром. Хрупкость или нестабильность основного самосознания может проявляться в различных аномальных субъективных переживаниях, которые со временем могут усиливаться и кристаллизоваться в эпизоды продуктивных и негативных психотических симптомов[2].

В течение последних 15 лет накоплен значительный объем исследований, свидетельствующих о том, что основные нарушения самосознания являются особым маркером (или уязвимостью), которая (хотя частично и совпадает с нешизофреническими диссоциативными состояниями) обладает значительной специфичностью к расстройствам спектра шизофрении и присутствует в продромальной фазе этих расстройств[3]. В самом деле, нарушенное «переживание собственного «Я»» включено в критерии шизофрении бета-версии МКБ-11.

Взяв за основу базовые нарушения самосозания как феноменологическую отправную точку, исследователи могут изучать корреляции и сопутствующие факторы. В этой области отмечается определенный прогресс. Sestito и соавт.[4] обнаружили, что мимические реакции в ответ на отрицательные эмоциональные стимулы, записанные с помощью электромиографии, специфически и значимо коррелируют с основными нарушениями самосознания у пациентов с расстройствами из спектра шизофрении.

Результаты работы Martin и соавт.[5] по шизофрении указали на связь между компромиссным извлечением прогнозируемой во времени информации, оцениваемой в экспериментальных задачах, и основными нарушениями самосознания. Принимая во внимание сложность и фундаментальный характер основных нарушений самосознания, множественные нейронные механизмы могут быть связаны с этим созвездием аномальных субъективных явлений.

Nelson и соавт.[6] представили теоретическую модель, предполагающую, что нейрокогнитивная концепция дефицита понимания первопричин и искаженное (аберрантное) внимание, оба из которых, как было обнаружено, являются выраженными при расстройствах спектра шизофрении и связаны с риском психоза, могут иметь особое отношение к нарушениям самосознания при шизофрении.

Дефицит понимания первопричин относится к трудностям в определении причины происхождения феноменологического опыта, например, был ли опыт реальным или воображаемым, является ли он продукцией собственной, или привнесенной извне.

Аберрантное внимание относится к ограниченной способности подавлять внимание к нерелевантной или знакомой информации или стимулам окружающей среды (другими словами, чрезмерное внимание к информации, которая не имеет значения или знакома), что приводит к необычной значимости стимулов. Существует большая вероятность того, что феноменологические нарушения, которые могут возникать из этих нейрокогнитивных нарушений, согласуются со многими эмпирическими изменениями, связанными с основными нарушениями самосознания[6] (например, уменьшение «владения» психическим содержанием, нарушение чужих границ, гиперрефлексивность).

Мы проверили эту модель эмпирически на 50 пациентах с очень высоким риском развития психоза, 39 пациентах с первичными психозами и 34 здоровых людях. Участники были оценены с помощью различных клинических шкал, включая исследование аномального собственного опыта (EASE)[7], а также нейрокогнитивные и нейрофизиологические шкалы дефицита в понимании причин (Action Memory Task, Word Recognition Test, Temporal Binding Task, Auditory Button−Press Task) и аберрантного внимания (Salience Attribution Test, Babble Task, Auditory Oddball Paradigm).

Линейная регрессия показала, что понимание первопричин (составной балл по нейрокогнитивным и нейрофизиологическим показателям) с исследуемой группой в качестве термина взаимодействия объяснил 39,8% дисперсии в баллах EASE (R^2 = .41, F (3,85) = 14,78, p<0,001). Понимание первопричин достоверно предсказывало баллы EASE (β = 0,80, p<0,001), и наблюдался значительный мониторинг источника по эффекту взаимодействия в исследуемой группе (β = 0,29, p<0,05).

Чтобы определить специфичность взаимосвязи между дефицитом понимания причины и показателями EASE, была проведена серия регрессий с другими клиническими шкалами в качестве зависимых переменных. Хотя было установлено, что понимание причины позволяет достоверно прогнозировать отклонения в баллах по каждому из этих клинических показателей, объясненная разница не была столь же существенной, как для шкалы EASE: 25% для баллов по шкале краткой психиатрической оценки (BPRS) (R2 = 0,25, F (3,85) = 9,01, p<0,01); 19% для BPRS позитивных симптомов (R^2 = .19, F (3,85) = 6,69, p<0,01); 26% для комплексной оценки психических состояний с риском (CAARMS), позитивные симптомы (R^2= .26, F (3,85) = 9,45, p<0,01); 14% для шкалы оценки негативных симптомов (SANS) (R^2= 0,14, F (3,85) = 4,71, p<0,01).

Тот же самый анализ был проведен с комбинированной оценкой аберрантного внимания. Эта оценка объясняет только 6% дисперсии в баллах EASE (R^2 = 0,06, F (3,85) = 1,44, p = 0,93). Тем не менее, предварительный анализ показал умеренную взаимосвязь между аберрантным вниманием, в частности, Babble Task[8], и общей психопатологией (оценка BPRS у пациентов с первичным психозом первого, r = .44, p<0,05), особенно с положительными психотическими симптомами (позитивные симптомы BPRS в первую очередь) – пациенты с первичным психозом, r = .53, p<0,01; CAARMS-позитивные симптомы у пациентов со сверхвысоким риском, r = .44, p<0,01).

Это первый эмпирический тест нейрофеноменологической модели[6], организованной вокруг концепции основных нарушений самосознания. Появилась частичная поддержка модели: существовала значительная взаимосвязь между основными нарушениями самосознания и дефицитом понимания причин, в то время как не было обнаружено взаимосвязи с аберрантным вниманием, которое было умеренно связано с общей психопатологией, особенно с продуктивными психотическими симптомами.

Модель, возможно, потребуется расширить за счет дефицита понимания причин, с тем чтобы охватить другие концепции, которые, как показывает недавняя теоретическая и эмпирическая работа, могут быть актуальными. Это такие модели, как нарушенная временная обработка, интермодальная/мультисенсорная интеграция и иерархическая прогностическая обработка. Это перекрывающиеся концепции, и еще предстоит определить, имеют они какую-либо связь с основными нарушениями самосознания.

Текущие данные и другие связанные с ними недавние исследования показывают появляющуюся картину нейрокогнитивных и нейрофизиологических коррелятов основных феноменологических аспектов расстройств спектра шизофрении за пределами эпизодических психотических симптомов поверхностного уровня. Такой подход позволяет интегрировать исследования вокруг центральных особенностей спектра шизофрении и обеспечивает «взаимное просвещение» между исследованиями различных уровней.

Barnaby Nelson[1,2], Suzie Lavoie[1,2], Lukasz Gaweda[3,4], Emily Li[1,2], Louis A. Sass[5], Dan Koren[6], Patrick D. McGorry[1,2], Bradley N. Jack[7], Josef Parnas[8], Andrea Polari[1,2,9], Kelly Allott[1,2], Jessica A. Hartmann[1,2], Thomas J. Whitford[7]

[1]Orygen, The National Centre of Excellence in Youth Mental Health, Melbourne, Australia; [2]Centre for Youth Mental Health, University of Melbourne, Melbourne, Australia; [3]Department of Psychiatry and Psychotherapy, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany; [4]II Department of Psychiatry, Medical University of Warsaw, Warsaw, Poland; [5]Rutgers University, New York, New York, USA; [6]Psychology Department, University of Haifa, Haifa, Israel; [7]School of Psychology, University of New South Wales, Sydney, Australia; [8]University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark; [9]Orygen Youth Health Clinical Program, Melbourne, Australia

Перевод: Симонов Р.В. (Санкт-Петербург)
Редактура: к.м.н. Руженкова В.В. (Белгород)
(World Psychiatry 2019;18(1):104-105)

Библиография

1. Parnas J, Zandersen M. World Psychiatry 2018;17:220−1.
2. Henriksen MG, Parnas J. Curr Probl Psychiatry 2017;18:177−83.
3. Parnas J, Henriksen MG. Harv Rev Psychiatry 2014;22:251−65.
4. Sestito M, Raballo A, Umiltà MA et al. Psychopathology 2015;48:184−91.
5. Martin B, Franck N, Cermolacce M et al. Sci Rep 2017;7:8278.
6. Nelson B, Whitford TJ, Lavoie S et al. Schizophr Res 2014;152:12−9.
7. Parnas J, Moller P, Kircher T et al. Psychopathology 2005;38:236−58.
8. Hoffman RE, Woods SW, Hawkins KA et al. Br J Psychiatry 2007;191:355−6.

DOI: 10.1002/wps.20597

Улучшение доступа к научно обоснованным вмешательствам для подростков раннего возраста: образование подростков в сфере работы с эмоциями (EASE)

Около половины всех психических расстройств проявляются к 14 годам[1]. У подростков депрессия является основной причиной инвалидности, тревога занимает седьмое место, а самоубийство является третьей по распространенности причиной смерти[1]. По оценкам, 10–20% подростков во всем мире страдают психическими расстройствами[2], которые связаны со здоровьем и социальными проблемами, такими как низкий уровень успеваемости, злоупотребление психоактивными веществами и экономические трудности[3]. Следовательно, подростковый возраст является критическим периодом для вмешательства.

