

# Всемирная Психиатрия

ОФИЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ ВСЕМИРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ (ВПА)

Том 13, Номер 1



Февраль 2014

## ОТ РЕДАКТОРА

Оставаться открытым по отношению к проекту RDoC  
M. MAJ

## СПЕЦИАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Преимущества и ограничения терапии  
распространенных психических расстройств  
с использованием интернет-технологий  
GERHARD ANDERSSON, NICKOLAI TITOV

Восстановление пациентов: от заблуждений  
к пониманию. Внедрение реабилитационно-  
ориентированных подходов в систему оказания  
психиатрической помощи  
MIKE SLADE, MICHAELA AMERING, MARIANNE FARKAS ET AL

## ВЗГЛЯД В БУДУЩЕЕ

Социальные сети: вред или польза для психиатра?  
PAUL S. APPELBAUM, ANDREW KOPELMAN

Ожидания от совместных исследований с участием  
пациентов: что изменилось за последние десять лет?  
TIL WYKES

## ФОРУМ – ПРОЕКТ RDoC: ОБЕЩАНИЯ И ОГРАНИЧЕНИЯ

Структура RDoC: облегчение перехода от МКБ/DSM  
к дименсиональным подходам, интегрирующим  
нейронауки и психопатологию  
BRUCE N. CUTHBERT

## КОММЕНТАРИИ

Второе рождение RDoC  
DANIEL R. WEINBERGER, TERRY E. GOLDBERG

Страшный сон Витгенштейна: почему в матрице RDoC  
отсутствует концептуальная дименсия  
JEROME C. WAKEFIELD

Приведет ли внедрение RDoC к потере Америкой  
международного лидерства в психиатрии?  
MICHAEL R. PHILLIPS

Как нейронауки помогают более глубокому пониманию  
психических расстройств  
CAROL A. TAMMINGA

RDoC – путеводитель по патогенезу?  
ASSEN JABLONSKY, FLAVIE WATERS

Путь от диагнозов DSM/МКБ к дименсиям RDoC  
MATCHERI S. KESHAVAN, DOST ONGUR

Проект RDoC: психиатрия без психики?  
JOSEPH PARNAS

1 Проект RDoC необходим, но крайне переоценен  
ALLEN FRANCES

Дорога в никуда  
GIOVANNI A. FAVA

3 Единственный в своем роде или один из множества?  
Комментарий к проекту RDoC.  
NORMAN SARTORIUS

11 Интегративный подход к психиатрическому  
диагнозу и исследованиям  
DAN J. STEIN

20 Сохранение связи между клиникой и научной средой  
в эпоху RDoC: следует описывать исследуемые  
популяции в терминах DSM-5/МКБ-11  
MICHAEL B. FIRST

23 RDoC+: за трансляционную медицину взяли всерьез  
KENNETH W.M. FULFORD

## ОТЧЕТЫ ОБ ИССЛЕДОВАНИЯХ

Добавление психотерапии к антидепрессантам  
при депрессивных и тревожных расстройствах:  
мета-анализ  
PIM CUJPPERS, MARIT SIJBRANDIJ, SANDER L. KOOLE,  
GERHARD ANDERSSON ET AL

27 Терапевтическое применение метода сэмплирования  
переживаний в лечении депрессии: рандомизированное  
контролируемое исследование  
INGRID KRAMER, CLAUDIA J.P. SIMONS, JESSICA A. HARTMANN,  
CLAUDIA MENNE-LOTHMANN ET AL

38 Новая группа подростков с «невидимым» риском  
психопатологии и суицидального поведения: находки  
исследования SEYLE  
VLADIMIR CARLI, CHRISTINA W. HOVEN, CAMILLA WASSERMAN,  
FLAMINIA CHIESA ET AL

## ВЗГЛЯД В БУДУЩЕЕ

42 Взаимодействие гена и окружающей среды  
в эволюционной перспективе: дифференциальная  
восприимчивость к влиянию окружающей среды  
JAY BELSKY, SARAH HARTMAN

43 Эволюция психообразования для биполярного  
расстройства: от литиевых клиник до интегративного  
психообразования  
E. COLOM

## ПИСЬМА В РЕДАКЦИЮ

## НОВОСТИ ВПА

46

48

49

50

51

53

54

56

67

77

86

89

92

100

### **Всемирная психиатрическая ассоциация (ВПА)**

ВПА является ассоциацией национальных психиатрических обществ, целью 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 135 обществ из 117 стран, более 200 000 психиатров.

Каждые три года ВПА организует Всемирный психиатрический конгресс. Кроме того, организуются международные и региональные конгрессы и встречи, тематические конференции. ВПА состоит из 66 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](http://www.wpanet.org).

### **Исполнительный комитет ВПА**

*Президент:* P.Ruiz (США)

*Избранный президент:* D.Bhugra (Великобритания)

*Генеральный секретарь:* L.Küey (Турция)

*Секретарь по финансам:* T.Akiyama (Япония)

*Секретарь по организации собраний:* T.Okasha (Египет)

*Секретарь по образованию:* E.Belfort (Венесуэла)

*Секретарь по публикациям:* M.Riba (США)

*Секретарь по работе с секциями:* A.Javed (Великобритания)

### **Секретариат ВПА**

Geneva University Psychiatric Hospital, 2 Chemin du Petit Bel-Air, 1225 ChPne-Bourg, Geneva, Switzerland (Швейцария).

Тел.: +41 22 305 57 37; Факс: +41 22 305 57 35;

Эл. почта: [wpasecretariat@wpanet.org](mailto: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 в алфавитном порядке и приводится в конце статьи в следующем виде.

1. Bathe KJ, Wilson EL. Solution methods for eigenvalue problems in structural mechanics. *Int J Num Math Engng* 1973;6:213-26.
2. McRae TW. The impact of computers on accounting. London: Wiley, 1964.
3. Fraeijls 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** – М. Мај (Италия).

**Помощник редактора** – P. Ruiz (США).

**Редакционная коллегия** – D. Bhugra (Великобритания), L. Küey (Турция), T. Akiyama (Япония), T. Okasha (Египет), E. Belfort (Венесуэла), M. Riba (США), A. Javed (Великобритания).

**Консультативный комитет** – H.S. Akiskal (США), R.D. R.D. Alarcón (США), J.A. Costa e Silva (Бразилия), J. Cox (Великобритания), H. Herrman (Австралия), M. Jorge (Бразилия), H. Katschnig (Австрия), F. Lieh-Mak (Гонконг-Китай), F. Lolas (Чили), J.J. López-Ibor (Испания), J.E. Mezzich (США), D. Moussaoui (Марокко), P. Munk-Jorgensen (Дания), F. Njenga (Кения), A. Okasha (Египет), J. Parnas (Дания), V. Patel (Индия), N. Sartorius (Швейцария), C. Stefanis (Греция), M. Tansella (Италия), A. Tasman (США), S. Tuano (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](mailto:majmario@tin.it).

**Перевод на русский язык организован Советом молодых ученых  
Российского общества психиатров (ответственный – Алфимов П.В.).**

**Участники:** Буховец И.И., Войнова Н.А., Данилова М.Ю., Курсаков А.А., Мартынихин И. А, Мухорина А.К., Павличенко А.В., Резников М.К., Сюняков Т.С., Ткаченко Е.А., Фролов А.М.

**Главный редактор русской версии – П.В.Морозов**

**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>).**

# Оставаться открытым по отношению к проекту RDoC

Mario Maj

Department of Psychiatry, University of Naples SUN, Naples, Italy (Италия)

Перевод: Павличенко А.В.

Редактура: Алфимов П.В.

В 70-х годах прошлого века в США была запущена программа, перед которой были поставлены две задачи: 1) улучшить надежность психиатрических диагнозов с учетом потребностей повседневной клинической практики; 2) продвинуться в понимании патофизиологии психических расстройств. Для реализации этих задач был выбран один и тот же инструмент: диагностическая система, построенная на основе операциональных критериев, в которой приводится четкое и подробное определение различных психических расстройств.

До определенной степени первая из этих задач, по-видимому, была выполнена, хотя неопровержимые научные факты, полученные в учреждениях практического здравоохранения, все еще не отсутствуют (1). Улучшить надежность психиатрических диагнозов, однако, можно было за счет упрощения психопатологии (2) и дегуманизации психиатрической практики (3). При переводе в операциональные термины мы, возможно, потеряли важные характеристики психопатологических феноменов, а при упрощении диагностического процесса до простой констатации наличия или отсутствия набора симптомов мы также утратили сущность нашей профессии.

Вторая из указанных задач, очевидно, не была достигнута, что признается ведущими экспертами рабочей группы DSM-V (4). Несмотря на сорок лет интенсивных и весьма дорогостоящих исследований, патофизиология психических расстройств все еще остается загадкой. Кто-то, однако, может возразить, что на самом деле было накоплено немало ценных нейробиологических данных и предложено несколько моделей. Возможно, проблема, с которой мы столкнулись, оказалась намного сложнее, чем мы предполагали, а признание поражения на самом деле может оказаться преждевременным.

Если с помощью данного подхода не удалось добиться успехов в решении второй задачи, то этому можно дать несколько объяснений. Во-первых, и это само простое, о чем можно подумать, все психические расстройства, как они понимаются в контексте этого подхода, не являются валидными единицами, то есть диагностическая система не может объяснить природу ее основных элементов. Во-вторых, несмотря на то, что некоторые из этих расстройств могут считаться валидными нозологическими единицами, уровень их клинического описания намного выше, чем важные патофизиологические механизмы, которые вовлечены в их патогенез, то есть, необходимо создать некоторые промежуточные единицы, на базе которых будет возможен поиск нейробиологических механизмов. В-третьих, отсутствие доказательства также можно рассматривать как доказательство отсутствия, то есть, возможно, психические расстройства не поддаются патофизиологическому объяснению в том смысле, в каком это возможно для кардиологических или неврологических расстройств. Повреждение неврологического субстрата не является обязательным условием для нарушения психологической функции (5,6). Разнообразные высокоорганизованные процессы могут находиться в пространстве между нейробиологической уязвимостью к

болезни и психопатологическим манифестациями и, поэтому, редукционистский «вертикальный» подход здесь представляется недостаточным (7). Сущность психопатологических феноменов в этом отношении может быть достаточно гетерогенной и для определения одних расстройств (например, нервной анорексии) высокоорганизованные процессы намного более важны, чем для других.

Проект исследовательских критериев доменов (RDoC) концептуально является продолжением программы, начатой в 70-х годах прошлого века. Еще раз повторим, одной из его задач является лучшее понимание нейробиологических основ психопатологии. Другой его задачей является создание диагностической системы, которая будет более надежной, чем то, что предлагалось ранее, и которая, по аналогии с другими отраслями медицины, будет базироваться на биологических параметрах. Для того, чтобы выполнить эти задачи предлагается использовать один и тот же инструмент: исследовательскую концепцию, включающую некоторые функциональные «домены», каждый из которых состоит из поведенческих «дименсий», которые предположительно связаны как минимум с одной мозговой сетью или областью.

Общее описание дименсий RDoC, доступное на веб-сайте Национального института психического здоровья США (NIMH), на самом деле впечатляет. Вопреки выводам, которые можно сделать на основании отчетов, публикуемых в научных журналах, эти дименсии включают не только «поддающиеся наблюдению модели поведения», но также конструкции, такие, например, как «восприятие и понимание себя» и «понимание (другими) психических состояний», поэтому «экспериментальный» компонент психопатологии здесь также представлен. Вероятно, перечень нейробиологических параметров слишком широк и читатель не может идентифицировать наиболее важные из них (было бы полезно указать степень доказательной базы для каждого из них). Список литературы содержит в конце каждого раздела, но эти ссылки не содержат указания на конкретные параметры. Нужно отметить, что такая структура в целом представляется достаточно информативной для исследователей. Тем не менее, в некоторых областях достаточно заметен разрыв между предложенными дименсиями, а также признаками и симптомами, которые, как признается Cuthbert, «являются реальными клиническим феноменами, которые заставляют пациентов обращаться за помощью». Если проблема DSM состоит в том, что ее категории слишком далеко отстоят от уровня развития нейронауки, то проблемой, по крайней мере, некоторых конструкций RDoC, являются то, что они в той или иной степени отдалены от клинических феноменов. Cuthbert, по-видимому, уверен в том, что «рано или поздно... в терминах дисрегуляции основных мозговых операций» будет возможно объяснить даже сложные феномены, такие, например, как бред (8). Однако, что делать, если некоторые из найденных симптомов будет невозможно объяснить в терминах нейробиологии? Следует ли в таком случае рассматривать современные диагностические категории как «несостоятельные» конструкции?

Фактически, некоторые ученые смотрят на проект RDoC как на следующий шаг на пути к упрощению психопатологии и дегуманизации психиатрической практики после введения операциональных диагностических критериев. Возможно, указанная здесь проблема состоит в том, что мы скорее постепенно отдаляемся от сущности психопатологии, чем движемся в ее сторону, одновременно все более и более обесценивая гуманистический компонент психиатрической профессии, в то время как в других областях медицины, этот процесс идет в обратном направлении.

Альтернативный подход, однако, предлагает рассматривать проект RDoC как способ по-новому посмотреть на проблему некоторых сложных симптомов. В самом деле, некоторые положения современного определения бредовых идей (например, то, что они являются «ложными убеждениями», которые базируются на «неправильном умозаключении» и это суждение всегда имеет отношение к «внешней реальности») в последнее время ставятся под сомнение, по крайней мере, в случае шизофрении (9). Метафорические высказывания пациента не всегда можно объяснить в нейробиологических терминах, но они, тем не менее, являются важными признаками болезни. Возможно, в будущем придется более детально исследовать эти признаки.

Ожидается, что предложенные экспертами поведенческие (и экспериментальные) дименсии могут «противоречить традиционным диагностическим единицам» (8), которые, по словам Ясперса, являются «мозаичными структурами», состоящими из одних и тех же повторяющихся элементов. Это, однако, останется лишь предположением. Различные нейробиологические и другие тонкие связи могут быть найдены, по крайней мере, между некоторыми из этих дименсий и существующими диагностическими конструкциями. К счастью, дизайн исследований внутри этого проекта позволит различать эти альтернативные возможности. Утверждение Cuthbert о том, что «можно провести анализ данных, используя фактор DSM, дименсии RDoC и их взаимодействие» (8), по-видимому, говорит о движении в этом направлении.

Утверждается, что работа в рамках проекта RDoC «значительно отличается от процессов пересмотра DSM или МКБ», которые, в свою очередь, базировались на «интенсивных встречах экспертов рабочих групп», призванных «выработать наборы диагнозов». Кто-то может возразить, что функциональные домены RDoC и дименсии, включенные в каждый домен, были выделены сходным образом, то есть они являются результатом консенсуса экспертов. Конечно, этот консенсус основан на всех научных доказательствах и в него могут быть внесены изменения в дальнейшем. Однако, не следует забывать, что то же самое можно сказать о современных категориях DSM или МКБ, некоторые из которых были объектом сотен исследований в течение многих лет и постоянно пересматривались и изменялись при появлении новых научных данных. Между прочим, важной особенностью рабочих групп DSM и МКБ всегда был их интернациональный состав, в то время как постоянно звучала жалоба на то, что практикующие специалисты, точка зрения которых о применимости предложенной системы может быть весьма актуальной, не были в должной мере представлены в работе этих групп. Следует задуматься об этом в дальнейшем.

В целом проект RDoC, по-видимому, в обозримом будущем сможет в определенной мере приблизиться к решению первой задачи (способствовать пониманию нейробиологических основ психопатологии), но не второй, по крайней мере так, как ее сейчас понимают (создание диагностической системы «скорее на основе достижений нейронаук и наук о поведении, чем на данных описательной феноменологии»). Для того чтобы

осуществить вторую задачу, необходимо создать набор поведенческих и биологических критериев, чья ретестовая/межоперационная (test-retest/inteoperator) надежность и чувствительность/специфичность в отношении предсказания исходов (включая реагирование на различные виды лечения), окажется, по крайней мере, такой же, как при использовании критериев на основе симптомов болезней, при этом оценка этих критериев будет практически выполнима и экономически выгодна в различных учреждениях здравоохранения по всему миру. Вполне возможно, что-то из этого недостижимо даже в отдаленной перспективе. Тем не менее, следует воздержаться от столкновения этого проекта с DSM и МКБ. Такое столкновение будет неуместным и разрушительным, оно приведет в замешательство пациентов и членов их семей, врачей других специальностей, руководителей здравоохранения и широкую общественность.

Также более оправдано сосредоточить внимание на менее амбициозном аспекте второй задачи, который также упоминают в статье Cuthbert, то есть на развитии нейробиологических критериев, которые помогут выделить подтипы, а не заменить существующие диагностические единицы, что должно упростить прогнозирование исходов и реакции на терапию. Как недавно указывалось в статье, где одним из соавторов был T.Insel, «у психиатрии сейчас есть реальный шанс использовать существующие достижения в области генетики, молекулярной биологии и нейровизуализации в качестве вспомогательных средств, а не стараться заменить диагнозы, основанные на симптомах».

С учетом всего вышесказанного, для всех ученых было бы уместно придерживаться открытой позиции по отношению к проекту RDoC. Этот проект, будучи более тесно связанным с уровнем развития нейронауки, по-видимому, полезно рассматривать как дополнение к современным диагностическим системам, которые более сильно связаны с клиническими данными. Развитие схем перехода между этими двумя подходами в атмосфере взаимного уважения является важной задачей, которая может только обогатить психиатрию и смежные с ней дисциплины, а также улучшить степень доверия к ним.

## Библиография

1. Westen D. Prototype diagnosis of psychiatric syndromes. *World Psychiatry* 2012;11:16-21.
2. Parnas J. The Breivik case and “*conditio psychiatrica*”. *World Psychiatry* 2013;12:22-3.
3. Andreasen N. DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences. *Schizophrenia Bull* 2007; 33:108-12.
4. Kupfer DJ, First MB, Regier DE. Introduction. In: Kupfer DJ, First MB, Regier DE (eds). *A research agenda for DSM-V*. Washington: American Psychiatric Association, 2002: xv-xxiii.
5. Bolton D. *What is mental disorder? An essay in philosophy, science, and values*. Oxford: Oxford University Press, 2008.
6. Maj M. Mental disorders as “brain diseases” and Jaspers’ legacy. *World Psychiatry* 2013;12:1-3.
7. Kendler KS. Toward a philosophical structure for psychiatry. *Am J Psychiatry* 2005;162:433-40.
8. Cuthbert BN. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry* 2014;13:28-35.
9. Maj M. Karl Jaspers and the genesis of delusions in schizophrenia. *Schizophrenia Bull* 2013;39:242-3.
10. Kapur S, Phillips AG, Insel TR. Why has it taken so long for biological psychiatry to develop clinical tests and what to do about it? *Mol Psychiatry* 2012;17:1174-9.

DOI 10.1002/wps.20111

# Преимущества и ограничения терапии распространенных психических расстройств с использованием интернет-технологий

Gerhard Andersson<sup>1,2</sup>, Nickolai Titov<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Department of Behavioural Sciences and Learning, Swedish Institute for Disability Research, University of Linköping, Sweden;

<sup>2</sup> Department of Clinical Neuroscience, Division of Psychiatry, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden;

<sup>3</sup> eCentreClinic, Centre for Emotional Health, Department of Psychology, Macquarie University, Sydney, Australia

Перевод: Мартынихин И.А.

Редакция: Резников М.К.

*На сегодняшний день разработано и испытано несколько вариантов терапии распространенных психических расстройств с использованием интернет-технологий. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что подобные вмешательства часто дают сходные результаты с очными вариантами психотерапии, являясь при этом более эффективными экономически. В этой статье мы сначала рассмотрим плюсы и минусы отбора участников исследований эффективности интернет-терапии. Мы прокомментируем способы оценки их состояния, используемые в данных исследованиях, и сделаем вывод, что, несмотря на то, что онлайн-анкеты дают надежные результаты, диагнозы не могут быть установлены без контакта с пациентом. Мы оценим роль терапевта и сделаем вывод, что, хотя есть основание считать, что лечение под руководством терапевта дает лучшие результаты, чем лечение без него, такое руководство может иметь в основном практическую и поддерживающую направленность, а не явно терапевтическую. Далее мы кратко опишем преимущества и недостатки методов лечения аффективных и тревожных расстройств и прокомментируем подходы к решению проблемы сопутствующих состояний, часто связанных с этими состояниями. Наконец, мы обсудим проблему, возникающую вместе с распространением интернет-вмешательств. В заключение необходимо отметить, что в настоящее время существует большое количество доказательств, свидетельствующих, что интернет-интервенции действительно работают. Ряд вопросов остаются открытыми для изучения, в том числе, каким образом интернет-терапия может сочетаться с традиционными формами лечения.*

**Ключевые слова:** интернет-вмешательства, когнитивно-поведенческая терапия, аффективные и тревожные расстройства, распространение

*(World Psychiatry 2014; 13:4-11)*

Психологические методы лечения с использованием интернет-технологий имеют относительно короткую историю и основываются на принципах и доказательствах, установленных для компьютеризированных вмешательств (1) и библиотерапии (2).

Отражая эволюцию данной сферы, широкий спектр терминов используется для описания лечения, предоставляемого с помощью интернет-технологий, хотя можно отметить рост их однородности (3). Мы будем использовать термин "вмешательства с использованием интернет-технологий" ("Internet-based interventions") для лечения, которое в основном осуществляется через Интернет, с делегированием по крайней мере некоторых терапевтических задач компьютеру.

Мы сосредоточимся на психологических методах лечения, осуществляемых через Интернет. Тем не менее, следует отметить, что Интернет также широко используется пациентами и их близкими для получения информации о психических расстройствах (4), а также может использоваться пациентами для участия в онлайн-группах поддержки (5). Поиск информации и онлайн-группы поддержки не являются темой этой статьи, но их следует признать важными для психиатрии, так как они могут влиять на тактику лечения пациента (6).

Моделью доставляемой через Интернет терапии, для которой было проведено наибольшее число исследований, является интернет-опосредованная когнитивно-поведенческая терапия (ICBT) (7). Тем не менее, другие виды психотерапии (например, психодинамическая и

интерперсональная психотерапия) также могут осуществляться через Интернет, хотя и значительно реже.

В процессе ICBT пациенты регулярно посещают защищенный веб-сайт в течение определенного периода времени доступа, читают и скачивают онлайн-материалы, распределенные на серии уроков или модулей (8). Они получают домашние задания, которые должны завершить перед тем, как следующий модуль станет доступен. Они также регулярно заполняют компьютеризированные опросники, относящиеся к имеющимся у них проблемам, что позволяет оценивать прогресс, безопасность и результаты терапии.

ICBT можно категоризовать в двух измерениях: включает ли она контакт с психотерапевтом и является ли она направленной на лечение психических расстройств или только на предотвращение их развития. интернет-вмешательства, которые включают контакт с терапевтом, далее можно разделить на те, где взаимодействие с пациентом происходит в режиме реального времени (синхронные) или с задержкой (асинхронные). Примерами первого варианта могут быть контакты по телефону, с помощью интернет-видеосвязи или службы мгновенных сообщений (9); примером второго варианта является конфиденциальная коммуникация по электронной почте. В практических целях терапевты могут использовать комбинацию синхронного и асинхронного взаимодействия во время лечения.

Количество времени, которое тратят терапевты на работу с пациентами, значительно варьирует в различных программах. Иногда терапевтам приходится тра-

тить большое количество времени на чтение письменных заданий и ответы на них (8). Однако многие программы включают лишь минимальное руководство по электронной почте (или другую безопасную систему асинхронной связи), которое требует значительно меньше времени, чем очная терапия (9,10).

В этой статье мы обсудим преимущества и недостатки доставляемого через Интернет лечения распространенных психических расстройств с акцентом на ИСВТ, хотя другие формы интернет-вмешательств также будут упомянуты. Мы рассмотрим широкий спектр вопросов, касающихся отбора пациентов, оценки их состояния, роли терапевта в ИСВТ, лечения аффективных и тревожных расстройств, менеджмента сопутствующей патологии и

## ОТБОР ПАЦИЕНТОВ

Для интернет-терапии пациенты могут привлекаться несколькими способами, которые включают рекламу и продвижение в Интернете и традиционных средствах массовой информации, эпидемиологические исследования (11), веб-страницы и, реже, направления от практикующих врачей.

Возможность для пациентов самостоятельно обратиться за интернет-помощью дает целый ряд преимуществ. Хорошо известен факт, что многие люди с аффективными и тревожными расстройствами никогда не обращаются в специализированные клиники, а иногда стесняются даже упоминать о своих проблемах во время консультаций у врачей общей практики. Таким образом, с помощью онлайн-отбора может быть уменьшен разрыв между числом нуждающихся в лечении и получающих его (12). Другими словами, пациенты, которые, возможно, оставались без лечения в течение многих лет, впервые смогут получить научно обоснованное психологическое лечение. Нами действительно был отмечен факт, что участники наших исследований часто имели свои проблемы (например, социофобию) в течение многих десятилетий. Кроме того, формат интернет-вмешательств дает возможность для потенциальных пациентов задуматься о лечении, прежде чем сделать обоснованное решение его начать.

Однако интернет-отбор и особенно обращение пациентов по собственной инициативе поднимает вопрос о том, насколько соответствуют характеристики пациентов, использующих онлайн-сервисы, характеристикам тех пациентов, которые получают традиционную очную терапию. Это важно с точки зрения определения, может ли быть организована подобная модель предоставления услуг на уровне общественного здравоохранения. Общим наблюдением в интернет-испытаниях является то, что их участники, как правило, лучше образованы, чем население в целом. Это может отражать результат разрыва в цифровых технологиях, то есть тот факт, что наличие доступа к сети Интернет отражает определенные социально-экономические характеристики, хотя такие различия ослабевают, так как доступность Интернета продолжает увеличиваться во всех социальных группах. Тем не менее, более высокий уровень образования и набор пациентов по самообращению приводит к тому, что онлайн-пациенты более мотивированы на участие в лечении и, следовательно, более чувствительны к нему.

Наш опыт свидетельствует, что пациенты, которые используют интернет-опосредованную терапию, представляют собой широкий круг людей, включающих лиц как с низким, так и высоким уровнем образования, представителей различных культур. Это представляет собой определенную проблему для разработки и осуществления ИСВТ, хотя были предприняты некоторые начальные шаги по культурной адаптации терапии

(13). Пациенты также обладают различным опытом предшествующего взаимодействия со службами охраны психического здоровья. Некоторые из них ранее получили традиционную очную терапию, а другие никогда не обращались за лечением, несмотря на годы или десятилетия мучительных симптомов. Существует относительно небольшое число исследований, сравнивающих характеристики пациентов, получающих ИСВТ, с пациентами в других исследованиях и обычных клиниках, но есть основания полагать, что участники интернет-исследований скорее соответствуют лицам в общей популяции, имеющим сходные проблемы, чем пациентам, наблюдающимся в специализированных клиниках (14,15).

В настоящее время также увеличивается число исследований эффективности ИСВТ, которые были проведены в обычных клинических условиях. В недавнем обзоре приводилась информация о четырех сравнительных и восьми открытых исследованиях, которые были проведены в обычных клиниках (16). Все исследования ясно показали, что перспективные эффекты ИСВТ в исследованиях с пациентами, набранными с помощью рекламных объявлений, можно также наблюдать в тех случаях, когда лечение переносится в обычные клиники.

## ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ И ДИАГНОСТИКА ЧЕРЕЗ ИНТЕРНЕТ

Точная и достоверная диагностика и оценка симптомов так же важна при терапии, осуществляемой в Интернете, как и при традиционном очном лечении. В большем числе публикаций высказывалась озабоченность относительно получения данных о пациенте через Интернет (17), и сейчас мы попытаемся выделить плюсы и минусы онлайн-сбора информации.

На основе данных нескольких исследований мы можем сделать вывод, что данные опросников могут быть собраны через Интернет без ущерба для психометрических характеристик (18-20), но есть необходимость в проведении систематического обзора этого вопроса, а также часто высказываемого мнения, что показатели нормы должны определяться отдельно для бумажных и интернет-версий опросников (17). Преимуществом проведения интернет-анкетирования является снижение риска пропуска пунктов и автоматическое выделение наиболее важных для клиницистов ответов (например, красные флаги в случае повышенного риска самоубийства). Кроме того, могут автоматически вычисляться суммарные показатели по опросникам и добавляться алгоритмы, которые помогут терапевтам отслеживать прогресс лечения и активно вмешиваться в случаях подозрения на ухудшение состояния. Автоматизированное введение данных также приводит к снижению затрат, связанных с подготовкой и обработкой анкет.

Негативной стороной заполнения опросников через Интернет в первую очередь и в наибольшей степени являются проблемы защиты данных. Это относится не только к хранению данных, но и к методам их сбора. Хотя большинство исследователей и клиницистов соблюдают принципы информационной безопасности, схожие со стандартами банковского обслуживания в Интернете, недавнее появление мобильных приложений для смартфонов напоминает о все большем значении вопросов безопасности, связанных с новыми технологиями. Дополнительным недостатком является трудность проверки точности ответов и получения дополнительной информации. Первый аспект может быть в некоторой степени решен с помощью добавления вопросов для того, чтобы подтвердить, что ответы верны, а второй аспект может быть решен с помощью принятия протоколов, в соответствии с которыми

будет требоваться беседа по телефону по клиническим показаниям. Эти процедуры должны внедряться в рамках рассмотрения вопросов, касающихся правовых аспектов данной практики и процедуры получения информированного согласия.

Более важный вопрос касается ограничений в возможности устанавливая диагнозы через Интернет. Очевидно, что самодиагностика имеет много преимуществ, таких как, например, экономия времени клиницистов, но на сегодняшний день существуют обоснованные сомнения в том, что методы самооценки могут заменить структурированные диагностические интервью, и интернет-опросники не в состоянии поменять эту ситуацию (21). С другой стороны, если пациентов обязывать сначала получать очную диагностическую оценку в клинике, некоторые из преимуществ интернет-вмешательств могут быть утрачены. Например, отделение интернет-психиатрии в Стокгольме, это как раз тот случай, когда пациенты проходят диагностику в клинике (22).

В исследованиях распространенной практикой является проведение структурированных психиатрических интервью, например M.I.N.I. (Mini-International Neuropsychiatric Interview) (23), по телефону. Эта диагностическая процедура предпочтительнее, чем полное отсутствие диагностики, т.к. она позволяет сформулировать корректные выводы (24). Тем не менее, есть недостаток в отсутствии зрительного контакта с пациентом, и часть информации неизбежно теряется. Опять же, принятие практических клинических протоколов, предусматривающих очную оценку состояния в сложных случаях, может решить проблему, связанную с диагностической точностью.

Таким образом, онлайн-опросники являются весьма полезными, но диагностика в психиатрии не может быть надежной при использовании только методов самооценки. Возможным вариантом может быть проведение интервью по телефону. Могут также использоваться защищенные платформы для онлайн-исследований, хотя требуются дополнительные исследования, чтобы определить издержки и преимущества, которые даст применение этой технологии.

## **РОЛЬ ПСИХОТЕРАПЕВТА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНТЕРНЕТ-ТЕХНОЛОГИЙ**

Серьезные дискуссии в области интернет-вмешательств касаются роли психотерапевта или посвящены сравнению специалиста с автоматизированными программами, в которых не используется какого-либо взаимодействия с человеком (25). Обзор литературы свидетельствует о том, что методы лечения, которые проходят под руководством терапевта, дают лучшие результаты, чем лечение без участия специалиста (26-28), но есть отдельные исключения, когда оказывается эффективной терапия без руководства, использующая автоматизированные напоминания и аналогичные решения (29,30).

Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что любые контакты с врачом могут улучшать результаты. Например, систематический обзор интернет-вмешательств при депрессии обнаружили линейную зависимость между эффективностью терапии и показателем, отражающим контакты с терапевтом. Так межгрупповое значение величины эффекта  $d$  Кохена (Cohen's  $d$ ) составило  $d=0.21$ , если не было контактов с терапевтом ни до, ни во время лечения,  $d=0,44$ , если контакт с терапевтом был только перед началом лечения,  $d=0.58$ , если контакты с терапевтом были только во время лечения, и  $d=0.76$ , если контакты с терапевтом были как до, так и во время лечения (31).

Хотя некоторые данные свидетельствуют о том, что, когда имеется выбор, пациенты могут быть склонны

делать его в пользу лечения без врачебного руководства, у управляемой терапии существуют важные преимущества. Во-первых, терапевт может установить диагноз, чтобы помочь определить пригодность лечения для пациента. Во-вторых, вмешательство может быть индивидуально подобрано и адаптировано после консультации с опытными клиницистами: на самом деле, часто взаимодействие с терапевтом в ИСВТ является асинхронным, что означает, что врач может проконсультироваться с коллегами и другими экспертами, прежде чем ответить, дав пациенту обратную связь (32). В-третьих, существуют явные свидетельства того, что взаимодействие с терапевтом повышает степень приверженности лечению и снижает риск преждевременного прекращения лечения, что является важным аспектом с учетом того, что по крайней мере некоторые исследования, в которых не использовалось врачебное руководство, страдали от неприемлемо высоких показателей отказа от лечения (33). В-четвертых, терапевты могут активно помогать пациентам получить доступ к другим службам, которые могут быть необходимы, в том числе службам социального обеспечения, здравоохранения и помощи в кризисных ситуациях.

Тем не менее, сохраняются вопросы об оптимальной частоте и форме поддержки, которая должна предоставляться. Во-первых, нет четкой «дозозависимой» связи между поддержкой и результатом. Лечение, в котором присутствует существенная поддержка, по эффективности не отличается от лечения с минимальной поддержкой (например, 10 минут или меньше на одного клиента в неделю) (28). Во-вторых, в то время как исследования показывают, что текущие клинические результаты были получены при участии профессиональных психологов или тренеров под тщательным клиническим наблюдением и с использованием хорошо структурированной ИСВТ (34-36), неясно, можно ли было получить подобные результаты в случаях менее структурированных вмешательств. В-третьих, несмотря на то, что интернет-вмешательства с руководством терапевта являются экономически эффективными (37,38), участие специалистов делает их дороже, чем использование автоматизированных процедур. Таким образом, лечение без терапевта при меньшем клиническом эффекте может оставаться рентабельным (39). Соответственно, с точки зрения общественного здравоохранения, минимальная цена интернет-вмешательств без руководства терапевта в некоторых случаях делает оправданным их использование, если они безопасны. В-четвертых, остается открытым вопрос, связанный с недостаточными знаниями о роли личности психотерапевта, которая считается важной при очной терапии (40). А также, по вопросу сравнения автоматизированных процедур с проведением терапии специалистом (34-36), есть несколько исследований, в которых фактор терапевта показывал отсутствие эффекта или незначительный эффект (41,42).

С другой стороны, способ терапевтического руководства представляется важным, даже если большая часть взаимодействия носит преимущественно поддерживающий характер (43). В исследовании, в котором была обработана переписка с терапевтом, было установлено, что снижающее отношение к домашним заданиям приводило к худшим исходам (10). В соответствии с этим, наблюдения в нашей исследовательской и клинической работе показывают, что лучшие результаты связаны с соблюдением сценариев, направляющих пациентов на ключевые вопросы, что минимизирует отклонения терапевта от заданного курса психотерапии.

Терапевтический альянс является еще одним фактором, который по праву считается важным в исследованиях исходов психотерапии. В нескольких исследованиях интернет-вмешательств были собраны данные от

пациентов о том, как они оценивают терапевтический альянс с их онлайн-терапевтами (44). Большинство исследователей демонстрируют отсутствие связи этого показателя с исходом, даже в случаях, когда оценка альянса обычно довольно высока (45,46). Есть, однако, несколько исследований, в которых альянс в начале лечения оказывался предиктором результативности терапии (47,48).

В целом на сегодняшний день, большинство исследований свидетельствуют о том, что взаимодействие с терапевтом позволяет достичь лучшие результаты интернет-вмешательств. Тем не менее, при надлежащем качестве содержания интернет-терапии и достаточной ее привлекательности для пациентов, участие терапевта может быть менее важным, чем при очной терапии. Таким образом, в зависимости от степени структурированности принятой модели интернет-вмешательства руководство со стороны терапевта может иметь в основном практическую и поддерживающую направленность, а не явно терапевтическую. Это дает преимущество с точки зрения эффективности, лояльности со стороны пациентов и экономии времени терапевта. Действительно, теперь терапевт может сосредоточиться на поддержке пациентов в освоении навыков и преодолении препятствий на пути применения вмешательств.

## **ЛЕЧЕНИЕ АФФЕКТИВНЫХ И ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНТЕРНЕТ-ТЕХНОЛОГИЙ**

Большинство исследований терапии с использованием интернет-технологий оценивали вмешательства в отношении расстройств настроения и тревожных расстройств от легкой до средней степени тяжести (за исключением некоторых тревожных расстройств, которые можно рассматривать как тяжелые). В весьма короткий срок были разработаны и испытаны процедуры для целого спектра тревожных расстройств, в том числе панического расстройства (49), социального тревожного расстройства (50-52), генерализованного тревожного расстройства (53,54), посттравматического стрессового расстройства (8, 55), обсессивно-компульсивного расстройства (56,57), ипохондрии (58) и специфических фобий (59). Большинство исследований были на взрослых, но есть также исследования с участием детей, подростков (60,61) и пожилых (62).