Подростки, живущие в странах с низким и средним уровнем дохода (СНСД), могут особенно подвергаться риску психических расстройств, когда они подвергаются неблагоприятным воздействиям, таким как крайняя нищета и насилие[4]. Несмотря на достигнутые успехи, доступ к основанным на фактических данных психологическим методам лечения подростков в странах с низким и средним уровнем дохода низок[4].

Появляется все больше литературы об эффективности психосоциальных вмешательств для молодых людей в странах с низким и средним уровнем дохода. Недавний систематический обзор и мета-анализ данных об отдельных участниках из 3143 детей, затронутых конфликтом, завербованных в одиннадцать рандомизированных контролируемых испытаний, показал, что целенаправленные психосоциальные вмешательства могут быть эффективными для уменьшения симптомов посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и для увеличения надежды, преодоления, социальной поддержки и снижения функциональных нарушений[5].

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) стремится повысить количество и качество услуг по охране психического здоровья. В рамках Программы действий в области психического здоровья (mhGAP) ВОЗ разрабатывает и проверяет эффективность кратких трансдиагностических психологических вмешательств, в том числе для подростков, которые могут быть осуществлены подготовленными и контролируемыми неспециалистами в различных сферах, включая здравоохранение, защиту и образование[6,7].

Опираясь на текущую работу по разработке и тестированию потенциально масштабируемых психологических вмешательств для взрослых[8], ВОЗ разработала групповой курс для подростков (приблизительно от 10 до 14 лет), проявляющих скрытые (внутренние) проблемы (например, симптомы депрессии или тревоги). Курс называется «Образование подростков в сфере работы с эмоциями» (EASE).

Центральное место в разработке EASE занимала способность решать коморбидные эмоциональные проблемы за одно вмешательство и способствовать расширению масштабов в странах с низким и средним уровнем дохода с использованием специально обученных неспециалистов. Формирующий процесс разработки EASE включал описательный обзор, определение стратегий, поддерживаемых эмпирически, которые чаще всего использовались в эффективных вмешательствах в соответствии с базой данных PracticeWise[9], и обширные консультации экспертов (концептуальные записи о разработке EASE предоставляется по запросу).

EASE направлена на смягчение симптомов интернализированных расстройств, таких как депрессия и тревога, путем предоставления четырех основных эмпирически поддерживаемых стратегий, проводимых лицом к лицу в течение семи групповых сессий с подростками и трех групповых сессий с их опекунами.

Сессии с подростками проводятся в порядке увеличения сложности, поэтому каждая сессия рассматривает и репетирует ранее проведенные сессии, при этом поощряется практика между сессиями. Сессии рассчитаны на 90 минут. Они включают в себя рисунки, истории и мероприятия, способствующие вовлечению подростков.

Первая сессия направлена на установление взаимоотношений с участниками и развитие сплоченности группы. Предусмотрено психообразование, информирование участников о трудностях и эмоциональных переживаниях. Участников также учат тому, как правильно определять свои собственные эмоции («Понимание моих чувств»), что рассматривается как основа для базовой эмоциональной регуляции. На второй сессии рассматриваются проблемы физического возбуждения, связанные со стрессом, тревогой и гневом, и проводится обучение замедленному дыханию («Успокоение моего тела») для содействия уменьшению возбуждения.

Участникам рекомендуется участвовать в проводимых активностях, чтобы улучшить свое настроение в сессиях 3 и 4 («Изменение моих действий»). Основанная на бихевиоральной активации, эта стратегия направлена на устранение симптомов пассивности и помогает вовлекать подростков в более сложные виды деятельности.

Сессии 5 и 6 продвигают навыки самостоятельного решения проблем с помощью простой техники, называемой «Управление моими проблемами». В эти сессии включены вопросы, побуждающие участников обращаться за социальной поддержкой. Наконец, сессия 7 посвящена профилактике рецидивов и помогает участникам подготовиться к самостоятельному использованию изученных стратегий в будущем.

Учитывая трудности с привлечением работающих лиц или лиц, осуществляющих активный уход, а также в контексте краткого вмешательства, в курс включены только три двухчасовых групповых сеанса по уходу. Они стремятся использовать существующие сильные стороны и продвигать адаптивные методы воспитания, чтобы улучшить отношения между опекуном и ребенком, повысить уверенность при реагировании на подростковый дистресс.

На первом занятии лица, обеспечивающие уход, получают базовое психообразование и навыки, позволяющие им лучше реагировать и обеспечивать успокоение своему ребенку, когда он испытывает чувство стресса. Обучают и практикуют техники идентификации эмоций, активного слушания и медленного дыхания. Второе занятие посвящено позитивным методам воспитания детей, включая похвалу, повышение уверенности их ребенка и прекращение физической дисциплины. Наконец, самообслуживание опекуна (например, сон, питание, стратегии снижения стресса) рассматривается на третьем занятии. Это занятие направлено на повышение способности лица, осуществляющего уход, справляться с проблемами, связанными с окружаю-

щей средой, и воспитанием подростка, испытывающего значительные страдания. Кроме того, на этом занятии проходит обучение профилактике рецидивов. Практика и применение полученных навыков и знаний рекомендуется между сессиями. Кроме того, на всех сессиях опекуны, информируются о темах, которые преподаются на сессиях подростков.

Помимо сессий для опекунов и подростков преподаватели сессий обучаются определению маркеров угроз благополучию подростков в домашней обстановке, их мониторингу и дальнейшим действиям после выявления.

Способность эффективно осуществлять и расширять это вмешательство в странах с низким и средним уровнем дохода имеет решающее значение. Обеспечение ответственного подхода (например, постоянная супервизия и поддержка) к разделению задач с привлечением неспециалистов делает EASE более доступным и масштабируемым. Ожидается, что лица, проводящие эти вмешательства, будут иметь, по крайней мере, среднее образование, но не обязательно – опыт в области охраны психического здоровья. Они пройдут восемь-десять дней обучения базовым навыкам охраны психического здоровья, навыкам консультирования и управления группами, а также интервенции EASE и будут проходить еженедельную супервизию. Аналогичные подходы к распределению задач использовались в исследованиях, демонстрирующих эффективность среди взрослых[10].

Доступ к эффективному психологическому вмешательству для подростков имеет важное значение для обеспечения здорового развитии. EASE – это короткое трансдиагностическое вмешательство, направленное на смягчение симптомов эмоционального расстройства у подростков раннего возраста. Если оно окажется эффективным, оно может быть расширено во многих ситуациях. Эффективность EASE в настоящее время проверяется с помощью рандомизированных контролируемых испытаний в Ливане, Иордании, Пакистане и Танзании.

Заметки

K.S. Dawson и S. Watts – совместные первые авторы. Разработка и тестирование EASE поддерживается European Commission, Elhra, Jacobs Foundations, Oak Foundation, War Child Holland и ВОЗ. Только авторы несут ответственность за мнения, выраженные в настоящем письме, и они необязательно представляют мнения, решения или политику учреждений, с которыми они связаны.

Katie S. Dawson[1], Sarah Watts[2], Kenneth Carswell[2], Melissa Harper Shehadeh[2], Mark J.D. Jordans[3,4], Richard A. Bryant[1], Kenneth E. Miller[3], Aiysha Malik[2,5], Felicity L. Brown[3], Chiara Servili[2], Mark van Ommeren[2]

[1]School of Psychology, University of New South Wales, Sydney, NSW, Australia; [2]Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, Geneva, Switzerland; [3]Department of Research and Development, War Child, Amsterdam, The Netherlands; [4]Center for Global Mental Health, Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's College London, London, UK; [5]Oxford Institute of Clinical Psychology Training, Isis Education Centre, University of Oxford, Oxford, UK

Перевод: Симонов Р.В. (Санкт-Петербург)
Редактура: к.м.н. Руженкова В.В. (Белгород)
(World Psychiatry 2019;18(1):105-107)

Библиография

1. World Health Organization. Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade. Geneva: World Health Organization, 2014.
2. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M et al. Lancet 2011;378: 1515-25.
3. Jenkins R, Baingana F, Ahmad R et al. Ment Health Fam Med 2011;8:87-96.
4. Patel V, Kieling C, Maulik PK et al. Arch Dis Child 2013;98:323-7.
5. Purgato M, Gross AL, Betancourt T et al. Lancet Glob Health 2018;6:e390-400.
6. World Health Organization. mhGAP: Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. Geneva: World Health Organization, 2008.
7. Dua T, Sharma A, Patel A et al. World Psychiatry 2017;16:216-7.
8. Epping-Jordan JE, Harris R, Brown FL et al. World Psychiatry 2016;15:295-6.
9. PracticeWise. Evidence-based youth mental health services literature database. Satellite Beach: PracticeWise, 2015.
10. Singla DR, Kohrt BA, Murray LA et al. Annu Rev Clin Psychol 2017;13:149-81.