В большинстве исследований аффективных расстройств изучали терапию депрессивного эпизода (Major depression) и оценивали различные формы когнитивно-поведенческой терапии (CBT) (35,63,64). Кроме того, в нескольких исследованиях интернет-вмешательств оценивали другие модели терапии, в том числе психодинамическую психотерапию (65) и лечебную физкультуру (66). Прямые сравнения очной CBT и ICBT продемонстрировали схожие результаты с улучшением, подтвержденным катамнезом (67). Подобный паттерн результатов был воспроизведен в исследованиях эффективности в реальной клинической практике (16).

Отмечается несколько преимуществ и недостатков данного вида терапии. Преимущества включают повышение доступности научно-обоснованных методов лечения, а также экономическую эффективность по сравнению с очной терапией. Кроме того, поскольку пациенты могут вернуться к программе в удобное для получения терапевтической информации время, это облегчает процесс обучения и удержания их в программе. Кроме того, при помощи автоматизированных программных функций, терапевты могут оценивать прогресс и результаты пациентов и оказывать превентивную поддержку пациентам еще до развития кризиса. Это означает, что пациенты при интернет-вмешательствах могут получать поддержку от терапевта быстрее,

чем в тех случаях, когда они получают только еженедельные посещения.

Представляется, что основные недостатки отражают относительно новый характер данной сферы. Например, существует недостаток знаний о характеристиках пациентов, которые могли бы получить наибольшие преимущества. В нескольких исследованиях изучался данный вопрос, но было определено малое число устойчивых предикторов (68,69), необходимы дополнительные исследования. Близкой темой, также нуждающейся в дополнительном изучении, является частота негативных исходов терапии и риск их невыявления. Отрицательные результаты психотерапии обычно не обсуждаются (70), также практически ничего не было написано по этой теме в отношении интернет-вмешательств.

С точки зрения интеграции интернет-вмешательств с существующими службами охраны психического здоровья, остающиеся вопросы включают потенциальные преимущества последовательного проведения ICBT и очной психотерапии. В качестве одного из возможных сценариев можно было бы предусмотреть в качестве первого шага интернет-вмешательство, а затем более интенсивную очную терапию в случае необходимости (71). Такую последовательность можно чаще применять, когда первый шаг – это ICBT без участия терапевта. С другой стороны, мы видели пациентов, которые не отреагировали на очную терапию, но впоследствии отметили улучшение после ICBT, что может отражать аспекты, связанные с готовностью к лечению. Необходимы дополнительные исследования этого вопроса, так как известно о ICBT в качестве одной из ступеней в многоступенчатой модели помощи.

Таким образом, существует сильная и согласованная база доказательств в отношении преимуществ ICBT. Факторы, относящиеся к очной терапии, включая готовность к лечению, скорее всего, будут значимы. Однако требуется больше информации о частоте и причинах отказов от участия в программах и отсутствия терапевтического ответа, а также о потенциальных преимуществах последовательного использования ICBT и очной психотерапии.

## **РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМ, СВЯЗАННЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМИ СОСТОЯНИЯМИ**

На сегодняшний день большинство интернет-вмешательств нацелено на конкретные расстройства. Тем не менее, лимитирующим фактором для таких вмешательств является высокая коморбидность (сочетание расстройств настроения и тревожных расстройств, или сочетание этих расстройств с другими психическими или физическими заболеваниями). Двумя недавно разработанными стратегиями для решения этой проблемы являются трансдиагностическая и индивидуально адаптированная интернет-терапия. Обе получили эмпирическое подтверждение в контролируемых исследованиях (65,72-74) и имеют свои преимущества и недостатки.

Основными преимуществами трансдиагностической терапии является ее высокая обоснованность с точки зрения пациентов, которые часто отмечают важность рассмотрения сразу целого спектра симптомов; экономия времени как для пациентов, которым нет необходимости работать в различных программах, предназначенных для отдельных расстройств, так и для терапевтов, которым остается руководить только одним вмешательством, а не несколькими, при этом данное вмешательство создает предпосылки для индивидуализации терапии на основе особенностей пациента; потенциальное снижение частоты рецидивов за счет повышения эмоциональной устойчивости. Основным контраргументом против использования данного подхода, являются сохраняющиеся сомнения о том, не

будет ли у пациентов с конкретными расстройствами, например, с социофобией, наблюдаться снижение эффективности при использовании трансдиагностического подхода по сравнению с использованием специализированных программ. Подобный риск может быть уменьшен путем предоставления дополнительных материалов, ориентированных на конкретные потребности (75).

Преимуществом индивидуализированной терапии является признание и удовлетворение собственных предпочтений пациентов за счет предоставления им возможности выбора терапевтических модулей (76). Кроме того, индивидуализированное в соответствии с профилем симптомов содержание терапии не только включает подходящую для пациента программу лечения (например, модули по генерализованному тревожному расстройству, бессоннице и решению проблем), но и адаптацию терапии в соответствии с возможностями пациента (65). Наконец, возможно, индивидуализированные процедуры лучше подходят для лечения расстройств большей выраженности, которые встречались в контролируемом испытании, где проводилось сравнение стандартной ИСВТ с индивидуализированными вмешательствами для лечения депрессии, сопровождающейся сопутствующей патологией (65). Недостаток индивидуализированной ИСВТ в том виде, в котором она в настоящее время существует, заключается в том, что процесс индивидуализации по-прежнему происходит эмпирически, так как конкретные алгоритмы того, как подбор модулей должен осуществляться наилучшим образом в настоящее время еще только оцениваются, и существует риск добавления слишком большого количества материала с возможной перегрузкой пациента.

В целом в настоящее время существуют свидетельства того, что и трансдиагностический и индивидуально адаптированный подход к интернет-вмешательствам является эффективным, хотя их относительные преимущества по сравнению с узкоспециализированными программами недостаточно изучены, некоторые исследования сообщают о превосходстве данных подходов (например, 65), в других не было обнаружено существенной разницы (например, 76).

## **РАСПРОСТРАНЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ**

Несколько исследований изучали эффект интернет-вмешательств, осуществляемых в обычных клинических условиях (16). Эти исследования неизменно показывают, что многообещающие результаты интернет-вмешательств, полученные в клинических исследованиях эффективности (в основном с ИСВТ), воспроизводятся при оценках эффективности в реальной клинической практике с силой эффекта от умеренной до значительной.

Есть свои преимущества и недостатки, связанные с использованием интернет-вмешательств в обычной клинической практике. Во-первых, из-за высокоструктурированного, часто с заранее спланированным сценарием характера вмешательства, отклонение специалиста от заданного курса психотерапии менее вероятно по сравнению с очной терапией. Во-вторых, мониторинг результатов часто сразу предусмотрен системой, что способствует упрощению оценки терапевтического прогресса и безопасности (22). В-третьих, интернет-вмешательства могут быть организованы как национальная централизованная медицинская помощь (т.е., специализированные центры), что снижает необходимость дублирования ресурсов и облегчает обучение и супервизию. Это высвобождает ресурсы для других важных мероприятий, таких как обновление и адаптация терапии к новым потребностям (например, предоставление терапии на различных языках). В-чет-

вертых, интернет-вмешательства также могут предоставляться как один из видов помощи в общей практике и, следовательно, сочетаться с другими методами лечения, такими как лекарственная терапия и очная психотерапия.

Среди недостатков – в первую очередь, вероятно, общее отрицательное отношение врачей и пациентов к интернет-вмешательствам (77,78). Тем не менее, некоторые опросы показывают, что отношение среди лиц с психическими расстройствами, набранными из общей популяции, может быть более позитивным (79,80), и, возможно, есть различия между странами в зависимости от уровня доступа к сети Интернет. Кроме того, скептицизм клиницистов может быть преодолен с помощью образования (81).

Вторая проблема, связанная с этим, состоит в том, что врачи могут чувствовать опасения и испытывать страх потерять свою работу в качестве практикующих психотерапевтов, если интернет-терапия станет широко распространена. Учитывая нехватку квалифицированных врачей и большое количество людей, нуждающихся в научно обоснованных психологических методах лечения, эти опасения, вероятно, не вполне обоснованы, и интернет-терапию следует рассматривать как дополнение к другим вариантам помощи, а не как полноценную замену очной терапии (особенно для более тяжелых пациентов).

В-третьих, распространение может быть затруднено или даже невозможно, в связи с принятыми правовыми и этическими правилами, определяющими взаимодействие интернет-терапевта и пациента (82). Например, в Норвегии обмен сообщениями по электронной почте (даже в защищенных закрытых системах) не был одобрен, что повлияло на возможность использования шведских программ в Норвегии (83), взаимодействие с терапевтом должно было осуществляться по телефону (теперь это изменилось). Кроме того, в некоторых странах, например, в Германии, было сочтено неуместным предоставление психотерапии через Интернет в качестве постоянного вспомогательного лечения, хотя эта ситуация постепенно меняется (84).

В-четвертых, распространение в первичной медицинской помощи зависит от желания практикующих врачей направлять пациентов для получения терапии онлайн. Могут возникнуть трудности координации работы с местными службами (например, врачами общей практики), если не будет проводиться надлежащее обучение и принципы диагностики не будут достаточно хорошо описаны, что играет важную роль с точки зрения безопасности. Многоступенчатые алгоритмы оказания помощи могут быть одним из решений, при котором интернет-вмешательства представляют собой один из этапов в многоступенчатом процессе оказания помощи (85).

В заключение необходимо отметить, что интернет-терапия пока широко не распространена. В то же время имеющиеся на сегодняшний день данные свидетельствуют о том, что интернет-вмешательства являются эффективными, когда предоставляются в обычных клинических условиях, и что большее число пациентов могут получить доступ к медицинской помощи таким образом либо сразу, либо в качестве части многоступенчатого процесса оказания помощи. Поэтому врачи и пациенты должны узнать больше о вариантах помощи такого рода. Кроме того, должны быть разработаны клинические рекомендации.

## **ВЫВОДЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ**

Результаты проведенных исследований интернет-терапии, число которых в настоящее время перевалило за сотню (86), являются хорошей поддержкой для использования интернет-технологий в качестве средства предоставления научно-обоснованной психоте-

рации при распространенных психических расстройствах. В настоящее время данная область уже достигла той точки, когда целый ряд клиник предоставляют такие услуги в качестве части регулярного медицинского обслуживания.

На сегодняшний день можно сделать вывод, что методы оценки состояния с использованием интернет-технологий дают значительные преимущества в отношении обслуживания пациентов, в частности, для мониторинга безопасности, прогресса, исходов терапии, и для исследовательских целей. Однако из-за неопределенности в отношении валидности интернет-диагностики рекомендуется, чтобы, по возможности, пациенты со сложной клинической картиной направлялись бы в существующие очные службы, а не в автоматизированные онлайн-диагностические системы.

Интернет-вмешательства для коморбидных аффективных и тревожных расстройств, в том числе трансдиагностическая и индивидуализированная терапия, дали обнадеживающие результаты. Но все же эти меры нацелены в основном на коморбидность между различными формами психических расстройств, тогда как есть необходимость в разработке методов лечения, которые будут направлены также на соматические расстройства, так как есть много исследований интернет-вмешательств для распространенных соматических расстройств, демонстрирующих многообещающие результаты (87).

Наконец, последние обзоры показывают, что интернет-терапия хорошо работает в обычных условиях. Сейчас мы находимся в процессе широкого распространения интернет-вмешательств, и существует несколько проблем, связанных с этим процессом. Возникли вопросы о возможности разработки и распространения интернет-вмешательств, чтобы улучшить обслуживание групп, представляющих меньшинства, которые имеют меньший доступ к службам охраны психического здоровья (13), а также для лиц, проживающих в странах, где службы охраны психического здоровья недостаточно развиты (88).

Вероятные направления развития и будущих исследований включают изучение нерешенных вопросов, касающихся характеристик тех людей, для которых интернет-терапия будет наиболее эффективна, интеграции интернет-вмешательств с существующими службами и оптимальные стратегии комбинации интернет-вмешательств и фармакотерапии. Последний вопрос уместен, учитывая рутинную практику, когда селективные ингибиторы обратного захвата серотонина используются для лечения аффективных и тревожных расстройств параллельно с психотерапией, и такая комбинация чаще позволяет достичь лучших результатов, чем при монотерапии (89).

Дальнейшая работа также требуется для восполнения недостающего числа исследований среди детей, подростков и пожилых людей. Остаются нерешенными вопросы о роли психотерапевтов и оптимального пути взаимодействия специалиста и пациента в ходе интернет-терапии. Существует также потребность в интеграции современных информационных технологий с очной терапией, этот аспект еще не был темой достаточного числа исследований (90).

В заключение мы должны отметить, что ожидаем продолжения быстрого развития области интернет-терапии. В то время как результаты исследований в этой сфере были весьма обнадеживающими, мы хотели бы отметить, что усилия, направленные на распространение данных методов, должны осуществляться с осторожностью, чтобы обеспечить достижение наилучших для пациентов результатов. Мы также ожидаем дальнейшего и значительного развития исследований интернет-вмешательств, когда рассматриваемые вопросы сместятся с изучения клинической эффективности к изучению процессов динамики терапии.

## БЛАГОДАРНОСТИ

G. Andersson выражает признательность своим коллегам и студентам, работающим с интернет-вмешательствами, а также Linköping University, the Swedish Science Foundation and Forte за финансовую поддержку. N. Titov выражает признательность своим коллегам, участникам программ и пациентам, Macquarie University и the National Health and Medical Research Council.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Marks IM, Cavanagh K, Gega L. Hands-on help. Maudsley Monograph no. 49. Hove: Psychology Press, 2007.
2. Watkins PL. Self-help therapies: past and present. In: Watkins PL, Clum GA (eds). Handbook of self-help therapies. New York: Routledge, 2008:1-24.
3. Barak A, Klein B, Proudfoot JG. Defining Internet-supported therapeutic interventions. *Ann Behav Med* 2009;38:4-17.
4. Reavley NJ, Jorm AF. The quality of mental disorder information websites: a review. *Patient Educ Couns* 2011;85:e16-25.
5. Kaplan K, Salzer MS, Solomon P et al. Internet peer support for individuals with psychiatric disabilities: a randomized controlled trial. *Soc Sci Med* 2011;72:54-62.
6. Maj M. Adherence to psychiatric treatments and the public image of psychiatry. *World Psychiatry* 2013;12:185-6.
7. Andersson G. Using the internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behav Res Ther* 2009;47:175-80.
8. Lange A, van de Ven J-P, Schrieken B. Interapy: treatment of posttraumatic stress through the Internet. *Cogn Behav Ther* 2003;32: 110-24.
9. Titov N. Email in low intensity CBT interventions. In: Bennett-Levy J, Christensen H, Farrand P et al (eds). Oxford guide to low intensity CBT interventions. Oxford: Oxford University Press, 2010:287-93.
10. 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.
11. Christensen H, Griffiths KM, Jorm A. Delivering interventions for depression by using the internet: randomised controlled trial. *BMJ* 2004;328:265-8.
12. Kohn R, Saxena S, Levav I et al. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ* 2004;82:858-66.
13. 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.
14. Spence J, Titov N, Solley K et al. Characteristics and treatment preferences of people with symptoms of posttraumatic stress disorder: an internet survey. *PLoS One* 2011;6:e21864.
15. Titov N, Andrews G, Kemp A et al. Characteristics of adults with anxiety or depression treated at an internet clinic: comparison with a national survey and an outpatient clinic. *PLoS One* 2010; 5:e10885.
16. Andersson G, Hedman E. Effectiveness of guided Internet-delivered cognitive behaviour therapy in regular clinical settings. *Verhaltenstherapie* 2013;23:140-8.
17. Buchanan T. Internet-based questionnaire assessment: appropriate use in clinical contexts. *Cogn Behav Ther* 2003;32:100-9.
18. Hedman E, Ljótsson B, Rück C et al. Internet administration of self-report measures commonly used in research on social anxiety disorder: a psychometric evaluation *Comp Human Behav* 2010; 26:736-40.
19. Coles ME, Cook LM, Blake TR. Assessing obsessive compulsive symptoms and cognitions on the internet: evidence for the comparability of paper and Internet administration. *Behav Res Ther* 2007;45:2232-40.
20. Carlbring P, Brunt S, Bohman S et al. Internet vs. paper and pencil administration of questionnaires commonly used in panic/agoraphobia research. *Comp Human Behav* 2007;23:1421-34.

21. Carlbring P, Forslin P, Ljungstrand P et al. Is the Internet-administered CIDI-SF equivalent to a human SCID-interview? *Cogn Behav Ther* 2002;31:183-9.
22. Hedman E, Ljótsson B, Rück C et al. Effectiveness of Internet-based cognitive behaviour therapy for panic disorder in routine psychiatric care. *Acta Psychiatr Scand* 2013;128:457-67.
23. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59(Suppl. 20):22-33.
24. Crippa JA, de Lima Osorio F, Del-Ben CM et al. Comparability between telephone and face-to-face structured clinical interview for DSM-IV in assessing social anxiety disorder. *Perspect Psychiatr Care* 2008;44:241-7.
25. Newman MG, Erickson T, Preworski A et al. Self-help and minimal-contact therapies for anxiety disorders: is human contact necessary for therapeutic efficacy? *J Clin Psychol* 2003;59:251-74.
26. Richards D, Richardson T. Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2012;32:329-42.
27. 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.
28. Palmqvist B, Carlbring P, Andersson G. Internet-delivered treatments with or without therapist input: does the therapist factor have implications for efficacy and cost? *Expert Rev Neurother* 2007;7:291-7.
29. Titov N, Dear BF, Johnston L et al. Improving adherence and clinical outcomes in self-guided internet treatment for anxiety and depression: randomised controlled trial. *PLoS One* 2013;8: e62873.
30. Boettcher J, Berger T, Renneberg B. Does a pre-treatment diagnostic interview affect the outcome of Internet-based self-help for social anxiety disorder? A randomized controlled trial. *Behav Cogn Psychother* 2012;40:513-28.
31. Johansson R, Andersson G. Internet-based psychological treatments for depression. *Expert Rev Neurother* 2012;12:861-70.
32. Andersson G, Carlbring P, Berger T et al. What makes Internet therapy work? *Cogn Behav Ther* 2009;38:55-60.
33. Christensen H, Griffiths KM, Farrer L. Adherence in internet interventions for anxiety and depression. *J Med Internet Res* 2009;11:e13.
34. Robinson E, Titov N, Andrews G et al. Internet treatment for generalized anxiety disorder: a randomized controlled trial comparing clinician vs. technician assistance. *PLoS One* 2010;5:e10942.
35. 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.
36. Titov N, Andrews G, Schwencke G et al. An RCT comparing the effects of two types of support on severity of symptoms for people completing Internet-based cognitive behaviour therapy for social phobia. *Aust N Z J Psychiatry* 2009;43:920-6.
37. Hedman E, Andersson E, Lindfors N et al. Cost-effectiveness and long-term effectiveness of Internet-based cognitive behaviour therapy for severe health anxiety. *Psychol Med* 2013;43:363-74.
38. Hedman E, Andersson E, Ljótsson B et al. Cost-effectiveness of Internet-based cognitive behavior therapy vs. cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: results from a randomized controlled trial. *Behav Res Ther* 2011;49:729-36.
39. Gerhards SA, de Graaf LE, Jacobs LE et al. Economic evaluation of online computerised cognitive-behavioural therapy without support for depression in primary care: randomised trial. *Br J Psychiatry* 2010;196:310-8.
40. Ahn HN, Wampold BE. Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *J Counsel Psychol* 2001;48:251-7.
41. Almlöv J, Carlbring P, Källqvist K et al. Therapist effects in guided Internet-delivered CBT for anxiety disorders. *Behav Cogn Psychother* 2011;39:311-22.
42. Almlöv J, Carlbring P, Berger T et al. Therapist factors in Internet-delivered CBT for major depressive disorder. *Cogn Behav Ther* 2009;38:247-54.
43. Sanchez-Ortiz VC, Munro C, Startup H et al. The role of email guidance in internet-based cognitive-behavioural self-care treatment for bulimia nervosa. *Eur Eat Disord Rev* 2011;19:342-8.
44. Socala M, Schnur JB, Constantino MJ et al. The therapeutic relationship in e-therapy for mental health: a systematic review. *J Med Internet Res* 2012;14:e110.
45. Andersson G, Paxling B, WiweMet 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.
46. Knaevelsrud C, Maercker A. Does the quality of the working alliance predict treatment outcome in online psychotherapy for traumatized patients? *J Med Internet Res* 2006;8:e31.
47. 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.
48. Wagner B, Brand J, Schulz W et al. Online working alliance predicts treatment outcome for posttraumatic stress symptoms in Arab war-traumatized patients. *Depress Anxiety* 2012;29:646-51.
49. Carlbring P, Bohman S, Brunt S et al. Remote treatment of panic disorder: a randomized trial of Internet-based cognitive behavioral therapy supplemented with telephone calls. *Am J Psychiatry* 2006;163:2119-25.
50. Andersson G, Carlbring P, Holmström A et al. Internet-based self-help with therapist feedback and in-vivo group exposure for social phobia: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2006;74:677-86.
51. Berger T, Hohl E, Caspar F. Internet-based treatment for social phobia: a randomized controlled trial. *J Clin Psychol* 2009;65: 1021-35.
52. Titov N, Andrews G, Schwencke G et al. Shyness 1: distance treatment of social phobia over the Internet. *Aust N Z J Psychiatry* 2008;42:585-94.
53. Paxling B, Almlöv J, Dahlin M et al. Guided internet-delivered cognitive behavior therapy for generalized anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Cogn Behav Ther* 2011;40:159-73.
54. Titov N, Andrews G, Robinson E et al. Clinician-assisted Internet-based treatment is effective for generalized anxiety disorder: randomized controlled trial. *Aust N Z J Psychiatry* 2009;43:905- 12.
55. Spence J, Titov N, Dear BF et al. Randomized controlled trial of Internet-delivered cognitive behavioral therapy for post-traumatic stress disorder. *Depress Anxiety* 2011;28:541-50.
56. Wootton BM, Dear BF, Johnston L et al. Remote treatment of obsessive-compulsive disorder: a randomized controlled trial. *J Obsessive Compuls Relat Disord* 2013;2:375-84.
57. Andersson E, Enander J, Andrén P et al. Internet-based cognitive behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder: a randomised controlled trial. *Psychol Med* 2012;42:2193-203.
58. Hedman E, Andersson G, Ljótsson B et al. Internet-based cognitive-behavioural therapy for severe health anxiety: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2011;198:230-6.
59. Andersson G, Waara J, Jonsson U et al. Internet-based self-help vs. one-session exposure in the treatment of spider phobia: a randomized controlled trial. *Cogn Behav Ther* 2009;38:114-20.
60. Spence SH, Donovan CL, March S et al. A randomized controlled trial of online versus clinic-based CBT for adolescent anxiety. *J Consult Clin Psychol* 2011;79:629-42.
61. Vigerland S, Thulin U, Svirsky L et al. Internet-delivered CBT for children with specific phobia: a pilot study. *Cogn Behav Ther* 2013;42:303-14.

62. Zou JB, Dear BF, Titov N et al. Brief internet-delivered cognitive behavioral therapy for anxiety in older adults: a feasibility trial. *J Anxiety Disord* 2012;26:650-5.
63. Andersson G, Bergström J, Holländare F et al. Internet-based self-help for depression: a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2005;187:456-61.
64. Meyer B, Berger T, Caspar F et al. Effectiveness of a novel integrative online treatment for depression (Deprexis): randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2009;11:e15.
65. Johansson R, Sjöberg E, Sjögren M et al. Tailored vs. standardized Internet-based cognitive behavior therapy for depression and comorbid symptoms: a randomized controlled trial. *PLoS One* 2012;7:e36905.
66. Ström M, Uckelstam C-J, Andersson G et al. Internet-delivered therapist-guided physical activity for mild to moderate depression: a randomized controlled trial. *PeerJ* 2013;1:e178.
67. Andersson G, Hesser H, Veilord A et al. Randomized controlled non-inferiority trial with 3-year follow-up of internet-delivered versus face-to-face group cognitive behavioural therapy for depression. *J Affect Disord* 2013;151:986-94.
68. Nordgreen T, Havik OE, Öst L-G et al. Outcome predictors in guided and unguided self-help for social anxiety disorder. *Behav Res Ther* 2012;50:13-21.
69. Andersson G, Carlbring P, Grimlund A. Predicting treatment outcome in Internet versus face to face treatment of panic disorder. *Comp Human Behav* 2008;24:1790-801.
70. Barlow DH. Negative effects from psychological treatments. A perspective. *Am Psychol* 2010;65:13-20.
71. Bower P, Gilbody S. Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. *Br J Psychiatry* 2005;186: 11-7.
72. Silfvernagel K, Carlbring P, Kåbo J et al. Individually tailored internet-based treatment of young adults and adults with panic symptoms: a randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research* 2012;14:e65.
73. Titov N, Andrews G, Johnston L et al. Transdiagnostic Internet treatment for anxiety disorders: a randomized controlled trial. *Behav Res Ther* 2010;48:890-9.
74. Carlbring P, Maurin L, Törngren C et al. Individually tailored internet-based treatment for anxiety disorders: a randomized controlled trial. *Behav Res Ther* 2010;49:18-24.
75. Titov N, Dear BF, Schwencke G et al. Transdiagnostic internet treatment for anxiety and depression: a randomised controlled trial. *Behav Res Ther* 2011;49:441-52.
76. Andersson G, Estling F, Jakobsson E et al. Can the patient decide which modules to endorse? An open trial of tailored Internet treatment of anxiety disorders. *Cogn Behav Ther* 2011;40:57-64.
77. Stallard P, Richardson T, Velleman S. Clinicians' attitudes towards the use of computerized cognitive behaviour therapy (cCBT) with children and adolescents. *Behav Cogn Psychother* 2010;38:545-60.
78. 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.
79. Wootton BM, Titov N, Dear BF et al. The acceptability of Internet-based treatment and characteristics of an adult sample with obsessive compulsive disorder: an Internet survey. *PLoS One* 2011;6:e20548.
80. Gun SY, Titov N, Andrews G. Acceptability of Internet treatment of anxiety and depression. *Australasian Psychiatry* 2011;19:259-64.
81. 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.
82. Dever Fitzgerald T, Hunter PV, Hadjistavropoulos T et al. Ethical and legal considerations for internet-based psychotherapy. *Cogn Behav Ther* 2010;39:173-87.
83. Nordgreen T, Standal B, Mannes H et al. Guided self-help via Internet for panic disorder: dissemination across countries. *Comp Human Behav* 2010;26:592-6.
84. Berger T, Andersson G. Internetbasierte psychotherapien: Besonderheiten und empirische evidenz. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2009;59:159-70.
85. Clark DM. Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: the IAPT experience. *Int Rev Psychiatry* 2011;23:318-27.
86. Hedman E, Ljótsson B, Lindfors N. Cognitive behavior therapy via the Internet: a systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2012;12:745-64.
87. Beatty L, Lambert S. A systematic review of internet-based selfhelp therapeutic interventions to improve distress and diseasecontrol among adults with chronic health conditions. *Clin Psychol Rev* 2013;33:609-22.
88. Wagner B, Schulz W, Knaevelsrud C. Efficacy of an Internet-based intervention for posttraumatic stress disorder in Iraq: a pilot study. *Psychiatry Res* 2012;195:85-8.
89. 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.
90. Craske MG, Rose RD, Lang A et al. Computer-assisted delivery of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in primary-care settings. *Depress Anxiety* 2009;26:235-42.

DOI 10.1002/wps.20083

# Восстановление пациентов: от заблуждений к пониманию. Внедрение реабилитационно-ориентированных подходов в систему оказания психиатрической помощи

MIKE SLADE<sup>1</sup>, MICHAELA AMERING<sup>2</sup>, MARIANNE FARKAS<sup>3</sup>, BRIDGET HAMILTON<sup>4</sup>, MARY O'HAGAN<sup>5</sup>, GRAHAM PANTHER<sup>6</sup>, RACHEL PERKINS<sup>7</sup>, GEOFF SHEPHERD<sup>7</sup>, SAMSON TSE<sup>8</sup>, ROB WHITLEY<sup>9</sup>

<sup>1</sup>King's College London, Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, Denmark Hill, London SE5 8AF, UK (Великобритания);

<sup>2</sup>Department of Psychiatry and Psychotherapy, Medical University of Vienna, Austria (Австрия);

<sup>3</sup>Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University, West Boston, MA 02215, USA (США);

<sup>4</sup>University of Melbourne, School of Health Sciences, Parkville, Melbourne 3010, Australia (Австралия);

<sup>5</sup>Education House, Wellington, New Zealand (Новая Зеландия);

<sup>6</sup>Redpanther Research, Auckland, New Zealand (Новая Зеландия);

<sup>7</sup>Centre for Mental Health, Maya House, London, UK (Великобритания);

<sup>8</sup>Department of Social Work and Social Administration, University of Hong Kong, Hong Kong (Гонконг);

<sup>9</sup>Douglas Hospital Research Centre, McGill University, Montreal, Canada (Канада)

Перевод: Войнова Н.В.

Редактура: Алфимов П.В.

*Понимание процесса восстановления как личного и субъективного опыта пациента в настоящее время распространено во многих странах. Развитие стратегии восстановления требует серьезных изменений в системах оказания психиатрической помощи. Изменить укоренившиеся порядки всегда непросто. В этой статье мы выделяем следующие семь ошибочных позиций («заблуждений»), сформировавшихся у психиатров в отношении процесса реабилитации: восстановление — новая концепция; восстановление для «моих» пациентов вряд ли возможно; добиться восстановления пациента возможно исключительно эффективной психофармакотерапией; принудительное стационарное лечение и назначение фармакотерапии способствуют восстановлению; ориентация на восстановление пациентов приведет к закрытию многих лечебных учреждений; восстановление с это возвращение пациентов к доболезненному уровню здоровья и независимости; человек может быть полезен для общества только в случае полного выздоровления. Далее мы рассматриваем десять эмпирически обоснованных подходов, способствующих процессу восстановления пациентов, выделяя ключевые составляющие этого процесса: поддержку родственников, надежду и оптимизм, индивидуальность, наличие намерений и целеустремленности, а также создание условий для полноценного участия в жизни общества (схема CHIME — от connectedness, hope, identity, meaning, empowerment). Обозначенные десять подходов включают в себя: систему взаимопомощи («равный равному»); предварительные указания на случай утраты дееспособности; планирование действий по восстановлению здоровья; организацию процесса выздоровления; переориентацию (The REFOCUS); обретение сил; реабилитационные группы или реабилитационные образовательные программы; трудоустройство; жилищное обеспечение и социальную поддержку; мероприятия по рассмотрению актуальных проблем в сфере психического здоровья. Наконец, мы очерчиваем три значимые научные проблемы: необходимость расширения понимания восстановления в рамках культуральных различий, важность организационных изменений и мер в отношении возвращения пациентов к полноценной жизни в составе общества.*

**Ключевые слова:** восстановление, система оказания психиатрической помощи, система взаимопомощи, указания на случай утраты дееспособности, планирование действий по восстановлению здоровья, индивидуальное трудоустройство и поддержка, жилищное обеспечение и социальная поддержка, мероприятия по рассмотрению актуальных проблем в сфере психического здоровья, реорганизация, полноценное участие в жизни общества

**(World Psychiatry 2014;13:12–20)**

Понимание восстановления пациента как возвращения к привычному уровню функционирования при отсутствии болезненной симптоматики является спорным вопросом в сфере охраны психического здоровья. Люди, страдающие психическими расстройствами, особенно остро нуждаются в поддержке, которая со временем помогла бы им выйти из роли «пациента». Восстановление понимается как «глубоко личный, индивидуализированный процесс пересмотра человеком его позиций, ценностей, чувств, задач, навыков и/или ролей» и как «способность получать от жизни удовлетворение, ни в чем не нуждаться и с оптимизмом

смотреть в будущее, даже несмотря на ограничения, накладываемые болезнью» (1). Это определение иллюстрирует позицию, существующую как в англоговорящих (2-6), так и во многих других странах (7).

Восстановление в каждом случае основывается на индивидуальном опыте (8). Многие его этапы могут быть схожими у разных пациентов, но во многом будут обнаружены и отличия, не менее значимые вследствие изменения отношения пациента к своему состоянию с течением времени. Однако при переходе от теоретического понимания к повседневной практике оказалось не так просто заниматься реабилитацией пациентов

психиатрических лечебных учреждений, что во многом связано со способностью индивидуума критически оценить свое состояние. Более того, некоторые авторы полагают, что концепция восстановления превратно понимается многими профессионалами (9).

В этой статье представлены некоторые неправильные взгляды на восстановление пациента («заблуждения») и эмпирически опробованные подходы к его проведению («применения»). Авторы статьи — международные эксперты из семи стран — основывались на собственном опыте в сфере психической патологии, с учетом исследовательских, стратегических и клинических перспектив.

Мы представляем вашему вниманию семь заблуждений в отношении концепции восстановления.

### **Заблуждение 1. Восстановление — новая концепция**

Учитывая распространяющуюся по всему миру установку на необходимость восстановления пациентов с психическими расстройствами, в психиатрических учреждениях все чаще пытаются внедрять реабилитационные программы.

Некоторые учреждения нанимают на работу пациентов, чтобы продемонстрировать свою «реабилитационную» ориентированность. К примеру, в тринадцати штатах США было принято решение принимать пациентов на работу, и лечебные учреждения в этих штатах получают за поддержку пациентов финансовую компенсацию из национальных страховых средств (10).

Несмотря на то, что вовлечение пациентов в рабочий процесс в психиатрических учреждениях согласуется с принципами реабилитации, само по себе внедрение подобной практики не меняет устоявшихся взглядов должным образом. Действительно, при недостаточно четкой организации рабочего процесса эффективность усилий работников из числа пациентов может существенно снижаться, например, если к ним не слишком уважительно относятся и оставляют без дела, или если их роль сводится исключительно к участию в групповой терапии и разборах клинических случаев (12). Внедряемые программы по восстановлению должны быть индивидуально ориентированным, т. е. нацеленными на то, чтобы помогать каждому пациенту жить полноценной жизнью (13), хотя это часто может идти в разрез с клиническими задачами, принятыми врачами к руководству (14). Переход к практике, основанной на партнерских взаимоотношениях, вселяющих в человека надежду и способствующих его самостоятельности, требует изменения устоявшихся взглядов и принципов работы учреждений, в которых проводятся реабилитационные программы.

### **Заблуждение 2. Восстановление для «моих» пациентов вряд ли возможно**

В ходе теоретической разработки и внедрения в практику реабилитационных программ — как и в психиатрии в целом — всегда особое внимание уделялось проблеме психотических состояний. Некоторые клиницисты полагают, что восстановление как подход имеет малую значимость конкретно для их контингента пациентов: потому ли, что считают своих пациентов «слишком тяжело больными» или же наоборот, в силу отсутствия у них тяжелой патологии психотического уровня.

Ни одну из этих позиций нельзя считать правильной. Многие восстановительные подходы, описываемые в этой статье, могут непосредственно применяться, и уже оценивались по эффективности, в группах пациентов, страдающих психотическими расстройствами. Аналогично, в свое время различные реабилитационные подходы начинали применяться в многочисленных группах пациентов с непсихотическим уровнем психиче-

ских расстройств (например, при пограничном расстройстве личности (15), в судебной психиатрии (16), при нарушениях пищевого поведения (17)) и в группах пациентов с различными демографическими показателями (например, у детей (18), пожилых (19), этнических меньшинств (20)).

Очевидно, что восстановление крайне важно для пациентов многих клинических групп, хотя серьезная доказательная база в настоящее время имеется только для пациентов с психотическими расстройствами.

### **Заблуждение 3. Добиться восстановления пациента возможно исключительно эффективной психофармакотерапией**

Врачи-психиатры часто придают большее значение клинической составляющей в восстановлении пациентов, чем личностному восстановлению в понимании специалистов в области реабилитации из сферы охраны психического здоровья (1).

Клиническая составляющая восстановления включает в себя правильную диагностику и стремление к излечению пациента или редукции имеющейся симптоматики. Обзор всех эпидемиологических исследований с более чем 20-летним сроком наблюдения показал, что большинство больных шизофренией достигают клинического восстановления (21), хотя не очевидно то, насколько вариабельность этого феномена зависит от эффективных методов терапии. В процессе индивидуального восстановления пациент проходит свой собственный путь к полноценной жизни и достижению значимых ролей в ней (22).

Эти две составляющие восстановления могут сочетаться друг с другом, но могут реализовываться и по отдельности. Традиционно система оказания психиатрической помощи ориентирована на клиническую составляющую восстановления пациента или даже — что гораздо хуже — основывается на убеждении, что возвращение к полноценной жизни вообще невозможно для многих пациентов. Сейчас в различных странах политика оказания психиатрической помощи диктует лечебным учреждениям необходимость учитывать важность личностного восстановления, полагаясь на накопленный практический опыт в вопросах психического дистресса и реабилитации (23).

Чтобы способствовать процессу личностного восстановления, психиатрическим службам будет необходимо пересмотреть приоритетность стационарного лечения, лекарственной терапии и принудительных мер. Нужно сфокусироваться на помощи пациентам в обретении надежды и веры, поддержании их самостоятельности, обеспечивая им доступ к широкому ряду социальных услуг (включая жилищное обеспечение, образование, трудоустройство, волонтерскую поддержку, психообразовательные программы, кризисную поддержку, помощь в повседневных нуждах, лекарственное обеспечение, психотерапию и юридическую поддержку), способствуя их социализации и контролируя соблюдение их прав (24). Медикаментозная помощь может как способствовать процессу личностного восстановления, так и затруднять его, особенно, если на фармакотерапию делается основной упор и лечение является принудительным.

### **Заблуждение 4. Принудительное стационарное лечение и назначение фармакотерапии способствуют восстановлению**

Принудительное лечение считается эффективной мерой оказания «помощи» пациентам, которые не могут позаботиться о себе самостоятельно. В Англии в 2008 году были представлены нормативы оказания помощи (community treatment orders — CTOs), согласно которым планировалось снизить число пациентов, проходящих принудительное стационарное лечение. Несмотря на это, количество недобровольных госпита-

лизаций выросло (с 44093 в 2007/08 г.г. до 48631 в 2011/12 г.г.) (25).

При методическом пересмотре документации по принудительному стационарному лечению было получено мало данных в пользу его эффективности, которая оценивалась по последующей обращаемости за медицинской помощью, уровню социального функционирования, психическому состоянию, качеству жизни и удовлетворенности полученной помощью (26). В дополнение, в обзоре было показано, что необходимо 85 амбулаторных психиатрических осмотров, чтобы предотвратить повторную госпитализацию в стационар, 27 — для предотвращения одного случая бездомности и 238 — для предотвращения одного ареста.

Принудительное лечение широко применяется в настоящее время, однако последние данные свидетельствуют о неэффективности этого подхода в отношении предупреждения повторных госпитализаций (27). Кроме того, недобровольное лечение препятствует одной из главных задач реабилитации — возвращению к полноценной жизни — процессу, в основе которого лежит самостоятельность индивидуума и уважительное отношение к нему как к члену общества. Действительно, в ходе наблюдения за работой 136 стационарных острых психиатрических отделений в Великобритании было обнаружено, что фокусировка внимания на контроле за пациентами (уменьшение доступности медперсонала для обращения, частое привлечение сотрудников охраны, малая оборудованность палат) сочеталась с увеличением частоты применения физической силы и фиксации пациентов медицинским персоналом (28).

Во многих странах сейчас разработаны проекты по уменьшению частоты применения принудительного лечения (29). Например, такой план был внедрен в Норвегии в 2006 году.

### **Заблуждение 5. Ориентация на восстановление пациентов приведет к закрытию многих лечебных учреждений**

Ориентированность на реабилитацию не оправдывает сокращение количества психиатрических учреждений.

Справедливо предполагать, что пациент не может жить полноценной жизнью, находясь в пределах психиатрической больницы, а интенсивное взаимодействие с непсихиатрическими службами и непринужденные формы поддержки ценятся пациентами больше, чем формально предоставляемая психиатрическая помощь (31). По этой причине постепенное уменьшение необходимости контактировать с официальными психиатрическими службами одновременно с предоставлением психосоциальной поддержки (дружеская, волонтерская поддержка, групповые занятия, трудоустройство и т. д.) должно способствовать восстановлению пациента.

Однако стратегия реабилитации должна быть достаточно гибкой (32), т.е. должна оставаться возможность прибегнуть к стационарному лечению в случае необходимости.

Безусловно, неэффективные психиатрические службы следует заменить для повышения эффективности оказания психиатрической помощи населению, а вовсе не ради внедрения реабилитационно-ориентированных служб. Количество психиатрических учреждений не должно сокращаться под предлогом переориентирования психиатрии на восстановление пациентов.

### **Заблуждение 6. Восстановление — это возвращение пациентов к доболезненному уровню здоровья и независимости**

Большинство психиатрических служб в клинической работе опираются на убеждение, что десоциализация

пациентов обусловлена их психическим состоянием. Предпринимаемые же клинические меры фокусируются на попытках воздействия на пациента с целью вернуть его к состоянию «нормы» и «независимости» от психиатрической помощи.

Но восстановление не эквивалентно «улучшению самочувствия» или исчезновению потребности в поддержке: оно соответствует «восстановлению жизни», т.е. права принимать участие во всех аспектах общественной жизни в качестве полноправного гражданина (33). Для этого необходимо основываться на гражданских правах и обусловленной обществом десоциализации пациентов: «Общество само калечит людей. Позиции, действия — социальные, культуральные и материальные составляющие — десоциализируют людей, возводя барьеры и налагая ограничения» (34).

Было бы неверным приравнивать социальное принятие и возможность быть полноправным членом общества к понятию «нормальность», они осуществимы только в рамках сообществ, лишенных дискриминации, в которые мог бы входить каждый из нас. Не эквивалентны они и «становлению независимым», но подразумевают право на поддержку и адаптацию (с учетом предпочтений и стремлений) для обеспечения полноценного и равноправного положения в обществе (35).

Гражданские права людей «с нетрудоспособностью» — включая ее возникновение вследствие психических нарушений — изложены в Конвенции Объединенных Наций (United Nations Convention) в разделе "Права Граждан с Нетрудоспособностью" (36). В них входят «право проживать самостоятельно и входить в состав общества» (Статья 19). Это право не зависит от «улучшения самочувствия» или возможности жить без дополнительной поддержки, а наоборот предусматривает право получать «помощь, необходимую для поддержания жизни и социализации, предотвращения изоляции и сегрегации».

Участие в жизни общества не подразумевает под собой изменения человека с целью сделать его «подходящим» для этого, напротив, оно требует изменения окружающей действительности: «Нетрудоспособность вследствие психического заболевания — данность для многих из нас. Настоящая проблема кроется в искусственных препятствиях, мешающих жить, работать и учиться в той среде, в которой нам хотелось бы... [Главная задача] — осознать, бросить вызов этим препятствиям и изменить их... ведь они мешают нам и сводят на нет наши попытки жить независимо, контролировать собственную жизнь и факторы, влияющие на нее» (37).

### **Заблуждение 7. Человек может быть полезен для общества только в случае полного выздоровления**

Работа, оплачиваемая ли, основанная на волонтерских началах или заключающаяся в ведении домашнего хозяйства — основной способ внести свой вклад в общество для многих людей. Работа способствует реабилитации (38). Большинство людей, получающих психиатрическую помощь, могут продолжать работать большую часть времени, при этом в реальности 70-80% людей, страдающих психической патологией, в большинстве западных стран являются безработными; этот показатель значительно выше, чем в любых других группах инвалидов (39, 40).

Самостигматизация, дискриминация со стороны общественности способствуют таким высоким показателям нетрудоустроенности (41-43), равно как и пессимистические взгляды и отсутствие положительного опыта работодателей в отношении приема на работу людей с психическими расстройствами (44).

В настоящее время правительства многих западных стран предпринимают попытки к сокращению социальных пособий и выплат, предпочитая налагать

штрафные санкции, а не предоставлять льготы. Правозащитники, выступающие против такого подхода, неумышленно переставив акценты, сфокусировали внимание на противопоставлении необходимости в социальных выплатах праву работать для людей с психическими расстройствами. Основная проблема кроется не в несправедливости реформы по сокращению социальных выплат, а в количестве нетрудоустроенных людей. Общество в целом только выиграет, если будет признано, что люди с психическими расстройствами могут работать, что они имеют те же права, что и остальные граждане по внесению своего вклада в общество и смогут гарантированно получать льготы и пособия в те периоды времени, когда по состоянию здоровья работать не могут.

### **Максимальная помощь на этапе восстановления**

Является ли восстановление пациентов просто «вливанием нового вина в старые мехи»? (45). Другими словами, означает ли реабилитационная поддержка нечто большее, чем просто внедрение в практику подхода, который, как нам известно, является эффективным? Справедливо предположить, что внедрение в практику подобного эффективного подхода на постоянной основе более оправданно, чем какие-то отдельные меры, ведь, по некоторым оценкам, при оптимизации лечебных стратегий и должном охвате населения удастся сократить до 28% лишних расходов (против 13% в настоящее время) (46). Как бы то ни было, при систематическом рассмотрении были выделены пять ключевых составляющих процесса восстановления: поддержка родственников, надежда и оптимизм, индивидуальность, наличие намерений и целеустремленности, а также создание условий для полноправного участия в жизни общества (схема CHIME – от connectedness, hope, identity, meaning, empowerment) (32). Эти составляющие процесса реабилитации отличаются от традиционных клинических мишеней, но на них необходимо обратить внимание.

Далее мы опишем десять эмпирически опробованных подходов, способствующих процессу восстановления индивидуума. Такие подходы выбирались для рассмотрения по принципу их нацеленности на реабилитацию пациента, например, соответствию схеме CHIME, и имеющимся по ним эмпирическим данным, полученным в экспериментальных исследованиях и положительным в отношении реабилитации. Они, скорее, приведены в качестве иллюстрирующих моделей, нежели конкретных инструкций к действию. Нашей целью является выделение таких подходов, которые могли бы найти практическое применение в реабилитационно-ориентированной системе оказания психиатрической помощи.

### **Система взаимопомощи («равный равному»)**

Система взаимопомощи берет свое начало от движения страдающих от наркотической зависимости и изначально развивалась вне связи с основной системой оказания психиатрической помощи. Взаимная помощь строится на реабилитационных ценностях, таких как надежда, самостоятельность, сотрудничество, взаимная поддержка и применение житейского опыта, чтобы помогать друг другу.

Неформальная поддержка схожа с поддержкой со стороны семьи и друзей. Напротив, в официальных организациях задействованы либо работники автономных групп взаимопомощи, не связанные с психиатрией, либо люди, работающие в паре с лечащим врачом в системе оказания психиатрической помощи.

В систему взаимопомощи вовлечены люди, страдающие психическими расстройствами, которые признают наличие у себя заболевания и могут использовать собственный опыт для помощи в реабилитации

другим пациентам. Их основные задачи понятны (47), и в настоящий момент существуют рекомендации по оказанию взаимной помощи (48).

На сегодняшний день имеются убедительные данные в пользу эффективности системы взаимопомощи (47), также показывающие, какой важный опыт приобретает человек, работающий в этой системе (49-51), какие изменения происходят в системе трудоустройства при ее внедрении (52-54), а также благодаря самим работникам (55, 56).

Данные семи рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), в которых исследовались изменения, привносимые системой взаимопомощи в сфере психического здоровья, показали положительное влияние на клинические исходы (контактность, симптоматика, функционирование, число госпитализаций), индивидуальные (надежда, контроль, деятельность, вовлеченность в общественную деятельность) и социальные показатели (дружеские, общественные связи) (57). РКИ по самопомощи в структуре системы взаимопомощи в Нидерландах (58) и США (59, 60) продемонстрировали благоприятное влияние реабилитационной модели на пациента в отношении стремления к восстановлению, надежд на будущее, самоосознания восстановления, оценки симптоматики, а также качества жизни. В обзоре Cochraine по одиннадцати рандомизированным исследованиям, включающим в сумме 2796 человек в трех странах (Австралии, Великобритании, США) была показана эквивалентная эффективность при вовлечении в систему взаимопомощи пациентов в сравнении с профессионалами, выполнявшими аналогичную роль (61).

### **Предварительные указания на случай утраты дееспособности**

Люди, страдающие психическими расстройствами, по определению уязвимы к развитию эмоциональной дестабилизации. Современные системы медицинской поддержки помогают сохранять контроль в таких ситуациях. Например, существуют указания, что следует предпринимать в отношении состояния здоровья пациента, если в перспективе он станет недееспособным. Предпринимаемые действия могут включать лечебные мероприятия или назначение доверенного лица, уполномоченного принимать решения за пациента.

Медицинские указания на случай утраты дееспособности имеют мощное эмпирическое обоснование (62). Наиболее используемый в настоящее время вариант включает общие кризисные рекомендации и был разработан совместно с клиницистами. Данные РКИ по применению этих рекомендаций при психозах показывают положительные результаты в плане снижения частоты принудительного лечения (63), обращаемости в лечебные учреждения (64) и необходимости в усиленном контроле (65). Пробные испытания рекомендаций для других клинических популяций находятся в процессе разработки (66).

### **Планирование действий по восстановлению здоровья**

Самопомощь в отношении болезненных симптомов является основной тенденцией в группе пациентов с хроническими заболеваниями. В рамках планирования действий по восстановлению здоровья (wellness recovery action planning – WRAP) осуществляется поддержка пациентов с использованием реабилитационно-ориентированных психиатрических служб.

WRAP используется для составления планов реабилитации, помогая пациентам осмысливать, какие действия раньше помогали им чувствовать себя хорошо, а также принимать во внимание стратегии, которые оказывались эффективными у других пациентов (67). Планирование действий в рамках восстановительного

процесса основывается на самоотчете, определяя стратегии по улучшению ежедневного функционирования, распознаванию и борьбе с триггерными факторами, приводящими к дистрессу.

Важно сосредоточиться на мотивации пациента к этим действиям (оценивать свое самочувствие и стремиться к достижению поставленных целей), а не акцентировать его внимание на «избегании» чего-либо (например, определенных симптомов), в соответствии с психологическим подходом, согласно которому к осуществлению позитивных задач («мотивация») всегда стремятся более охотно, чем к негативным («избегание») (68). Процесс восстановления осуществляется при содействии других пациентов, «равных», что вселяет в больного человека чувство надежды (68).

Полученные в РКИ оценки результатов для участников (n=519) восьминедельной, основанной на взаимопомощи, программы, набранных в восьми амбулаторных психиатрических центрах, показали ее преимущество в отношении симптоматики, надежды на будущее и качества жизни по сравнению с группой пациентов, которые получали традиционное лечение, еще только ожидая включение в программу WRAP (60).

### Организация процесса выздоровления

Целью программы управления процессом выздоровления (illness management and recovery program – IMR) является обучение пациентов с тяжелыми психическими расстройствами стратегии самоотчета в отношении болезненных проявлений (70).

Эта программа может быть реализована в индивидуальном или групповом формате, занимает от пяти до десяти месяцев и включает пять основных направлений: психообразование для информирования пациента о его заболевании и терапии; когнитивно-поведенческие подходы для повышения комплаентности; тренинги по предотвращению рецидивов; тренинги социальных навыков для повышения устойчивости к стрессам и укрепления социальной поддержки и обучения копинговым стратегиям для борьбы с дистрессом и тяжестью симптоматики.

Основной акцент на повышении комплаентности и психообразовании в IMR может стать препятствием для вступления в нее пациентов, которые предпочли бы программы с более явной реабилитационной направленностью. Ориентация на личностное восстановление не входит в противоречие с важностью диагностики и медикаментозного лечения, однако проблемы могут возникать в том случае, если постановку диагноза и медикаментозную терапию считают первоочередной задачей для начала реабилитации пациента (71) (см. Заблуждение 3). Как бы то ни было, начиная работать по IMR, в первую очередь фокусируют внимание на самоотчете пациента в отношении имеющихся у него проблем, поиске их решений и стремлении к личностно значимым целям, т.е. на всех важных элементах поддержания процесса восстановления (72, 73).

По данным РКИ, IMR в значительной степени способствует редукции симптоматики, улучшению функционирования, осведомленности и прогрессу в достижении целей лицам, получающим жилищное обеспечение и социальную поддержку (supportive housing) (74), пациентам амбулаторных лечебных учреждений (75) и общественных реабилитационных центров (76).

### Переориентация (The REFOCUS intervention)

Переориентация (The REFOCUS intervention) на реабилитационный подход является необходимым шагом для работников общественной системы охраны психического здоровья. Это последовательное преобразование (77) является теоретически обоснованным (32, 78). Персоналу необходимо пройти предварительную подготовку с последующей супервизией для освоения трех главных принципов. Во-первых, учитывая важность

лично-ориентированного подхода, должны быть вынесены на обсуждение ценности и предпочтения пациентов. Во-вторых, необходимо оценивать возможность и обстоятельства каждого пациента, используя стандартизованные шкалы (79), чтобы планировать оказание помощи с упором на улучшение самочувствия и способность получать общественную поддержку, впрочем, как и при отсутствии значительного улучшения. В-третьих, персонал должен поддерживать пациента в стремлении к достижению его/ее личностно значимых целей. В дополнение к перечисленному, работники системы оказания психиатрической помощи проходят тренинги, чтобы выступать для пациентов в роли наставника. Переориентация REFOCUS оценивалась в многоцентровом РКИ (80), в котором использовались инновационные способы оценки реабилитационной поддержки (81) и надежды (82).

### Обретение сил

Эта модель подразумевает оказание поддержки людям, страдающим психическими расстройствами, в достижении целей путем нахождения необходимых для этого личностных и внешних ресурсов, важных для того, чтобы самостоятельно жить и работать в составе общества (83). Такой подход широко использовался на протяжении многих лет службами социальной поддержки в США и учреждениями здравоохранения в Японии, Гонконге и Австралии (84). Доказательная база основывается на результатах четырех РКИ (85-88), а также на некоторых предварительных оценках (89), которые демонстрируют положительные психосоциальные результаты (особенно в плане симптоматики и социального функционирования) и удовлетворенность со стороны самих пациентов (84). Достоверность данных коррелирует с выраженностью благоприятных психосоциальных изменений (90).

### Реабилитационные группы или реабилитационные образовательные программы

Психообразование для пациентов психиатрического профиля чрезвычайно важно для получения навыков, необходимых для вовлечения их в жизнь общества (91). Реабилитационные группы или реабилитационные обучающие программы представляют собой образовательные подходы, способствующие восстановлению и реинтеграции в общество людей с психическими расстройствами. Впервые подобная стратегия была опробована в Бостонском Университете в 1984 году (92), и в настоящее время уже действует в Италии, Ирландии и Великобритании (93). Существуют убедительные данные в пользу определенных ключевых составляющих описываемого подхода (94), в частности, совместной деятельности (95) и поддержания самостоятельности посредством психообразования (96). Данные в пользу эффективности реабилитационных групп существуют, но они весьма ограничены на настоящий момент (97).

### Трудоустройство и поддержка

Людям, временно утратившим трудоспособность, необходимо обеспечить социальное пособие и создать положительную мотивацию в отношении перспективы возвращения к работе. Однако большинство людей с психическими расстройствами стремится к труду (98), хотя и нуждается в помощи при поиске, выборе и удержании на рабочем месте (99). Организация оказания помощи в индивидуальном трудоустройстве с последующей поддержкой как подход (100) имеет строгую доказательную базу (101). В обзоре Cochrane резюмированы результаты восемнадцати РКИ, согласно которым за период в 18 месяцев 34% участников описываемой программы были трудоустроены, в сравнении с 12% трудоустроенных, проходивших только предпро-

фессиональную подготовку (102). Например, РКИ, включившее шесть европейских стран, показывает большую результативность трудоустройства и поддержки в индивидуальном порядке по показателям нахождения подходящих должностей и удержания на оплачиваемой работе в сравнении с альтернативными подходами, принятыми в каждой из этих стран (103).

При изучении отдаленных результатов спустя 8-12 лет отмечено, что, наряду с большей эффективностью стратегии, достигнутые результаты сохраняются дольше (104, 105), а также получены данные о сокращении финансовых расходов, благодаря меньшей потребности в психиатрической помощи и льготном социальном обеспечении (106, 107).

### **Жилищное обеспечение и социальная поддержка (Supported housing)**

В исследованиях показано, что около 30-40% бездомных людей страдают тяжелыми психическими расстройствами. Предоставление постоянного жилья может помочь таким людям сделать значительный шаг в сторону восстановления и улучшить качество их жизни (108, 109). Таким образом, первым шагом является предоставление человеку отдельного жилья. Существует доказательная база, согласно которой описываемый подход способствует как улучшению прогноза для индивидуума (110), так и снижению экономических затрат (111).

Люди с серьезными психическими расстройствами должны быть обеспечены всем необходимым для полноценной самостоятельной жизни с учетом их личных предпочтений.

### **Мероприятия по рассмотрению актуальных проблем в сфере психического здоровья**

Активное взаимодействие пациентов, их родственников и близких является основой для формирования реабилитационно-ориентированной системы оказания психиатрической помощи (112). Как бы то ни было, идея о том, что психическое здоровье должно волновать каждого, независимо от его окружения и личного опыта, а также необходимость принимать друг друга в качестве равнозначных авторитетов, является спорной. Переговорные встречи (также известные как семинары по психозам) созданы с целью работы над этой проблемой. На собраниях, посвященных обсуждению психического здоровья, собираются пациенты, их друзья, социальные работники, работники системы оказания психиатрической помощи и другие заинтересованные лица для открытого обсуждения актуальных вопросов. Тематика таких мероприятий довольно обширна, например, затрагиваются как методы борьбы со стигматизацией, так и клинические вопросы, касающиеся психических травм и психотических состояний. В немецко-говорящих странах более 100 подобных переговорных встреч регулярно посещают более 5000 человек (113), а международный интерес к ним, как и опыт в их организации, все возрастают (114).

Переговорные встречи помогают приобретать знания и делиться ими, а также способствуют внедрению в практику реабилитационно-ориентированных подходов.

### **Нерешенные научные задачи**

Хотя схема SHIME оправдала себя в популяциях, представителями которых были созданы рекомендации, представленные в одном из обзоров (115), вопрос о всеобщей применимости концепции восстановления остается нерешенным. В частности, положения, лежащие в основе понимания восстановления могут оказаться «монокультуральными», и тогда потребуется расширение представлений об обществе, месте индивидуума в нем и его благополучии. Например, важной проблемой является парадигма соотношения индивидуальных и коллективистских ценностей (116). В кол-

лективистских культурах, таких как Маори (коренное население Новой Зеландии) и жители Китая, акцент ставится на взаимной зависимости членов семьи и родственников друг от друга, которая ценится выше личной независимости, традиционной для западных стран (117). Кроме того, важным моментом является текущее состояние системы оказания психиатрической помощи (118). К примеру, в странах с низким и средним уровнем дохода может не быть достаточно развитой инфраструктуры в виде бюджетных общественных организаций даже для оказания базовой психиатрической помощи (119), не говоря уже о реабилитационных подходах.

Необходимо выяснить, как концепцию восстановления воспринимают пациенты и работники системы здравоохранения, имеющие «неевропейский» менталитет (120-123). Могут ли разработанные в рамках этого подхода методы оценки и шкалы применяться в такой популяции, оставаясь валидными и надежными (124)? В ходе изучения факторов, способствующих или препятствующих реабилитации пациентов с разным менталитетом, могут быть разработаны модели, более адаптированные культурально, лучше подходящие для нужд пациентов.

Необходимо точное понимание того, какие изменения требуются в системе оказания психиатрической помощи. В переработанном международном руководстве по реабилитации пациентов выделяются четыре практических ступени: составление индивидуального реабилитационного плана (какие меры предлагаются?), плодотворные рабочие отношения (как эти меры предлагаются?), организационные обязательства (что является «главной задачей» системы оказания психиатрической помощи?) и помощь в восстановлении в обществе (помощь в обретении большего количества прав) (78). Большая часть интервенций, рассматриваемых в этой статье, направлена на первые два шага. Изменения к плану по организации и внедрению в практику реабилитационного подхода (The Implementing Recovery-Organizational Change – ImROC), вводимые в Великобритании, адресованы к культуральным особенностям системы оказания психиатрической помощи (93), а также учитывают десять основных организационных аспектов (125). Последней важной задачей является устранение факторов, препятствующих пациентам быть полноправными членами общества (126). В рамках системы оказания психиатрической помощи необходимо отойти от повсеместно устоявшихся взглядов по принципу «лечение-выздоровление», когда первоочередной задачей считается проведение медикаментозного лечения пациента с целью последующего возвращения его/ее к прежнему уровню жизни. Эмпирическое изучение концепций «готовности к работе» (при индивидуальном трудоустройстве и поддержке) и «готовности к получению жилья» (в случае предоставления отдельного жилья) выявило, что зачастую они приводят к разочарованию и не оправдывают ожиданий пациентов. Неоднократно обсуждалось, что подобная смена акцентов требует более тщательной проработки, чем просто помощь в трудоустройстве и получении жилья (127).

Как бы то ни было, наиболее актуальным является вопрос об изменениях в обществе, благодаря которым профессионалы и пациенты-волонтеры могли бы на партнерских началах (112) занять активную социальную позицию (128) для борьбы со стигматизирующими представлениями, согласно которым люди с психическими расстройствами не могут, или не должны, иметь такие же гражданские права и возможности, как и любой другой член общества.

### **Благодарности**

The REFOCUS intervention — независимое исследование, которое финансировалось Национальным инсти-

тутом по исследованию здоровья (National Institute for Health Research – NIHR) по программе грантов на прикладные исследования (grant reference no. RP-PG-0707-10040), при сотрудничестве с Биомедицинским психиатрическим исследовательским центром в Институте психиатрии (NIHR Specialist Mental Health Biomedical Research Centre at the Institute of Psychiatry), Лондонским Королевским колледжем (King's College London) и фондом South London and Maudsley NHS Foundation Trust. Взгляды, изложенные в статье, принадлежат ее авторам, и могут не совпадать со взглядами учреждений здравоохранения и финансирующих организаций.

## Библиография

1. Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J* 1993;16:11-23.
2. Department of Health and Ageing. Fourth national mental health plan: an agenda for collaborative government action in mental health 2009–2014. Canberra: Commonwealth of Australia, 2009.
3. Mental Health Commission of Canada. Changing directions, changing lives: the mental health strategy for Canada. Calgary: Mental Health Commission of Canada, 2012.
4. Department of Health Social Services and Public Safety (Northern Ireland). Service framework for mental health and wellbeing. Belfast: Department of Health Social Services and Public Safety, 2010.
5. New Freedom Commission on Mental Health. Achieving the promise: transforming mental health care in America. Final report. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, 2003.
6. Her Majesty's Government. No health without mental health. Delivering better mental health outcomes for people of all ages. London: Department of Health, 2011.
7. Slade M, Adams N, O'Hagan M. Recovery: past progress and future challenges. *Int Rev Psychiatry* 2012;24:1-4.
8. Bellack A, Drapalski A. Issues and developments on the consumer recovery construct. *World Psychiatry* 2012;11:156-60.
9. Mental Health "Recovery" Study Working Group. Mental health "recovery": users and refusers. Toronto: Wellesley Institute, 2009.
10. Salzer MS, Schwenk E, Brusilovskity E. Certified peer specialist roles and activities: results from a national survey. *Psychiatr Serv* 2010;61:520-3.
11. Farkas M. The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World Psychiatry* 2007;6:68-74.
12. Richard A, Jongbloed L, MacFarlane A. Integration of peer support workers into community mental health teams. *Int J Psychosoc Rehabil* 2009;14:99-110.
13. Farkas M, Gagne C, Anthony W et al. Implementing recovery oriented evidence based programs: identifying the critical dimensions. *Community Ment Health J* 2005;41:141-58.
14. Andresen R, Oades L, Caputi P. Psychological recovery: beyond mental illness. London: Wiley, 2011.
15. Katsakou C, Marougka S, Barnicot K et al. Recovery in borderline personality disorder (BPD): a qualitative study of service users' perspectives. *PLoS One* 2012;7(5).
16. Drennan G, Alred D (eds). Secure recovery. Approaches to recovery in forensic mental health settings. Milton: Willan, 2012.
17. Couturier J, Lock J. What is recovery in adolescent anorexia nervosa? *Int J Eat Disord* 2006;39:550-5.
18. Friesen BJ. Recovery and resilience in children's mental health: views from the field. *Psychiatr Rehabil J* 2007;31:38-48.
19. Daley S, Newton D, Slade M et al. Development of a framework for recovery in older people with mental disorder. *Int J Geriatr Psychiatry* 2013;28:522-9.
20. Sass B, Moffat J, McKenzie K et al. A learning and action manual to improve care pathways for mental health and recovery among BME groups. *Int Rev Psychiatry* 2009;21:472-81.
21. Slade M, Amering M, Oades L. Recovery: an international perspective. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2008;17:128-37.
22. Slade M. Personal recovery and mental illness: a guide for mental health professionals. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.
23. Lapsley H, Nikora LW, Black R. Kia mauri tau! Narratives of recovery from disabling mental health problems. Wellington: Mental Health Commission, 2002.
24. Mental Health Advocacy Coalition. Destination: recovery: Te ūnga ki uta: te oranga. Auckland: Mental Health Foundation of New Zealand, 2008.
25. Health and Social Care Information Centre. Inpatients formally detained in hospitals under the Mental Health Act 1983, and patients subject to supervised community treatment, Annual figures, England, 2011/12. London: Health and Social Care Information Centre, 2012.
26. Kisely SR, Campbell LA, Preston NJ. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011(2):CD004408.
27. Burns T, Rugkasa J, Molodynski A et al. Community treatment orders for patients with psychosis (OCTET): a randomised controlled trial. *Lancet* 2013;381:1627-33.
28. Bowers L, Van Der Merwe M, Paterson B et al. Manual restraint and shows of force: the City-128 study. *Int J Ment Health Nurs* 2012;21:30-40.
29. Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrutter R et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010;45:889-97.
30. Helseidirektoratet. Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykiisk helsevern [National action plan for reducing use of coercion in mental health care]. Oslo: Norwegian Health Department, 2006.
31. Davies S, Wakely E, Morgan S et al. Mental health recovery heroes past and present. A handbook for mental health care staff, service users and carers. Brighton: Pavilion Press, 2012.
32. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C et al. A conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry* 2011;199:445-52.
33. Perkins R. UK mental health policy development – An alternative view. In: Phillips P, Sandford T, Johnston C (eds). Working in mental health: practice and policy in a changing environment. Oxford: Routledge, 2012:14-24.
34. Oliver M. If I had a hammer: the social model in action. In: Sawin J, French S, Barnes C et al (eds). Disabling barriers – Enabling environments. London: Sage, 2004:7-12.
35. Disability Rights Commission. Independent living and the Commission for Equality and Human Rights. London: Disability Rights Commission, 2007.
36. United Nations. Convention on the rights of persons with disabilities. New York: United Nations, 2006.
37. Deegan P. The independent living movement and people with psychiatric disabilities: taking back control over our lives. *Psychosoc Rehabil J* 1992;15:3-10.
38. Warner R. Recovery from schizophrenia and the recovery model. *Curr Opin Psychiatry* 2009;22:374-80.
39. Office of the Deputy Prime Minister. Mental health and social exclusion. Social Exclusion Unit report. June 2004. London: Office of the Deputy Prime Minister, 2004.
40. Australian Government. People living with psychotic illness 2010. Canberra: Department of Health and Ageing, 2011.
41. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med* 2010;71:2150-61.
42. Lasalvia A, Zoppi S, Van Bortel T et al. Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey. *Lancet* 2013;381:55-62.
43. Thornicroft G, Brohan E, Rose D et al. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet* 2009;9661:408-15.

44. Thornicroft G. *Shunned: discrimination against people with mental illness*. Oxford: Oxford University Press, 2005.
45. Davidson L, O'Connell M, Tondora J et al. Recovery in serious mental illness: a new wine or just a new bottle? *Prof Psychol Res Pr* 2005;36:480-7.
46. Andrews G, Issakidis C, Sanderson K et al. Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *Br J Psychiatry* 2004;184:526-33.
47. Davidson L, Bellamy C, Guy K et al. Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry* 2012;11:123-8.
48. Repper J. ImROC briefing paper 7. Peer support workers: a practical guide to implementation. London: Centre for Mental Health, 2013.
49. Moran GS, Russionova Z, Gidugu V et al. Benefits and mechanisms of recovery among peer providers with psychiatric illnesses. *Qual Health Res* 2012;22:304-19.
50. Grant EA, Reinhart C, Wituk S et al. An examination of the integration of certified peer specialists into community mental health centers. *Community Ment Health J* 2012;48:477-81.
51. Moran GS, Russionova Z, Stepas K. Toward understanding the impact of occupational characteristics on the recovery and growth processes of peer providers. *Psychiatr Rehabil J* 2012;35: 376-80.
52. Kemp V, Henderson AR. Challenges faced by mental health peer support workers: peer support from the peer supporter's point of view. *Psychiatr Rehabil J* 2012;35:337-40.
53. Singer G. Managing my life as a peer support worker. *Psychiatr Rehabil J* 2012;35:149-50.
54. Creamer MC, Varker T, Bisson J et al. Guidelines for peer support in high-risk organizations: an international consensus study using the Delphi method. *J Trauma Stress* 2012;25:134-41.
55. Pickett SA, Phillips H, Nobiling J. Recovery international groups for mental health consumers. *Psychiatr Serv* 2012;63:295.
56. West C. Powerful choices: peer support and individualized medication self-determination. *Schizophr Bull* 2012;37:445-50.
57. Repper J, Carter T. A review of the literature on peer support in mental health services. *J Ment Health* 2011;20:392-411.
58. van Gestel-Timmermans JA, Brouwers EPM, van Nieuwenhuizen C. Recovery is up to you, a peer-run course. *Psychiatr Serv* 2010; 61:944-5.
59. Cook JA, Steigman P, Pickett SA et al. Randomized controlled trial of peer-led recovery education using Building Recovery of Individual Dreams and Goals through Education and Support (BRIDGES). *Schizophr Res* 2012;136:36-42.
60. Cook JA, Copeland ME, Jonikas JA et al. Results of a randomized controlled trial of mental illness self-management using Wellness Recovery Action Planning. *Schizophr Bull* 2012;38: 881-91.
61. Pitt V, Lowe D, Hill S et al. Consumer-providers of care for adult clients of statutory mental health services. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013(3):CD004807.
62. Campbell LA, Kisely SR. Advance treatment directives for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009(1):CD005963.
63. Henderson C, Flood C, Leese M et al. Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. *BMJ* 2004;329:136-40.
64. Flood C, Byford S, Henderson C et al. Joint crisis plans for people with psychosis: economic evaluation of a randomised controlled trial. *BMJ* 2006;333:729.
65. Henderson C, Flood C, Leese M et al. Views of service users and providers on joint crisis plans: single blind randomized controlled trial. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009;44:369-76.
66. Moran P, Borschmann R, Flach C et al. The effectiveness of joint crisis plans for people with borderline personality disorder: protocol for an exploratory randomised controlled trial. *Trials* 2010;11:18.
67. Doughty C, Tse S, Duncan N et al. The Wellness Recovery Action Plan (WRAP): workshop evaluation. *Australasian Psychiatry* 2008;16:450-6.
68. Sheldon KM, Williams G, Joiner T. *Self-determination theory in the clinic: motivating physical and mental health*. New Haven: Yale University Press, 2003.
69. Smith-Merry J, Freeman R, Sturdy S. Implementing recovery: an analysis of the key technologies in Scotland. *Int J Ment Health Syst* 2011;5:11.
70. Mueser KT, Corrigan PW, Hilton DW et al. Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatr Serv* 2002;53: 1272-84.
71. Deegan P, Drake R. Shared decision making and medication management in the recovery process. *Psychiatr Serv* 2006;57:1636-9.
72. Mueser KT, Meyer PS, Penn DL et al. The Illness Management and Recovery program: rationale, development, and preliminary findings. *Schizophr Bull* 2006;32(Suppl. 1):S32-43.
73. Whitley R, Gingerich S, Lutz WJ et al. Implementing the illness management and recovery program in community mental health settings: facilitators and barriers. *Psychiatr Serv* 2009;60: 202-9.
74. Levitt AJ, Mueser KT, Degenova J et al. Randomized controlled trial of illness management and recovery in multiple-unit supportive housing. *Psychiatr Serv* 2009;60:1629-36.
75. Fardig R, Lewander T, Melin L et al. A randomized controlled trial of the illness management and recovery program for persons with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2011;62:606-12.
76. Hasson-Ohayon I, Roe D, Kravetz S. A randomized controlled trial of the effectiveness of the illness management and recovery program. *Psychiatr Serv* 2007;58:1461-6.
77. Bird V, Leamy M, Le Boutillier C et al. REFOCUS: promoting recovery in community mental health services. London: Rethink, 2011.
78. Le Boutillier C, Leamy M, Bird VJ et al. What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatr Serv* 2011;62:1470-6.
79. Bird V, Le Boutillier C, Leamy M et al. Assessing the strengths of mental health service users – systematic review. *Psychol Assess* 2012;24:1024-33.
80. Slade M, Bird V, Le Boutillier C et al. REFOCUS Trial: protocol for a cluster randomised controlled trial of a pro-recovery intervention within community based mental health teams. *BMC Psychiatry* 2011;11:185.
81. Williams J, Leamy M, Bird V et al. Measures of the recovery orientation of mental health services: systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012;47:1827-35.
82. Schrank B, Bird V, Rudnick A et al. Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: systematic search and narrative review. *Soc Sci Med* 2012;74: 554-64.
83. Rapp C, Goscha R. *The strengths model: case management with people with psychiatric disabilities*, 3rd ed. New York: Oxford University Press, 2012.
84. Hamilton B, Bichara E, Roper C et al. *Gaining strength: consumers' experiences of case management with the strengths model*. Melbourne: St Vincent's Health, Victorian Department of Health, 2012.
85. Modrcin M, Rapp CA, Poertner J. The evaluation of case management services with the chronically mentally ill. *Eval Program Planning* 1988;11:307-14.
86. Macias C, Kinney R, Farley OW et al. The role of case management within a community support system: partnership with psychosocial rehabilitation. *Community Ment Health J* 1994;30: 323-39.
87. Macias C, Farley OW, Jackson R et al. Case management in the context of capitation financing: an evaluation of the strengths model. *Adm Policy Ment Health* 1997;24:535-43.
88. Stanard RP. The effect of training in a strengths model of case management on client outcomes in a community mental health center. *Community Ment Health J* 1999;35:169-79.