DOI: 10.1002/wps.20594

Отсутствие доказательств эффективности психотерапии ПТСР и депрессии у детей и подростков-беженцев

Известно, что посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) и депрессия являются распространенными расстройствами среди молодых беженцев и вынужденных переселенцев. Ввиду большого количества недавних и продолжающихся вооруженных конфликтов становится все более заметной необходимость эффективных методов их лечения в данной группе населения.

Мы провели систематический обзор и мета-анализ рандомизированных контролируемых исследований эффективности психологических вмешательств при ПТСР и депрессии у детей и подростков-беженцев, а также у вынужденных переселенцев. Цели и методы мета-анализа были зарегистрированы с помощью базы данных PROSPERO (CRD42017071384).

Мы проводили поиск в базах данных PsychINFO, MEDLINE и PILOTS вплоть до февраля 2018 года. Нами использовались следующие элементы поиска среди ключевых слов, заглавий и аннотаций: ПТСР, депрессия, беженец (или сходные термины, такие как лицо, добивающееся политического убежища, или вынужденный переселенец) и лечение (или сходные термины, такие как вмешательство или психотерапия). Также исследовались библиографические списки найденных публикаций и систематических обзоров.

Критериями включения были: а) исследование, проводимое с детьми или подростками-беженцами или вынужденными переселенцами; б) способы лечения распределялись между участниками случайным образом; в) наличие как минимум десяти участников, закончивших активное психологические лечение ПТСР, депрессии или обоих расстройств. Мы не накладывали ограничений на формат вмешательства, тип или язык публикаций. Если в публикации

не предоставлялось достаточной информации для проведения мета-анализа, мы связывались с авторами с целью ее получения.

Мы закодировали и выделили значимые исследования, вмешательства и характеристики, такие как количество их участников, группы сравнения, характеристики, используемые для измерения исходов, их значения и количество сессий. Далее мы оценили качество включенных исследований с применением девяти критериев, ранее использованных в схожих мета-анализах[1]. Для проведения анализа средняя контрольной группы вычиталась из средней группы лечения после окончания лечения или во время последующего наблюдения, и разница делилась на величину объединенного стандартного отклонения. Далее для получения размера эффекта Хеджеса (Hedges's g) результат умножался на поправочный коэффициент размера выборки и применялась модель случайных эффектов. Окончательный анализ проводился с помощью Comprehensive Meta-Analysis версия 3. Учитывая тот факт, что менее десяти исследований подходили под наши критерии включения, проверка на наличие систематической ошибки не могла быть проведена.

После всестороннего изучения 1716 потенциальных вариантов под наши критерии подходили восемь из них[2-9]. Все публикации были написаны на английском языке, семь из них публиковались в рецензируемых изданиях, одна являлась докторской диссертацией[7]. Семь исследований проводились с вынужденными переселенцами, два – с беженцами[6,8]. В трех исследованиях лечение проводилось в групповом формате[2,5,9]. В четырех из исследований оценивались ПТСР и депрессия[4,5,7,9], в одном только депрессия[2] и три были сфокусированы только на ПТСР[3,6,8].

Экспериментальные интервенции включали травма-сфокусированную когнитивно-поведенческую терапию в сочетании с нарративной экспозиционной терапией[3,4,6-8], межличностной терапией[2], проводимыми в классах вмешательствами[9] и написанием историй для выздоровления[5]. В четырех исследованиях результаты активного лечения сравнивались с таковыми для лиц из листа ожидания. В двух исследованиях условия лечения в дополнение к листу ожидания сравнивались с пассивной контрольной группой. В трех исследованиях две группы с активным лечением сравнивались друг с другом.

Количество участников групп разнилось от 11 до 248, со средим количеством 78,7±61,9. Средний возраст участников составил 13,1±1,9, 49,9% из них были женского пола. Во втором и третьем исследованиях использовались структурированные клинические интервью для оценки ПТСР или депрессии; в остальных применялась самостоятельная оценка состояния самими участниками исследования. Количество сессий варьировалось от 6 до 16.

Активное лечение ПТСР привело к статистически незначимому совокупному размеру эффекта после окончания лечения (k=7; g=0,02; 95% CI: от -0,13 до 0,15) и при последующем наблюдении (k=5; g=0,24; 95% CI: от -0,13 до 0,62) по сравнению с контрольной группой. Только в одном исследовании отмечался статистически значимый эффект в группе сравнения по сравнению с контрольной группой[6].

Активные методы лечения депресии также не привели к статистически значимым совокупным размерам эффектов после лечения (k=6; g=-0,01; 95% CI: от -0,55 до 0,52) и при последующем наблюдении (k=3; g=0,02; 95% CI: от -0,16 до 0,19) по сравнению с контрольной группой. Только в одном исследовании отмечался большой эффект в отношении депрессии[3].

В трех из исследований, в которых упоминались нарушения функций, методы привели к малым размерам эффектов после лечения (k=3; g=0,31; 95% CI: от 0,08 до 0,54) и при последующем наблюдении (k=3; g=0,32; 95% CI: от 0,01 до 0,64) при сопоставлении группы сравнения с контрольной группой.

Согласно оценке качества включенных публикаций, шесть из них (75%) получили средний балл 2, что свидетельствует о хорошем качестве.

Данный мета-анализ свидетельствует, что существует весьма ограниченное число клинических исследований на тему эффективности психотерапии ПТСР и депрессии у детей и подростков-беженцев, а также у вынужденных переселенцев. Результаты имеющихся исследований не могут предоставить убедительных доказательств эффективности психологических вмешательств в данной популяции.

Учитывая неотложные задачи, которые ставят общественному здоровью растущий уровень насилия и гражданских конфликтов во всем мире, государственным и негосударственным организациям необходимо иметь самые надежные сведения для законотворческой деятельности и реализации в жизнь практических изменений. Соответственно, имеется необходимость в разработке и тестировании вмешательств, эффективных при проблемах с психическим здоровьем у молодых беженцев и вынужденных переселенцев.

Nexhmedin Morina, Tim Nicolai Sterr

Institute of Psychology, University of Munster, Munster, Germany

Перевод: Скугаревская Т.О. (Минск)
Редактура: к.м.н. Северова Е.А. (Смоленск)
(World Psychiatry 2019;18(1):107-108)

Библиография

1. Morina N, Koerssen R, Pollet TV. Clin Psychol Rev 2016;47:41-54.
2. Bolton P, Bass J, Betancourt T et al. JAMA 2007;298:519-27.
3. Catani C, Kohiladevy M, Ruf M et al. BMC Psychiatry 2009;9:22.
4. Ertl V, Pfeiffer A, Schauer E et al. JAMA 2011;306:503-12.
5. Lange-Nielsen II, Kolltveit S, Thabet AAM et al. J Loss Trauma 2012;17:403-22.
6. Ruf M, Schauer M, Neuner F et al. J Trauma Stress 2010;23:437-45.
7. Schauer M. Trauma treatment for children in war: build-up of an evidence-based large-scale mental health intervention in North-Eastern Sri Lanka. Doctoral Thesis, University of Konstanz, 2008.
8. Schottelkorb AA, Doumas DM, Garcia R. Int J Play Theor 2012;21:57-73.
9. Tol WA, Komproe IH, Jordans MJD et al. World Psychiatry 2012;11:114-22.

DOI: 10.1002/wps.20596

Разграничение между шизотипией и факторами высокого риска развития психоза: результаты последующего наблюдения в течение года

Психозы – тяжелые неоднородные по структуре психические состояния с мультифакторной этиологией. В недавнем обширном обзоре, опубликованном в данном журнале[1], среди условий нахождения в группе клинически высокого риска развития психоза (CHR) была такая черта как ангедония (как часть шизотипического конструкта), что было отмечено как многообещающий фактор, который можно использовать для ранней диагностики психозов.

Данные результаты отражают два основных направления феноменологических исследований в области ранней диагностики психоза до манифестации его первого эпизода[2]: клинический подход предполагающий выявление факторов высокого риска[3], и подход, основанный на диагностике шизотипии[4,5]. За некоторым исключением[2,6], возможность этих двух подходов прогнозировать развитие психоза исследовалась независимо друг от друга, а также разными способами и в разных популяциях. Шизотипия диагностировалась с помощью опросников для самостоятельного заполнения в основном в доклинических популяциях. Критерии высокого риска развития психоза (CHR) – с помощью клинических интервью и в основном в клинических выборках[2].

Шизотипию можно определить как латентную черту или структурную организацию личности, для оценки которой часто применяются Висконсинские шкалы шизотипии (Wisconsin Schizotypy Scales, WSS)[2,7], включающие физическую ангедонию, социальную ангедонию, нарушения восприятия и магическое мышление. Согласно исследованиям, последние две шкалы включают также факторы, такие как ослабленные и транзиторные позитивные симптомы, а также основные симптомы нарушения восприятия[8], которые, в свою очередь, часто используются для симптоматического определения состояний высокого риска развития психозов (CHR) вместе с основными когнитивными симптомами[3].