89. Teague GB, Mueser KT, Rapp CA. Advances in fidelity measurement for mental health services research: four measures. *Psychiatr Serv* 2012;63:765-71.
90. Fukui S, Goscha R, Rapp CA et al. Strengths model case management fidelity scores and client outcomes. *Psychiatr Serv* 2012;63:708-10.
91. Mowbray CT, Collins ME, Bellamy CD et al. Supported education for adults with psychiatric disabilities: an innovation for social work and psychosocial rehabilitation practice. *Soc Work* 2005; 50:7-20.
92. Hutchinson DS, Gagne C, Bowers A et al. A framework for health promotion services for people with psychiatric disabilities. *Psychiatr Rehabil J* 2006;29:241-50. 19
93. NHS Confederation Mental Health Network. Supporting recovery in mental health. London: NHS Confederation, 2012.
94. Perkins R, Repper J, Rinaldi M et al. ImROC 1. Recovery Colleges. London: Centre for Mental Health, 2012.
95. Boyle D, Harris M. The challenge of co-production. London: New Economics Foundation, 2009.
96. Foster G, Taylor SJ, Eldridge SE et al. Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007(4):CD005108.
97. Dunn EC, Sally Rogers E, Hutchinson DS et al. Results of an innovative university-based recovery education program for adults with psychiatric disabilities. *Adm Policy Ment Health* 2008;35:357-69.
98. Grove B, Secker J, Seebohm P. New thinking about mental health and employment. Oxford: Radcliffe, 2005.
99. Dixon LB, Dickerson F, Bellack AS et al. The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophr Bull* 2010;36:48-70.
100. Grove B, Lockett H, Shepherd G et al. Doing what works – Individual Placement and Support into Employment. London: Sainsbury Centre for Mental Health, 2009.
101. Bond GR, Drake RE, Becker DR. Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World Psychiatry* 2012;11:32-9.
102. Crowther R, Marshall M, Bond GR et al. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010(2):CD003080.
103. Burns T, Catty J, Becker T et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet* 2007;370:1146-52.
104. Becker D, Baker SR, Carlson L et al. Critical strategies for implementing supported employment. *J Vocat Rehabil* 2007;27:13-20.
105. Salyers MP, Becker DR, Drake RE et al. A ten-year follow-up of a supported employment program. *Psychiatr Serv* 2004;55:302-8.
106. Sainsbury Centre for Mental Health. Commissioning what works: the economic and financial case for supported employment. London: Sainsbury Centre for Mental Health, 2009.
107. Knapp M, Patel A, Curran C et al. Supported employment: cost effectiveness across six European sites. *World Psychiatry* 2013; 12:60-8.
108. Padgett D. There's no place like (a) home: ontological security among people with serious mental illness in the United States. *Soc Sci Med* 2007;64:1925-36.
109. Whitley R, Harris M, Drake RE. Safety and security in smallscale recovery housing for people with severe mental illness: an inner-city case study. *Psychiatr Serv* 2008;59:165-9.
110. Padgett D, Gulcur L, Tsemberis S. Housing first services for people who are homeless with co-occurring serious mental illness and substance abuse. *Res Soc Work Pract* 2006;16:74-83.
111. Larimer ME, Malone DK, Garner MD et al. Health care and public service use and costs before and after provision of housing for chronically homeless persons with severe alcohol problems. *JAMA* 2009;301:1349-57.
112. Wallcraft J, Amering M, Freidin J et al. Partnerships for better mental health worldwide: WPA recommendations on best practices in working with service users and family carers. *World Psychiatry* 2011;10:229-36.
113. Bock T, Priebe S. Psychosis seminars: an unconventional approach. *Psychiatr Serv* 2005;56:1441-3.
114. MacGabhann L, McGowan P, Ni Cheirín L et al. Mental Health Dialogue Network Ireland: transforming dialogue in mental health communities. Dublin: Dublin City University, 2012.
115. Slade M, Leamy M, Bacon F et al. International differences in understanding recovery: systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2012;21:353-64.
116. Papadopoulos C, Foster J, Caldwell K. 'Individualism-Collectivism' as an explanatory device for mental illness stigma. *Community Ment Health J* 2013; 49:270-80.
117. Tse S. Use of the recovery approach to support Chinese immigrants recovery from mental illness: a New Zealand perspective. *Am J Psychiatr Rehabil* 2004;7:53-68.
118. Perkins R, Slade M. Recovery in England: transforming statutory services? *Int Rev Psychiatry* 2012;24:29-39.
119. Hanlon C, Wondimagegn D, Alem A. Lessons learned in developing community mental health care in Africa. *World Psychiatry* 2010;9:185-9.
120. Ng RKM, Pearson V, Chen E. What does recovery from schizophrenia mean? Perceptions of psychiatrists. *Int J Cult Ment Health* 2008;1:118-30.
121. Lam M, Pearson V, Ng RKM et al. What does recovery from schizophrenia mean? Perceptions of young first episode patients. *Int J Soc Psychiatry* 2009;57:580-7.
122. Thara R. Consumer perception of recovery: an Indian perspective. *World Psychiatry* 2012;11:169-70.
123. Katontoka S. Consumer recovery: a call for partnership between researchers and consumers. *World Psychiatry* 2012;11:170-1.
124. Shanks V, Williams J, Leamy M et al. Measures of personal recovery: a systematic review. *Psychiatr Serv* 2013;64: 974-80.
125. Shepherd G, Boardman J, Burns M. Implementing recovery. A methodology for organisation change. London: Sainsbury Centre for Mental Health, 2010.
126. Gerlinger G, Hauser M, De Hert M et al. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry* 2013;12:155-64.
127. Slade M. Everyday solutions for everyday problems: how mental health systems can support recovery. *Psychiatr Serv* 2012;63:702-4.
128. Slade M. Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Serv Res* 2010;10:26.

DOI 10.1002/wps.20084

# Социальные сети: вред или польза для психиатра?

PAUL S. APPELBAUM<sup>1,2</sup>, ANDREW KOPELMAN<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychiatry, College of Physicians and Surgeons, Columbia University, New York, NY, USA (США);

<sup>2</sup>New York State Psychiatric Institute, New York, NY, USA (США);

<sup>3</sup>Department of Psychiatry, Division of Forensic Psychiatry, New York University/Bellevue Hospital, New York, NY, USA (США)

Перевод: Ткаченко Е.А.  
Редактура: Алфимов П.В.

Эволюция Интернета, связанная с развитием пользовательского контента, социальных сетей, радикально повлияла на наши представления относительно конфиденциальности, коммуникации и возможностей сетевого взаимодействия. Чем больше люди пишут что-либо в блогах, социальных сетях, выкладывают видео из личного архива, тем больше размываются границы между социальной (личной) и профессиональной сферами. Психиатры, наравне со всеми остальными людьми, являясь полноправными пользователями интернет ресурсов, создают таким образом массу практических сложностей, этических проблем в своей профессиональной деятельности.

Все мы понимаем, что пациенты все чаще обращаются к Интернету не только, чтобы получить более полную информацию о своем заболевании и лечении, но и с целью увидеть своих врачей в неформальной обстановке. Если же посмотреть с другой стороны, у врачей, с появлением социальных сетей, появилась возможность узнать некоторые стороны личной жизни своих пациентов, в частности те подробности, которые по разным причинам они хотели бы скрыть от врача. В своем обзоре мы постарались объяснить, как активное участие в интернет сообществах может повлиять на профессиональную деятельность психиатров и какие существуют подводные камни в этой проблеме.

## Психиатры как потребители информации, предоставленной социальными сетями

Во время сбора анамнеза, оценки состояния пациента, врачи сталкиваются с тем, что представленная информация не всегда является точной, правдивой, в подобном случае социальные сети могут стать подспорьем для психиатра для правильной оценки состояния пациента, его социального статуса и даже для постановки диагноза (2). Например, при просмотре персональных страниц на сайте [www.facebook.com](http://www.facebook.com), можно обратить внимание на описание пациентом депрессивной симптоматики, которую при личном общении с врачом он может не раскрывать (3), также, по косвенным признакам врач может предположить факты злоупотребления пациентом психоактивными веществами, алкоголем (4). Описывается применение информации из социальных сетей в отделениях неотложной помощи, когда необходимо верно оценить суицидальный риск больного (5).

Считается, что среди пользователей интернета, наиболее часто выкладывающих различные фотографии, личную информацию большое количество людей с психическими отклонениями, что было в частности показано в обзоре, посвященном безопасности использования интернета среди молодежи (в исследовании участвовал 1501 респондер в возрасте от 10 до 17 лет). Полученные результаты свидетельствуют о том, что около 5% опрошенных, у которых удалось выявить депрессивную симптоматику, боль-

ше времени проводят в интернете. При этом лица мужского пола предпочитают выкладывать личную информацию на своих персональных страницах, тогда как лица женского пола – публиковать фотографии (6). В других исследованиях была показана корреляция между длительностью пользования интернетом и симптомами социальной тревоги, депрессии, чертами интравертированности (7).

Как именно психиатр может использовать полученную информацию и на что стоит обратить внимание? Во-первых, тот факт, что опубликованная на персональных страницах пациентов информация является всегда правдивой, вызывает сомнения, в связи с тем, что пациенты с большей готовностью будут играть понравившуюся социальную роль в интернете, нежели в реальной жизни (8). Это явление можно обозначить как «эффект раскрепощенности», причиной которого является асинхронность общения в интернете, полная анонимность, отсутствие контроля за общением со стороны авторитетного человека (9). Существует и другая опасность — если врач продемонстрирует свою осведомленность подробностями личной жизни пациента, это может быть воспринято им негативно по причине отсутствия желания допускать врача во все сферы его жизни. Если же врач все же хочет донести до пациента ту или иную информацию, увиденную им в интернет пространстве без ведома своего пациента, это надо делать очень деликатно, сглаживая неприятное впечатление.

Исследование при участии 492 блогеров показало, что даже если люди понимают, что опубликованная ими информация может стать общедоступной на неопределенный срок, они все равно выкладывают ее на своих персональных страницах для конкретной аудитории (10).

Нельзя не упомянуть и ошибочные мотивы просмотра персональных страниц, к примеру, простое любопытство, вуаеризм, личная заинтересованность. Иллюстрацией к вышесказанному может послужить пример, когда врач, для оценки финансового положения своего пациента, который вовремя не оплатил счет, счел возможным оценить условия его проживания на сайте Google Earth, что говорит о возможности реализации корыстных целей (11).

Подводя итоги, можно сказать, что психиатр не всегда может однозначно понять, как именно ему использовать имеющуюся информацию о своем пациенте. Если речь идет об использовании ее собственноручно для улучшения качества лечения, к примеру, для оценки, не вернулся ли пациент во время терапии к злоупотреблению психоактивными веществами, то необходимо будет раскрыть перед больным источник информации. Безусловно, в данной ситуации предугадать последствия подобного рода откровений непросто, однако, психиатр должен поставить себя на место пациента. Необходимость скрывать от пациента тот факт, что врач имеет доступ к его личной

информации может негативно повлиять на ход лечения, особенно это актуально для психотерапевтического лечения.

Таким образом, со стороны врача всегда требуется предельное внимание, особенно когда речь идет об использовании личной информации своих пациентов, а также, понимание, как данная информация может быть использована для помощи больным. По аналогии с другими медицинскими вмешательствами, следует брать соглашение пациента на вторжение в его личную жизнь, использование данной информации во время лечения, безусловно, за исключением ситуаций, требующих незамедлительных действий.

### **Психиатры как авторы информации, предоставленной социальными сетями**

Если раньше информация о врачах, которую можно было найти в интернете появлялась там благодаря пациентам, к примеру, обмен мнениями относительно квалификации того или иного специалиста (12), то сейчас сами врачи имеют свои аккаунты в различных социальных сетях и, бесспорно, понимание того, какой вид должна иметь персональная страница врача, студента медицинского вуза, является актуальной проблемой. Анализ 271 блога, авторами которых являлись врачи и средний медицинский персонал показал, что в 42% речь в них идет именно о пациентах, более того, в 18% описание имеет негативную окраску. Еще более поразительным фактом было то, что в 17% рассказы содержали в себе такие подробности, анализируя которые можно было понять, о ком конкретно идет речь, при этом, помимо пациентов обсуждались и коллеги, в трех же статьях имелись конкретные фотографии (13). В 2013 году был проведен обзор двухсот персональных страниц студентов старших курсов, претендующих на поступление в резидентуру, на сайте [www.facebook.com](http://www.facebook.com), по результатам которого было обнаружено, что 16% из осматриваемых страниц содержат информацию, которая явно вступает вразрез с истиной (14).

Совершенно очевидно, что обнаружение данных, касающихся пациентов, даже если не упоминаются их имена, существенно снижает уровень доверия к психиатрам в целом, повышая риск того, что больной не будет искренен в общении с врачом. Если пациент в интернете видит отрицательные отзывы самих врачей о системе здравоохранения, недовольство конкретным медицинским учреждением, он теряет доверие к этой системе, будет оттягивать момент обращения за медицинской помощью. То же самое касается и ситуации, когда пациент видит своего врача в невыгодном свете, просматривая его персональную страницу, данный факт ставит под сомнение профессиональный уровень такого врача, вселяя в пациента недоверие к качеству оказываемых медицинских услуг. Все вышеперечисленное не может ни оказать отрицательного влияния на профессиональную деятельность психиатра, в том числе со стороны органов лицензирования (15). Чрезмерное обнажение личной жизни со стороны врача всегда является неблагоприятным фактом, что особенно касается психотерапевтов. Еще З. Фрейд приводил описание образа психиатра как «чистого листа», говоря о том, что лишь те немногие факты, которые сам врач хочет продемонстрировать, должны быть очевидны пациенту (16). Несмотря на наличие в настоящее время нескольких школ психотерапевтического лечения, все они сходятся в том, что лишь в редких случаях, когда терапевт уверен в положительном влиянии на его взаимодействие с пациентом, он может приоткрыть завесу своей личной жизни (17), при этом, конфиденциальность все же является приоритетом. Если где-либо в интернет пространстве имеется какая-то нежелательная информация, врач не может быть уверен, что рано или поздно она не станет известна пациенту, не сможет связать это с появившимися проблемами во взаимодей-

ствии. К примеру, если врач принимает своего пациента в список своих виртуальных друзей, сразу же стираются границы между личной сферой и профессиональной (18).

Несмотря на то, что наиболее очевидными кажутся именно отрицательные стороны участия врачей в социальных сетях, нельзя не отметить и некоторые положительные моменты: врачи имеют возможность объединяться в группы исходя из своих профессиональных интересов, где могут обмениваться знаниями, полезными ресурсами (например, на сайте [www.SlideShare.ru](http://www.SlideShare.ru) пользователям предоставляется возможность загрузки презентаций и других обучающих материалов); также посредством социальных сетей врачи могут доносить до общества важную научную информацию (например, в рамках интернет ресурса [www.facebook.com](http://www.facebook.com) создавать страницы, направленные на просветительскую деятельность), набирать данные для научных работ. В любом случае, врач должен крайне осмотрительно относиться к своему участию в социальных сетях (19).

Подводя итоги, нам кажется целесообразным предложить несколько правил, соблюдение которых позволит корректно использовать различные социальные сети в своих целях (20): 1) врач должен соблюдать строгую конфиденциальность, крайне внимательно относиться к информации, которая будет иметь широкий доступ; 2) стоит избегать информации, несоответствующей профессиональной этике, учитывая возможные последствия, которые это может оказать как на пациентов, так и на самого врача; 3) главное, чем должен руководствоваться врач — ответом на вопрос: «насколько мне было бы комфортно, если бы в момент ознакомления моих пациентов с моим личным аккаунтом, я находился рядом?»; 4) какие-либо уничижительные комментарии относительно медицинских учреждений, пациентов непозволительны для публикаций; 5) врач должен не только крайне внимательно относиться к тому, что он публикует на своей странице, но и обращать внимание, нет ли в интернете какой-либо неверной, вредоносной о нем информации.

### **Библиография**

1. Yellowlees P, Naëz N. The psychiatrist-patient relationship of the future: anytime, anywhere? *Harv Rev Psychiatry* 2010;18:96-102.
2. Achenbach TM, Krukowski RA, Dumenci L et al. Assessment of adult psychopathology: meta-analyses and implications of crossinformant correlations. *Psychol Bull* 2005;131:361-82.
3. Moreno MA, Jelenchick LA, Egan KG et al. Feeling bad on Facebook: depression disclosures by college students on a social networking site. *Depress Anxiety* 2011;28:447-55.
4. Ridout B, Campbell A, Ellis L. 'Off your Face(book)': alcohol in online social identity construction and its relation to problem drinking in university students. *Drug Alcohol Rev* 2012;31:20-6.
5. Neimark G, Hurford MO, DiGiacomo J. The Internet as collateral informant. *Am J Psychiatry* 2006;163:1842.
6. Ybarra ML, Alexander C, Mitchell KJ. Depressive symptomatology, youth Internet use, and online interactions: a national survey. *J Adolesc Health* 2005; 36:9-18.
7. Caplan SE. Relations among loneliness, social anxiety, and problematic Internet use. *Cyberpsychol Behav* 2007; 10:234-42.
8. Bessière K, Seay AF, Kiesler S. The ideal elf: identity exploration in World of Warcraft. *Cyberpsychol Behav* 2007; 10:530-5.
9. Suler J. The online disinhibition effect. *Cyberpsychol Behav* 2004; 7:321-6.
10. Viégas FB. Bloggers' expectations of privacy and accountability: an initial survey. *Journal of Computer-Mediated Communication* 2005;10: article 12.

11. Clinton BK, Silverman BC, Brendel DH. Patient-targeted Googling: the ethics of searching online for patient information. *Harv Rev Psychiatry* 2010;18:103-12.
12. Lagu T, Hannon NS, Rothberg MB et al. Patients' evaluations of health care providers in the era of social networking: an analysis of physician-rating websites. *J Gen Intern Med* 2010;25:942-6.
13. Lagu T, Kaufman EJ, Asch D et al. Content of weblogs written by health professionals. *J Gen Intern Med* 2008;23:1642-6.
14. Ponce BA, Determann JR, Boohaker HA et al. Social networking profiles and professionalism issues in residency applicants: an original study-cohort study. *J Surg Educ* 2013;70:502-7.
15. Greysen S, Chretien KC, Kind T et al. Physician violations of online professionalism and disciplinary actions: a national survey of state medical boards. *JAMA* 2012;307:1141-2.
16. Freud S. Papers on technique: recommendations to physicians practicing psycho-analysis. In Strachey J (ed). Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, Vol. 12. London: Hogarth Press, 1958:111-20.
17. Henretty JR, Levitt HM. The role of therapist self-disclosure in psychotherapy: a qualitative review. *Clin Psychol Rev* 2010;30: 63-77.
18. Devi S. Facebook friend request from a patient? *Lancet* 2011; 377:1141-2.
19. McCartney M. How much of a social media profile can doctors have? *BMJ* 2012;344:e440.
20. DeJong SM, Benjamin S, Anzia JM et al. Professionalism and the Internet in psychiatry: what to teach and how to teach it. *Acad Psychiatry* 2012;36:356-62.

DOI 10.1002/wps.20085

# Ожидания от совместных исследований с участием пациентов: что изменилось за последние десять лет?

TIL WYKES

Department of Psychology, Institute of Psychiatry, King's College London, De Crespigny Park, London SE5 8AF, UK (Великобритания)

Перевод: Ткаченко Е.А.

Редактура: Алфимов П.В.

Включение пациента в исследование всегда рассматривалось как модель, в которой индивидуум являлся «предметом» исследования, подразумевало диктат экспериментатора, подчинение ему и возложение на него полной ответственности. Прошло уже более десяти лет с того момента, как мы с P. Trivedi разработали принципы, следуя которым исследователь может привлечь к деятельности в рамках своей работы пациента или другого заинтересованного лица не как пассивного участника, а как равноправного партнера (1). Настало время подвести итоги и понять, привело ли это к каким-либо переменам.

Судя по имеющимся у нас данным, существуют несколько направлений, в рамках которых подобная совместная работа может оказаться продуктивной. К примеру, в сфере медицинских исследований это дает актуальные для общества результаты. Более того, все мы знаем, что последнее время финансовые ресурсы, выделяемые на научные исследования, существенно снижаются, в связи с чем немаловажным является тот факт, что привлечение пациентов, членов их семей поможет снизить материальные расходы. Если изначальные цели, вопросы к исследователю будут формулироваться с помощью самих пациентов, полученные данные будут более валидны и наука будет развиваться в ускоренном темпе.

За последние десять лет мы усвоили один урок: называть наших пациентов «участниками». Но есть ли доказательства того, что это привело к эволюции и нивелировке директивного подхода? Означает ли это нечто большее, нежели выбор более политически корректного термина и стремление соответствовать наиболее принятому стилю, используемому в научных публикациях? Я решил посмотреть, влияет ли изменение самого термина на ход исследования, в особенности на самих ученых, а так же собственно на полученные результаты.

Стоит отметить, что стремление к более интерактивному стилю исследования с вовлечением пациентов, членов их семей является всемирной тенденцией. Мною была взята за основной (и наиболее оптимистичный) образец Великобритания, чтобы показать, насколько все динамично при правильной поддержке и минимальных финансовых вложениях. Представленные данные являются не только результатом моих собственных наблюдений, но, судя по публикациям, существует еще несколько стран, которые помимо Англии также отмечают плюсы подобного вида исследований.

## Виды привлечения к работе в рамках научного исследования

Если Вы введете в поисковой системе в интернете словосочетание «участие в исследовании», вы получите порядка 1,8 миллиона ссылок на различные публикации, тогда как при запросе «психическое здоровье», количество полученных результатов резко снизится и

их число будет меньше четырехсот. Получается, что, несмотря на то, что в настоящее время проблема психических заболеваний является крайне важной, требующей немалых затрат, безусловно интересующей широкий круг исследователей и политических деятелей, количество работ, касающихся данной области составляют 0,02% от объема документов относительно привлечения к исследованиям заинтересованных лиц. Таким образом, на лицо явный недостаток информационных ресурсов.

Само по себе определение словосочетания «совместное исследование» уже представляет сложности. Во многих статьях ученые упоминают об использовании интерактивного подхода. Этот метод был заимствован из работы Arnstein, посвященной интеллектуальному возрождению в городах, которая, в свою очередь, явилась основой для создания схемы привлечения горожан к научным исследованиям. Данный вид исследования заключается в том, что общество предлагает исследователю тот или иной касающийся науки вопрос, что может повлечь за собой какие-либо изменения в ходе работы. Исследователи же представляют свое заключение, как на него ответить. Однако стоит отметить, что работа в сфере психического здоровья имеет свои особенности. С другой стороны к исследователям поступают задачи и вопросы от научного сообщества, которые преследуют цель не способствовать принятию каких-либо изменений в решении ближайших задач, а скорее инициировать более глубокое понимание того или иного процесса. Таким образом, чаще речь идет о длительных исследованиях. На самом деле нет уверенности, что существующие методы, используемые в различных исследованиях, полностью выполняют ожидания Arnstein относительно вовлечения общества (см. ниже).

Я представляю новое определение исследований с участием пользователей услуг в сфере психического здоровья, взятое из работ организации под названием **ВОВЛЕЧЕНИЕ**, основанной Национальным Институтом Исследований в области Здравоохранения в Великобритании (NIHR). **ВОВЛЕЧЕНИЕ** поддерживает участие общества и самих пациентов в научных исследованиях в сфере национального здравоохранения, общественного здоровья и социальной помощи (3). Описаны три уровня вовлечения желающих в исследования: консультации, непосредственное сотрудничество и, наконец, контроль за проведением исследования в целом. Прежде чем более подробно обсуждать вышеуказанную схему, стоит объяснить, в чем заключается самый первый, стартовый уровень подключения желающих к научному исследованию. Он заключается в предоставлении данных участниками исследователям. Многие заинтересованные люди с удовольствием выполняют работу, которая обычно занимает у исследователя много времени, скучна и неинтересна для него, поскольку осознают, что их деятельность может

помочь другим в поиске ответов на многие нерешенные научные проблемы. В прошлом году в Англии более сорока тысяч людей согласились принять участие в исследованиях, в том числе касающихся психического здоровья и, по-видимому, большинство из них дали согласие на дальнейшее участие. Безусловно, будущий участник может самостоятельно выбрать именно начальный уровень взаимодействия, однако, по данным некоторых отчетов, становится ясно, что лица, избирающие минимальные задачи, скорее заинтересованы в возможности показаться в телевизионной передаче или быть упомянутыми в газетной статье, нежели в самих результатах научной деятельности (4). Подобный недостаток в распределении желающих по подгруппам может подвергнуть риску будущее участие в исследовании, в связи с чем данный вопрос должен рассматриваться всеми исследователями тщательно, особенно, если мы будем привлекать очередную группу волонтеров.

Первый этап заключается в консультативной помощи, которая является необходимой частью большинства исследований. Крайне важными факторами, которые учитываются во время подбора сотрудников являются следующие: осуществление сотрудничества на языке представленной документации по проекту, возможность соответствия дизайну исследования. Многих ученых в Англии заботит тот факт, что последнее время спонсоры научной деятельности требуют во время оформления гранта упоминания подобного рода участия волонтеров. Подобная консультативная помощь и со стороны исследователей требует некоторых условий – успешное сотрудничество возможно лишь тогда, когда исследователь предоставляет полный объем информации о планируемой деятельности, предлагает различные варианты, а также готов к поступлению обратной связи (получению большей информации), при этом понимая, что возможно ему потребуются внести некоторые коррективы в ходе совместной работы. Без учета подобных условий процесс совместной консультативной помощи, как предполагал Arnstein, приобретает лишь формальный характер или, используя терминологию Trivedi and Wykes, исследование будет недействительным.

Следующий уровень взаимодействия предполагает уже непосредственное сотрудничество, и это более сложно достижимая задача, требующая, помимо осуществления консультативной помощи, обоюдного доверия, поскольку взаимодействие может быть продолжено после финансирования проекта. Появление новых идей, безусловно, поощряется и лучший вариант дальнейших действий выбирается совместно исследователем и волонтером. Поддержка волонтеров, предоставление им полной информации, достаточного времени и ресурсов, в том числе финансовых, требует терпения от ученого, однако это очень важные аспекты, поощряющие активность участников.

Последний уровень участия в исследовании подразумевает его самостоятельное ведение, когда уже сам пациент задумывает идею работы и ведет ее, при необходимости пользуясь консультацией научного сотрудника.

С того момента, когда мы с P. Trivedi писали статью относительно вовлечения в научную деятельность волонтеров, в этой области произошли существенные изменения. К примеру, возросла поддержка данного рода работ в Великобритании. Она включает в себя три компонента: а) первичная поддержка от Национального института NIHR, б) четкие правила для исследователей, касающиеся того, какой вклад можно ожидать от привлечения волонтеров и самих пациентов в научную деятельность, с) понимание, что данный вид работы является существенной частью научного процесса. К примеру, при получении гранта от NIHR, перед исследователем ставятся два вопроса: как пациенты и волон-

теры могут быть вовлечены в развитие данного проекта, и как они будут принимать участие в его проведении? Однако, нельзя не отметить, что не все ответы на данные вопросы являются правдивыми. Оценка этических вопросов в области исследований как психических так и соматических заболеваний показала, что далеко не все грандиозные планы, заявленные учеными, реализуются на практике (5). Хорошие новости относятся к сфере психического здоровья, где ситуация совсем иная. Был проведен опрос как пользователей услуг в сфере психического здоровья, так и научных команд, по результатам которых, заметна явная положительная динамика: около 85% планов, касающихся вовлечения в исследования волонтеров, реализовались (6).

### **Так ли хороши результаты вовлечения пользователей услуг в исследования?**

На самом деле, возможности к привлечению желающих в исследование не так велики, если задачи и научные вопросы формулируются научными деятелями. Однако, есть и примеры того, как выбор приоритетного направления в исследовании осуществляется совместно с потенциальными участниками проекта. Некоторые исследователи собирают вместе группы пользователей услуг и, с помощью процесса голосования, осуществляют выбор наиболее приоритетных направлений (7, 8). Существуют и другие стратегии сотрудничества, например интернет ресурс, основанный James Lind Alliance in their, посвященный проблемам, связанным с эффектами терапии заболеваний (см. [www.duets.nhs.uk](http://www.duets.nhs.uk)). Здесь можно найти список наиболее важных вопросов, составленный заинтересованными лицами (сами пациенты, члены их семей и клиницисты). Процесс заключается в обнаружении приоритетных направлений исходя из результатов клинических и системных обзоров и добавлении данных направлений к уже заявленным пользователям и клиницистами услуг. Затем, определение наиболее значимых направлений осуществляется совместно представителями группы пациентов, клиническими работниками и научными консультантами. К примеру, существует около 237 приоритетных вопросов, касающихся различных аспектов шизофрении, однако, в ходе дискуссий, было выбрано 26 наиболее важных (с помощью соцопроса). На следующем этапе, в ходе встречи, из 26 ранее отобранных было выбрано уже только 10, общую тематику которых можно озаглавить следующим вопросом: «как осуществлять лечение пациентов с явлениями фармакорезистентности?» (9, 10). В настоящее время именно это направление принято инвесторами научно-исследовательской деятельности (11).

В Великобритании поддержка осуществляется Сетью Научных Исследований в сфере психического здоровья (MHRN). Данная сеть, совместно с вышеуказанным ресурсом DUETS, осуществляет контроль за качеством проведения исследований, их соответствию требованиям. Подготовленные протоколы представляются для решения вопроса о финансировании и перехода на второй уровень научно-исследовательской деятельности, который решается Специализированной организацией по реализации и поддержке временных сотрудников (FAST-R). Данная организация состоит из сотрудников, имеющих опыт как работы с протоколами исследований, так и в работе в сфере психического здоровья. Работа осуществляется ежедневно на протяжении недели и поддерживается MHRN. Они могут внести необходимые коррективы, в том числе, направленные на улучшение качества набора сотрудников, изменить не вполне корректные формулировки в протоколе, или несколько изменить его дизайн для упрощения работы с ним пользователей услуг. MHRN также осуществляет деятельность по улучшению качества работы через свой интернет ресурс ([www.mhrn.info](http://www.mhrn.info)).

Помимо общенациональной поддержки, в сфере данных исследований осуществляется помощь и со стороны других учреждений, примером чего может служить Организация Поддержки Пользователей Услуг при Институте Психиатрии Королевского Лондонского Колледжа (SURE), причем именно она дала начало такого рода деятельности. Основателем подобных исследований являлся автор данной статьи, первый директор Колледжа, а теперь научный исследователь доктор Rose. В отличие от вышеописанных исследований с вовлечением пациентов, членов их семей, когда исследователь не является членом данного общества, а скорее выступает в роли представителя их интересов, работа в SURE ведется иным образом. Здесь пользователи услуг в сфере психического здоровья наделены знаниями и умениями в исследовательской деятельности и являются непосредственными участниками сообщества, теми, кто в настоящее время или когда-либо ранее обращался за психиатрической помощью. Организация поддержки пользователей разработала (в дополнение к общим) свои методики привлечения волонтеров в научные программы. Мы отчетливо понимаем необходимость изучения результатов лечения, в связи с чем, мы можем предложить способ привлечения пользователей услуг в сфере психического здоровья к созданию систематических обзоров по проблемам терапии и методов лечения заболеваний.

Наш первый опыт посвящен результатам электросудорожной терапии (ЭСТ) и включает в себя обзор литературы с исторической справкой и описанием самого метода. Данная работа была осуществлена под руководством лиц, в свое время проходивших курс ЭСТ и двумя исследователями, также имевшими данный опыт. Наша работа получилась интересной и полезной, в том числе в связи с полученными находками, которые, возможно смогут прояснить причины возникновения различных проблем с памятью, которые обычно сопровождают данный метод лечения. По результатам этого обзора уже внесены некоторые изменения в клинические рекомендации в Великобритании. Уже сейчас можно с уверенностью заявить, что многие побочные действия данного вида лечения не были учтены ранее или были неверно истолкованы в связи с недостаточным сбором информации от самих пациентов. Результаты исследований могут быть некорректными, если исследователи не будут учитывать важный опыт пациентов, с уважением относиться к их мнению. Мы видим два способа решения данной проблемы: для начала из списка всех результатов и побочных действий данного метода лечения волонтеры выбирают наиболее значимые для того, чтобы исследователи имели возможность на них сфокусироваться (13). Затем мы начали разрабатывать методы по вовлечению пользователей услуг для создания новых критериев (14, 15).

Меньше трети сотрудников, начавших участие в научной работе, остаются в штате до конца (16), в связи с чем, привлечение волонтеров может решить и проблему пополнения кадрового состава. Этот вполне реальный довод должен мотивировать исследователей и инвесторов на активное их вовлечение. Мы изучили перечень клинических исследований, представленный на сайте MHRN. По сравнению с данными восьмилетней давности, мы видим существенный рост в привлечении пациентов и членов их семей к научно-исследовательской деятельности, при этом уровень сотрудничества между пользователем услуг и исследователем высок и соответствует полноправному сотрудничеству, а некоторые пользователи и самостоятельно ведут те или иные работы. В некоторых областях исследований данные результаты наглядно продемонстрированы, однако, охват недостаточен. Неожиданным фактом, на который безусловно должны обратить пристальное внимание исследователи и спонсоры, является упрощение комплектации

сотрудников исследования благодаря помощи волонтеров. Это выяснилось во время создания отчета, где были рассмотрены следующие факторы: состав научно-исследовательской группы, дизайн исследования, принципы рандомизации, соответствие результата поставленным задачам, учитывалось было ли исследование интервенционным (17).

### **Существуют ли какие-либо ограничения во взаимодействии с пользователями услуг?**

Существуют представления, что вовлечение пользователей услуг осуществляется только в тех случаях, когда имеется понятная цель работы и четкая ее формулировка, к примеру, вопросы терапии или эффективности оказания услуг, причем уже на конечной стадии разработки. Некоторые инвесторы, например, Ennis and Wykes, в принципе не поддерживают вовлечение волонтеров, в отличие от Медицинского Исследовательского Консульства (17). Исходя из просмотра перечня исследований, видно, что практически все из них находятся на ранних стадиях, обычно это разработка концепции работы, и многие организаторы исследований считают, что вовлечение пользователей услуг на этих этапах не так необходимо. Однако по нашим представлениям, данное видение является неверным, более того, вовлечение пациентов на самых ранних этапах исследования является залогом его успеха и наиболее верной интерпретацией данных, особенно если речь идет о работе с различными биомаркерами (18). По нашему убеждению погружение пользователей услуг в самый центр работы над исследованием на самых ранних стадиях поможет минимизировать потерю ресурсов. Как заявил Woolf (19), «поступление препарата на рынок без четкого понимания принципов его доставки пациентам ставит под угрозу достижение цели и существенно снижает возможную прибыль для инвесторов». Мы уверены, что наиболее эффективное использование ресурсов и понимание хода научной деятельности возможно лишь при условии привлечения пользователей услуг еще на стадии разработки биомаркеров (18). Если мы поймем, какие побочные эффекты наиболее важны для рассмотрения и используем данные выводы в разработке препаратов, мы сможем быть более уверены в достижении конечных результатов.

### **Точка приложения пользовательских услуг в будущем**

Методы интеграции в исследования будут иметь свое развитие в пробных исследованиях и вопросах эпидемиологии. С целью информирования относительно научно-исследовательской деятельности мы должны обратиться к широкой общественности. Например, интернет ресурс [www.patientslikeme.com](http://www.patientslikeme.com) охватывает различные мнения пользователей услуг в сфере психического здоровья относительно побочных эффектов терапии, препаратов, которые пациент принимает, их соответствие требованиям. Эти данные могут оказаться полезными не только для исследователей и развития терапии, но так же для «обратной связи», особенно на первых этапах лечения. Для этих же целей было организовано наше новое исследование ДОВЕРИЕ, которое позволяет пациентам и членам их семей получать доступ к электронным записям, связанным с их состоянием. Данная программа была организована в непосредственном сотрудничестве с пользователями услуг. Система будет включать в себя информацию из разнообразных источников: начиная от общественного мнения, заканчивая мнениями практикующих врачей, здесь будут указаны важные ресурсы, касающиеся современных препаратов, успехов врачей в помощи лицам со снижением трудоспособности, при этом, важно отметить, что данный сервис будет давать возможность самим пациентам высказать свою точку зре-

ния относительно качества оказания помощи в психиатрии.

В настоящее время мы сфокусировали свои усилия на вовлечение волонтеров в исследования, связанные с побочными эффектами терапии и качество восстановления пациентов, в скором же времени мы планируем дальнейшие исследования, опирающиеся на мнение собственно пользователей услуг об актуальных тенденциях психиатрической помощи. Мы надеемся, что полученные данные окажутся полезными для понимания как положительных, так и отрицательных сторон как терапии, так и организации оказания медицинских услуг. Более того, мы получим более масштабные данные, которые имеют научно-исследовательский потенциал и помогут в совершенствовании работ в различных областях медицины.

## Заключение

За последние десять лет произошел существенный прорыв не только в области вовлечения пользователей услуг в различные исследования, но и в методологии подобного участия. Исследователи Америки, Канады, Австралии проявляют заинтересованность в подобных видах научной деятельности. Мы хотели бы надеяться, что те исследователи, которые уже сейчас проявили интерес к подобным методам, постепенно будут использовать их в своей практике, поскольку мы видим реальную пользу от подобного рода вовлечения волонтеров. Также мы надеемся, что не только требования инвесторов о необходимости вовлечения пользователей услуг будут являться причиной развития данного вида исследований (хотя уже и это является хорошим стимулом), но и многие другие доводы, приведенные выше (20).