Результаты исследований в доклинических выборках поддерживают предположения о шизотипии как о важной черте, так как показали относительно высокую стабильность баллов WSS за короткие промежутки времени[9]. С другой стороны, критерии и симптомы CHR редко являются стабильными во времени в клинических выборках[10], что поддерживает взгляд на них как на факторы состояния. Однако до сих пор неизвестно, влияют ли факторы условий высокого риска развития психоза (CHR) на результаты по шкале WSS в клинических выборках, особенно учитывая частично перекрещивающиеся (ослабленные) позитивные симптомы и позитивные WSS[2,6].

Чтобы пролить свет на этот вопрос, мы исследовали стабильность и взаимосвязь во времени возможных изменений симптомов WSS и CHR на протяжении одного года у 29 пациентов, набранных в Центре ранней диагностики и вмешательства при психических кризисах Берна (Bern Early Detection and Intervention Centre for Mental Crises). Исходно средний возраст пациентов составил 18±5 лет (от 9 до 27 лет), 41% составили лица мужского пола. У одного пациента (3%) уже имелось психотическое расстройство, 22 (76%) попадали под критерии CHR и шесть (21%) имели диагнозы, не имеющие отношения к психотическому спектру расстройств.

Для оценки 14 основных симптомов, входящих в две базовые группы критериев[3], нами был использован Инструмент по оценке предрасположенности к шизофрении (The Schizophrenia Proneness Instruments). Структурированное интервью для выявления синдромального риска психозов (The Structured Interview for Psychosis-Risk Syndromes) использовалось для определения пяти позитивных симптомов, входящих в симптоматические критерии UHR3. Шизотипия оценивалась с помощью WSS. Согласно требованиям местного комитета по этике, пациенты или в случае их несовершеннолетия, их законные представители дали информированное согласие на анонимное использование их клинических данных для научного анализа и публикации.

Для проверки на наличие статистически значимых значений и достоверности результатов мы анализировали разницу между исходными суммарными баллами и таковыми при последующем наблюдении в программе SPSS 24, распределение баллов было приближено к нормальному. Для анализа использовались зависимый t-коэффициент с бутстрепом. Это позволило нам выявить значимые временные различия суммы баллов базовых симптомов (средняя Δ=3,45, t(28)=2,38, p=0,024) и позитивных симптомов (средняя Δ=2,00, t(28)=2,48, p=0,021). С другой стороны, разница баллов WSS оставалась незначимой: физическая ангедония (средняя Δ=1,55, t(28)=1,79, p=0,106), социальная ангедония (средняя Δ=1,35, t(28)=1,68, p=0,107), магическое мышление (средняя Δ=0,28, t(28)=0,40, p=0,691) и нарушения восприятия (средняя Δ=0,62, t(28)=0,92, p=0,360).

Далее, при изучении коэффициентов корреляции Пирсона между шкалами, мы обнаружили статистически сильную достоверную корреляцию только между магическим мышлением и нарушениями восприятия (r=0,506, p=0,005). Корреляция средней силы (на уровне тренда) обнаружена между физической ангедонией и магическим мышлением (r=0,337, p=0,091), а также физической ангедонией и нарушениями восприятия (r=0,319, p=0,073). Также были обнаружены умеренной силы корреляции между двумя различными оценками CHR (r=0,328, p=0,083). Различные оценки баллов WSS и CHR никогда не коррелировали (r от 0,012 до 0,306; p от 0,969 до 0,106). Согласно линейному регрессионному анализу, различия баллов WSS не предсказывали различий баллов CHR, которые, в свою очередь, не предопределяли различий в баллах WSS.

Наши результаты укрепили разграничение между симптомами CHR и шизотипией как между двумя независимыми друг от друга факторами: состоянием и чертой характера. Следовательно, подкреплено представление о том, что симптомы CHR появляются на высоте шизотипии, как было предложено моделью Debbane и соавт.[2]. Более того, их независимость поддерживает взгляд, согласно которому прогнозирование психоза может быть улучшено с помощью комбинации упомянутых методов[6]. Для достижения данной цели могут быть использованы показатели физической ангедонии и социальной ангедонии как особенно многообещающие факторы, являющиеся проявлениями негативной шизотипической дименсии.

Негативная шизотипия может позволить выявить лиц, для которых наиболее вероятно развитие серьезного психического расстройства, среди тех, у кого уже повышен риск развития психотических или схожих с психотическими симптомов. Симптомы, в свою очередь, могут быть определены согласно критериям CHR. Это объясняет, почему

величина баллов по обоим шкалам ангедонии изменялась со временем сильно, но все же статистически незначимо.

Будущие исследования на более крупных выборках с более длительным временем наблюдения необходимы для того, чтобы исследовать надежность наших выводов, возможные специфические взаимоотношения между факторами условий высокого риска развития психоза и шизотипическими чертами. Возможные закономерности, характерные для развития психоза и роли средовых факторов риска значимых в этиологии психозов[1], также требуют дальнейшего исследования.

Chantal Michel[1], Rahel Fluckiger[1], Jochen Kindler[1], Daniela Hubl[2] , Michael Kaess[1,3], Frauke Schultze-Lutter[1,4]

[1]University Hospital of Child and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy, University of Bern, Bern, Switzerland;

[2]Translational Research Center, University Hospital of Psychiatry and Psychotherapy, University of Bern, Bern, Switzerland;

[3]Department of Child and Adolescent Psychiatry, Center for Psychosocial Medicine, University of Heidelberg, Heidelberg, Germany;

[4]Department of Psychiatry and Psychotherapy, Heinrich-Heine-University, Dusseldorf, Germany;

Перевод: Скугаревская Т.О. (Минск)
Редактура: к.м.н. Северова Е.А. (Смоленск)
(World Psychiatry 2019;18(1):108-109)

Библиография

1. Radua J, Ramella-Cravaro V, Ioannidis JPA et al. World Psychiatry 2018;17:49-66.
2. Debbane M, Eliez S, Badoud D et al. Schizophr Bull 2015;41(Suppl. 2): 396-407.
3. Schultze-Lutter F, Michel C, Schmidt SJ et al. Eur Psychiatry 2015;30: 405-16.
4. Lenzenweger MF. World Psychiatry 2018;17:25-6.
5. Grant P. Front Psychiatry 2015;6:143.
6. Fluckiger R, Ruhrmann S, Debbane M et al. J Abnorm Psychol 2016; 125:923-32.
7. Chapman LJ, Chapman JP, Kwapi TR et al. J Abnorm Psychol 1994; 103:171-83.
8. Fluckiger R, Schmidt SJ, Ruhrmann S et al. Early Interv Psychiatry 2016;10(Suppl. 1):117.
9. Chan RC, Shi HS, Geng FL et al. Psychiatry Res 2015;228:143-9.
10. Michel C, Ruhrmann S, Klosterkotter J et al. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2018;268:39-48.

DOI: 10.1002/wps.20595

Пограничное расстройство личности или расстройство шизофренического спектра? Психопатологическое исследование

Пограничное расстройство личности (ПРЛ) является одним из наиболее часто используемых диагнозов в европейской и американской психиатрии. Тем не менее, нозологическая принадлежность пограничных расстройств не всегда понятна, особенно при проведении дифференциальной диагностики с расстройствами шизофренического спектра.

При введении DSM-III ПРЛ было отделено от шизотипического расстройства, которое ранее часто обозначалось как пограничная шизофрения. В подробном историческом, концептуальном и эмпирическом обзоре[1] мы утверждали, что разделение пограничных расстройств не было полностью оправданным и ПРЛ в настоящее время является чрезмерно всеобъемлющей категорией, ее клинически и концептуально трудно отличить от расстройств шизофренического спектра. В другом исследовании[2] мы указывали на то, что диагностические критерии ПРЛ «расстройство самоидентификации» и «хроническое чувство пустоты» относятся к неоднозначным феноменам, которые изначально приписывались расстройствам шизофренического спектра[3].

С учетом этих данных мы провели исследование 30 пациентов (из них 28 женщин, средний возраст 30,0±8,0 лет), которым был установлен основной клинический диагноз ПРЛ в трех специализированных амбулаторных клиниках университета по лечению ПРЛ в Дании. Среди этих пациентов 56,7% ранее были госпитализированы, а 70,0% пациентов ранее был установлен иной диагноз, в основном аффективных расстройств или расстройств, связанных со стрессом, что соответствует данным недавнего датского исследования, в которое были включены 10 876 пациентов[4].

Пациентов тщательно обследовали старший клинический психолог (MZ) и врач-исследователь (JP). Интервью проводились в полуструктурированной и диалоговой форме в соответствии со стандартными феноменологическими принципами и применением сложного инструмента, используемого для проведения психопатологических исследований в нашем отделении[5]. Кроме того, мы специально оценили все критерии ПРЛ и шизотипического расстройства в соответствии с DSM-5 и МКБ-10. Все интервью, кроме одного, были записаны на видео и проверены, на их основании были составлены краткие отчеты.

Диагнозы были установлены в соответствии с DSM-5 и МКБ-10 по итогам общего обсуждения между MZ и JP. В случаях разногласий в отношении оценки основных психопатологических феноменов MZ и JP совместно оценивали фрагменты видеозаписей или проводили дополнительное интервью с пациентом. Пять случайных отчетов были изучены внешним психиатром-консультантом, который согласился с диагнозом, установленным по итогам совместного обсуждения.

Исследование показало, что подавляющее большинство пациентов в действительности соответствовало критериям расстройств шизофренического спектра (66,7% по DSM-5 и 76,7% по МКБ-10), то есть шизофрении (20,0% по DSM-5 и МКБ-10) или шизотипического расстройства. У 40,0% пациентов, которым не был установлен диагноз шизофрении, имели место «квазипсихотические эпизоды» (критерий шизотипического расстройства в соответствии с МКБ-10). У пяти пациентов психотические симптомы были более выражены, чем на «квазипсихотическом» уровне, но все же не соответствовали критериям шизофрении.

Наиболее часто определялись диагностические критерии шизотипического расстройства, «неадекватный или сдержанный аффект» и «необычные феномены восприятия», тогда как к наименее частым относились характерные для ПРЛ «импульсивность» и «напряженные и нестабильные отношения». Критерии ПРЛ «расстройство самоидентификации» и «хроническое чувство пустоты» в значительной

степени коррелировали с общей оценкой расстройств самосознания, изученных с помощью Шкалы оценки аномальных ощущений (Examination of Anomalous Self-Experiences scale, EASE)[6].

Пациенты с шизофренией и шизотипическим расстройством имели значительно ($p<0,01$) более высокий уровень расстройств самосознания, чем другие пациенты (17,5±6,0 против 6,8±5,4 по DSM-5; 16,9±6,0 против 4,1±2,6 по МКБ-10), что соответствует результатам других исследований[5]. При использовании обеих диагностических классификаций не было выявлено существенных различий по общему баллу EASE между пациентами с расстройствами шизофренического спектра и пограничным расстройством.

Мы полагаем, что эта значительная диагностическая путаница может частично являться непреднамеренным результатом «операциональной революции» и введения политетических критериев, которые представляют собой короткие непрофессиональные формулировки, допускающие множественные интерпретации и семантико-исторические отклонения.

Концепция пограничных расстройств, предшествующая DSM-III, возникла из нескольких источников[1].

Одним из источников было клиническое и психотерапевтическое представление о субпсихотических формах шизофрении, первоначально описанных как латентная, псевдоневротическая или пограничная шизофрения или «пограничный синдром Hoch-Polatin»[7]. Этот «гештальт» включал в себя тонкие блейлеровские основные симптомы, такие как аффективные расстройства, формальные расстройства мышления, амбивалентность, расстройства самосознания и другие признаки дезинтегративных пограничных расстройств.

Другой источник исходит из психотерапевтической практики, описывающей экстравертированных пациентов, склонных к драматизации, интенсивным, но неустойчивым межличностным отношениям, переходящим от идеализации к девальвации, представляющих трудность для психотерапии.

Наконец, на разработку критериев ПРЛ повлияла структурно-динамическая концепция пограничной личности, предложенная Kernberg (например, размытая личностная идентичность и специфические паттерны защитных механизмов, такие как расщепление). Тем не менее, концепция Kernberg была трансдиагностической дименсиональной системой, применимой к таким разным категориям, как шизоидные (и, предположительно, шизотипические), параноидальные, гипоманиакальные, нарциссические и антисоциальные личности, и различным пограничным расстройствам.

С 1980 года основополагающие прототипы и оригинальные психопатологические концепции, которые служили источником создания политетических критериев, оказались забыты. Политетические критерии привели к контекстуальному акценту на отдельных символических элементах (например, самоповреждение) и общему снижению уровня психопатологических знаний. Это способствовало современной диагностической путанице. Например, импульсивность как черта личности (то есть проявляющаяся в разных ситуациях на протяжении всей жизни) может быть спутана с дезорганизованным поведением или импульсивностью, наблюдающимися при расстройствах шизофренического спектра.

Сегодня пограничные психотические симптомы в DSM-5 встречаются как в критериях ПРЛ, так и шизотипического расстройства. Это делает дифференциальную диагностику ПРЛ и расстройств шизофренического спектра в значительной степени зависимой от выявления и регистрации основных симптомов шизофрении. К сожалению, клиницисты и исследователи больше не обращают пристального внимания на эти особенности, а их неоднозначный характер делает невозможной их оценку с помощью анкетировании при самоотчетах и структурированных интервью.

С момента введения DSM-III психиатрические диагнозы были утверждены и стали рассматриваться как «естественные виды», и, как правило, для публикации считаются подходящими только исследования, основанные на диагностических критериях самого последнего издания DSM[9]. Вместо этого нам, возможно, следует восстановить теоретическую и эмпирическую психопатологию как основу научной психиатрии.

Maja Zandersen[1], Josef Parnas[1,2]

[1] Mental Health Centre Glostrup, Institute of Clinical Medicine, University Hospital of Copenhagen, Copenhagen, Denmark;

[2] Center for Subjectivity Research, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark

Перевод: Павлова-Воинкова Е.Е. (Санкт-Петербург)
Редактура: к.м.н. Федотов И.А. (Рязань)
(World Psychiatry 2019;18(1):109-110)

Библиография

1. Zandersen M, Henriksen MG, Parnas J. J Pers Disord (in press).
2. Zandersen M, Parnas J. Schizophr Bull (in press).
3. Parnas J, Zandersen M. World Psychiatry 2018;17:220-1.
4. Kjær JN, Biskin R, Vestergaard C et al. Personal Ment Health 2016;10:181-90.
5. Nordgaard J, Parnas J. Schizophr Bull 2014;40:1300-7.
6. Parnas J, Møller P, Kircher T et al. Psychopathology 2005;38:236-58.
7. Meehl PE. J Abnorm Psychol 2001;110:188-93.
8. Kernberg O. J Am Psychoanal Assoc 1967;15:641-85.
9. Hyman SE. Annu Rev Clin Psychol 2010;6:155-79.

DOI: 10.1002/wps.20598

Профилактика депрессии будет успешной только в случае ее планомерного внедрения в структуру общества и воздействия на значимые факторы риска

В настоящее время около 150 миллионов человек во всем мире страдают от большого депрессивного расстройства (в дальнейшем, депрессии). Каждая пятая женщина и каждый восьмой мужчина в течение своей жизни переносят депрессивный эпизод.

Хотя с 1970-х годов все больше и больше людей в западных странах имеют возможность получать психиатрическую помощь, включающую в себя прежде всего фармакотерапию, согласно эпидемиологическим данным снижения распространенности депрессии среди населения не наблюдается[1]. Очевидно, что эффективность современных методов лечения по сравнению с плацебо является невысокой и все еще существуют значительные недостатки качества лечения[1]. Однако, даже при проведении оптимального лече-

ния, необходимы другие меры, направленные на снижение бремени депрессии и других распространенных психических расстройств на общественное здравоохранение.

Профилактика депрессии в значительной степени умышленно игнорируется и имеет свои внутренние сложности. Недавние мета-анализы рандомизированных контролируемых исследований профилактических вмешательств, направленных на снижение частоты депрессии, показывают их небольшую или умеренную эффективность, при этом число пациентов, нуждающихся в лечении (NNT), составляет около 22[2,3]. Примечательно, что величины этих эффектов аналогичны таковым при использовании статинов для предотвращения острого инфаркта миокарда в течение 5 лет[2].

Впрочем, подавляющее большинство профилактических исследований касаются психологических методов лечения, применяемых у мотивированных пациентов с субклиническими симптомами. Исследования, кроме того, ограничиваются анализом краткосрочных исходов, а эффект терапии со временем ослабевает, что предполагает необходимость повторных исследований в динамике. Сопоставление с активным препаратом сравнения выполняется редко, а исследования более высокого качества сообщают о значительно меньших эффектах. К тому же далеко не оптимальной оказывается приверженность лечению. Пациенты с наибольшим риском депрессии зачастую наименее мотивированы для участия в психотерапии.

Самые большие проблемы современной профилактики состоят в том, что она не нацелена на значимые факторы риска и не является частью основных систем здравоохранения и социальных систем.

Значимые факторы риска включают в себя проблемное родительство (рискованное поведение в перинатальном периоде, эмоциональное отвержение и отгороженность, недостаточная структурированность воспитания, гиперконтроль и сверхвовлеченность в жизнь ребенка, конфликты между родителями, нестабильность семейных отношений), а также дезадаптивные черты личности у детей (негативная аффективность, низкий уровень самоконтроля), недостаточные социальные навыки и навыки решения проблем[4-6.] Значимость этих факторов общеизвестна для широкого спектра исходов в долговременной перспективе[4,7]. При наличии факторов из обеих групп формируются дезадаптивные отношения «человек-среда», что часто приводит к стойким неразрешимым для личности проблемам.

Поэтому важно одновременно определять факторы риска, связанные как с проблемами родителей, так и с особенностями формирования детской личности. Таким образом, профилактические мероприятия должны начинаться в раннем возрасте, охватывать как детей, так и родителей, быть долгосрочными и структурированными, направленными на улучшение родительских навыков, навыков самоконтроля у детей, негативную аффективность и социальные навыки, действуя частично через улучшение родительского воспитания и частично через улучшение образования.