## Благодарности

Автор выражает свою благодарность поддержке Центру Биомедицинских Исследований на юге Лондона Научно-Исследовательского Медицинского Национального Института, Фонду Модсли и предоставленной награде лауреатам исследования.

## Библиография

1. Trivedi P, Wykes T. From passive subjects to equal partners – qualitative review of user involvement in research. *Br J Psychiatry* 2002;181:468-72.
2. Arnstein SR. Ladder of citizen participation. *J Am Inst Planners* 1969;35:216-24.
3. INVOLVE. Briefing notes for researchers: public involvement in NHS, public health and social care research. Eastleigh: INVOLVE, 2012.

4. Sweeney A, Beresford P, Faulker A et al. *This is Survivor Research*. Herefordshire: PCCS Books Ltd, 2009.
5. Tarpey M. *Public involvement in research applications to the National Research Ethics Service*. Eastleigh: INVOLVE, 2011.
6. Staley K. *An evaluation of service user involvement in studies adopted by the Mental Health Research Network*. London: Mental Health Research Network, 2012.
7. Thornicroft G, Rose D, Huxley P et al. What are the research priorities of service users? *J Ment Health* 2002;11:1-5.
8. Rose D, Fleischman P, Wykes T. What are mental health service users' priorities for research in the UK? *J Ment Health* 2008;17: 520-30.
9. Lloyd K, Cella M, Tanenblatt M et al. Analysis of clinical uncertainties by health professionals and patients: an example from mental health. *BMC Med Inform Decis Mak* 2009;9:34.
10. Rapport FL, Jerzembek GS, Doel MA et al. Narrating uncertainties about treatment of mental health conditions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010;45:371-9.
11. Lloyd K, White J, Chalmers I. Schizophrenia: patients' research priorities get funded. *Nature* 2012;487:432.
12. Rose D, Fleischmann P, Wykes T et al. Patients' perspectives on electroconvulsive therapy: systematic review. *BMJ* 2003;326: 1363-6.
13. Crawford MJ, Robotham D, Thana L et al. Selecting outcome measures in mental health: the views of service users. *J Ment Health* 2011;20:336-46.
14. Sweeney A, Rose D, Clement S et al. Understanding service user-defined continuity of care and its relationship to health and social measures: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 2012;12: 145.
15. Evans J, Rose D, Flach C et al. VOICE: developing a new measure of service users' perceptions of inpatient care, using a participatory methodology. *J Ment Health* 2012;21:57-71.
16. McDonald AM, Knight RC, Campbell MK et al. What influences recruitment to randomised controlled trials? A review of trials funded by two UK funding agencies. *Trials* 2006;7:9.
17. Ennis L, Wykes T. Impact of patient involvement in mental health research: longitudinal study. *Br J Psychiatry* 2013;203:381-6.
18. Callard F, Rose D, Wykes T. Close to the bench as well as at the bedside: involving service users in all phases of translational research. *Health Expect* 2012;15:389-400.
19. Woolf SH. The meaning of translational research and why it matters. *JAMA* 2008;299:211-3.
20. Goodare H, Lockwood S. Involving patients in clinical research. *BMJ* 1999;319:724-5.

DOI 10.1002/wps.20086

# Структура RDoC: облегчение перехода от МКБ/DSM к дименсиональным подходам, интегрирующим нейронауку и психопатологию

**Bruce N.Cuthbert**

National Institute of mental Health, Bethesda, USA (США)

Перевод: Павличенко А.В.

Редактура: Резников М.К.

*В 2008 году Национальный Институт психического здоровья США (NIMH) включил в новый стратегический план развития следующую цель: «Создание новых подходов к классификации психических расстройств для научных исследований на основе дименсий поведения и нейробиологических показателей». Внедрению этой цели был посвящен проект Исследовательских критериев доменов (Research Domain Criteria, RDoC). RDoC – это долгосрочная программа, которая будет финансировать гранты, договоры, проведение ранних фаз клинических испытаний и подобные им мероприятия, направленные на проведение исследований и сбора научной информации, которая может способствовать созданию будущих версий психиатрических классификаций, в большей степени базирующихся на основе нейронаук и наук о поведении, чем на данных дескриптивной феноменологии. RDoC намеренно дистанцируется от пересмотра DSM и МКБ, во время которых члены рабочих групп в ходе разнообразных встреч предлагают и дорабатывают окончательные версии формулировки диагнозов и которые в дальнейшем претерпевают определенные изменения. Это, правда, происходит только в тех случаях, когда возникают трудности в использовании диагностических рубрик. Можно сказать, что проект RDoC, изначально являясь экспериментальной системой, задает общие условия для проведения исследований на основе нейрональных и поведенческих дименсий, которые не соответствуют традиционным диагностическим категориям. Так как важной целью проекта является выделение конкретных дименсий, полезных для последующей клинической работы, не менее значимой задачей является распространение информации и знаний о том, каким образом сформулировать и внедрить этот альтернативный подход для диагностических процедур будущего, которые могут объединить генетику и нейронауку для разработки более эффективных методов лечения и профилактики. В данной статье обосновывается актуальность проекта RDoC, его существенные особенности, возможные способы перевода категорий DSM/МКБ в дименсионально-ориентированные проекты научных исследований.*

**Ключевые слова:** психиатрический диагноз, исследовательские критерии доменов, RDoC, NINH, DSM-5, трансляционные исследования

*(World Psychiatry 2014; 13: 28-35)*

Оживленные дискуссии о психиатрическом диагнозе развернулись накануне выхода DSM-5, вслед за публикацией статьи в блоге директора Национального Института психического здоровья (NIMH) Thomas Insel, озаглавленной «Меняющийся диагноз» (1). В своем обзоре Insel привел общее мнение ученых о проблемах, связанных с систематикой DSM, в частности, диагнозов, базирующихся на признаках и симптомах, которые, с одной стороны, обладают достаточной надежностью, а с другой, как это уже было неоднократно показано, не отражают валидные нозологические единицы. В качестве альтернативы он предложил NIMH «переориентировать» вектор исследований от DSM-5 к проекту NIMH по исследовательским критериям доменов (RDoC), который призван изучить возможности включения достижений генетики, нейровизуализации и когнитивных

наук в будущие диагностические схемы, основанные на дименсиях поведения и нейронных системах. Последовавшая за этим дискуссия в Интернете, к сожалению, пошла по ложному пути, так как обзор был преимущественно предназначен для научного сообщества (и в частности, тем ученым, которые в перспективе могут претендовать на получение гранта, связанного с проектом RDoC), а не обозревателям DSM-5. Сами дебаты поутихли вслед за тем, как NIMH и Американская психиатрическая ассоциация выпустили совместный доклад, где вновь подтвердили общность интересов обеих организаций в вопросах психиатрического диагноза и отметили важную роль, которую играет DSM в клинической практике (2).

Тем не менее, научное значение данных дискуссий не утратило своей актуальности. В DSM-5 почти не ощущается влияния важных

достижений в сфере новых технологий и существенного прогресса наших знаний в области нейронауки и наук о поведении, которые произошли после издания в 1994 году DSM-IV, несмотря на десятилетие интенсивной работы комитетов экспертов по сбору научной информации для нового пересмотра. David Kupfer, председатель процесса пересмотра DSM-5, был во многом прав, когда говорил, что «проблема, с которой мы столкнулись относительно информации, появившейся в течение 5-10 лет, которые предшествовали началу работы над DSM-5, состоит в том, что нейронаука и биология не смогли предоставить нам убедительные данные, достигающие, с одной стороны, уровня диагностических критериев и обладающие достаточным уровнем чувствительности и специфичности, а с другой, которые можно было бы включить в диагностическое руководство»

(3). Его комментарий поднимает уместный вопрос: какие изменения нужно совершить в этой сфере для того, чтобы исправить эту насущную проблему?

Ученые, занимающиеся вопросами классификации, детально обсудили особенности исследований, которые необходимо провести для того, чтобы приблизиться к научно-обоснованным концепциям диагноза и этиологии. Несмотря на разнообразие дисциплин, которые подобные исследования представляют, ученым удалось достичь консенсуса, который можно заметить в следующих небольших цитатах: «дескриптивные критерии DSM будут иметь промежуточное значение до тех пор, пока исследования не обнаружат этиологически разнообразные расстройства внутри существующих синдромов» (4, стр.27); «эмпирические данные свидетельствуют о том, что, возможно, термины, обычно используемые в клинических исследованиях, начиная от нейротизма и экстраверсии и заканчивая депрессией и посттравматическим стрессовым расстройством, фактически не являются значимыми и целостными психологическими конструкциями, а скорее являются комбинацией элементов» (5, стр.281); «для нас важнее отойти от простой перестановки набора симптомов и сделать так, чтобы известные факты, полученные при изучении доменов (генетических, эндотипических, фенотипических, факторов внешней среды), можно было сгруппировать и выделить на их основе этиологически значимые и поддающиеся эмпирической проверке единицы, оставив в стороне традиционные фенотипические границы» (6, стр.11); «область, где мы вынуждены собирать данные, используя существующие диагностические категории, фокусирует свое внимание на сравнении расстройств между собой и с контрольной группой, а нам нужно выделить и сгруппировать информацию, которую можно широко распространить и тщательно сопоставить» (7, стр.4). Являясь национальным агентством, занимающимся выделением денежных средств, одной из задач которого является предвидение и воплощение в жизнь будущих проектов, NIMH должно хорошо понимать эти перспективы.

Призывая, вполне обоснованно, развивать новые направления исследований, все цитируемые выше ученые, однако, игнорируют один очень неудобный факт: классификации DSM/МКБ-10 фактически превратились в международный стандарт, который используют для того, чтобы подать заявки на исследовательские гранты, причем

как в частные, так и государственные финансовые институты, а достаточное консервативный процесс их рассмотрения обычно не допускает каких-либо отклонений от принятых правил. Кроме того, система хорошо соответствовала клиническим, административным, юридическим целям и службе психического здоровья в целом, и, поэтому, любые изменения сейчас могут привести к значительным проблемам. В то же время, даже небольшие изменения категорий или критериев нужно адаптировать к использованию в работе службы психического здоровья, к страховым выплатам, к долговременным прогнозам уровня распространенности психических расстройств, к научным исследованиям, работающим с этими категориями, и так далее. Таким образом, успех самой системы явился одним из самых больших барьеров на пути к ее изменению. В этом свете данная научная перспектива представляет собой некий парадокс. Для того чтобы в будущем достичь значительного прогресса в вопросах классификации, которая будет базироваться на достижениях генетики, нейробиологии и наук о поведении, требуется собрать соответствующие литературу, которая поможет внедрить эти инновации в классификации и измерительные инструменты. Однако подобная научная литература не может появиться до тех пор пока рамки исследований будут ограничиваться категориями МКБ/DSM. Это положение является предпосылкой развития проекта RDoC.

### Проект RDoC

Что включает в себя проект RDoC? Официальное заключение о целях RDoC («развивать с исследовательскими целями новые способы классификации психических расстройств») может означать, что NIMH создал полноценную классификацию, которая готова к проведению полевых исследований. Однако это не совсем так. Фактически проект RDoC нацелен на развитие исследований, которые помогут выделить дименсии, основанные на нейробиологии и параметрах поведения, которые не соответствуют современным диагностическим категориям, но могут быть востребованы в процессе пересмотра имеющихся диагностических систем в будущем. Другими словами, RDoC будет поддерживать исследования, направленные на разработку новой классификации, которая сейчас еще далека от завершения. Тем не менее, проект RDoC представляет собой схему для проведения исследований по психопатологии, которая существенно

отличается от существующих на сегодняшний день стандартов. Основная цель RDoC – это создание каталога научной литературы, который будет отражать достижения в области генетики, других нейронаук и наук о поведении и может стать основой для постановки точного диагноза и лечения психических расстройств.

Исследовательские заявки на участие в проекте RDoC оцениваются NIMH на основании обычных критериев: комитеты экспертов рецензируют работы и ставят наивысшие баллы тем из них, которые представляются им наиболее достойными. До последнего времени эксперты NIMH в своей оценке заявок на участие в проекте RDoC руководствовались двумя принципами: акцент исследований на разработку нерешенных проблем и их научная новизна.

Информация о развитии и общей структуре проекта RDoC была подробно представлена в других работах (8,9) и здесь нет необходимости останавливаться на этом подробно. Если говорить кратко, то в начале 2009 года рабочая группа NIMH приступила к работе над новой диагностической системой. Были выделены пять основных доменов функционирования, которые могли служить неким каркасом для объединения различных дименсий: системы негативной валентности (то есть те, которые отвечают на негативные ситуации), системы позитивной валентности, когнитивные системы, системы социальных процессов, активирующие/модулирующие системы. Каждому из пяти доменов был посвящен отдельный семинар, в котором приняли участие специалисты по фундаментальным и смежным дисциплинам. В ходе каждого семинара эксперты на основе анализа соответствующей литературы по фундаментальным и клиническим дисциплинам должны были решить три задачи: а) выделение дименсий, рекомендованных для включения в данный домен, начиная с тех, которые были предложены рабочей группой NIMH; б) дефиниция каждой из дименсий; в) описание различных параметров внутри каждой дименсии (на основе существенной информации), которые могут охарактеризовать данную дименцию в каждом из нескольких элементов анализа (смотри ниже). Конкретные дименсии помещались в общую схему в тех случаях, если члены рабочей группы приходили к заключению, что они (дименсии) отвечают строгим критериям: а) есть доказательство того, что данная дименсия является валидной поведенческой функцией, и б) есть убедительные данные о том, что

Рисунок 1. Схема исследовательских критериев доменов								
ДОМЕНЫ/КОНСТРУКЦИИ	ЕДИНИЦЫ АНАЛИЗА							Парадигмы
	Гены	Молекулы	Клетки	Сети	Физиология	Поведение	Само-отчеты	
<b>Системы негативной валентности</b>								
Острая угроза («страх»)								
Потенциальная угроза («тревога»)								
Стойкая угроза								
Утрата								
Фрустрирующее отсутствие подкрепления								
<b>Системы позитивной валентности</b>								
Сближающая мотивация								
Первичная чувствительность к вознаграждению								
Стойкая чувствительность к вознаграждению								
Обучение подкреплению								
Привычка								
<b>Когнитивные системы</b>								
Внимание								
Восприятие								
Рабочая память								
Декларативная память								
Речевая деятельность								
Когнитивный контроль								
<b>Системы социальных процессов</b>								
Потребность в участии и привязанность								
Социальная коммуникация								
Восприятие и осознание себя								
Восприятие и осознание других								
<b>Активирующие/ модулирующие системы</b>								
Активация								
Биологические ритмы								
Сон-бодрствование								

нейронная сеть или система играет важнейшую роль в реализации этой функции.

### Структура схемы RDoC

Основные элементы схемы организации могут быть представлены в виде двух-мерной формы (Рисунок 1, также смотрите [www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/index.shtml](http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/index.shtml)). Различные измерения, о которых говорилось выше, располагаются в рядах этой схемы. Формально они названы «конструкциями», чтобы подчеркнуть их статус как не поддающихся исчислению моделей, основанных на параллельных наборах данных, чье точное функциональное значение будет меняться в зависимости от появления новой информации, трансформирующей наше понимание (см. 5). Конструкции располагаются внутри более значимых по иерархии доменов («исследовательские домены»), которые, как

ранее было замечено, отражают важные связи между конструкциями внутри каждого домена, а также обеспечивают эвристическую схему организации.

Семь столбцов этой схемы, названные «единицами анализа», представляют собой различные классы параметров, которые можно использовать для того, чтобы оценить каждую конструкцию. Кроме того, есть отдельный столбец, представляющий различные парадигмы, используемый для оценки всей конструкции. Как уже было отмечено, компоненты каждой ячейки, которые располагаются в месте пересечения ряда (мерности) и столбца (единицы анализа), были предложены и отобраны участниками рабочей группы. Центральный столбец имеет отношение к измерению конкретной мозговой сети. Три столбца слева, соответственно, посвящены генам, молекулам и клеткам, которые включают эти

сети. Столбцы справа, как полагают, могут быть связаны с результатами работы различных нейронных сетей (поведение, физиологические ответы, отчеты и инструменты, заполняемые клиницистами). Последние три столбца включают измерение параметров, которые можно использовать для оценки признаков и симптомов на основе разнообразных описаний самих пациентов и инструментах, основанных на интервью.

Схема RDoC включает две другие измерения, крайне важные для целей нового проекта, которые можно считать неотъемлемой частью всей структуры. Эти два измерения, часто тесно связанные друг с другом, охватывают траектории развития и эффекты внешних факторов (в широком смысле). Большинство психических расстройств в настоящее время рассматриваются как болезни психического развития, а нервная систе-

ма в процессе своего созревания, начиная с момента зачатия, взаимодействует с различными внешними факторами. Ранее были изучены различные факторы риска, такие как пренатальные инфекции и насилие/отвержение в раннем детстве, которые, как было показано, могут повысить риск развития психических расстройств в будущем. В то же время, существующие диагностические подходы не способствуют в должной мере изучению моделей психического развития, которые, с одной стороны, могут приводить к формированию устойчивости по отношению к развитию болезни, а с другой, к самой болезни, а также не позволяют точно понять, почему конкретный вредоносный фактор может приводить к различным заболеваниям (например, стрессы в раннем детстве являются фактором риска для таких различных состояний, как депрессия, ПТСР и пограничное расстройство личности). Важнейшая цель RDoC состоит в том, чтобы тщательно изучить конкретные системы и понять направления их развития в плане их взаимодействия с различными событиями, причем не только в детстве, но и на протяжении всей жизни.

Некоторые критики полагают, что RDoC воплощает собой редуционистский подход и занимается лишь вопросами генетики и биомаркеров, исключая изучение влияния социальных факторов (напр., 10). На самом же деле, как обнаружили некоторые проницательные ученые (напр., 11), это не совсем так. В настоящее время существует значительный крен в сторону механистического понимания того, каким образом такие факторы, как жизненные события и социальное окружение взаимодействуют с процессами психического развития и приводят к наблюдаемым результатам.

Как отмечалось выше, RDoC представляет собой структуру, которая создана для того, чтобы облегчить проведение новых научных исследований на постоянной основе. Как это будет работать, исходя из современной структуры проекта? Например, члены рабочей группы предлагают рассматривать конструкции RDoC как будущие измерения, которые будут изучать внутри общей экспериментальной схемы и с учетом их потенциальной пользы в разрешении различных клинических проблем. Таким образом, существующие конструкции, в частности, являются хорошими моделями-кандидатами для ученых, желающих провести исследование в рамках RDoC, а также примерами для тех ученых, которые хотят валидизировать ту или иную новую кон-

струкцию. Рабочая группа RDoC периодически проводит обновление всей структуры, но в этом, по большому счету, нет необходимости, так как ученые всегда могут подать заявки на получение гранта для изучения новых конструкций (или для ревизии существующих конструкций). Как всегда, достоинства новых идей оценивают с помощью системы экспертной оценки NIMH/NIH (Национальные институты здоровья).

### Основные положения RDoC

По сравнению с традиционными системами оценки психопатологии, проект RDoC включает использование очень разных подходов. Так как некоторые его особенности не всегда заметны и сложны, полезно привести дополнительные разъяснения по поводу специфики RDoC.

Один из противоречивых вопросов в отношении DSM-5 состоит в том, можно ли психические расстройства рассматривать как состояния, качественно отличные от нормы (напр., 12) или они представляют собой континуум, где отсутствуют строгие разграничения между нормальным функционированием и психическим расстройством как таковым (напр., 13). Очевидно, что появление информации об общем распределении «нормальных» показателей в рамках адаптивного, несколько сниженного или заметно сниженного функционирования могло бы разрешить эти неутрачивающие споры. К сожалению, так сложилось исторически, что до сих нет единого мнения относительно понимания и измерения когнитивных и эмоциональных составляющих нормального функционирования. Однако за последние десятилетия на фоне усовершенствования технологической структурного и функционального анализа и измерения поведения удалось выделить основные мозговые системы и связанные с ними функциональные сигналы. Сравнительные исследования косвенным образом ослабили точку зрения об исключительности человеческого вида, которая заключалась в обособленности психики и головного мозга, а также продемонстрировали данные о сохранности генов, нейротрансмиттеров и поведенческих функций на протяжении эволюции, которые имеются не только у грызунов и приматов, но и среди таких лабораторных животных, как дрозофилы и данио (14).

Приведем три примера: а) идентификация Olds и Milner «системы вознаграждения» в общем виде (15) открыла возможность понять возросшую сложность организации дорсальной и вентральной частей

полосатого тела и разделение функций на переживание вознаграждения, поиск вознаграждения, обучение контакту для получения вознаграждения и развитие привычек (напр., 16, 17); б) ответ на внезапную (acute) и потенциальную (potential) угрозу удалось разграничить на основе поведения и связанных с ним разных нейрональных сетей, которые вместе с другими компонентами динамично регулируют эти ответы (18,19) и в) системы, которые осуществляют когнитивные операции рабочей памяти впервые выделили и подробно описали на основе исследований поведения в конце 60-х-70-х годах (20, 21). Важно отметить, что многие из появившихся теорий могут дать возможность измерить как параметры поведения, так и связанную с этим функциональную активность мозга в популяции, что, в некотором смысле, позволит судить о нормальном распределении поведенческих паттернов. Очевидно, что это, в свою очередь, позволит оценить количественно степень отклонения различных аспектов функционирования от нормы. Также важно отметить, что эти новые направления не ограничиваются сугубо лабораторными задачами, но также обращаются к психометрическим инструментам, которые имеют тесную связь с реальным функционированием (напр., 22).

С точки зрения подхода RDoC, из этого вытекает несколько следствий. Во-первых, RDoC утверждает трансляционный подход к описанию расстройств, объясняя (для экспериментальных целей) патологию в терминах отклонений от фундаментальных функциональных систем. Когда трансляционный подход стал повсеместно использоваться в современных исследованиях, RDoC сделало небольшой, но крайне важный шаг в сторону психиатрии. Стандартный подход вначале определяет психическое расстройство (на основе признаков и симптомов), а затем занимается поиском патофизиологических механизмов, связанных с этими симптомами. RDoC же, наоборот, задает следующие важные вопросы: «Какое распределение конкретного признака или характеристики может считаться нормальным? Какая система мозга в первую очередь осуществляет эту функцию? Как мы понимаем этот механизм на различных уровнях (23)? Что отвечает за развитие дисрегуляции или дисфункции в этих системах в континууме измерений от нормы до патологии?» Эта стратегия имеет очевидные преимущества в смысле использования фундаментальных исследований на всех уровнях анализа при решении клинических

проблем, так как трансляция знаний достаточно быстра. С другой стороны, это может представлять дополнительную сложность для клинически ориентированных исследователей, так как симптомы, которые они привыкли изучать, в прямом смысле не существуют в структуре RDoC. Еще одним следствием трансляционного подхода является то, что RDoC не зависит от существующих категорий расстройств. Целью RDoC не является «понимание» или «объяснение» расстройств, представленных в DSM и МКБ, а лишь поиск причин того, как эти разнообразные системы теряют контроль при действии различных стимулов и связь этой дисрегуляции с соответствующими симптомами.

Подобно этому, RDoC внедряет многомерный подход в психопатологию, по существу изучая, в соответствии со стратегическим планом NIMH для RDoC, «весь диапазон вариаций, от нормы до патологии, вместе с фундаментальными компонентами (димициями) для того, чтобы улучшить понимание того, что является типичным в сравнении с патологическим». В принципе, в этом подходе сознательно игнорируются любые определения расстройств, пороги заболеваний и границы разделения различных психопатологических регистров. Так как подобные границы могут оказать негативное влияние на проведение исследований (в том числе, с учетом инертности категорий расстройств в МКБ/DSM), то целью проекта преимущественно является простой сбор информации о различных димициях на основе количественных данных, а не достижение клинического консенсуса, который в будущем может повлиять на принятие решений в этой области. Кроме того, доступность и надежность количественных инструментов со временем позволит применить полученные данные к проведению эпидемиологических исследований риска и исходов, как это, например, произошло при изучении гипертензии (24).

Здесь важно заметить, что связи между конкретными единицами анализа не всегда могут быть прямыми, как могло бы показаться при взгляде на простую модель тяжести. Более того, поиск точек расхождения и нелинейных функций является основной причиной для использования чисто эмпирического подхода. Одним из примеров данного феномена является классическая инверсия U-образной кривой связи возбуждения и исполнительской функции (25). В другом интересном исследовании Tucker с коллегами (26) записали связанный с корко-

вой активностью потенциал, названный «негативностью, связанной с ошибками» (ERN), который демонстрировал более выраженный ответ в тех случаях, когда испытуемому предлагали обратную связь, связанную с ошибками заданий. Как и предполагалось, пациенты с депрессией показывали бóльшие показатели ERN, чем группа контроля, но неожиданным оказалась квадратичная связь с тяжестью депрессии: в частности, большие показатели ERN были обнаружены только у пациентов с умеренной депрессией (но не легкой и тяжелой).

Некоторые ученые могут возразить, что акцент на трансляции данных упрощает богатство психопатологии, а сложные психиатрические симптомы не всегда можно объяснить данным способом. Например, кто-то может услышать на конференциях неформальные замечания по поводу того, что психотическое состояние является «черным ящиком» в RDoC. На это можно возразить, что, если в этой области построить диагностическую систему на основе данных нейронауки, то рано или поздно станет необходимым объяснять сложные симптомы в терминах дисрегуляции основных мозговых операций (как это показано в вышеупомянутых примерах). Например, галлюцинации можно частично рассматривать сквозь призму систем, которые представляют собой интеграцию воспринятой информации (27), в то время как нейрональные сети с помощью которых реализуются такие функции как язык, рабочая память, декларативная память и обучение, по видимому, могли бы стать перспективными инструментами для изучения бредовых идей (28). Растущее осознание того, что психотические феномены в некоторой степени представлены как в нормальной популяции, так и среди амбулаторных пациентов (30), соответствует взглядам на эти симптомы как на образования, димиционально расположенные в популяции, а не просто представляющие собой качественно различные уровни тяжелой психической патологии. Таким образом, существенным компонентом экспериментальной классификации является необходимость дистанцироваться от традиционных взглядов на психическое расстройство для того, чтобы отыскать важные новые экспериментальные идеи.

Другая проблема связана со взаимоотношением различных компонентов RDoC с существующими признаками и симптомами психических расстройств, так как динамика последних является важным

клиническим феноменом, который заставляет больных обратиться за помощью. Установление механических связей, нарушение функционирования которых в одной или более областях (как они определены различными единицами анализа) приводит к возникновению конкретных симптомов или снижению, рассматривается как центральная задача проекта RDoC и важный компонент финансовой поддержки программы. Несмотря на то, что RDoC является проектом, развивающимся в русле трансляционной медицины, он также акцентирует внимание на понимании снижения функционирования, которое пациенты испытывают в жизни, и эта нерешенная задача подчеркивалась экспертами рабочей группы RDoC при выделении тех или иных конструкций.

Сомнения относительно существующей диагностической системы затрагивают не столько симптомы как таковые, сколько способ их объединения в расстройства, как это осуществлялось в политегической системе DSM. В частности, в исследовательской деятельности и в развитии терапевтических стратегий выделяются как независимые переменные или индикаторы лечения соответственно), политегические алгоритмы служат для того, чтобы снизить значимость индивидуальных симптомов, так как до сих пор они важны только в плане постановки диагноза. Таким образом, сильной стороной исследовательского проекта RDoC является акцент на сугубо клинических проблемах, который можно лучше объяснить с помощью такого исследовательского плана, который комбинирует соответствующие единицы анализа для того, чтобы показать как развиваются конкретные механизмы дисфункции.

## Переход от МКБ/DSM к RDoC

Как будет выглядеть прототипическая модель RDoC? Подобный эксперимент будет включать изучение субъектов с различным уровнем функционирования от нормального до пониженного в отношении димициональных конструкций. Если бы многие исследования включали изучение больших групп пациентов, которые демонстрируют определенные уровни снижения функционирования в соответствии с существующими диагностическими критериями, то акцент мог бы сместиться исключительно в сторону использования конструкций RDoC, без необходимости ссылаться на диагнозы МКБ/DSM при создании дизайна исследования. (Можно допустить, что в обозримом будущем эти диаг-

нозы будут использоваться в историях болезней и в страховых целях). В крайнем случае, в качестве моделей для изучения активности системы вознаграждения (как соответствующие ангедонии и/или мании), например, можно привлекать группы лиц, которые обращаются за помощью – аффективно/тревожный спектр, психотический спектр, пищевые расстройства, расстройства личности. Для обоснования-dimensionalных подходов модели изучения также могут включать лиц с относительно неглубокими психопатологическими состояниями (с диагнозом «реакция адаптации», например), а также тех людей, состояния которых не отвечает критериям какого-либо диагноза. Подобный подход можно использовать для изучения исполнительской функции у детей при различных расстройствах аутистического спектра, синдрома дефицита внимания/гиперактивности, и аффективных/тревожных расстройствах (и, еще раз повторим, у тех лиц, которые не имеют какого-либо диагноза).

В контексте подобного дизайна исследования необходимо предвидеть о двух очень важных проблемах. Во-первых, здесь очевидно встает вопрос о соответствующих критериях включения и исключения. Состояния, которые обычно исключаются (неврологические заболевания и травмы, умственная отсталость, злоупотребление ПАВ у взрослых) могли бы также быть включены в исследования. С другой стороны, одна из стратегий изучения-dimensionalности состоит в расширении критериев включения для привлечения большого числа лиц как с текущими, так и с наблюдавшимися ранее патологическими состояниями. Как у взрослых, так и у детей необходимо учитывать нормальные этапы психического развития (например, умственное и физическое развитие у детей, когнитивное снижение у пожилых) и делать акцент на измерении нормальных показателей. Во-вторых, исследования подобного рода могут быть более информативны в тех случаях, когда они базируются на более ранних работах, которые имеют правильный дизайн и структуру. Например, исследования, в которых были получены результаты относительно-dimensionalности «ангедония» при расстройствах аффективно/тревожного спектров будут иметь более устойчивую базу при ее распространении на психотические и другие расстройства.

Дизайны упомянутых исследований (в основном, сильно упрощенные здесь для краткости) можно рассматривать как «золотой стан-

дарт» в смысле адаптации RDoC к соответствующей цели стратегического плана NIMH. Соответственно, важным аспектом программы RDoC является помощь исследователям осуществить переход – как теоретически, так и практически – классификаций МКБ/DSM в-dimensionalную плоскость. Этот вопрос продолжает вызывать разногласия среди членов рабочей группы NIMH, так как систематика DSM/МКБ использовалась для исследовательской и клинической практики столь длительное время, что необходим переходный период для того, чтобы посмотреть на психопатологию с других позиций. Эти вопросы зависят не только от хорошо сейчас понимаемой важности оценки с помощью новых шкал (например, для ангедонии или рабочей памяти), но также от того, насколько удастся «увидеть» пациентов с помощью «психической модели», построенной на принципах RDoC. Психопатология как таковая, конечно, продолжит существовать, но понимать и оценивать ее будут по-другому.

Общий принцип этого перехода состоит в том, чтобы объединить различные компоненты RDoC и категории расстройств DSM/МКБ с помощью серии экспериментов. Эти шаги при переходе могут быть полезны, но, в то же время, могут нести потенциальные препятствия. Одна из проблем состоит в том, что при этом возникнет соблазн ставить категории расстройств выше-dimensionalности. В частности, исследователи могут продолжать рассматривать диагностические пороги как разграничительные линии между болезнью и нормой, а также скорее продолжат рассматривать патологию сквозь призму DSM/МКБ, чем свыкнуться с мыслью о функциональных конструкциях, базирующихся на нейрональных системах. По-видимому, существуют очевидные искажения в отборе большинства пациентов на основе существующих диагностических критериев, в выделении терапевтических выборов или в других принципах отбора, что делает-dimensionalное объяснение малоприменимым. Проще говоря, этот переход несет риск того, что исследователи продолжат рассматривать своих пациентов – как в клиническом смысле, так и при проектировании исследований – в терминах, близких к DSM, что, в свою очередь, сделает невозможным развитие в должной мере точной медицины, которая должна содействовать RDoC. Поэтому дизайн трансляционных исследований лучше сейчас рассматривать как временный эвристический подход для небольшого

числа исследований до тех пор, пока проект RDoC не раскроет свои возможности в полной мере.

С учетом этих предостережений, перед исследователями открываются две широкие перспективы, которые можно использовать при планировании этих переходных исследований. Во-первых, необходимо исследовать-dimensionalности RDoC внутри множественных диагностических групп. Проще всего здесь выбрать две или три различные диагностические рубрики DSM, для каждой из которых отобрать достаточное для достижения статистической достоверности число испытуемых. Затем можно провести анализ данных, используя фактор DSM,-dimensionalности RDoC и их взаимодействие. В тех же случаях, где не наберется достаточное число испытуемых для того, чтобы проанализировать это взаимодействие, то их число должно, по крайней мере, быть достаточным для того, чтобы протестировать основные показатели фактора DSM и-dimensionalности RDoC. Дополнительно в структуру этих исследований можно включить факторы, которые влияют на изучение широкого спектра-dimensionalности в данной работе. Как отмечалось выше, важны контрольные группы с широкими критериями включения, а также привлечение пациентов, состояние которых не достигает границы расстройства DSM, но которые ищут помощи (например, у них один симптом из эмпирического перечня признаков длится мало времени или атипичен) или включение пациентов из рубрик «без дальнейших уточнений» (БДУ). Также как со всеми другими исследованиями, использующими категории DSM, здесь возникает проблема: как согласовать между собой и проанализировать разнообразные по числу и качеству коморбидные диагнозы DSM? Это продолжает оставаться препятствием на пути к внедрению RDoC.

Альтернативный подход, частично пересекающийся с проектом RDoC, мог бы включить пациентов из всех диагностических групп в одну из глав новой «метаструктуры», созданной, в целом, в соответствии с DSM-5 и предстоящей МКБ-11, но без акцента на конкретных больных для каждой категории. Эти главы, в основном, включают большое количество расстройств разной степени тяжести – например, глава расстройств шизофренического спектра содержит шизотипическое расстройство, шизофреноформное расстройство, кратковременное бредовое расстройство и т.д. Как отмечалось выше, включение, помимо групп контроля, паци-

ентов с субсиндромальными состояниями или здоровых родственников больных могло бы благоприятно сказаться на развитии дименсиональных подходов. Кроме того, включение в исследования этих разнообразных групп может иметь огромное значение для системы общественного здравоохранения, так пациенты со значимым снижением функционирования чаще всего исключаются из-за многих патофизиологических и терапевтических исследований, так как им нельзя поставить один из существующих диагнозов. В настоящее время неизвестен ни процент пациентов в этих теневых группах, ни величина их значимости для службы общественного здоровья с учетом имеющихся у них симптомов и глубины снижения. В конечном счете, множество исследований показали заметное снижение различных лабораторных показателей у клинически здоровых родственников больных (напр., 31). До сих пор подобные исследования использовали главным образом для того, чтобы показать риск наследственных факторов, и при этом недостаточно внимания уделялось тому, как эти результаты могут объяснить реальные патофизиологические различия, которые (как цитировалось выше), «улучшат понимание того, чем нормальное состояние отличается от патологического».

В более широком понимании эта альтернативная стратегия отбора может включать пациентов с изначальным диагнозом из разных глав метаструктуры МКБ/DSM без ограничения пациентов двумя или тремя отдельными категориями. Подобные группы могут первоначально включать расстройство, имеющие много схожих симптомов, например, шизофренический/биполярный спектр или униполярный/тревожный спектр. Цель, однако, состоит не в том, чтобы выделить отдельные группы, как это обычно делается, а в том, чтобы изучить лежащие в их основе дименсии, что будет способствовать более целостному пониманию патологических механизмов. В этом отношении, например, Craddock и Owen предложили выделить т.н. градиент расстройств психического развития, выстроив некий непрерывный континуум, который начинается с умственной отсталости и далее продолжается в аутизме, шизофрении, шизоаффективном расстройстве, биполярном расстройстве и униполярной депрессии. (При условии достижения статистически значимого результата будет неважно, что пациенты отбираются из двух соседних рядов более

широкого диапазона. При этом будет совсем неправильно полагать, что они представляют качественно отличные друг от друга нозологические единицы.)

Второй широкий тип т.н. переходных исследований состоит в простом использовании пациентов из одной группы расстройств МКБ/DSM в обычном понимании. Тем не менее, исследователи при этом могут проанализировать различные дименсии внутри одной группы, что даст больше информации о типах или границах соответствующих дименсий, чем данные исследований, базирующиеся на симптомах (например, до сих пор наше понимание и лечение вегетативных симптомов или атипичной депрессии внутри большой категории униполярной депрессии было сравнительно небольшим). В большинстве случаев этот тип дизайна исследований, по-видимому, не слишком соответствует основным целям проекта RDoC, поэтому он не может внести большой вклад в понимание специфических конструкций или механизмов, которые могут представлять сквозные диагностические критерии в будущих классификациях. Однако данный подход может быть полезен для тех ученых, чьи исследования, направленные на изучение одного расстройства МКБ/DSM, могут способствовать их переводу в изучение дименсий RDoC. Еще раз повторим положение, сделанное ранее: один компонент подобных исследований (с любым дизайном RDoC) может задать вектор исследований и, тем самым, способствовать пониманию того, каким образом индивидуальные различия в нейропластичности оказывают влияние на клинические проявления и активность соответствующих систем.