Формирование черт негативной аффективности и самоконтроля особенно важно, учитывая их значение для раннего развития фобий, гиперактивности и оппозиционно-девиантного поведения[8]. Также представляет интерес, но менее изучено, отдаленное влияние на психическое здоровье социально-экономических и культуральных факторов, таких как низкий социальный статус, неравенство доходов, миграция, и их последствия.

Вторая проблема современной профилактики заключается в том, что она не имеет структурированного и социально-интегрированного характера. Широкомасштабное долгосрочное проведение профилактических мероприятий может быть успешным только в том случае, если они внедрены на местном, региональном и национальном уровнях. Важными являются две формы внедрения. Во-первых, «социально-политическая форма», в рамках которой местная администрация и национальное правительство обеспечивают проведение профилактических программ и мероприятий в существующих учреждениях системы образования, охраны материнства и детства, здравоохранения и социальной работы. Во-вторых, «социально-психологическая форма», в рамках которой ценности и поведение, обеспечивающие поддержание психического здоровья, превращаются в общепринятые социальные нормы (как это происходит с курением).

Первая форма внедрения – это, вероятно, лучший способ гарантировать получение финансирования, политической поддержки и, следовательно, долгосрочною реализацию. Вторая форма также важна, поскольку она поощряет поведение, способствующее сохранению психического здоровья. Например, если навыки здорового образа жизни становятся частью обычной школьной программы (даже в небольшом объеме учебных часов!), последовательные, адаптированные в соответствии с возрастом меры универсальной «профилактики» становятся нормальным компонентом подготовки к взрослой жизни.

Специалисты и организации в области психического здоровья не могут достичь таких результатов в одиночку. Как утверждает Всемирная организация здравоохранения, требуется совместное сотрудничество нескольких сторон на разных уровнях (общество, муниципалитет, район, государство).

Основные преимущества таких универсальных программ заключаются в том, что они: а) нормализируют профилактические мероприятия, поскольку они внедрены в системы (практически) обязательные (образование, акушерство, уход за детьми); б) позволяют снизить риск стигматизации; в) влияют на проблемы родителей, личностные характеристики ребенка и его жизненные навыки (и, следовательно, образ жизни); г) могут принести пользу во многих сферах жизни. От психического и физического здоровья мы переходим к уровню образования, занятости и дохода населения и даже к отношениям, социальной активности и уровню преступности. Хотя «эффект стеклянного потолка», безусловно, существует, по крайней мере родители и дети, которые относительно хорошо справляются со всеми поставленными задачами, могут получить пользу от универсальных программ[4].

Несмотря на ожидание значительных популяционных эффектов, универсальные программы не смогут охватить всех на желаемом уровне. Потребуются дополнительные целенаправленные мероприятия: коррекционные меры по аналогии с коррекционной подготовкой учеников с неудовлетворительной успеваемостью. Таким образом, целенаправленная профилактика дополняет универсальную профилактику.

Мы сталкиваемся с замечательным парадоксом. С одной стороны, заинтересованные стороны (политики, потребители медицинских услуг, страховые компании, профессиональные организации и ученые) считают необходимость профилактики очевидной и согласны с тем, что профилактика психических расстройств является главным приоритетом. С другой стороны, структурированная социальная интеграция профилактических мероприятий и исследований в области психического здоровья минимальна.

Мы считаем, что единственным способом существенно расширить масштабы и закрепить профилактику на всех уровнях в обществе до такой степени, чтобы это уменьшило распространенность депрессии среди населения (и улучшило функциональные исходы и качество жизни), является широкомасштабное структурированное социальное внедрение универсальных и целенаправленных профилактиче-

ских программ, нацеленных на значимые факторы риска. Они должны начинаться очень рано и быть ориентированными на совершенствование проблем родительства и формирование жизненных навыков детей, а также быть долгосрочными и структурированными.

Необходимы значительные инвестиции для разработки, реализации и оценки предлагаемых мер профилактики. Также крайне важно, чтобы исследования, оценивающие профилактику, обладали методологической строгостью и были нацелены на определение долгосрочных результатов, в противном случае сомнения в эффективности профилактических мер будут сохраняться.

Если политики действительно хотят уменьшить бремя депрессии, должна быть соблюдена пропорциональность между необходимыми нуждами и расходами (лечением, профилактикой, исследованиями). Настало время догнать уровень профилактики онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний. Другие заинтересованные стороны, такие как общественное здравоохранение, полиция, страховые компании, органы образования, специалисты в области психического здоровья, должны усилить свое политическое влияние и убедить политиков и общественность внедрить многоцелевые и многоуровневые меры по укреплению и профилактике психического здоровья.

Johan Ormel[1], Pim Cuijpers[2], Anthony F. Jorm[3], Robert Schoevers[1]

[1] University of Groningen, Groningen, The Netherlands;

[2] Free University, Amsterdam, The Netherlands;

[3] University of Melbourne, Melbourne, SA, Australia

Перевод: Павлова-Воинкова Е.Е. (Санкт-Петербург)
Редактура: к.м.н. Северова Е.А. (Смоленск)
(World Psychiatry 2019;18(1):111-112)

Библиография

1. Jorm AF, Patten SB, Brugha TS et al. World Psychiatry 2017;16:90-9.
2. van Zoonen K, Buntrock C, Ebert DD et al. Int J Epidemiol 2014;43:318-29.
3. Werner-Seidler A, Perry Y, Calear AL et al. Clin Psychol Rev 2017;51:30-47.
4. Moffitt TE, Arseneault L, Belsky D et al. Proc Natl Acad Sci USA 2011;108:2693-8.
5. Jeronimus BF, Kotov R, Riese H et al. Psychol Med 2016;46:2883-906.
6. Uher R, Zwicker A. World Psychiatry 2017;16:121-9.
7. Costello EJ, Maughan B. J Child Psychol Psychiatry 2015;56:324-41.
8. Kessler RC, Ormel J, Petukhova M et al. Arch Gen Psychiatry 2011;68: 90-100.
9. Patel V, Burns JK, Dhingra M et al. World Psychiatry 2018;17:76-89.

DOI: 10.1002/wps.20580

Исполнение плана действий WPA на 2017–2020 годы: ориентация на сообщество в обучении, исследованиях и практике

Во время каждого нового срока председательства WPA реализуется План действий, основанный на нашей предыдущей работе. Наш План[1,2] на 2017–2020 гг. укрепляет ориентацию на профессиональные сообщества. В нем рассматривается вклад психиатров в реакции на конфликты, чрезвычайные ситуации и несчастья, а также представлена целевая стратегия охвата молодых женщин и мужчин, которые сталкиваются с трудностями и неблагоприятными условиями, связанными с психическими заболеваниями или их повышенным риском.

В марте 2018 года мы предприняли первые важные шаги для реализации этой стратегии, когда представители WPA встретились с лидерами citiesRISE, Фондом Хуана Хосе Лопеса-Ибора и старшими психиатрами из колумбийского города Богота[3]. К нам присоединились эксперты из Департамента психического здоровья и злоупотребления психоактивными веществами Всемирной организации здравоохранения и Международного медицинского корпуса. На встрече речь шла о том, как с помощью коллективных усилий мы можем связать локальные действия и глобальные сети, чтобы ускорить внедрение самых лучших практик и моделей и помочь психиатрам вносить практический и творческий вклад в работу на уровне сообществ. Мы рассмотрели вопрос о том, как WPA и наши партнеры могли бы наилучшим образом разработать инструменты и стратегии для поддержки лиц с высоким риском развития проблем с психическим здоровьем (по любой причине) и тех, кто уже с ними столкнулся, а также пути укрепления психического здоровья для широкого круга лиц.

Теперь мы создали партнерство WPA-citisisRISE. WPA является партнером-основателем платформы cityRISE[4] и сыграла важную роль в формировании стратегии и программы коллективных действий. Программа, ориентированная на психическое здоровье молодых людей, первоначально была внедрена в пяти городах. Программа поддерживается целым рядом благотворительных и отраслевых спонсоров. WPA участвовала в семинарах по коллективным действиям в Ченнаи и Найроби, а также поддерживала основную работу в Боготе. Существующие в этих городах инициативы, многие из которых возглавляются небольшими общественными организациями, являются примерами того, как на практике выглядит ориентация общества на психическое здоровье.

WPA помогает стимулировать продуктивное общение между людьми, у которых редко бывает такая возможность. Например, в Найроби были проведены совместные встречи со старшими психиатрами, национальным управлением по охране психического здоровья, исследователями, лидерами гражданского общества и молодежью, например, участниками Amazing Minds (творческая сеть студентов, занимающаяся достижением нулевой стигмы в отношении психического здоровья и увеличением числа обращений за помощью среди студентов кампуса). Такие встречи характерны для партнерства WPA-cityRISE. Это замечательный способ поддержать взаимопонимание между различными организациями в тот момент, когда они присоединяются к глобальной программе.

Кроме поддержки cityRISE с помощью обеспечения доступа к наилучшим имеющимся техническим и концептуальным данным, WPA будет руководить конкретными программами. Психиатрия может улучшить способы реагирования на психические потребности детей и молодежи в чрезвычайных и неблагоприятных ситуациях. По всем городам мы будем стремиться к: а) улучшению перинатального психического здоровья и б) поддержке профилактических программ, которые снижают распространенность депрессии, тревоги и суицидального поведения среди молодежи. Недавний доклад Комиссии Lancet-WPA «Снижение глобального бремени депрессии»[5] является еще одним шагом в этом направлении.

Эта деятельность обеспечит восприятие и роль психиатров как представителей профессии, ориентированной на общественные интересы. Она сможет продемонстрировать практику психиатрии в рамках сообществ и многосекторного сотрудничества в группах с низким, средним и высоким доходом и покажет, как можно добиться устойчивой поддержки групп психиатров, занимающихся общественной работой и улучшением психического здоровья.

Партнерство WPA-cityRISE существует благодаря преданной работе психиатров в каждом из вовлеченных городов. На первом этапе WPA назначает глобальную целевую группу, которая будет направлять развитие партнерской деятельности. Мы также выявляем заинтересованных психиатров в каждом городе. Им будет предложено сформировать местные представительные группы, призванные оказывать помощь работе cityRISE и развивать ориентированную на сообщества практику психиатров в стране их работы. Каждая группа в идеале должна включать в себя разных практиков, взятых из самых разных слоев общества и с разным стажем работы.

WPA назначает психиатров – руководителей программ. Они будут выполнять множество функций, в том числе содействие развитию местных представительных групп и взаимодействие между ними и глобальной целевой аудиторией. Они возьмут на себя ведущую роль в разработке инструментов и руководящих принципов для запланированных мероприятий.

Мы активно проводим и другие мероприятия, например, поддерживаем обмен эффективными практиками между специалистами, людьми с опытом психического нездоровья и их семьями[3,6]. Исполнительный комитет WPA утвердил создание совета потребителей услуг в сфере психического здоровья и их семей для консультирования по новым инициативам, таким как опрос и вовлечение потребителей услуг и семей в наших конгрессах. Эта работа является приоритетом в новой политике проведения встреч WPA. Примеры лучших практик будут собраны по мере продвижения партнерской работы WPA-cityRISE и будут распространяться через недавно запущенный веб-сайт WPA[7] и другие каналы.

WPA участвовала в подготовке и публикации комиссии Lancet по всемирному психическому здоровью (Lancet Commission onGlobal Mental Health)[8], знакового документа в этой области. Мы обеспокоены качеством медицинской помощи и правами человека в психиатрии. Следовательно, мы разрабатываем проект с участием членов общества, чтобы изучить, как создать условия в службах охраны психического здоровья, которые свободны

от насилия и жестокого обращения и сводят к минимуму принуждение.

Таким образом, я рада сообщить об этих событиях в реализации Плана действий WPA. Другие мероприятия в рамках Плана действий были и будут подробно описаны в других статьях.

В настоящее время серьезно меняется программа встреч WPA, программы для молодых психиатров и коммуникации WPA. Глобальное исследование психиатрии и разработанные в связи с ним учебные и другие программы подробно описаны и коллегами[9-11].

Я и мои коллеги сильно воодушевлены активным участием и поддержкой Секретариата WPA, наших обществ-членов, научных секций, трудолюбивых постоянных комитетов и всех компонентов Ассоциации.

Helen Herrman
WPA President

Перевод: Тверская Е.И. (Москва)
Редактура: к.м.н. Дорофейкова М.В. (Санкт-Петербург)
(World Psychiatry 2019;18(1):113-114)

Библиография

1. Herrman H. World Psychiatry 2017;16: 329-30.
2. World Psychiatric Association. WPA 2017-2020 Action Plan. www.wpanet.org.
3. Herrman H. World Psychiatry 2018;17:236-7.
4. CitiesRISE. http://cities-rise.org/.
5. Herrman H, Kieling C, McGorry P et al. Lancet (in press).
6. Wallcraft J, Amering M, Freidin J et al. World Psychiatry 2011;10:229-36.
7. Kallivayalil RA. World Psychiatry 2018;17: 238-9.
8. Patel V, Saxena S, Lund C et al. Lancet (in press).
9. Schulze TG. World Psychiatry 2018;17:373-4.
10. Ng RMK. World Psychiatry 2018;17:374-5.
11. Botbol M. World Psychiatry 2018;17:375-6.

DOI: 10.1002/wps.20613

Совместная работа на благо психического здоровья молодых людей: опыт cityRISE

Во всем мире большинству молодых людей с проблемами в области психического здоровья не хватает поддержки и доступа к необходимой им помощи[1]. Быстро урбанизирующееся технологическое общество сегодня переживает социальные, политические, экономические и культурные изменения, которые увеличивают как риски психических расстройств, так и возможности для поддержания психического здоровья молодых людей.

Однако в современных подходах к поддержке психического здоровья молодых людей обычно не хватает комплексного понимания давления и проблем, с которыми они сталкиваются, особенно в периоды критических жизненных изменений. Не учитывается быстро растущее неравенство, с которым сталкиваются молодые люди, особенно те, кто находится в маргинальном положении[2]. Мы считаем, что помимо расширения единой модели, наиболее многообещающий путь развития в области психического здоровья заключается в использовании решений, основанных на местных возможностях, с предоставлением молодежи различных точек доступа и методов вмешательства.

CityRISE – это инициатива нескольких бенефициариев, которая была сформирована как реакция на растущую обеспокоенность тем, что разрозненные и мелкомасштабные усилия не могут решить растущую волну проблем с психическим здоровьем среди молодых людей во всем мире, несмотря на существование эффективных подходов в некоторых частях мира[3]. CityRISE использует проверенные методологии коллективного действия и сетевой подход к внедрению и расширению масштабов интервенций, подкрепленных фактами и опытом.

CityRISE сейчас работает в четырех странах: Индии, Кении, США и Колумбии.

Организации на местном, национальном и глобальном уровнях совместно работают над осуществлением программ в первых городах-участниках: Ченнаи, Найроби, Сиэтле, Сакраменто и Боготе. В каждом из этих городов мы собираем молодых лидеров, психиатров и других специалистов в области психического здоровья, представителей правительства и гражданского общества, а также межотраслевых партнеров, чтобы узнать о местных инициативах и подключиться к глобальным идеям, изобретениям и ресурсам.

Мы совместно разрабатываем вмешательства, которые будут отвечать на запросы предложения (например, различные услуги и поддержка раннего вмешательства) и спроса (то есть осведомленность, поиск помощи) на услуги, а также к соответствующим социальным факторам. Своим подходом эта инициатива привлекла широкий круг инвесторов из промышленности, бизнеса и филантропов.

TownRISE в настоящее время разрабатывает следующие ключевые предложения:

• Городские платформы, которые тестируют подход коллективных действий: определение потребностей города, объединение различных секторов и оценка возможностей для расширения существующих вмешательств сообщества, а также рекомендации новых и перспективных подходов.

• Молодежное лидерство: очень важно задействовать идеи и энергию молодых людей в разработке и проведении мероприятий по охране психического здоровья. Одна из наших ранних работ в Найроби и Ченнаи показала, что молодежь заинтересована в улучшении психического здоровья в их местности и привносит свою энергию и страсть к делу; по всему миру молодые люди находятся в центре движений за социальные перемены и становятся лидерами будущего.

• The Learning Collaborative – это форум знаний, который объединит и предоставит доступ к информации. Города будут использовать его для сравнения местной информации и опыта, а также для изучения новейших передовых методов. The Collaborative будет собирать данные из каждого города, вносить вклад в процессы на уровне города и предоставлять возможности для обмена идеями и знаниями.

• Акселератор был запущен совместно с Grand Challenges Canada для поддержки перспективных социальных предприятий и молодых инноваторов. Он работает над выявлением инновационных подходов к улучшению психического здоровья, а также проверенных моделей, готовых к расширению, таких как Скамья дружбы, StrongMinds, Atmiyata, Drumbeat и другие. На этом начальном этапе создается финансовая и техническая помощь для быстрого тестирования и масштабирования идей. Идея в том, чтобы предложить городам и сообществам новые инструменты для внедрения в их основные программы наряду с расширением проверенных моделей.

• Разработка мониторинга и оценки работы в каждом городе подходит к концу с определением показателей,

общих и отдельных для каждого города.

Партнерские отношения необходимы для реализации стратегий по профилактике и лечению психических заболеваний и укреплению психического здоровья через платформу cityRISE. Партнерство WPA-cityRISE, например, дает возможность показать ориентацию психиатрии на общество, помогая местным и глобальным инициативам по улучшению психического здоровья молодых женщин и мужчин в трудной ситуации[4,5].

Концепция cityRISE отличается от подходов, в которых основное внимание уделяется оказанию психиатрической помощи только обученными специалистами. CityRISE стремится подключить все имеющиеся ресурсы, включая молодежь, неспециалистов и другие сферы, кроме здравоохранения. Психиатры и другие специалисты в области психического здоровья вовлекаются и в другие роли: адвоката, консультанта, супервизора и инструктора, а не только непосредственно клинициста.