### **RDoC и развитие терапии**

То, о чем говорилось ранее, главным образом имеет отношение к психопатологии, в то время как применение RDoC в краткосрочной перспективе также может оказать влияние на развития терапевтических стратегий. Общим правилом для любых терапевтических исследований в RDoC будет являться необходимость развития валидных инструментов, которые могут надежно выделить конкретный подтип или важный компонент внутри дименсии, который поможет предсказать успешный результат той или иной лечебной стратегии. Приведем один пример, где, несмотря на хорошо известную гетерогенность категорий МКБ/DSM, механистически установленные подтипы расстройств могут улучшить понимание того, какую именно терапию целесооб-

разно использовать для конкретных больных. Например, ПТСР часто рассматривают как прототип расстройства, связанного с «нейрональными сетями страха» (fear circuit). Однако многие пациенты с ПТСР демонстрируют притупленный аффективный ответ на аффективные раздражители (33), что может быть связано с повторными психическими травмами и/или хроническим течением заболевания (34). Соответственно, можно предположить, что классическая экспозиционная терапия ПТСР будет эффективна только у тех пациентов, которые переживают очень интенсивный, ситуационный обусловленный страх (где уровень страха можно заметно снизить), в то время как другие виды терапии могут быть показаны для тех лиц, которые характеризуются притупленным ответом. Соответствующие оценки измерения уровня фобического ответа с помощью надежного, идеографического метода, для которых существуют потенциальные кандидаты, но нет валидных методов, позволят проверить эту гипотезу, которая, по-видимому, может быть также применима и для других расстройств (34).

Подобно этому, развитие новых методов лечения может помочь выделение более гомогенных групп пациентов. Как заметила группа исследователей из сферы фармацевтической индустрии, «улучшение механистического понимания болезни и соответствие определенной терапии конкретным больным может сместить акцент от лечения, одинакового для всех, в сторону индивидуально направленной терапии и улучшить соотношение «польза/риск» для больных (35). Другими словами, новые виды лечения, которые нацелены на механизм, связанный с одним конкретным симптомом, по-видимому, имеют низкую вероятность оказаться успешными в исследованиях, базирующихся на DSM/МКБ, так как конкретный симптом не встречается у всех пациентов с одним и тем же диагнозом. В отличие от этого, обычная исследовательская задача RDoC может включать понимание того, как различные аспекты систем, связанных с вознаграждением, соотносятся с клинически значимой ангедонией (депрессивный симптом, который сам по себе может представлять сложную клиническую концепцию). Если бы появились новые методы лечения ангедонии, которые нацелены на новый механизм, выделенный в результате подобных исследований, можно было бы предсказать, что конкретная терапия будет эффективна лишь у депрессивных больных с ангедонией. Кроме того,

она может эффективна и у пациентов с другими диагнозами, которые имеют заметно выраженную ангедонию. Еще раз повторим, что «заметно выраженная ангедония» здесь является ключевой фразой, что делает необходимым при проведении подобных исследований предварительно обосновать широко известные методики.

## Заключение

Как было отмечено в начале этой статьи, RDoC представляет собой проект, имеющий длительную финансовую поддержку и нацеленный на развитие будущих систематик. Его целью, осуществляемой под эгидой RDoC, является конкретное развитие технологий точной медицины в психиатрии с помощью выделения связей основных фундаментальных нейронных систем и функционального снижения, в том числе акцент на векторы нейрорасстройства онтогенетического развития и факторы внешней среды.

Возможно, самым важным элементом в проекте RDoC является то, что он должен стать широкой площадкой для проведения исследований психических расстройств с совершенно новой позиции. В этом смысле крайне важно, что проект RDoC представляет собой не только перечень неких конструкций и непосредственно схемы – хотя эксперты посвятили немало времени тому, чтобы сконструировать его общую структуру и конкретные элементы – но он, в первую очередь, должен дать возможность исследователям продолжить изучать актуальные вопросы транслационной медицины на основе достижений нейронаук и поведенческих наук, а не просто ограничиться созданием групп симптомов.

Основное назначение схемы RDoC – дать в руки исследователей руководство, с помощью которого они смогут сделать первые шаги на длинном и трудном пути, который должен привести к возможности создания классификации, построенной на данных нейронаук (и облегчить проведение исследований, где выше названные шаги будут являться показателями этого ожидаемого перевода). Возможно, результатами RDoC могут стать различные исследовательские проекты, которые, освободившись от ограничений, накладываемых современными классификациями, превзойдут проект RDoC и двинутся в сторону совершенно новых направлений за пределами структуры этой системы. Подобный результат может стать доказательством изобретательности и научной зрелости клинических исследований, которые будут

играть большую роль в том, как исследования, проводимые в духе подхода RDoC, помогут прогрессу в вопросах понимания и лечения психических расстройств на годы вперед.

## Библиография

1. Insel TR. Transforming diagnosis. [www.nimh.nih.gov](http://www.nimh.nih.gov).
2. Insel TR, Lieberman JA. DSM-5 and RDoC: shared interests. [www.nimh.nih.gov](http://www.nimh.nih.gov).
3. Belluck P, Carey B. Psychiatry's guide is out of touch with science, experts say. *New York Times*, May 6, 2013. [www.nytimes.com](http://www.nytimes.com).
4. Wakefield JC. Are you as smart as a 4th grader? Why the prototype-similarity approach to diagnosis is a step backward for a scientific psychiatry. *World Psychiatry* 2012;11:27-8.
5. Smith GT, McCarthy DM, Zapolski TCB. On the value of homogeneous constructs for construct validation, theory testing, and the description of psychopathology. *Psychol Assess* 2009;21:272-84.
6. Keshavan MS, Nasrallah HA, Tandon R. Schizophrenia, "Just the facts" 6. Moving ahead with the schizophrenia concept: from the elephant to the mouse. *Schizophr Res* 2011;127:3-13.
7. Kapur S, Phillips AG, Insel TR. Why has it taken so long for biological psychiatry to develop clinical tests and what to do about it? *Mol Psychiatry* 2012;17:1174-9.
8. Sanislow CA, Pine DS, Quinn KJ et al. Developing constructs for psychopathology research: Research Domain Criteria. *J Abnorm Psychol* 2010;119:631-9.
9. Morris SE, Cuthbert BN. Research Domain Criteria: cognitive systems, neural circuits, and dimensions of behavior. *Dialogues Clin Neurosci* 2012;14:29-37.
10. McLaren N. Cells, circuits, and syndromes: a critical commentary on the NIMH Research Domain Criteria project. *Ethical Hum Psychol Psychiatry* 2011;13: 229-36.
11. Bolton D. Should mental disorders be regarded as brain disorders? 21st century mental health sciences and implications for research and training. *World Psychiatry* 2013;12:24-5.
12. Wakefield JC. The perils of dimensionalization: challenges in distinguishing negative traits from personality disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2008;31:379-93.
13. Krueger RF, Eaton NR. Personality traits and the classification of mental disorders: toward a more complete integration in DSM-V and an empirical model of psychopathology. *Pers Disord Theory Res Treat* 2010;1:97-118.
14. Razafsha M, Behforuzi H, Harati H et al. An updated overview of animal models in neuropsychiatry. *Neuroscience* 2013; 240:204-18.

15. Olds J, Milner P. Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain. *J Comp Physiol Psychol* 1954;47:419-27.
16. Berridge KC. Food reward: brain substrates of wanting and liking. *Neurosci Biobehav* 1995;20:1-25.
17. Treadway MT, Zald DH. Reconsidering anhedonia in depression: lessons from translational neuroscience. *Neurosci Biobehav Rev* 2011; 35: 537-55.
18. Davis M. Neural systems involved in fear and anxiety measured with fear-potentiated startle. *Am Psychol* 2006; 61:741-56.
19. Ochsner KN, Silvers JA, Buhle JT. Functional imaging studies of emotion regulation: a synthetic review and evolving model of the cognitive control of emotion. *Ann NY Acad Sci* 2012;1251:E1-24.
20. Baddeley AD, Hitch G. Working memory. In: Bower GH (ed). *Recent advances in learning and motivation*, Vol. 8. New York: Academic Press, 1974:47-89.
21. Barch DM, Smith E. The cognitive neuroscience of working memory: relevance to CNTRICS and schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2008; 64: 11-7.
22. Patrick CJ, Venables NC, Yancey JR et al. A construct-network approach to bridging diagnostic and physiological domains: application to assessment of externalizing psychopathology. *J Abnorm Psychol* 1. 2013; 122: 902-16.
23. Bechtel W. Reducing psychology while maintaining its autonomy via mechanistic explanations. In: Schouton M, de Jong HL (eds). *The matter of mind: philosophical essays of psychology, neuroscience,*
2. and reduction. Malden: Blackwell, 2007: 172-98.
24. Kotchen TE. Historical trends and milestones in hypertension research: a model of the process of translational research. *Hypertension* 2011;58: 522-38.
25. Mattay VS, Goldberg TE, Fera F et al. Catechol O-methyltransferase val158-met genotype and individual variation in the brain response to amphetamine. *Proc Natl Acad Sci USA* 2003;100:6186-91.
26. Tucker DM, Luu P, Frishkoss G et al. Frontolimbic response to negative feedback in clinical depression. *J Abnorm Psychol* 2003;112:667-78.
27. Ford JM, Dierks T, Fisher DJ et al. Neurophysiological studies of auditory verbal hallucinations. *Schizophr Bull* 2012;38: 715-23.
28. Tamminga CA, Stan AD, Wagner AD. The hippocampal formation in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2010;167:1178-93.
29. Verdoux H, van Os J. Psychotic symptoms in non-clinical populations and the continuum of psychosis. *Schizophr Res* 2002;54:59-65.

30. Gaudiano BA, Zimmerman M. Prevalence of attenuated psychotic symptoms and their relationship with DSM-IV diagnoses in a general psychiatric outpatient clinic. *J Clin Psychiatry* 2013;74:149-57.
31. Snitz BE, MacDonald AW III, Carter CS. Cognitive deficits in unaffected first-degree relatives of schizophrenia patients: a meta-analytic review of putative endophenotypes. *Schizophr Bull* 2006;32:179-94.
32. Craddock N, Owen MJ. The Kraepelinian dichotomy – going, going... but still not gone. *Br J Psychiatry* 2010; 196: 92-5.
33. Lanius R, Bluhm R. A review of neuroimaging studies in PTSD: heterogeneity of response to symptom provocation. *J Psychiatr Res* 2006;40: 709-29.
34. McTeague LM, Lang PJ. The anxiety spectrum and the reflex physiology of defense: from circumscribed fear to broad distress. *Depress Anxiety* 2012;29:264-81.
35. Wong EH, Yocca F, Smith MA et al. Challenges and opportunities for drug discovery in psychiatric disorders: the drug hunters' perspective. *Int J Neuropsychopharmacol* 2010; 13:1269-84.

DOI 10.1002/wps.20087

# Второе рождение RDoC

DANIEL R. WEINBERGER<sup>1</sup>,

TERRY E. GOLDBERG<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Lieber Institute for Brain Development; Departments of Psychiatry, Neurology, Neuroscience and Institute of Genetic Medicine, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, MD 21230, USA (США);

<sup>2</sup> Department of Psychiatry and Behavioral Science, Hofstra North Shore - LIJ School of Medicine, Manhasset, NY 11030, USA (США).

Перевод: Алфимов П.В.  
Редактура: Курсаков А.А.

Мы рады принять участие в обсуждении программы RDoC, так как чувствуем определенную ответственность за ее рождение. Основная концепция RDoC сформулирована следующим образом: «разработка будущих версий психиатрических классификаций должна основываться на нейронауках и поведенческих науках, но не на описательной феноменологии», при этом «RDoC должна предоставить основание для проведения исследований фундаментальных, основанных на нейрональных сетях поведенческих измерений, которые будут охватывать традиционные диагностические категории» (1). Эта концепция является прямым потомком исследований, которые были начаты организацией Clinical Brain Disorders Branch of the Intramural Research Program Национального института психического здоровья США (Филиал по исследованию клинических расстройств мозга в рамках Интрамуральной научной программы) в Больнице Св. Елизаветы в начале 1980-х годов.

Эти исследования легли в основу междисциплинарной исследовательской программы Genes, Cognition and Psychosis (Гены, познание и психоз), само название которой подчеркивало, что нейробиологические процессы не были связаны с диагностической номенклатурой. Данная программа была направлена на выявление церебральных механизмов, которые бы связывали факторы риска с биологической предрасположенностью к психическим расстройствам. Программа явилась основной составляющей Стратегического плана NIMH, запущенного в 2008 году (в этом же году начата разработка RDoC).

Учитывая наш научный опыт, во многом обосновывающий разработку RDoC, от нас следовало бы ожидать определенного энтузиазма. Почему же мы его не испытываем?

Спор между «объединителями» (lumpers), которые работают в сфере описательной психопатологии, и «раскольников» (splitters), сфера интересов которых связана с нейровизуализацией и генетикой психиатрии, продолжается уже более века. Предполагается, что проект RDoC позволит «расколоть» существующие описательные конструкции, а затем сгруппировать (объединить) их, используя достижения медицинской генетики и нейронаук. Звучит увлекательно, однако, вызывает ряд обоснованных сомнений.

Основные опасения по поводу системы RDoC связаны не с ее концепцией, а с той степенью, с какой она опирается на предполагаемую валидность поведенческих, функциональных и генетических измерений, используемых для пересмотра психиатрической номенклатуры. В конечном счете, подобная попытка пересмотра должна быть качественно лучше любой существующей системы. Диагноз – это в первую очередь инструмент, используемый врачами для прогнозирования естественного течения заболевания и выбора подходящего лечения. Важно понимать, что если долгосрочные цели проекта RDoC по замене существующих диагностических систем будут достигнуты, к RDoC будут применяться те же самые стандарты.

Оценка поведенческих измерений и их механизмов, связанных с вознаграждением, через призму RDoC может привести к неожиданным сложностям. В своем изящном критическом исследовании Gold и соавт. (2) показали, что тяжесть негативных симптомов при шизофрении связана с переоценкой стоимости и усилий, затраченных на достижение клинического результата. Получается, что переоцененную стоимость терапевтических мероприятий можно рассматривать как измерение, отражающую «степень тяжести» негативных симптомов. Нетрудно представить себе нейровизуализационные исследования по оценке таких «усилий», в которых бы демонстрировалась активность различных участков мозга (префронтальной коры, островка, полосатого тела и т. д.).

Cuthbert утверждает, что в надлежащем исследовании должны изучаться поведенческие и нейрональные измерения в существующих диагностических группах и среди участников без психиатрического диагноза. Приведенный выше при-

мер «переоценки стоимости или усилий, связанных с достижением клинического исхода» можно использовать как операциональное определение «лени», т. е. снижение функционального статуса без связи с психиатрической патологией. Возникает вопрос: не будут ли измерения RDoC иметь столь же мало смысла в контексте шизофрении? Не будут ли они наблюдаться при других психиатрических заболеваниях, а также в группах условно здоровых, т. е. ленивых людей? Будут ли совпадать геномные и нейровизуализационные данные, относящиеся к определенным паттернам поведения, во всех клинических случаях? Этим вопросам посвящено несколько недавних публикаций. В одной из них, к примеру, высказано предположение, что механизм формирования вербальных галлюцинаций у функционально здоровых лиц (так называемых «носителей голосов») отличается от механизмов вербального галлюциноза при шизофрении (3).

Становится все более популярным мнение о том, что в основе психопатологических измерений RDoC лежат схожие паттерны мозговой активности у пациентов с психическими расстройствами и здоровых лиц. Нейробиологические исследования, как правило, основаны на конкретных протоколах, в которых вызываемые физиологические реакции зависят от контекста. Среди исследователей, занимающихся функциональной нейровизуализацией, существует поговорка: «Функциональные данные отражают лишь то, что делает мозг во время протокола визуализации. Перед исследователем стоит задача выяснить, что происходит в мозге на самом деле». Смысл этого высказывания заключается в том, что степень вовлеченности различных мозговых систем в ходе эксперимента не отражают какое-либо специфическое состояние мозга. Яркой иллюстрацией этого является существующая увлеченность так называемыми функциональными МРТ-экспериментами в состоянии покоя (resting state). В таких экспериментах участники, в том числе пациенты с различной психической патологией, помещаются в тесный и шумный томограф и ничем не занимаются (пребывают в состоянии покоя) в течение 5-10 минут. Это и называют состоянием покоя или нестимулированным состоянием. Картину мозговой активности, возникающую у здоровых лиц после того, как они «аккли-

матизировались» (привыкли к условиям томографа), принимают за шаблон активности по умолчанию или «сеть пассивной работы мозга» (default network). Отчасти привлекательность этой парадигмы обусловлена удобством методики и легкостью обнаружения различий между пациентами и здоровыми лицами.

У пациентов с различными психиатрическими диагнозами обнаруживаются отклонения от шаблона мозговой активности по умолчанию. Часто выявляется, что у пациентов есть дефицит или патология сети пассивной работы мозга, при этом утверждается, что этот феномен является неврологическим дефектом. Относительная вовлеченность сети пассивной работы мозга (или отсутствие такой вовлеченности) является дименсией, предположительно связанной с какой-либо нейронной цепью. Можем ли мы предполагать, что пациенты с шизофренией, дети с аутизмом или пациенты с болезнью Альцгеймера, у каждого из которых можно выявить аналогичные отклонения сети пассивной работы мозга, имеют какое-либо общее для них всех нарушение, лежащее в этой дименсии? Звучит интригующе, но не очень убедительно. В самом деле, маловероятно, что пациенты с шизофренией или аутизмом будут воспринимать условия эксперимента так же, как и здоровый доброволец, получающий вознаграждение за участие. То, что эти пациенты ощущают, и то, о чем они думают, забравшись в тесный и шумный томограф, может привести к похожим отклонениям в сети пассивной работы мозга, однако, причины этих отклонений будут разными.

Существующий подход к понятию caseness (степень диагностического соответствия) основан на многолетнем опыте клинических наблюдений, подробном описании естественного течения заболеваний и спорах исследователей о том, как лучше всего описать клиническую действительность. В ходе развития традиционного диагностического подхода неоднократно возникали самопровозглашенные движения, направленные на изменение существующей модели. В отсутствие патогномоничных находок диагностика в психиатрии является неточной и многомерной (мультидименсиональной), как и в других областях медицины. Мысль о том, что RDoC является основой для будущих исследований, которые заполнят этот многомерный пейзаж, является очень привлекательной. Тем не менее, достаточно сложно рассмат-

ривать RDoC как систему, которая переосмыслит существующие способы диагностики.

Одним из наиболее важных компонентов любой диагностической схемы, которая отсутствует в феноменологической матрице RDoC, является дименсия времени. К примеру, в DSM-5 временной фактор является важнейшим аспектом большинства диагностических категорий. В клинической неврологии считается, что время – это лучший диагност. Опытные психиатры понимают недостатки кросс-секционной оценки феноменологии. Они знают – то, что в настоящий момент выглядит как ОКР, в будущем может развиваться в психоз. То, что выглядит как шизофрения в начале наблюдения, в дальнейшем оказывается биполярным аффективным расстройством. Если бы эти примеры были рассмотрены с учетом дименсий RDoC, результат, мягко говоря, был бы неудовлетворительным. Остановимся на примере шизофрении и биполярного расстройства: при этих состояниях наблюдается значительное перекрытие в сфере феноменологии и, вероятно, генетики. Пациенты с такими диагнозами будут иметь много общего в различных дименсиях RDoC. При этом литий, препарат с доказанной нормотимической активностью у пациентов с БАР, не оказывает антипсихотического эффекта у больных с шизофренией

Существуют убедительные доказательства того, что диагноз *per se* является социальным конструктом. Установка диагноза зависит от того, где на континууме находится условный порог соответствия<sup>1</sup> (4). В DSM всегда признавалось, что наличие симптомов само по себе не является достаточным основанием для клинической диагностики без наличия социальной дезадаптации и других признаков. Заболевание и нарушение адаптации (или функционирования) – это неразделимые вещи. Даже между «мягким когнитивным снижением» и болезнью Альцгеймера существует «серая зона» неопределенности. Подходящей альтернативной тактикой считалась непредвзятая оценка симптомов, когнитивных функций и т. д., включая использование «беспороговых» дименсий. Однако при таком подходе не учитываются значительные различия между «тяжелыми» (крайними) концами спектра, которые могут включать несколько дименсий и возможность утяжеления нейробиологических механизмов «заболевания».

Безусловно, психиатрический

диагноз несовершенен, субъективен и не основан на патофизиологии или причинно-следственных связях. Тем не менее, практикующие психиатры сталкиваются с реальными пациентами и реальными проблемами, и не могут основывать свои клинические решения на малоубедительных парадигмах, подкрепленных небольшим числом фМРТ-исследований и слабыми генетическими ассоциациями. Врачи используют диагнозы для создания устойчивой клинической картины.

Большинство врачей знают, что используемые ими диагнозы являются «приблизительными», что они описывают синдромы, а не отдельные нозологические единицы, а также, что диагнозы не имеют четких границ. Врачи понимают, что диагнозы по сути являются умозрительными конструкциями, и что пациенты не страдают от шизофрении или биполярного расстройства *per se*, но имеют установленные диагнозы. Эти факты, судя по всему, удивляют исследователей, многие из которых, к сожалению, знают о психических заболеваниях только то, что они прочитали в научных публикациях или на экранах своих компьютеров.

Существующий подход к психиатрическому диагнозу является следствием многолетних научных дискуссий и клинического опыта. Этот несовершенный, но практичный и клинически полезный инструмент уводит психиатрию из области субъективной, импрессионистической категоризации клинических синдромов к более объективному, диагностическому надежным определениям. Это область знаний, безусловно, будет усилена при появлении более совершенной диагностической системы, что касается и всех остальных областей медицины. Важно понимать, что принятие альтернативной феноменологии следует рассматривать с большой осторожностью. Такая феноменология должна привести к чему-то лучшему, чем то, что у нас есть сейчас, то есть иметь большую ценность для пациентов и практикующих врачей.

Мы предполагаем, что RDoC «развяжет руки» некоторым исследователям, которые стремятся выйти за рамки существующих диагностических категорий при разработке клинических научно-исследовательских проектов. Требуется ли для этого внедрять крупную инициативу NIMH, которая, вероятнее всего, будет определять схему распределения грантов, непреднамеренно ограничит «креативность» исследователей, а также потенциально дез-

<sup>1</sup> Caseness (соответствие) - степень, с которой принятые критерии диагностики для конкретного состояния применимы к данному пациенту (прим. перев.)

организует клиническую практику? Хочется верить, что и клиницисты, и научные работники продолжат мыслить нестандартно и будут искать новые пути решения старых проблем без «отеческих» наставлений NIMH.

### Библиография

1. Cuthbert BN. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that inte-

grate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry* 2014;13:28-35.

2. Gold JM, Strauss GP, Waltz JA et al. Negative symptoms of schizophrenia are associated with abnormal effort-cost computations. *Biol Psychiatry* 2013;74:130-6.

3. David AS. Why we need more debate on whether psychotic symptoms lie on a continuum with normality. *PsycholMed* 2010; 40:1935-42.

4. Gomar JJ, Bobes-Bascaran MT, Conejero-Goldberg C et al. Utility of combinations of biomarkers, cognitive markers, and risk factors to predict conversion from mild cognitive impairment to Alzheimer disease in patients in the Alzheimer's disease neuroimaging initiative. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:961-9.

DOI 10.1002/wps.20096

## Страшный сон Витгенштейна: почему в матрице RDoC отсутствует концептуальная дименсия

### JEROME C. WAKEFIELD

School of Social Work and Department of Psychiatry,  
New York University, New York, NY 10003, USA  
(США)

Перевод: Алфимов П.В.  
Редактура: Курсаков А.А.

RDoC является собой попытку разрешения экзистенциальной дилеммы современной психиатрии. Психиатрия представляется наиболее убедительной с медицинской точки зрения, если психические расстройства рассматриваются как нарушения работы мозга. Проблема заключается в том, что такие расстройства скорее относятся к неврологии, а не к психиатрии. RDoC пытается разрешить эту дилемму, выделяя неисправные нейрональные цепи как отличительную особенность психических расстройств: «в RDoC психическое расстройство понимается как мозговое нарушение; в отличие от неврологических расстройств, при которых существуют идентифицируемые структурные повреждения, психические расстройства можно рассматривать как нарушения в нейрональных цепях» (1). Система RDoC должна помочь локализовать функцию нейрональной цепи в матрице аналитических и нейробиологических дименсий, что, в конечном итоге, должно привести к замене существующих категорий DSM/МКБ более валидными диагнозами.

Вспомним знаменитую цитату Витгенштейна: «В психологии имеются экспериментальные методы и концептуальная путаница... Существование экспериментального метода заставляет нас думать, что у нас есть средства для решения проблемы; при этом проблема и способ ее решения совсем не пересекаются» (2). RDoC – это «парадигматическое» выражение сомнений

Витгенштейна. В этой системе амбициозную эмпирическую исследовательскую программу соединили с концептуальной основой, настолько слабой, что трудно представить себе ее успех. Ниже приведены некоторые основные концептуальные слабости RDoC.

В RDoC рассматривается валидность конструкторов, основанных на нейрональных цепях, при это не рассматривается их концептуальную валидность, тем самым сравнение между RDoC и МКБ/DSM изначально представляется некорректным. Авторы RDoC указывают на недостаточную валидность конструкторов DSM/МКБ (т. е. на то, что каждый диагноз соответствует одной этиологической категории), но при этом они опускают клиническую применимость существующих классификаций. В DSM/МКБ определены условия, которые, исходя из «лежащих на поверхности» симптомов, контекста и знаний о нормальном функционировании человеческого организма, попадают под концепцию «расстройства». Под концептуальной валидностью мы понимаем надлежащее разделение между нормой и патологией. Концептуальная валидность не зависит от конструктивной валидности: та или иная категория DSM/МКБ может включать в себя десять различных расстройств и, следовательно, не имеет надлежащей конструктивной валидности, однако, такая категория будет разделять норму и патологию, тем самым обеспечивать надлежащую концептуальную валидность. Большинство критиков DSM-V упирали на то, что в новой системе недостает концептуальной валидности, т. е. многие критерии захватывают варианты нормы. Какими бы ни были ошибки DSM/МКБ, важно понимать, что эти системы пытаются «очертить» область психологических условий, которые подпадают под понятие «расстройства». RDoC не предлагает ничего взамен ус-

лиям DSM/МКБ, направленным на определение области патологии и предлагает лишь цели для определения конструктивной валидности той или иной категории. DSM/МКБ, в свою очередь, предлагают корректный путь определения условий нормы и патологии, которые RDoC должна объяснить с точки зрения неисправных нейрональных цепей.

В RDoC недостаточное внимание уделяется контексту. Матрица RDoC включает влияние окружающей среды; под этим понимаются средовые факторы риска, например, травматический опыт в раннем возрасте или нарушение привязанности, которые могут влиять на траекторию развития расстройства. Нигде в матрице RDoC не адекватного понимания того, что наши психологические механизмы «сконструированы биологически» для чуткого реагирования на социально-средовой контекст. Ни одна диагностическая система не может быть валидной без наличия достаточного числа контекстуальных факторов в диагностических критериях, так, как это было сделано в DSM (3).

В RDoC не уточняется, какое из двух значений термина «этиология» относится к диагностике психических расстройств. В конечном счете, этиология индивидуализирует расстройство. Когда обнаруживается несколько этиологических факторов в ранее неделимой диагностической единице, она разделяется на несколько расстройств (недавно это произошло с раком молочным железой). Но, что мы понимаем под этиологией? В контексте психических расстройств «этиология» -- это неоднозначное понятие, имеющие одновременно и более широкий, и более узкий смысл, чем в соматической медицине (4). В широком смысле понятие «этиология» относится к причинно-следственной (каузальной) цепи событий, лежащей в основе разви-

тия расстройства. Подобные каузальные цепи событий могут включать все факторы, так или иначе связанные с расстройством, в том числе факторы риска, средовые события, распространенные генетические вариации и другие факторы, которые сами по себе не имеют прямой связи с расстройством, но являются частями траектории его развития. Матрица RDoC предполагает проведение исследований всей совокупной траектории развития расстройства, т. е. то, что мы называем «подходом кухонного слива», который защищают некоторые теоретики, критикующие традиционный исследовательский подход (5, 6). Таким образом, диагноз включает всю историю сопутствующих факторов риска, которая привела к развитию расстройства в рамках некоего совокупного диагноза. Проблема заключается в том, что большинство таких факторов относятся к нормальному опыту человеческой жизни. Внедрение их в диагностику не соответствует современному пониманию расстройства как клинического феномена и «дисфункционального нарушения» (7). Как правило, такие внедряемые факторы настолько же диагностически информативны как и гравитация, которой пытаются объяснить авиакатастрофу. В клинической диагностике понятие этиологии используется в более узком смысле: какой из множества причинных факторов привел к возникновению расстройства? То есть, что же является текущей дисфункцией, которая ответственна за возникновение симптомов? Более широкое определение этиологии полезно при разработке профилактических программ, но, как правило, не имеет никакого значения для диагностики или лечения. При заражении холерой диагностика и лечебные мероприятия включают выявление и устранение инфекционного агента; загрязненный источник водоснабжения продолжает интересовать нас только с точки зрения предотвращения распространения инфекции (профилактики).

Недостаточное внимание уделяется центральной роли смысла и опыта субъективного сознания. Даже если исследования показывают, что человеческая исключительность является ошибкой, система смыслов по-прежнему является сложным и уникальным понятием. Тем не менее, в RDoC умаляется значение смысла, субъективного опыта и психической репрезентации. Нет, конечно, в RDoC присутствует «когнитивный» домен, однако, с учетом того, что больший упор делается на нейрональных цепях, это скорее ширма («потемкинская деревня» – прим. перев.). Недопу-

стимо пренебрегать смыслом, который во многом определяет нашу повседневную жизнь и является частью нашего «биологического дизайна» как вида. Сложно представить себе что-либо менее медицинское чем изучение «нарушенной обработки смыслов». Этот недостаток RDoC особенно проблематичен, если взять во внимание значительное колебание в поведении человека при малейших пертурбациях в системе смыслов. Нейрональная цепь, отвечающая за сексуальное влечение, может быть весьма активной, но наличие хотя бы одной дополнительной установки, например, «Это неправильно, ведь я женатый человек» или «У него могут быть венерические заболевания», позволяет субъекту «пересилить» активную нейрональную цепь и соответствующим образом модифицировать свое поведение. Под традиционной «добродетелью» понимается способность преодолевать подобные естественные биологические тенденции. Возможно, все подобные феномены подавляют одну активированную нейрональную цепь и «подпитывают» другие. В настоящее время мы ни имеем ни малейшего понятия, как определять и оценивать удельную силу личных убеждений и установок на уровне мозга, а также то, как эти установки взаимодействуют со стандартной активацией нейрональных цепей. Это накладывает ограничения на предиктивную способность системы RDoC.

Смешивание понятий расстройства и активации нейрональной цепи. Особенно вредной является «ленивое» утверждение о том, что в основе расстройства лежит чрезмерная активация какой-либо нейрональной цепи. Каждый, кто был испуган надвигающейся опасностью или испытывал оргазм, знает, что это утверждение не может быть правильным. Можно возразить, что в RDoC под расстройством понимается атипичная или нарушенная активация нейрональной цепи. В зависимости от выбора дименсии, любой феномен можно представить атипичным. Сон является статистически нормальным феноменом, однако, активация соответствующей нейрональной цепи представляет собой значительное отклонение от бодрствующего состояния мозга и влечет за собой потенциальную социальную опасность. Ни одна ячейка матрицы RDoC не сообщит вам, что сон является биологически предусмотренным нормальным состоянием, а не расстройством. Для этого нужно внедрить в систему эволюционную дименсию, которая отсутствует в RDoC. Страдает ли неусидчивый, беспокойный ребе-

нок, имеющий проблемы с заучиванием школьного материала, от дисфункции механизмов концентрации внимания? Может быть это здоровый, энергичный ребенок, который попал в чрезмерно сдерживающую среду современной школы? В любом случае, картина мозговой активности и поведение у такого неусидчивого ребенка будут отличаться от других детей. Чтобы рассмотреть такие альтернативные гипотезы, важно принять концепцию расстройства, которая не будет ограничена статистически девиантной активацией мозга.

Валидные «точки отреза», используемые в диагностике, невозможно вывести исключительно из дименсионального эмпиризма RDoC. В RDoC для демонстрации научной применимости дименсионального подхода приведены стандартные примеры гипертонии и гиперхолестеринемии. Эти примеры сложно назвать идеальными, хотя бы потому что для них характерна противоречивая связь между собственно расстройством и факторами риска. Подавляющее большинство соматических заболеваний являются категориальными. Утверждение о том, что концептуальная валидность RDoC будет следствием эмпиричности, напоминает предположение D. Reiger о том, DSM-V приведет к дименсионализации тяжести симптомов, из чего потом сами собой вытекут валидные «точки отреза». Приведем некоторые проблемы, характерные для такого подхода. Во-первых, тяжесть не всегда определяет расстройства. Боль при родовых схватках, неграмотность и нормальная реакция горя являются более тяжелыми, чем боли в суставах, умеренная дислексия и неглубокая депрессия, соответственно; при этом первая группа феноменов относится к норме, а вторая – к патологии. Во-вторых, «точка отреза», в которой дименсиональная характеристика превращается в расстройство, не всегда может быть выведена из «разрыва» дименсии. Возможно, для определения концептуальной границы патологии в каждом случае потребуется разработать отдельную теорию.

RDoC реорганизует диагнозы в соответствии с общими факторами риска, но риск расстройства сам по себе не является расстройством. Наличие общих факторов риска не обязательно означает, что два расстройства являются одним и тем же расстройством (хотя такая ситуация не является невозможной). Например, тот факт, что люди с высокой «генетической нагрузкой» невротизма имеют более высокий риск развития большого депрессивного расстройства и генерализованного тревожного

расстройства (8), не означает, что эти два расстройства являются одним и тем же. При этих расстройствах могут иметь место различные нарушения, в той или иной степени обусловленные общим генетическим фактором риска. Приведем пример из соматической медицины. Курение является фактором риска одновременно для рака легких и сердечнососудистых заболеваний. При этом недопустимо утверждать, что эти заболевания являются одним и тем же расстройством или схожими расстройствами.

Система DSM-V продемонстрировала, как благие намерения могут привести к ошеломляюще некорректным последствиям, если в классификации заложены концептуальные ошибки. Как ни странно, RDoC, судя по всему, повторяет ошибку DSM-V. Председатели рабочей группы по разработке DSM-V отвергли предложение по созданию специального комитета, который бы занимался разъяснением концептуальных коллизий (9). Почти вся критика, в дальнейшем обрушившаяся на DSM-V, была направлена на концептуальные недоработки.

Все психические процессы происходят в ткани головного мозга, поэтому психические расстройства

должны быть «заболеваниями мозга», в чем нас постоянно убеждают. Аналогия с аппаратным и программным обеспечением компьютера (программное обеспечение работает на основе аппаратного, однако, не все программные сбои можно объяснить аппаратными) отчасти объясняет неверность этого утверждения. Даже если принять его как верное, остается тот факт, что все нормальные психологические процессы происходят в ткани головного мозга. Таким образом, изучение мозга не позволяет избежать концептуальной проблемы различения нормы и патологии. В RDoC нет какого-либо серьезного концептуального компонента, который мог бы эффективно соединить амбициозный эмпиризм с концептуальными проблемами диагностики, т. е. теми проблемами, на решение которых и направлена разработка этой системы.

#### Библиография

1. Insel T, Cuthbert B, Garvey M et al. Research Domain Criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *Am J Psychiatry* 2010; 167: 748-51.
2. Wittgenstein L. *Philosophical investigations*. Oxford: Blackwell, 1953.

3. Wakefield JC, First MB. Placing symptoms in context: the role of contextual criteria in reducing false positives in DSM diagnosis. *Compr Psychiatry* 2012;53;130-9.
4. Wakefield JC, First MB. Validity of the bereavement exclusion to major depression: does the empirical evidence support the proposal to eliminate the exclusion in DSM-5? *World Psychiatry* 2012;11:3-10.
5. Kendler KS. Levels of explanation in psychiatric and substance use disorders: implications for the development of an etiologically based nosology *Mol Psychiatry* 2012; 17:11-21.
6. Kendler K, Zachar P, Craver CF. What kinds of things are psychiatric disorders? *PsycholMed* 2010;41:1143-50.
7. Wakefield JC. The concept of mental disorder: diagnostic implications of the harmful dysfunction analysis. *World Psychiatry* 2006;6:149-56.
8. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC et al. Major depression and generalized anxiety disorder. Same genes, (partly) different environments? *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49:716-22.
9. Kendler KS, Appelbaum PS, Bell CC et al. Issues for DSM-V: DSM-V should include a conceptual issues work group. *Am J Psychiatry* 2008;165: 174-5.

DOI 10.1002/wps.20097

## Приведет ли внедрение RDoC к потере Америкой международного лидерства в психиатрии?

### MICHAEL R. PHILLIPS

Shanghai Mental Health Center, Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai, China (КНР);  
Departments of Psychiatry and Global Health, Emory University, Atlanta, GA, USA (США).

Перевод: Алфимов П.В.  
Редактура: Курсаков А.А.

Два недавних события значительно увеличили воспринимаемую обществом глобальную значимость охраны психического здоровья. Появилась надежда на то, что на решение проблем в сфере психического здоровья будут, наконец, выделены достаточные финансовые и другие ресурсы. В декабре 2011 года опубликованы результаты нового исследования Global Burden of Disease (Глобальное бремя болезней, GBD), которые продемонстрировали растущую важность проблем психического здоровья, а также тот факт, что психиатрическая помощь является важнейшим компонентом общественного здра-

воохранения в странах с любым уровнем дохода (1, 2). В мае 2013 года на Всемирной ассамблее здравоохранения (ежегодное мероприятие Всемирной организации здравоохранения, ВОЗ) проведена встреча министров здравоохранения из разных стран, на которой принята крупная глобальная инициатива Mental Health Action Plan (План действий в сфере психического здоровья) на 2013-2020 годы (3).

В это важное для международной психиатрической общественности время авторы RDoC из Национального института психического здоровья США (NIMH) недвусмысленно заявляют, что традиционные основы психиатрической классификации, а именно системы МКБ и DSM, фундаментально ошибочны и требуют полной переработки (4). Несмотря на все заверения в обратном (5, 6), создается впечатление, что основной посыл авторов RDoC – это то, что значительные усилия Американской психиатрической ассоциации по разработке DSM-V и

усилия ВОЗ по созданию психиатрической рубрики в будущей МКБ-11 ошибочны и малопригодны для современного здравоохранения.

Если эта междоусобная борьба будет воспринята всерьез конкордиумом GBD и министрами здравоохранения в ведущих странах, позиция NIMH может способствовать пересмотру масштабов финансирования и рекомендованного расширения ресурсов, затрачиваемых на охрану психического здоровья. Данные GBD о психических заболеваниях основаны на эпидемиологических исследованиях с использованием диагностических категорий DSM. Важным компонентом глобального плана психического здоровья ВОЗ является программа Mental Health Gap (7), в основе которой лежат категории МКБ. Если результаты GBD и программ ВОЗ основаны на ошибочных диагностических конструктах, возможно, стоит подождать с перераспределением ограниченных ресурсов?

Несмотря на то, что инициатива RDoC интеллектуально привлека-

тельна для нейробиологов, она не совпадает с существующей глобальной траекторией развития психиатрии. Во всем мире существуют административные и клинические проблемы, которые ограничивают доступ к психиатрической помощи и качество этой помощи для обширной популяции психически больных (8). Целенаправленное финансирование NIMH долгосрочных проектов по созданию биологически обоснованных диагностических категорий может оказаться совершенного безрезультатным для большинства наших пациентов. Это отдалит научные усилия NIMH от основных задач, стоящих перед клиницистами и администраторами, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода.

Международная общественность не отбросит существующие диагностические системы по команде NIMH. Необходимо очень убедительное свидетельство того, что предлагаемые изменения приведут к значительному улучшению клинического исхода у наших пациентов. Взвешенный поэтапный подход, направленный на определение дименсиональных нейробиологических параметров, которые можно было бы использовать в разработке новых методов лечения в рамках существующих диагностических категорий, был бы более полезен для NIMH. В таком случае исследования остаются актуальными и соответствуют потребностям врачей и системы здравоохранения в целом, которая нуждается в стабильных диагностических инструментах. В таком случае наша специальность обеспечила бы себе политическую поддержку и устойчивое финансирование. Если бы такой подход доказал свою полезность, например, путем выделения отдельных подгрупп пациентов в рамках существующих категорий и разработки успешных методов их лечения, то NIMH имела бы больше оснований рекомендовать пересмотр современных классификаций.

Диагностическая система – это в первую очередь культуральный продукт, попытка сообщества придать смысл клиническим феноменам и категоризовать их с целью лучшего прогнозирования и лечения. Многие организации внутри сообщества – идеологические, культурные, социальные, экономические и научные – участвуют в

классифицировании и лечении состояний, которые принято считать отклонениями от нормы. Научно-исследовательская сфера является лишь одной из многих заинтересованных сторон в этом процессе, и она не действует независимо от других. Результаты научных медицинских исследований и применение этих результатов в значительной степени зависят от социально-экономической обстановки. Участие широкого круга заинтересованных сторон в разработке DSM-V и МКБ-11 является наглядным примером этого процесса. Напротив, инициатива RDoC – это попытка разработать диагностическую систему с минимально возможным участием специалистов, не относящихся к нейробиологии. Предполагается, что экономические реалии, социальные факторы и культуральные предпочтения подождут, пока нейробиологи не обнаружат «истину», а затем «подстроятся» под эту истину. Такой биологический редукционизм совершенно не учитывает роль диагностических систем в реальном мире. Диагностическая система должна служить постоянно меняющимся потребностям всех заинтересованных сторон. Кроме того, заинтересованные стороны должны быть неотъемлемой частью процесса разработки очередной версии системы, а не бессловесными наблюдателями.

Пойдут ли основные плательщики в других странах на поводу у NIMH? В прошлом экономическая мощь Америки и ее способность привлекать ведущих специалистов со всего мира позволили ей сохранить интеллектуальное превосходство во многих областях, в том числе в сфере охраны психического здоровья. Но по мере того как страны со средним уровнем доходов постепенно увеличивают финансирование научных исследований, а в других странах с высоким уровнем доходов растет финансирование международных проектов, пропорциональный вклад NIMH в глобальное финансирование психиатрических исследований здоровья неизбежно уменьшится. Когда это произойдет, вполне вероятно, что интеллектуальное лидерство в международной психиатрической среде станет многополярным. В настоящее время остается неясным, как эта постепенная «смена караула» изменит приорите-

ты международной научной деятельности.

Идея о биологическом решении биопсихосоциальных проблем доминирует в медицинских исследованиях в течение нескольких десятилетий. По этой причине нельзя исключить, что приоритеты научной психиатрии в других странах последуют за «крысоловом» из NIMH. Тем не менее, данные GBD о растущем глобальном бремени психических заболеваний и проблемы, подчеркиваемые инициативой Mental Health Plan в ВОЗ, могут привести к тому, что некоторые страны проигнорируют инициативу NIMH и выделят новые ресурсы на исследование важнейших проблем практической психиатрии, то есть проблем расширения масштаба, качества и доступности медицинских услуг. Это неизбежно приведет к ослаблению американского интеллектуального превосходства в сфере глобальной охраны психического здоровья.

#### Библиография

1. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380:2163–96.
2. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease study 2010. *Lancet* 2013;382:1575–86.
3. World Health Association. Mental Health Action Plan 2013–2020. Geneva: World Health Organization, 2013.
4. Insel TR. Transforming diagnosis. [www.nimh.nih.gov](http://www.nimh.nih.gov).
5. Belluck P, Carey B. Psychiatry's guide is out of touch with science, experts say. *New York Times*, May 6, 2013.
6. Insel TR, Lieberman JA. DSM-5 and RDoC: shared interests. [www.nimh.nih.gov](http://www.nimh.nih.gov).
7. World Health Association. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Geneva: World Health Organization, 2010.
8. Prince M, Patel V, Saxena S et al. No health without mental health. *Lancet* 2007;370:859–77.

DOI 10.1002/wps.20098

# Как нейронауки помогают более глубокому пониманию психических расстройств

Carol A. Tamminga

Department of Psychiatry, University of Texas, Southwestern Medical School, Dallas, TX, USA (США)  
(*World Psychiatry* 2014; 13: 41-43)

Перевод: Данилова М.Ю.  
Редактура: Алфимов П.В.

Нейробиологические данные в психиатрических исследованиях пополняются рекордными темпами, как в плане накопления фактов, так и в плане расширения механистического понимания на уровне молекул, синапсов, клеток и нервной системы в целом. Если 20 лет назад функционирование головного мозга являлось для нас своего рода «черным ящиком», в наше время оно стало доступным для изучения по многим параметрам, особенно в вопросах объяснения определенных черт поведения с учетом физиологических молекулярных процессов (1). Появляются новые знания не только в области генетики и синаптического функционирования, но и в определении постсинаптических сигнальных путей, эпигенетических модификаций, тонкостей когнитивных механизмов и многих других областях.

Междисциплинарные исследователи прилагают немало усилий для того, чтобы идти в ногу со временем. Руководители научных лабораторий стараются найти способы применения фундаментальных знаний для лучшего понимания функционирования головного мозга в норме и при патологии. Наблюдается расцвет нейронаук и масштабное изучение как биомаркеров, так и молекулярных мишеней при заболеваниях головного мозга. Проект Исследовательских критериев доменов (the Research Domain Criteria – RDoC) призывает каждого исследователя, занимающегося изучением нервной системы и душевных заболеваний, открывать новые и применять имеющиеся разнообразные факты о функционировании головного мозга для развития механистического понимания психической патологии (2).

В настоящее время уже существуют методики по изучению работы головного мозга человека *in vivo* на тканевом, молекулярном и фенотипическом уровнях, что позволяет оценивать поведение человека и с этой точки зрения (3). Примером может служить когнитивная

деятельность, т.к. когнитивные способности могут быть оценены экспериментальным путем, из чего активно делаются выводы собственно о функционировании головного мозга. Во всех других методах, таких как нейровизуализация, анализ вызванных потенциалов с помощью электроэнцефалографии (ЭЭГ) для отражения локальной нейрональной активности головного мозга используется анализ его молекулярной, метаболической и электрической активности. В некоторых экспериментальных методах проводится непосредственный гистологический и молекулярный анализ мертвых тканей головного мозга. Локальная экспрессия генов, в результате которой образуются белки, специфичные для данной зоны или клетки, возможно, играет критическую роль как в общей, так и в региональной дисфункции головного мозга при различных заболеваниях. При тщательном соблюдении правил исследования наглядными экспериментальными моделями могут являться животные модели.

Остается выяснить, каким образом изменения в этих нормально функционирующих у человека системах вызывают развитие симптомов психических заболеваний. Для ответа на этот вопрос и создается система RDoC. Структура проекта представляет собой систему для обобщения и классификации данных о головном мозге, основанную на соотношении этих данных с основными предполагаемыми комплексными поведенческими статусами или функциями головного мозга и идентификации патологии головного мозга при экспериментальном наблюдении.

Называть проект RDoC диагностической системой не совсем корректно. Его можно определить как подход к упорядочиванию знаний о головном мозге для соотнесения их с функциональными и дисфункциональными системами ЦНС, учитывая связанные с последними различные поведенческие статусы. Проект RDoC на данный момент не предназначен для изменения формулировок клинических диагнозов, используемых в DSM и МКБ в клинической практике. Вместо этого система RDoC призывает сфокусировать внимание на крайне необходимом (с точки зрения трансляционных нейронаук) основании диагноза с учетом понимания механизмов заболевания и установления взаимосвязей между имеющей-

ся при каждом определенном заболевании патофизиологии молекулярных мишеней.

В работе Cuthbert акцент сделан на развитие размерных подходов к психическим заболеваниям, что представлено в виде домена психоза в проекте «структура биполярного расстройства и шизофрении при среднестатистическом фенотипе» (Bipolar and Schizophrenia Network for Intermediate Phenotypes - BSNIP). В течение многих лет в литературе по психозам уже давно прослеживается необходимость соотнесения психотической симптоматики с конкретными биомаркерами головного мозга. Недавно было начато исследование BSNIP по определению доменов психоза с помощью современных биомаркеров на модели шизофрении, биполярного и шизоаффективного расстройств (4).

В исследовании тщательно изучался фенотип пациентов с психозами, с применением наряду с клиническим осмотром таких методов, как тестирование когнитивной деятельности, оценка вызванных потенциалов, анализ движения глаз, нейровизуализация и снятие ЭЭГ в покое. Результатом исследования послужило создание объемной базы данных фенотипических характеристик этого контингента, дальнейший анализ которой может быть использован для определения биологических маркеров для постановки диагноза.

В исследовании BSNIP было продемонстрировано как биомаркеры группируются по существующим в DSM диагнозам и, в общем, в дименсии психоза. Огромное разнообразие и частичное совпадение биомаркеров при различных диагнозах может быть связано с биологической разнородностью диагнозов в DSM. Еще одним неожиданным фактом в этих данных является значительное совпадение в клинических и диагностических характеристиках. Основной вопрос, стоящий перед BSNIP, заключается в том, как перейти от текущих парциальных знаний клинической феноменологии и развивающейся нейробиологии к глубокому биологическому пониманию природы психических заболеваний.

С учетом выводов BSNIP и прогнозов, связанных с RDoC, можно сказать, что если мы будем рассматривать существующие диагностические группы психозов с использованием идеальных нейрональ-

ных биомаркеров, у нас по-прежнему не будет возможности дать определение патопсихологии в виду чрезмерной разнородности определяемых групп (5). При применении к заболеваниям дименсионального подхода вместо обычной постановки диагноза следует ожидать, что группа, обладающая выраженной разнородностью, будет распознана с помощью биологически сходных кластеров в пределах дименсии, а с помощью объединения биомаркеров в группы будет возможно создание биологически-определяемых групп заболеваний. В данном исследовании задачей повышенной сложности является создание четких и достоверных характеристик этих групп, которые должны представлять собой общие и понятные системы для объединения молекулярной патологии при конкретных кластерах биомаркеров. Подход BSNIP начинается с дименсий (в целях их разграничения активно применяются характеристики, основанные на оценке биомаркеров) для формирования простых биологических кластеров, которые потенциально возможно будет использовать в качестве биологических мишеней при диагностике заболеваний.

С другой стороны, Cuthbert предполагает, что мы также можем опре-

делить заболевания с биологической точки зрения посредством идентификации генов, молекул, клеток и элементов нормального поведения, а затем определить, какие единицы физиологического функционирования изменяются при нарушениях в этих системах. Согласно формулировке авторов, структура проекта RDoC начинается с детализированного разбора доменов нормального поведения (6). Некоторые из этих доменов уже изучены сравнительно хорошо. Примерами могут послужить такие конструкции, как «декларативная память», «острая угроза (страх)» и, возможно, также «обучение подкреплению». При возникновении в этих нормальных системах патологии, внешне процесс будет реализовываться как «психоз», «посттравматическое стрессовое расстройство» или «злоупотребление психоактивными веществами» соответственно.

При текущем уровне знаний, в котором отсутствует даже базисное систематизированное обоснование биологической природы психических заболеваний, не говоря уже о биологических мишенях, не будет преувеличением сказать (учитывая хитросплетения взаимодействия маркеров), что для проверки концепции нам следует задействовать оба упомянутых подхода.

## Библиография:

1. Charney DS, Buxbaum J, Sklar P et al. Neurobiology of mental illness, 4th ed. New York: Oxford University Press, 2013.
2. Cuthbert BN. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. World Psychiatry 2014;13:28-35.
3. Tamminga CA, Pearlson GD, Keshavan MS et al. Bipolar and Schizophrenia Network for Intermediate Phenotypes (B-SNIP): outcomes across the psychosis continuum. Schizophr Bull (in press).
4. Tamminga CA, Ivleva EI, Keshavan MS et al. Clinical phenotypes of psychosis in the Bipolar and Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes (B-SNIP). Am J Psychiatry 2013;170:1263-74.
5. Hill SK, Reilly JL, Keefe RS et al. Neuropsychological impairments in schizophrenia and psychotic bipolar disorder: findings from the Bipolar and Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes (B-SNIP) Study. Am J Psychiatry 2013;170:1275-84.
6. Keshavan MS, Clementz BA, Pearlson GD et al. Reimagining psychoses: an agnostic approach to diagnosis. Schizophr Res 2013;146:10-6.

DOI 10.1002/wps.20099

# RDoC – путеводитель по патогенезу?

Assen Jablensky,

Flavie Waters

Centre for Clinical Research in Neuropsychiatry,  
School of Psychiatry and Clinical Neurosciences, University of Western Australia, Perth, Australia  
(World Psychiatry 2014; 13: 43-44)

Перевод: Данилова М.Ю.

Редактура: Алфимов П.В.

*«Сейчас необходимо отвлечься от подразделения заболеваний в упорядоченные группы, но посвятить все свое внимание несомненно более высокой и оправданной цели, заключающейся в выяснении самой структуры заболеваний» (1).*

В последние несколько лет мы наблюдаем очевидные признаки кардинальных перемен в психиатрической генетике и фундаментальных нейронауках. В полномасштабном ассоциативном сканировании, проведенном крупным международным консорциумом, с использованием данных более чем 100 000 индивидуумов, помимо

всего прочего были обнаружены общие полиморфизмы для, казалось бы, не связанных друг с другом заболеваний, включая шизофрению, биполярное расстройство, аутизм, синдром дефицита внимания и гиперактивности и, возможно, некоторые формы интеллектуальной недостаточности и эпилепсии (2). Это доказывает, что в генетическом обосновании психических заболеваний плеiotропия является скорее правилом, чем исключением.

Окончательный ответ может предоставить набирающее силы в виду доступности передовых технологий исследование последовательности экзомов и целых геномов у пациентов с психиатрическими заболеваниями. Проект ENCODE дает доступ к новейшей информации по регуляторной сети факторов транскрипции, являющейся ключевым моментом для расшифровки индивидуальных геномных последовательностей и понимания основ биологии человека в норме и при патологии (3). В недавно стартовавшем проекте по изучению головного мозга была поставлена

цель с использованием нано- и большого количества компьютерных технологий за следующее десятилетие составить подробную карту активности отдельных нейронов и их взаимодействий.

Несмотря на столь быстро меняющуюся ситуацию, клиническую практику психиатрии сильно тормозит отсутствие данных в тот момент, когда дело доходит до перевода всех приобретенных революционных знаний в «персонализированные» формулировки диагноза, терапии или предотвращения рецидивов. Причина этого частично заключается в пугающей сложности психических заболеваний, а частично – в самом процессе «воплощения в жизнь» текущих систем диагностики и классификации, которые основаны на неделимых нозологических категориях и остаются неизменными со времен Крепелина и Блейлера.

Все вышеописанное объясняет мотивы, по которым Национальный Институт Психического Здоровья США (NIMH) занялся разработкой и осуществлением проекта исследовательских критериев

доменов (the Research Domain Criteria – RDoC), избрав его в качестве научной альтернативы (или эквивалента) классификациям DSM/МКБ. Проект держится на «семи колоннах» (5): преимущественное проведение трансляционных исследований; интеграция нейро- и бихевиоральных наук; количественный многомерный подход к психопатологии; разработка опросников и шкал измерения, позволяющих проводить исследования широкого диапазона – как нормы, так и патологии головного мозга; выборочные стратегии, не связанные с диагнозами по DSM/МКБ или любыми другими устоявшимися формулировками заболеваний; избирательный доступ к независимым величинам, которые могут быть выбраны из всех «единиц анализа» или «конструкций» концептуальной модели.

В структуре проекта RDoC имеются вызывающие интерес очевидные сильные стороны. В данном исследовании фундаментальных процессов, выходящем за привычные диагностические границы, несомненно будут обнаружены неожиданные паттерны взаимосвязей с симптомами, личностными чертами и поведением. Создание карты клинической феноменологии с учетом ее взаимосвязи со специфическими расстройствами функционирования головного мозга приведет к созданию «функциональной психопатологии» (6), что может внести значительный вклад в пересмотр таксономии психических заболеваний. Таким образом, проект RDoC задает программу, согласно которой исследователи в области психиатрии и нейронаук должны сфокусировать все свои усилия на формирование нового взгляда на проблему понимания самой сути психических расстройств. Если удастся этого достигнуть, то психиатрия выйдет в один ряд с другими медицинскими дисциплинами, такими как кардиология и онкология, которые считаются пионерами трансляционных исследований.

Однако, путь проекта RDoC остается полным неопределенностей, сложных задач и возражений. В первую очередь, неоднозначной является взаимосвязь между философией проекта и клинической реальностью. Когда пациент заходит в кабинет врача, мы видим его фенотип, а не генотип с биологическими признаками. Маловероятно, что при постановке диагноза когда-либо можно будет обойтись одними рассказами пациентов, не пользуясь таким сильным инструментом как феноменологический подход и постановка диагноза по правилам и с учетом категорий, с последующим лабораторным обследованием и

составлением плана терапии, подкрепляемых всеми доступными доказательствами. Поэтому, как диагностические категории, так и измерения, вероятно, продолжат существовать как две стороны одной монеты, напоминая о парадигме «волны материи» в физике. Целесообразность издания следующих версий DSM/МКБ, таким образом, зависит от степени, в которой они будут способны предоставить нетривиальную информацию о прогнозе заболеваний, возможных ответах на терапию и/или доступные конкретные оценки положения по биологическим и социальным корреляциям (7, 8).

Во-вторых, в настоящее время в генетических исследованиях отсутствуют данные о причинно-следственной связи между обнаруженными в исследованиях вариантами генома и статистическими явлениями с конкретными заболеваниями, симптомами или чертами характера. Учитывая тот факт, что большая часть подобных взаимосвязей имеет минимальную эффективность, при анализе новых результатов можно сделать вывод, что сотни изученных генов вносят значительный вклад в статистику, но минимальный – в оценку риска развития заболевания. Остается неясным, смогут ли такие редкие варианты, как вариации числа копий, индивидуальные «точечные мутации» и геномные последовательности предоставить возможность проводить в каждом конкретном случае оценку риска, более эффективную, чем этиологически детерминированная первопричина заболевания. Развитие же в будущем нейрофизиологических методов обследования и нейровизуализации, напротив, с большей вероятностью повысит возможность диагностики с учетом эндофенотипов и биомаркеров, что будет эффективно на практике для оценки паттернов индивидуального патогенеза.

И, наконец, следует отметить, что имеющиеся пять доменов в структуре RDoC требуют концептуального дополнения по меньшей мере в двух своих компонентах. В «областях самопредставления» требуется дальнейшая доработка для включения расстройств самосознания, являющихся стержнем психотических расстройств (шизофрения, острые и преходящие психотические расстройства), а также неврологических заболеваний, таких как височная эпилепсия со сложными парциальными припадками: деперсонализация и дереализация, спутанная идентичность, спутанность мыслей, амбивалентность и утрата ощущения собственного тела (9). Более того, такие распространен-

ные симптомы, как слуховые галлюцинации, являются по своей природе комплексными и неоднородными и должны быть разделены на несколько феноменологических частей, каждая из которых должна отражать широкий спектр когнитивных и социальных процессов (10).

В заключение хочется сказать, что несмотря на подобные оговорки, проект RDoC будет являться «путеводителем» к лучшему пониманию патофизиологии и патогенеза психических заболеваний, благодаря объединению знаний из различных областей науки, что повлечет за собой улучшение диагностики и назначения терапии. Проект должен быть сфокусирован в большей степени на взаимодействии между биологическими, физиологическими и социальными явлениями, а не исключительно на нейронауках и генетике.

## Библиография

1. Kraepelin E. Die Erscheinungsformen des Irreseins. *Z Ges Neurol Psychiatr* 1920;62:1-29.
2. Cross-disorder Group of the Psychiatric Genomic Consortium. Genetic relationships between five psychiatric disorders estimated from genome-wide SNPs. *Nature Genetics* 2013;45:984-94.
3. The ENCODE Project Consortium. An integrated encyclopedia of DNA elements in the human genome. *Nature* 2012; 489: 57-74.
4. Alivisatos A, Chun M, Church G M et al. The Brain Activity Map Project and the challenge
1. of functional connectomics. *Neuron* 2012;74:970-4.
5. Cuthbert BN, Insel TR. Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. *BMC Med* 2013;11:126.
6. Van Praag HM. Nosologomania: a disorder of psychiatry. *World J Biol Psychiatry* 2000;1:151-8.
7. Jablensky A. Subtyping schizophrenia: implications for genetic research. *Mol Psychiatry* 2006;11:815-36.
8. Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 4-12.
9. Parnas J, Muller P, Kircher T et al. EASE: Examination of anomalous self-experience. *Psychopathology* 2005; 38:236-58.
10. Ford J, Cuthbert B, Hoffman R et al. Studying hallucinations within the NIMH RDoC framework: Report from the 2nd International Consortium on Hallucination Research. *Schizophr Bull* (in press).

DOI 10.1002/wps.20100

# Путь от диагнозов DSM/МКБ к дименсиям RDoC

Matcheri S. Keshavan<sup>1,2</sup>,

Dost Ongur<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychiatry, Harvard Medical School, Boston, MA, USA (США);

<sup>2</sup>Beth Israel Deaconess Medical Center, Boston, MA, USA (США);

<sup>3</sup>McLean Hospital, Belmont, MA, USA (США)  
(*World Psychiatry* 2014; 13: 44-46)

Перевод: Данилова М.Ю.

Редактура: Алфимов П.В.

Успешные пересмотры DSM и МКБ позволили повысить надежность психиатрического диагноза. В частности, развитие проекта Исследовательских критериев доменов (the Research Domain Criteria – RDoC, 1) привело ко множественным пересмотрам в DSM-III для достижения этой цели. Однако, проблемой подобных классификаций остается неоднородность заболеваний, размытые границы между ними, частое применение категорий «неуточненное расстройство» и высокий уровень коморбидности. Все это сильно ограничивало клиническое применение классификаций. Особенно важно, что достоверность диагноза - Святой Грааль психиатрических классификаций - остается очень расплывчатой, что связано с недостаточным использованием биомаркеров для диагностики в психиатрии.

Неоднородность присуща не только психиатрии; многие распространенные соматические заболевания также являются разнородными, обладая большим полиморфизмом факторов риска и сложной патофизиологией (например, гипертоническая болезнь, инсулин-независимый сахарный диабет – ИНСД). Однако, по поводу последней группы заболеваний не возникает таких бурных дискуссий, как в психиатрии, поскольку существуют доступные для клиницистов биологические методы терапии данных расстройств. Ни для кого не является удивительным тот факт, что у пациентов с ИНСД может развиваться острая почечная недостаточность, в то время как другие могут ослепнуть, а у третьих развивается ишемическая болезнь сердца, или им может понадобиться ампутация нижней конечности, и в то же время общеизвестно, что эти симптомы являются объяснимыми с точки зрения лежащего в их основе нарушения обмена веществ, что доказывалось измерением уровня глюкозы, инсулина или гемоглобина А1С в крови. Исследователи нейронаук в

психиатрии стараются найти способ применения таких же измерений в психиатрических классификациях. Несмотря на то, что в психиатрии не существует недостатка в биомаркерах, они просто не обладают достаточной специфичностью, поскольку представленные в категориях DSM и МКБ диагнозы являются симптоматическими и не соответствуют золотым стандартам, необходимым для применения таких маркеров (2).

Для того чтобы найти выход из этого безнадежного положения, Cuthbert (3) предлагает фантастический алгоритм, согласно которому психиатрия должна трансформироваться быстрыми шагами со сложного пути симптоматической типологии в «нейрофизиологию» с помощью проекта RDoC. Ключевой целью данного проекта является осуществление перехода от текущей классификации DSM (DSM-V) к подходу, основанному на дименсиях нейронаук (4). Впечатляющие достижения нейробиологии и генетики в области психических заболеваний за последние годы делают эту цель лишь временной и предоставляют невиданные возможности. На наш взгляд, для того, чтобы эти попытки принесли свои плоды, крайне необходимо сделать несколько ключевых шагов.

Первым из них является внедрение подхода RDoC в клиническую практику. При создании DSM-V была предпринята значительная, но в то же время скромная попытка применения дименсионального подхода с помощью включения экстренных мер по прерыванию симптомов (Секция III). Благодаря этому стала возможна полноценная оценка психопатологических доменов (схожая с осмотром по системам органов в общей медицине), которая может соответствовать, а может и не соответствовать диагнозам, устанавливаемым по жалобам пациента. Например, нарушение когнитивных функций, одно из предлагаемых в DSM-V измерений тяжести психоза, оценивается по шкале от 0 до 4 баллов, основанной на степени отклонения от возрастных и общепринятых норм. Для оценки по этой шкале клиницисту необходимо взвесить многие ключевые домены, такие как рабочая память, вербальная память, внимание и т.д., широкая распространенность, персистирующий характер и влияние на исход заболевания при шизофрении уже хорошо известны (5). Когнитивные измерения, такие как рабочая память, являются доменами RdoC, а их нейробиологические

и генетические корреляции тщательно прорабатываются (6). Таким образом, сейчас мы уже можем внедрить в клиническую практику некоторые домены RDoC. Однако DSM-V не вдается в подробности (4) и включает глобальные когнитивные измерения только в опциональную секцию руководства. К счастью, DSM является «живым документом» и мы надеемся, что в ближайшем будущем подходы DSM и RDoC будут объединены. Если мы начнем применять подобные меры в клинической практике и полевых исследованиях, то они могут предоставить дименсиональные данные, которые могут быть исследованы в зависимости от патофизиологических и этиологических механизмов, давая тем самым возможность развития классификации, основанной на нейронауках.

Как уже говорилось ранее, основным ограничением подхода к классификации в DSM/МКБ является недостаточность достоверности. Cuthbert предлагает оптимальное решение этой проблемы в будущем, заключающееся в изучении сходных с RDoC взаимосвязей между поведенческими и нейробиологическими доменами в рамках заболевания по DSM, внутри и между соответствующими группами в структуре DSM/МКБ. Ожидается, что рассматриваемые в этом ключе патофизиологические и этиологические (генетические и обусловленные факторами окружающей среды) корреляции доменов симптомов в единицах анализа RDoC в будущем послужат основой для создания классификации психических расстройств на этиологической основе (7). Однако, этиопатология является лишь одним из ключевых моментов для создания клинически значимой классификации; клиницисту необходимо диагностировать заболевания, которые можно четко отграничить друг от друга, уметь охарактеризовать преморбид и предсказать течение заболевания и ответ на терапию (8). В будущих исследованиях дименсии RDoC должны быть соотнесены с показателями этиологического и клинического исхода и ответа на лечение. Здесь можно выделить несколько перспективных направлений.

Дименсии RDoC потенциально могут предоставить информацию о связанных с болезнью их вариациях у отдельных людей, которая соотносится со схемой преморбидных траекторий развития лучше, чем категории, основанные на симптомах. При этом не следует задаваться вопросом о том, можно

ли по нейрокогнитивным доменам RDoC лучше отследить преморбидные когнитивные расстройства и расстройства обучения, в то время как aberrации в позитивной и негативной валентности с большей вероятностью могут быть связаны с характерологическими различиями, предполагающими наличие нарушения регуляции аффекта.

Весьма полезной исследовательской моделью для предсказания исхода заболевания может быть, например, следующая: охарактеризовать лонгитудинально домены RDoC у пациентов с первым психотическим эпизодом спектра DSM/МКБ (шизофрения, шизоаффективное и психотическое аффективное расстройства) и изучить дименсии DSM и RDoC и влияние их взаимодействия на предполагаемый исход заболевания/ответ на терапию (такие, как когнитивное снижение, персистирующая негативная симптоматика, ответ на литий). Схожий подход можно использовать и для оценки риска развития психотических расстройств у молодых родственников пациента, предсказывая вероятность развития у них острых психозов, аффективных эпизодов или обоих состояний в течение критического периода риска во взрослом возрасте.

Еще одним важным вкладом проекта RDoC является то, что он может быть полезен для предикции ответа на терапию, благодаря выделению подгрупп пациентов с одним и тем же заболеванием, у которых наблюдается разная реакция на терапию. Таким образом, нарушение в таком домене RDoC, как рабочая память, при шизофрении может являться

показанием для назначения терапии для улучшения когнитивных способностей, в то время как нарушения в другом домене RDoC, такое как повышенная негативная валентность, может являться показанием для другого подхода, например, такого как тренировка когнитивного искажения. Также ценным может являться определение показателей и маркеров ответа на лечение с помощью нейронаук.

Лонгитудинальный подход к исследованию доменов RDoC может также помочь разрешить проблему диагностической стабильности, т.е. нестабильности клинического диагноза с течением времени (9). Нейронаучные опросники могут предоставить конвергентное объяснение причины подобной нестабильности, которая может заключаться или в неадекватности наших диагностических систем для оценки развития заболевания со временем, или же с тем, что заболевание постепенно действительно изменяется. В нашей области, где основанный на нейронауках подход может дополнить проведенную вовремя работу, одним из нерешенных вопросов остается следующий: почему клиническая картина у одного и того же пациента изменяется с течением времени?

Цели клинического и основанного на нейронауках подхода к классификации психических заболеваний остаются схожими. Когда мы избавимся от различного рода «мусора», настанет пора объединить эти подходы. Путь от МКБ (и DSM) к RDoC может быть долгим, однако, для практики психиатрии он остается весьма многообещающим.

**Данная работа получила поддержку по гранту Национального института психического здоровья США MH 78113.**

#### Библиография

1. Spitzer RL, Robins E. Research Diagnostic Criteria: rationale and reliability. ArchGen Psychiatry 1978; 35: 773-82.
2. Kapur S, Phillips AG, Insel TR. Why has it taken so long for biological psychiatry to develop clinical tests and what to do about it? Mol Psychiatry 2012;17:1174-9.
3. Cuthbert BN. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. World Psychiatry 2014;13:28-35.
4. Keshavan MS. Classification of psychotic disorders: need to move toward a neuroscience-informed nosology. Asian J Psychiatry 2013; 6:191-2.
5. Barch DM, Keefe RS. Anticipating DSM-V: opportunities and challenges for cognition and psychosis. Schizophr Bull 2010;36:43-7.
6. Bilder RM, Howe AS, Sabb FW. Multilevel models from biology to psychology: mission impossible? J Abnorm Psychol (in press).
7. Andrews G, Goldberg DP, Krueger RF et al. Exploring the feasibility of a meta-structure for DSM-V and ICD-11: could it improve utility and validity? Psychol Med 2009;39: 1993-2000.
8. Robins E, Guze SB. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. Am J Psychiatry 1970;126:983-7.
9. Salvatore P, Baldessarini RJ, Tohen M et al. McLean-Harvard International First-Episode Project: two-year stability of ICD-10 diagnoses in 500 first-episode psychotic disorder patients. J Clin Psychiatry 2011;72:183-93.

DOI 10.1002/wps.20105

## Проект RDoC: психиатрия без психики?

### Joseph Parnas

Psychiatric Center Hvidovre and Center for Subjectivity Research, University of Copenhagen, Denmark (Дания)

(World Psychiatry 2014; 13: 46-47)

Перевод: Данилова М.Ю.  
Редактура: Алфимов П.В.

Подробный обзор проекта RDoC Национального института психического здоровья США (NIMH), представленный Cuthbert (1), вызывает множество вопросов. Я ограничусь несколькими достаточно общими вопросами, касающимися теории и психопатологии.

В проекте предлагается разработать «классификации психических болезней, в большей степени бази-

рующиеся на основе нейронаук и наук о поведении, чем на данных дескриптивной феноменологии», т.е. «на основе дименсий поведения и нейробиологических показателей». Теоретическую базу RDoC, по-видимому, можно отнести к нейроцентрическому редукционизму, основанному на принципе теории тождества «тип-тип»: отдельные фрагменты (типы) психики (например, галлюцинации, ангедония) сопоставляются не с чем иным, как с конкретными отдельными фрагментами (типами) нервной деятельности (к примеру, с определённой схемой взаимодействия между дисфункциональными нейронными сетями). Поскольку Cuthbert систематически подчёркивает, что основной целью RDoC является «механистическое понимание»,

проследить логику в его утверждении, что проект является нередукционистским, достаточно трудно. Такая теоретическая позиция, как редукционизм по принципу «тип-тип», безусловно, имеет право на существование, однако, её универсальность сомнительна, и её можно даже назвать устаревшей (2).

В проекте RDoC очевидным становится, что столь успешно применяемый в соматической медицине биологический редукционизм в психиатрии будет осложнён тем, что философы называют «логической брешью» (3), «сложной проблемой сознания» (4) или выраженной индивидуальностью онтологии (сущности бытия) и гносеологией человеческого познания (5). Полное отрицание «человеческой исключительности», объясняемое

единым генофондом человека и дрозофила, не является адекватным ответом на эти вопросы. Когда дело касается сознания и субъективного опыта, проект RDoC запрограммирован на молчание. Проект допускает, *in passim*, что «устное сообщение» является основным выражением пациентом клинической картины, однако, не предлагает никакого психопатологического механизма для расшифровки патологии, субъективно выражаемой через подобные «устные сообщения».

По утверждению Cuthbert, устоявшиеся клинические понятия (например, посттравматическое стрессовое расстройство) не являются «значимыми и целостными психологическими конструкциями», однако, дать определение «целостной» психологической (или биологической) конструкции он затрудняется.

В психиатрии этиологический проект предполагает серьёзное исследование самого объясняемого, т. е., сознания и его патологии, поскольку «не имея представления о субъективном характере опыта, мы не можем знать, что требуется от ... (редукционной) теории» (6). Объектом психиатрии является изменённый опыт, самовыражение и само существование пациента, неразрывно связанное со страданиями его и (или) окружающих. Психиатр лечит человека, а не нейронную сеть. Поэтому мы продолжаем нуждаться в классификации, глубоко уходящей корнями в феноменологию, в которой головной мозг будет описан столь точно, что нервная патология может быть диагностически или терапевтически соотнесена с вышеупомянутыми страданиями, и не только из-за того, что головной мозг является основным интересом психиатрии *de jure*.