Наша работа, в основе которой успешные модели городов по всему миру, включает в себя:

• Выявление местных лидеров, особенно среди городской молодежи.

• Проведение серии рабочих сессий для определения потребностей и возможностей сообщества.

• Построение консенсуса по общим целям и рамкам для мониторинга и оценки.

• Предоставление финансирования и технической помощи для ускорения работы на уровне города.

• Оценка работы с целью выработки устойчивых инициатив и стратегий, которые могут масштабироваться.

• Обмен и реализация успешных инициатив в городах по всему миру.

Для улучшения психического здоровья необходима стратегия, охватывающая многие дисциплины и отрасли, например, безопасность жителей, экономическое развитие, общественные пространства и культурная жизнь, в том числе образование, искусство и спорт[1]. Привлечение к работе молодых людей на каждом этапе привнесло энергию и новые идеи. Мы считаем, что при правильном руководстве со стороны государственного и частного секторов доступная поддержка психического здоровья может быть обеспечена путем соединения формальных и неформальных служб в рамках жилищного строительства, транспортной системы, правоохранительных органов, образования и здравоохранения.

Доступные услуги психосоциальной поддержки могут смягчить воздействие современных городских проблем, таких как бездомность, бедность, отсутствие образования и возможности трудоустройства. Города могут проложить путь к скорейшей выработке решений и катализировать локальные коллективные действия в целях борьбы с психическими заболеваниями и улучшения психического здоровья.

Таким образом, мы поощряем широкий подход, включающий, например, программы повышения осведомленности, использование и дизайн общественных пространств, а также роль технологий для поддержки сообществ и технологий, обогащающих клинические услуг для тех, кто нуждается в них.

Moitreyee Sinha[1], Pamela Collins[2], Helen Herrman[3,4]

[1]citiesRISE; [2]University of Washington, Seattle, WA, USA; [3]World Psychiatric Association; [4]Orygen, The National Centre of Excellence in Youth Mental Health, and University of Melbourne, Melbourne, Australia

Перевод: Тверская Е.И. (Москва)
Редактура: к.м.н. Дорофейкова М.В. (Санкт-Петербург)
(World Psychiatry 2019;18(1):114-115)

Библиография

1. Patel V, Saxena S, Lund C et al. Lancet (in press).
2. Patton GC, Sawyer S, Santelli M et al. Lancet 2016;387:2423-4.
3. Malla A, Iyer S, McGorry P et al. Soc PsychiatryPsychiatr Epidemiol 2016;51:319-26.
4. Herrman H. World Psychiatry 2017;16: 329-30.
5. Herrman H. World Psychiatry 2018;17:236-7.

DOI: 10.1002/wps.20615

Доклады 18-го Всемирного конгресса психиатров, посвященные МКБ-11

В рамках 18-го Всемирного конгресса психиатров, состоявшегося в Мехико с 27 по 30 сентября 2018 года, проведено несколько мероприятий, посвященных разделу психических и поведенческих расстройств в структуре Международной классификации болезней и проблем со здоровьем 11-го пересмотра (МКБ-11). Обсуждение вопросов происходило в ходе пленарных заседаний и нескольких презентаций.

Версия главы статистического учета психических расстройств, содержащая иерархическую структуру, нозологические категории, номера кодов, краткие определения каждого расстройства, а также критерии включения и исключения, представлена членами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в июне 2018 года как часть подготовки к ее внедрению. Эта версия доступна в Интернете по адресу https://icd.who.int/dev11/l-m/en.

ВОЗ на специальной ассамблее планирует одобрить МКБ-11 в мае 2019 года, после чего клинические описания и диагностические указания будут опубликованы для внедрения в практическую деятельность медицинских работников. Версия главы для звена первичной медико-санитарной помощи пока находится в стадии разработки, а версия для исследований будет разработана еще позже.

Полевые испытания основной главы завершены. Важно подчеркнуть, что они проводились до того, как глава была завершена, а не после, как это часто случалось с другими классификационными системами, это позволило внести коррективы и изменения на стадии разработки.

Полевые испытания проведены в нескольких направлениях: а) два крупных международных исследования мнений психиатров и психологов об особенностях, которые могут повысить клиническую полезность классификации психических расстройств; б) формирующие полевые исследования, направленные на принятие решений об основной структуре и содержании классификации с помощью изучения представлений клиницистов о взаимосвязях между категориями психических расстройств; в) интернет-исследования в области здравоохранения, проводимого через Глобальную сеть клинической практики (в которую в

настоящее время входят более 15 000 специалистов в области психического здоровья и первичной медицинской помощи из 155 стран, в том числе более 5000 из Европы, более 3000 из Америки, более 3000 из Западной части Тихого океана, более 600 из Юго-Восточной Азии, более 400 из Восточного Средиземноморья и более 300 человек из Африки), с использованием методов описания случая с целью анализа клинических решений в связи с предлагаемыми диагностическими категориями и руководствами МКБ-11; г) клинические полевые исследования для оценки надежности и клинической полезности диагностических руководств для реальных пациентов в рутинной практике; д) исследование мнения пользователей услуг (пациентов) и их опекунов, обеспечивающее обратную связь по диагностическим указаниям.

На конгрессе в Мехико представлены результаты клинических исследований и интернет-опросов. Согласно полученным данным, диагностическая согласованность в отношении расстройств, связанных со стрессом, была выше для МКБ-11 по сравнению с аналогичными категориями МКБ-10 (например, 81,8% vs 76,8% для посттравматического стрессового расстройства; 75,8% vs 71,8% для расстройства адаптации). То же самое относится к расстройствам пищевого поведения (например, 96,8% vs 95,1% для нервной анорексии; 87,5% vs 78,4% для нервной булимии).

Результаты клинических полевых исследований (подробные результаты опубликованы в журнале WPA[1,2]) свидетельствуют о том, что клиническая достоверность варьирует от умеренной до почти идеальной (от 0,45 до 0,88) для различных расстройств и в целом превосходила аналогичные результаты для МКБ-10. Что касается клинической пользы, то диагностические руководства по шизофрении и другим первичным психотическим расстройствам, аффективным, тревожным, фобическим и стрессовым расстройствам, воспринимались как простые в использовании, точно соответствующие рассказам пациентов с высоким уровнем детализации и в то же время достаточно четкие и понятные, отнимающие примерно то же или меньшее время, чем обычная практика клиницистов, и дающие полезное руководство по различению расстройств от нормы и от других расстройств. Клиницисты оценили рекомендации как менее полезные для выбора лечения и оценки прогноза, чем для общения с другими специалистами из сферы здравоохранения[3], хотя все равно оценки были в целом положительными.

На Конгрессе была подтверждена и достоверность диагностических руководств по результатам исследования клинических случаев из разделов психотических, аффективных, тревожных, фобических и стрессовых расстройств.

На президентском симпозиуме обсудили несколько общих вопросов диагностики и классификации психических расстройств, в том числе вопросы культуральной беспристрастности, обоснованности прогнозов ответа на лечение и возможную роль дополнительных систем и моделей психопатологических дименсий, нейробиологических маркеров, сетевой теории психических расстройств или трансдиагностического подхода[4-14].

Vincenzo Giallonardo

WHO Collaborating Centre for Research and Trainingin Mental Health, University of Campania L. Vanvitelli, Naples, Italy

Перевод: Тверская Е.И. (Москва)
Редактура: к.м.н. Захарова Н.В. (Москва)
(World Psychiatry 2019;18(1):115-116)

Библиография

1. Reed GM, Sharan P, Rebello TJ et al. World Psychiatry 2018;17:174-86.
2. Reed GM, Keeley JW, Rebello TJ et al. World Psychiatry 2018;17:306-15.
3. First MB, Rebello TJ, Keeley JW et al. World Psychiatry 2018;17:187-95.
4. Borsboom D. World Psychiatry 2017;16:5-13.
5. Lahey BB, Krueger RF, Rathouz PJ et al. World Psychiatry 2017;16:144-5.
6. Berk M, Post R, Ratheesh A et al. World Psychiatry 2017;16:236-44.
7. Kotov R, Krueger RF, Watson D. World Psychiatry 2018;17:24-5.
8. Borsboom D, Robinaugh DJ, The Psychosystems Group et al. World Psychiatry 2018; 17:143-4.
9. McGorry PD, Hartman JA, Spooner R et al. WorldbPsychiatry 2018;17:133-42.
10. Kendler KS. World Psychiatry 2018; 17:241-2.
11. Krueger RF, Kotov R, Watson D et al. World Psychiatry 2018;17:282-93.
12. Zachar P. World Psychiatry 2018; 17:294-5.13.
13. Jablensky A. World Psychiatry 2018; 17:300-1.
14. Ghaemi SN. World Psychiatry 2018; 17:301-2.

DOI: 10.1002/wps.20612

Русская версия журнала ВПА
«Всемирная психиатрия» издается как приложение
к журналу «Психиатрия и психофармакотерапия»
им. П.Б. Ганнушкина
(ISSN 2075–1761, Рег. номер ПИ №ФС 77-64502 от 31 декабря 2015 года)