Предполагается, что целевые конструкции проекта RDoC будут отражать простые и естественные поведенческие функции, объясняя их конкретными нейронными сетями (ранее называемыми «модулями»). Однако, эта система, по всей вероятности, потерпит неудачу при попытке найти исчерпывающее или хотя бы соответствующее объяснение для нарушений логического мышления, общей картины мира, символизации, самосознания и самоидентификации, характерных для большинства тяжелых психических расстройств. Получится ли так, что пациенты с классической формой шизофрении и биполярного расстройства будут страдать от одного и того же психического расстройства (т. е. иметь в будущем одинаковый «точный диагноз»), если профили их нейробиологического и нейропсихологического расстройства идентичны?

Оправданием для запуска проекта RDoC послужила невозможность сопоставить современные достижения нейронаук с практическим психиатрическим багажом знаний, которую связали с основанной на фенотипах классификацией (DSM-IV); с течением времени диагностические категории стали «материализованными», т. е. стали считаться единственно верными действующими единицами, удерживая все исследования в своих рамках и не давая возможности учёным ставить перед собой новаторские цели, лежащие за границами категорий DSM (7). На мой взгляд вполне возможно и даже наиболее правдоподобным представляется, что отсутствие прогресса связано в первую очередь не с существованием классификаций, основанных на фенотипе, а, что более важно, с конкретизированной природой операциональных систем, начиная с DSM-III.

«Операциональная революция» вызвала утверждение бихевиористской, субъективно вызывающей отвращение позиции и привела к чрезмерному упрощению психопатологии, лишив её всякой концептуальной феноменологической структуры, что послужило причиной появления неадекватных или деформированных фенотипических различий. «Операциональные» критерии, в любом значимом для теории смысле, по сути не являются «операциональными» (8). Соответственно, диагнозы, основанные на «подсчёте симптомов» и отрицающие прототипные конструкции, лежащие в основе психических заболеваний, неизбежно приводят к наличию бессмысленной сопутствующей патологии, произвольных порогов диагностики и осложняют дименсиональный подход.

Результаты «операционального» упрощения несложно проиллюстрировать. Природа бреда при шизофрении, описываемая, фактически, исключительно по субъективному опыту и ощущениям, систематически игнорируется во всех сменяющих друг друга определениях DSM/МКБ; возможно, это связано с тем, что бреду невозможно дать обычное с точки зрения здравого смысла определение – для этого всегда требуется вовлечение более комплексной феноменологической структуры (8). Другим примером являются галлюцинации: так называемые слуховые словесные галлюцинации феноменологически (качественно) настолько неоднородны (9), что лечение этих расстройств как однородного фенотипа неизбежно сведёт на нет все практические исследования. Другими словами, практические

исследования находятся в жёсткой зависимости от адекватности используемых фенотипических границ, и эта адекватность не может быть достигнута при использовании чрезмерно упрощённого бихевиористского перечня.

Проект RDoC может существовать только в качестве нейронаучной исследовательской программы, однако, в качестве «грандиозного замысла» он представляет собой опасную, исключительно прескриптивную парадигму в психиатрии. Конкретизация абстрактных понятий, т. е. принятие концепции или идеи за реально существующий объект, за которую осуждают DSM-IV (7), вероятнее всего повторится и в проекте RDoC, однако, на этот раз возможно даже с более серьёзными последствиями. Мы рискуем прийти к тому, что предсказывал Ясперс – к «психиатрии без психики». Как терапевтическая деятельность психиатрия продолжит своё существование, поскольку пациенты никуда не исчезнут. Однако же, психиатрия, в которой отрицается её психопатологическая основа, т. е. междисциплинарное, теоретическое и эмпирическое исследование субъективности, может перестать существовать как академическая медицинская дисциплина (10).

## Библиография

1. Cuthbert BN. The RDoC framework: facilitating transition from CD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry* 2014;13:28-35.
2. Bennett MR, Hacker PMS. *Philosophical foundations of neuroscience*. Oxford: Blackwell, 2003.
3. Levine J. Materialism and qualia: the explanatory gap. *Pac Phil Quart* 1983;64:354-61.
4. Chalmers D. Facing up to the problem of consciousness. *J Consc Studies* 1995;2:200-19.
5. Parnas J, Sass LA, Zahavi D. Rediscovering psychopathology: the epistemology and phenomenology of the psychiatric object. *Schizophr Bull* 2013;39:270-7.
6. Nagel T. *Mortal questions*. Cambridge: Cambridge University Press, 1979.
7. Hyman SE. The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. *Ann Rev Clin Psychol* 2010;6:155-79.
8. Parnas J. The Breivik case and “condition psychiatrica”. *World Psychiatry* 2013;12:22-3.
9. Ey H. *Traite des hallucinations*. Paris: Masson, 1973.
10. Kleinman A. Rebalancing academic psychiatry: why it needs to happen – and soon. *BrJ Psychiatry* 2012;201:421-2.

DOI 10.1002/wps.20101

# Проект RDoC необходим, но крайне переоценен

## Allen Frances

Department of Psychiatry, Duke University, Durham, NC, USA (США)

(*World Psychiatry* 2014; 13: 47-49)

Перевод: Данилова М.Ю.

Редактура: Алфимов П.В.

За прошедшие полвека в фундаментальных науках, занимающихся исследованием головного мозга, генетике и молекулярной биологии были сделаны очень значимые достижения. Но вместе с тем существует удивительный и вызывающий разочарование парадокс: ни одно из современных научных открытий не оказало никакого влияния на повседневную практику клинической психиатрии. К счастью, для большинства психических расстройств у нас имеется доступное и эффективное лечение, но в нашем понимании психопатологии и путей её лечения не произошло никакого продвижения вперёд.

Чем же обусловлена такая пропасть между необыкновенно динамичной фундаментальной наукой и сравнительно статичной клинической практикой? На самом деле, психиатрия в этом смысле не сильно отличается от остальных областей медицины. Подобный феномен «бутылочного горлышка» в прикладных исследованиях наблюдается во всех медицинских специальностях, и в настоящее время это нельзя отрицать. Обнаружить удивительные секреты функционирования человеческого тела оказывается значительно проще, чем извлечь из этих знаний какую-либо практическую пользу.

Поскольку головной мозг устроен значительно сложнее, чем все остальные органы человека, в психиатрии этот переход особенно заметен. В нашем головном мозге весом в 1,3 килограмма содержится больше нейронов, чем звёзд во всей галактике, и каждый из них соединён с тысячами остальных, испуская тысячу импульсов за секунду, задействуя сотни белков, обеспечивающих передачу по сотне триллионов синапсов. Просто удивительно, что у здорового человека этот самый сложный многокомпонентный механизм работает «безукоризненно». Для сравнения, молочная железа является самым простым по строению органом, особенно, если сравнивать её с устройством головного мозга, но

тем не менее, несмотря на десятилетия интенсивных исследований, мы всё ещё слишком далеки от понимания природы рака молочной железы; поэтому нет ничего удивительного в том, что мы и близко не подошли к разгадке шизофрении.

Когда была опубликована классификация DSM-III в 1980 г., будущее исследований в психиатрии и открывающиеся перспективы для пациентов представлялись весьма радужными. У нас были большие надежды на то, что благодаря успешному сочетанию новых мощных исследовательских инструментов, щедрому финансированию со стороны национального института психического здоровья США (NIMH) и фармацевтических компаний, а также доступности надёжной диагностической системы, предоставляющей точные мишени для исследования и лечения, в ближайшем будущем у нас появится глубинное понимание проблем и их практические решения. Вскоре страницы научных журналов уже прострели вызывающими на первый взгляд восхищение находками о генетической природе психических заболеваний и были богато украшены впечатляющими изображениями, демонстрирующими структурные изменения в головном мозге при том или ином виде психической патологии.

Институт NIMH занимал лидирующую позицию в поддержке охватившего весь мир энтузиазма, связанного с нейронауками, назвав 1990-е годы «десятилетием головного мозга» и прилагал немалые усилия к внедрению биологических программ в ранее сбалансированные исследования, фундаментальные науки, терапию и систему здравоохранения в целом. По сути же, из «института психического здоровья» NIMH превратился в «институт головного мозга». В результате его стараниями проведены великолепные исследования, однако никакой практической помощи пациентам из этого не последовало. Благодаря этим исследованиям головного мозга были открыты отдельные секреты психопатологии, многие из которых являются единичными случаями, и ни один из них не является достаточным для разработки диагностических методик или терапии, которые бы смогли внести реальный вклад в клиническую практику.

Вышеуказанное отсутствие прогресса весьма разочаровало NIMH, и институт принял решение переключиться на новый исследователь-

ский проект RDoC, описываемый в статье Cuthbert (1). В надежде получить более конкретные решения поставленных задач, вместо того, чтобы продолжить изучение кажущихся безнадежными разнородных нозологических категорий DSM, было решено сосредоточить всё внимание на куда более примитивных измерениях психического функционирования.

Несмотря на то, что сам замысел RDoC очень благоразумен и необходим, проект преподносится и освещается очень хаотично, несвоевременно, вводя в заблуждение и подрывая доверие как институту NIMH, так и клинической психиатрии в целом. Провокационный обзор проекта, получивший широкое распространение в прессе, появился всего спустя три недели после публикации DSM-5. Институт NIMH открыто раскритиковал все существующие психиатрические диагнозы и предложил вместо них RDoC в качестве лучшего, альтернативного подхода к биологической базой, проигнорировав этим неблагоразумным несбыточным обещанием горькие уроки прошлого и острые потребности наших пациентов в настоящем. Увлечённый своим помпезным пресс-релизом, институт NIMH совершенно забыл, что в настоящем проект RDoC не может предложить ничего, кроме не прошедшего испытания исследовательского инструмента. Совершенно ясно, что в этом десятилетии RDoC не принесёт никакой практической пользы. Я могу предположить, что вместо ожидаемого скачка, он будет продвигаться вперёд медленными небольшими шажками, постоянно сталкиваясь с подчас неразрешимыми противоречиями.

Несмотря на то, что описательная психиатрия, лежащая в основе как DSM, так и МКБ, имеет весьма специфический ограниченный характер и практически не даёт объяснения нозологиям, фактом остаётся то, что в настоящее время она является единственным действенным подходом для постановки психиатрического диагноза и продолжает быть крайне необходимой и удивительно полезной в клинической практике. Рассмотрим для примера диагноз «шизофрения». Текущий взгляд на расстройство представляет собой настоящий кошмар для исследователей: гетерогенное заболевание, пересекающееся по характеристике со схожими заболеваниями, без определённой схемы лечения и ответа на терапию и не имеющее объяснения

с точки зрения генетики или функционирования головного мозга. В конечном итоге, диагноз «шизофрения» может быть вызван сотнями разнообразных причин и иметь десятки различных схем терапии. Но в настоящее время в клинической практике этот диагноз очень информативен и RDoC не может ничего предоставить взамен.

Более того, предположение, что у пациентов, которые подходят под критерии шизофрении имеется только нарушение в головном мозге, очень опасно. В дебюте шизофрении очень важную роль играют внешние факторы, которые зачастую являются решающими в её дальнейшем развитии. Благоприятная окружающая среда и условия жизни, правильный подход к обучению, работе и общественной деятельности, в сочетании с медикаментозной терапией являются и всегда будут абсолютно необходимыми.

Посвятив всё своё внимание заманчивым мечтам о будущей исследовательской революции, в институте NIMH совершенно забыли об отчаянии и страдании боль-

ных шизофренией в настоящем. Они не обращают внимания и не несут ответственности за хаос, который представляет собой сейчас служба по охране психического здоровья в США. За пятьдесят лет революции в фундаментальных науках в США был сокращён один миллион коек в психиатрических стационарах, взамен которых появился лишний миллион тюремных коек для психически больных людей, чьих преступлений можно было бы избежать, предоставив им надлежащий уход, проживание и возможность участия в общественной деятельности. Эти пациенты чрезмерно страдают не от недостатка знаний по лечению их заболеваний, а от недостатка внимания и отсутствия адекватного качества помощи. В США пациенты с острыми психическими заболеваниями находятся в более затруднительном положении, чем в других развитых странах и их массовое пребывание в местах лишения свободы является возвратом в варварскую эпоху психиатрии два века назад.

Тем временем, NIMH держится в стороне, игнорируя эту позорную

«трансинституционализацию», когда ему следовало бы взять на себя ответственность за улучшение качества жизни наших пациентов прямо сейчас – для этого существует множество доступных способов, для которых только необходимо соответствующее финансирование. Институт должен выступать в поддержку пациентов, а не исключительно своего исследовательского бюджета, который следует распределять на нужды самого широкого спектра – от непосредственно койки до лечения большого и общественной работы.

Игра в исследование головного мозга, безусловно, необходима для лучшего будущего, но она не должна настолько доминировать над нашими текущими нуждами.

### Библиография

1. Cuthbert BN. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry* 2014;13:28-35.

DOI 10.1002/wps.20102

## Дорога в никуда

### Giovanni A. Fava

Affective Disorders Program, Department of Psychology, University of Bologna, Bologna, Italy (Италия)  
(*World Psychiatry* 2014; 13: 49-50)

Перевод: Данилова М.Ю.  
Редактура: Алфимов П.В.

Cuthbert представил проект, целью которого является интеграция нейронаук и психопатологии для совершенствования диагностики и лечения заболеваний (1). Проблема заключается в том, что этот подход существенно отличается от используемого в последние десятилетия и не дававшего возможности разработать биологические тесты, широко используемые для постановки диагноза и назначения терапии психических расстройств (2). Однако, и для данной модели не существует никакой предварительной информации и клинических примеров её эффективности на практике. Напротив, в связи с её использованием возникает ряд проблем.

В данной модели используется «всеобъемлющий» подход: задействованы все возможные биологические и бихевиоральные оценочные инструменты, которые по

своей природе могут быть избыточными, из-за заблуждения о том, что при использовании подобной стратегии ни один факт не будет упущен, и в результате инновационные классификационные системы появятся сами по себе. В действительности же могут появиться сложные для интерпретации открытия и противоречивые результаты.

Данная модель является чётким отражением интеллектуального кризиса в психиатрии, который можно связать с общим упадком метода клинического наблюдения как источника наблюдения в фундаментальных науках (3). Как отмечал Feinstein, в клинической медицине «все фундаментальные академические идеи появляются извне, а единственный важный вклад, который могут внести в свою работу клиницисты – это применение базисных идей» (4). Нейронауки внедрили в психиатрию свою концептуальную структуру, однако, при этом не послужили в качестве исследовательского инструмента для ответа на возникающие в клинической практике вопросы.

Многие клинические задачи остались без соответствующих независимых исследований, проходящих при поддержке открытых источников. К примеру, для такой часто

встречающейся проблемы, как снижение клинического эффекта при длительной терапии антидепрессантами, не проводится соответствующего исследования нейробиологической корреляции (5). Другим примером является резко возросшая популярность антидепрессантов в качестве препаратов первой линии для лечения тревожных расстройств, несмотря на отсутствие доказательства их клинического эффекта (6). Отец современной фармакотерапии тревожных расстройств, Rickels выражает свою заинтересованность в финансировании из открытых источников для проведения исследования по сравнению эффективности и дифференциальной чувствительности современных антидепрессантов и препаратов бензодиазепинового ряда (7). Об этом же высказывалась и редакция *Nature* (8), указывая, что исследование по лечению психических заболеваний имеют «катастрофически слабое финансирование», несмотря на их «потенциальную пользу для пациентов». В выводах говорится, что «большинство финансирующих организаций по всему миру поддерживают исключительно механистические, потенциально выгодные исследования, совершенно забывая, что некоторая часть их деятельно-

сти должна быть направлена на разработку эффективных методов психологической интервенции, необходимых здесь и сейчас» (8).

В 1967 г. Feinstein (9) призывал клиницистов к разработке собственной «фундаментальной науки» - для изучения непосредственно клинических феноменов, определения степени важности различных видов клинических данных, созданию корректной таксономической системы для классификации информации и развития интеллектуальных моделей и прагматических методик, которые позволят придать большую ясность клиническому процессу и использовать полученные результаты для количественного анализа. Подобная линия исследований, чаще всего проходящая под рубрикой «клинической метрики», была отвергнута (10). Последствием этого стало то, что клиницисты, просматривая журналы, больше не могут найти в них статьи, которые пригодились бы им на практике. Психопатология и клиническая оценка дискредитированы, как ненаучные и устаревшие методы. Тем не менее, в своей каждодневной практике психиатры по-прежнему используют наблюдение, описание и классификацию, выдвигают различные гипотезы и формулируют клинические решения. Для оценки необходимости госпитализации пациента (или его выписки), при решении необходимости проведения терапии (и определения её типа) и при планировании расписания последующих визитов пациента психиатры используют знания психопатологии и клинической оценки. Клиниметрические подходы представляют собой своеобразный «интеллектуальный дом» для развития и стандартизации клинического мышления в вопросах субтипирования и выделения этапов заболеваний (10). Большое количество клинических

испытаний является вторичным: методики часто применяются в исследованиях лишь благодаря своей доступности. Если клиническая задача сама по себе недостаточно точна, то фокус нейробиологического исследования становится произвольным, что приводит к недопониманию.

Engel (11) считал, что клиническая медицина должна в первую очередь характеризовать гуманность, а основная методологическая триада для клинической оценки и перевода данных о пациенте в научный вид должна включать в себя наблюдение, интроспекцию и диалог. Такой подход считается ненаучным и отражает приверженность медицинской науки устаревшим взглядам научного мира XVII века. В отличие от физики 20-го века, «человеческое было исключено из объектов научного поиска, а научный подход к самому феномену человека должен соответствовать положению редукционистской, механистической, дуалистичной биомедицинской парадигмы» (11). Идеология проекта RDoC характеризуется ограниченностью. Пришла пора заменить ставшие столь популярными стратегии, развивающиеся за рамками психиатрии, на креативные исследования, основывающиеся на постижении клинической картины.

Основной проблемой в развитии проекта RDoC стало то, что его мощная идеологическая поддержка ведущими деятелями национального института психического здоровья США привела к подавлению всех касающихся его дискуссий. Кто из исследователей, желающих предоставить финансовую поддержку данному агентству захочет, чтобы публика поняла, что корольто голый, а сам по себе проект может оказаться дорогой в никуда?

## Библиография

1. Cuthbert BN. The RDoC framework: facilitating transition from ICD-DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry* 2014; 13:28-35.
2. Kapur S, Phillips AG, Insel TR. Why has it taken so long for biological psychiatry to develop clinical tests and what to do about it? *Mol Psychiatry* 2012;17:1174-9.
3. Fava GA. The intellectual crisis of psychiatric research. *Psychother Psychosom* 2006; 75:202-8.
4. Feinstein AR. The intellectual crisis in clinical science. *Persp Biol Med* 1987;30:215-30.
5. Fava GA, Offidani E. The mechanisms of tolerance in antidepressant action. *Progr Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2011;35:1593-602.
6. Offidani E, Guidi J, Tomba E et al. Efficacy and tolerability of benzodiazepines versus antidepressants in anxiety disorders. *Psychother Psychosom* 2013;82:355-62.
7. Rickels K. Should benzodiazepines be replaced by antidepressants in the treatment of anxiety disorders? *Psychother Psychosom* 2013; 82:351-2.
8. Editorial. Therapy deficit. Studies to enhance psychological treatments are scandalously under-supported. *Nature* 2012; 489:473-4.
9. Feinstein AR. *Clinical judgment*. Baltimore: Williams&Wilkins, 1967.
10. Fava GA, Rafanelli C, Tomba E. The clinical process in psychiatry: a clinical approach. *J Clin Psychiatry* 2012;77:173-8.
11. Engel GL. How much longer must medicine's science be bound by a seventeenth century world view? *Psychother Psychosom* 1992; 57: 3-16.

DOI 10.1002/wps.20108

# Единственный в своём роде или один из множества? Комментарий к проекту RDoC.

## Norman Sartorius

Association for Improvement of Mental Health Programmes, Geneva, Switzerland (Швейцария)  
(*World Psychiatry* 2014; 13: 50-51)

Перевод: Данилова М.Ю.  
Редактура: Алфимов П.В.

Столь яркая синхронность медицины как науки и практики, какую мы можем наблюдать в опубликованной Cuthbert (1) статье, приуроченной к столетию выхода в свет первого издания монументального

труда Карла Ясперса по психопатологии (2), всегда приятна и удивительна. Helmchen (3) назвал книгу Ясперса «методологическим сознанием психиатрии». Cuthbert цитирует Ясперса следующим образом: «Ясперс предложил чёткий методологический дескриптивный и интерпретационный подход к самому феномену психопатологии в его психологическом, биологическом и социальном контексте, освещающая их возможные последствия.

Целью RDoC Cuthbert ставит «создание в исследовательских целях нового способа классификации

психических болезней, основанного на измерениях поведения и методиках нейронаук». Поскольку тщательное исследование измерений поведения и применение нейронаук для изучения психического функционирования заслуживают всякого одобрения, к основной цели проекта RDoC следует относиться с особым вниманием: следует выяснить, будет ли созданная в проекте классификация отличаться от классификации, используемой в клинической практике, а так же от других классификаций, рекомендуемых для использования

при подготовке различных категорий медицинского персонала в сфере охраны психического здоровья? И будет ли классификация на основе RDoC единственной, применяемой при обращении за грантами в один из самых крупных некоммерческих фондов по поддержке научных исследований в психиатрии? Клиническая практика постановки диагноза, основанная на выявлении симптомов при осмотре и по сообщениям пациентов, всегда была вдохновением для исследователей во всех сферах медицины: будет ли реальным перевести идеи, возникающие в клинической практике с использованием диагноза в гипотезы, подтверждение которых будет основываться на матрице RDoC?

При размышлении о проекте RDoC в этом ключе так же возникает вопрос о том, как найти лучший способ соответствия утверждению Ясперса о том, что мы должны не просто описывать, но и пытаться понять и передать значение компонентов психопатологии в их социальном, биологическом и физиологическом контексте. Изучение дименсий и их измерение являются только началом процесса создания значимых прототипов, соответствующих отдельным индивидуумом с учётом вышеуказанных контекстов. Мы надеемся, что в проекте RDoC предусмотрен такой подход, который следует начать параллельно с накоплением знаний об исследовательских доменах.

Ещё одним моментом, который следует учитывать, является уделение особого внимания накоплению данных по доменам, которые были определены в качестве основных на основании мнения, к которому пришли избранные эксперты на своей встрече в 2009 г. Это решение было принято по результатам пяти семинаров, последовавших за первой встречей, созданных для определения дименсий, которые будут включены в домены, уточнения определения этих дименсий и утверждения элементов, используемых для характеристики каждой

дименсии. Есть вероятность того, что другая группа экспертов выбрала бы другой набор доменов, что могло бы изменить само направление исследования. В частности, это можно отнести к домену «системы социальных процессов» и, в меньшей степени, к доменам «позитивные валентные системы» и «негативные валентные системы». Участники семинаров так же «рассмотрели и утвердили» различные классы измерений. В этом подходе нет ничего кардинально ошибочного, пока в работе в этих направлениях используются все доступные ресурсы и проект является основным в работе национального института психического здоровья США, который всегда являлся важным участником процесса управления научными исследованиями в США и по всему миру. Другая группа экспертов, возможно, утвердила бы другой набор доменов с другим набором дименсий, возможно, более практичный: такому проекту так же должно быть уделено внимание и поддержка. Таким образом, важно не забывать, что основные предпосылки проекта RDoC являются заключением сравнительно небольшой группы экспертов, которое было сделано в области, которую необходимо исследовать.

Третьим вопросом, недостаточно четко освещенным в замечательной работе Cuthbert является динамическая оценка классификационных единиц со временем. Физиологические индикаторы, связанные с «внезапной угрозой» и все остальные дименсии, включённые в RDoC, могут меняться с течением времени, и лонгитудинальный профиль этих изменений может кардинально измениться при корреляции с другими факторами и личными характеристиками индивидуума. Для того чтобы учесть важность влияния этих факторов целесообразным будет создание трех-дименсиональной матрицы, включающей домены, способы исследования, а так же возраст, пол и другие характеристики индивидуумов, чьи дименсии подвергаются оценке; все

это должно быть наложенным на временную ось и учитывать лонгитудинальное развитие феноменов.

Тот же самый аргумент, хотя и немного в другой форме можно привести к вопросу о решении избежать финансирования исследований, основанных на диагностических категориях DSM или МКБ. Исследования, проводимые с использованием категорий, созданных на основе наблюдения за поведением и динамики заболевания имеют такое же право на существование, как и другие подходы. Диагностические категории никогда не были ничем большим, чем гипотезы о природе заболеваний, с которыми сталкиваются в своей практике клиницисты. Эти гипотезы следует продолжать исследовать, а их определения должны и дальше меняться с учётом появляющейся информации о динамике заболеваний в зависимости от терапии, исходах, структурах головного мозга и его функционировании.

Подводя итог, мы хотим поздравить Национальный институт психического здоровья США и поблагодарить его за решение финансировать работу, представляющую собой совершенно новую область исследования, в то же самое время выражая свою надежду на то, что этот проект не приведёт к прекращению финансирования альтернативных способов изучения человеческого поведения, основанных на понятиях «здоровье» и «болезнь».

#### Библиография

1. Cuthbert BN. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry* 2014;13:28-35.
2. Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer, 1913.
3. Helmchen H. Psychopathology and the social context. Presented at the Symposium "One hundred years of Karl Jaspers' General Psychopathology", Berlin, October 2013.

DOI 10.1002/wps.20103

## Интегративный подход к психиатрическому диагнозу и исследованиям

Dan J. Stein

Department of Psychiatry, University of Cape Town, Cape Town, South Africa (ЮАР)  
(*World Psychiatry* 2014; 13: 51-53)

Перевод: Данилова М.Ю.  
Редактура: Алфимов П.В.

Обзору систем классификации психических заболеваний уделялось достаточно много внимания. Тем не менее, уровень удовлетворённости существующими нозологиями остаётся достаточно низким. С точки зрения перспектив нейронауки, имеющиеся диагностические критерии не включают данные

нейробиологии, а фокусировка на «нейрональных» и поведенческих дименсиях (1) может улучшить постановку диагноза. Если говорить более критически, то можно сказать, что имеющиеся нозологии психических заболеваний не отражают действительные единицы заболеваний (1), а выставлемый

диагноз лишь превращает имеющиеся у человека проблемы в заболевания.

Эта дискуссия является поводом для более глобальных дебатов касательно вопросов медицинской классификации в целом, в которых многие подчёркивают, что клиницисты должны в первую очередь быть учёными, разбирающимися в физиологии, в то время как другие считают, что первостепенную важность имеет опыт переживания болезни, утверждая, что клиницисты должны быть гуманистами, понимающими, что такое страдания (2). С точки зрения интегративного подхода к медицине и психиатрии, хороший диагност и исследователь должны понимать важность обоих этих аспектов (3, 4).

С точки зрения интегративных перспектив, работа, проводимая над нозологическими системами необходима для оптимизации истинности и практичности выставляемых диагнозов и, поскольку структура RDoC приведёт к проведению соответствующих исследований, его следует поддерживать. Однако я несколько обеспокоен тем, что многие критики DSM-5 и МКБ-11 ожидают слишком многого от диагностических систем. До тех пор, пока в структуре проекта RDoC в вопросах нозологии ставятся нереалистичные цели, к нему следует относиться с осторожностью. Далее я выделю несколько пунктов, на которые следует обратить внимание.

Во-первых, совершенно понятно, что в медицинских и психиатрических классификациях особенно важна их клиническая применимость, что лишь частично связано с лежащей в основе заболеваний патофизиологией. В медицине диагностированный синдром, например, сердечная недостаточность, предоставляет мало информации о возможной этиологии заболевания, но тем не менее даёт возможность назначить терапию (5). В психиатрии многие нозологии являются синдромальными. Несмотря на то, что синдромы могут иметь множество причин, нечёткие границы и не иметь характерных биомаркеров, они крайне важны в клинической работе.

На это можно возразить тем, что во многих областях медицины используются специфические единицы, основанные на этиологии, как, например, вирусная пневмония. В психиатрии тоже есть такие заболевания, например, психотические реакции при нейросифилисе. Но эти исключения подтверждают правило; многие диагнозы в медицине и психиатрии отражают тот факт, что у пациентов могут иметься самые различные симптомы, обусловленные множеством различных механизмов (6). В некото-

рых случаях гипертензия, головная боль и депрессия могут быть связаны с одним и тем же геном или ограниченным спектром патофизиологических механизмов; большинство же отражает множественные механизмы.

Во-вторых, вышеуказанные множественные механизмы играют роль в формировании психиатрических симптомов и когда они базируются на определённом диагностическом валидаторе, например, на таком как «нейрональные и поведенческие дименсии», в этом есть свои преимущества и недостатки. Со времен «гуморальной теории» Гиппократова наука продвинулась далеко вперёд к нейроциркуляторным теориям позитивной и негативной валентности, но вполне вероятно, что спустя столетие современные теории будут считаться устаревшими. С другой стороны, концепция депрессии, основанная на нескольких других валидаторах, может продолжить своё существование в клинических испытаниях ещё долгие годы.

Разграничение тревожных и обсессивно-компульсивных расстройств в DSM-5 частично основано на различиях в нейроциркуляции. Но так же существуют и веские аргументы для объединения этих диагнозов на основании таких явлений, как терапевтический ответ на ингибиторы селективного захвата серотонина и когнитивно-поведенческую терапию (7). Нам следует принять, что диагностические системы не могут «разобрать природу по косточкам». Однако, для оптимизации классификаций все факты необходимо систематически переоценивать.

В-третьих, учитывая большое число механизмов, лежащих в основе психиатрических жалоб и множество соображений, связанных с вопросами терапии, нам следует с осторожностью относиться к ожиданиям того, что диагностические критерии и пороги в конечном итоге будут основываться на бихевиоральных дименсиях или биологических маркерах. Простые методы клинического осмотра, такие как измерение артериального давления или оценка психического статуса в медицине и психиатрии, могут предоставить важную информацию. Однако, эта информация является неполной. В медицине и психиатрии принятие решения о необходимости вмешательства обязательно требует оценки целого ряда факторов, включая понимание функций симптомов, их социального контекста и баланса риска и выгод при лечении.

Существует набор факторов, обусловленных перспективами общественного здравоохранения,

иногда отрицаемый критиками нозологии. Психиатрические классификации фокусируются на индивидуальных расстройствах, у которых могут быть соответствующие «эндотипы», т. е. социальные феномены, например, такие как межличностная агрессия, которая приводит к появлению «бремени заболевания» (8). Более того, при принятии решений о границах психиатрического вмешательства следует учитывать не только факты о лежащих в основе нейробиологических механизмах, но и такие соображения, как ценовая эффективность частичного вмешательства.

Учитывая тот факт, что структура RDoC подразумевает возможность проведения исследований широкого спектра явлений и механизмов, сложно быть чрезмерно критичным. Принимая трансляционный подход, который включает в себя различные уровни исследований, проект RDoC вполне способен внести вклад в развитие персонализированной медицины. Однако, нам следует остерегаться «оборотней в халатах», таких, как терапевты, которые при постановке диагноза опираются исключительно на данные лабораторных анализов, или представители общественного здравоохранения, которые для устранения патогенных микроорганизмов используют мытьё рук. Неважно, сколько долларов мы вкладываем в бихевиоральную нейронауку, нам, возможно, придётся принять, что для психических заболеваний существует очень малое количество биомаркеров и слишком мало средств для борьбы с ними (9).

В самом деле, учитывая всю сложность медицины, психиатрия предоставляет множество подходов достойных подражания. Так, терапевт, имея дело с пациентом с головной болью, должен быть способным после тщательного сбора анамнеза и опроса, диагностировать конкретный синдром, обуславливающий головную боль (в самом деле, в классификации головной боли применяется подход, схожий с DSM). Затем, основываясь на знании нейронаук, как и на широком спектре других соображений, может быть выбран тот или иной путь вмешательства. Таким же образом, терапевт, сталкиваясь со сложной проблемой в области общественного здоровья, например, злоупотребление психоактивными веществами, знает, что этиология этого расстройства комплексная и что для лечения требуется несколько типов ответных реакций (и что, как и в большинстве случаев в психиатрии, существует слишком мало методов лечения).

В обозримом будущем следует внедрить интегративный подход, который бы учитывал и DSM с МКБ, и RDoC, и широкий спектр других классификационных конструктов.

#### Библиография

1. Cuthbert BN. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry* 2014; 13:28-35.
2. Kleinman A. Rethinking psychiatry: from cultural category to personal experience. New York: Free Press, 1988.
3. Stein DJ. Philosophy and the DSM-III. *Compr Psychiatry* 1991;32:404-15.
4. Stein DJ. The philosophy of psychopharmacology: happy pills, smart pills, peppy pills. Cambridge: Cambridge University Press, 2008.
5. Nesse RM, Stein DJ. Towards a genuinely medical model for psychiatric nosology. *BMC Med* 2013;10:5.
6. Kendler KS. Levels of explanation in psychiatric and substance use disorders: implications for the development of an etiologically based nosology. *Mol Psychiatry* 2011; 17: 11-21.
7. Stein DJ, Fineberg NA, Bienvenu OJ et al. Should OCD be classified as an anxiety disorder in DSM-V? *Depress Anxiety* 2010;27: 495-506.
8. Stein DJ, Lund C, Nesse RM. Classification systems in psychiatry: diagnosis and global mental health in the time of DSM-5 and ICD-11. *Curr Opin Psychiatry* 2013;26:493-7.
9. Stein DJ. Is there a "mosquito net" for anxiety and mood disorders? *Curr Psychiatry Rep* 2009;11:264-5.
10. Olesen J. The international classification of headache disorders. *Headache* 2008;48: 691-3.

DOI 10.1002/wps.20104

## Сохранение связи между клиникой и научной средой в эпоху RDoC: следует описывать исследуемые популяции в терминах DSM-5/МКБ-11

Michael B. First

Columbia University and New York State Psychiatric Institute, New York, NY, USA (США)

Перевод: Алфимов П.В.

Редактура: Курсаков А.А.

В течение последних 35 лет врачи и исследователи в США использовали для описания симптоматики психических расстройств одну и ту же диагностическую систему.

Использование общих диагностических определений в клинической практике и научных исследованиях имеет ряд преимуществ. Такой подход качественно улучшил коммуникацию среди специалистов и сделал возможным обмен информацией между постоянно растущим массивом исследовательских данных и клинической практикой. Используя одни и те же критерии, гораздо проще перевести результаты того или иного исследования в формат, подходящий для установки диагноза и назначения лечения. Безусловно, этот подход облегчил диалог между клиницистами и исследователями.

Оценив важность операциональных критериев, в 1980 году Американская психиатрическая ассоциация взяла их за основу при разработке классификации DSM-III. Предполагалось, что эти диагностические критерии не только будут внедрены в клиническую практику, но и получат широкое распространение в научном сообществе.

После публикации DSM-III большинство психиатрической научной литературы стало основываться на

категориях DSM. Предполагалось, что постепенное (итерационное) уточнение диагностических критериев в ходе валидационных исследований в конечном итоге приведет к выяснению этиологических факторов (1, 2). Тем не менее, несмотря на годы интенсивной работы, исследователям, которые использовали парадигму DSM, «не удалось найти ни одного нейробиологического фенотипического маркера или гена, который оказался бы полезен при установке диагноза психического расстройства» (3, с. 33). Конечно, по большей части этот «провал» связан с невероятной сложностью и малой доступностью человеческого мозга для исследователей (4). Однако, одной из причин является тот факт, что категории DSM недостаточно хорошо отражают клиническую действительность.

В течение последних 20 лет стало все более очевидным, что категории DSM не являются валидным отражением нозологических единиц. Гегемония системы DSM и консервативный характер обзорных публикаций привели к тому, что исследователи «под давлением» используют категории DSM-IV «для удовлетворения требований журнальных рецензентов и редакторов, организаций, распределяющих гранты, а также организаторов научных конференциях» (5, с. 156).

Одной из главных целей проекта RDoC Национального института психического здоровья США (NIMH) является «освобождение научного сообщества от оков категориальных систем DSM/МКБ». Новая система предоставляет аль-

тернативную основу для проведения исследований, основанных на фундаментальных поведенческих и нейробиологических измерениях. NIMH является основным органом государственного финансирования психиатрических исследований в США. Эта организация обладает уникальными возможностями и способна простимулировать исследователей к принятию новой системы (вероятно, большая часть финансируемых NIMH научных работ в ближайшем десятилетии будет основана на матрице RDoC).

С одной стороны, такой подход может способствовать «важнейшим нозологическим открытиям, основанным на генетике, нейробиологии и поведенческих науках» (6). С другой стороны, он усложняет клиническое суждение и не позволяет врачам сопоставлять результаты исследований со своими пациентами, чья симптоматика в обозримом будущем будет описываться в терминах DSM/МКБ.

Создатели RDoC предлагают более не использовать синдромальные конструкты DSM/МКБ при отборе пациентов, а также при составлении дизайна научных исследований. Использование «старых» категорий допускается лишь в «переходный период», пока научное сообщество мигрирует из DSM/МКБ в RDoC. Как отметил Cuthbert, многие, если не большинство симптомов, составляющие основу DSM, отсутствуют в матрице RDoC. Это не позволит врачам сопоставить свою клиническую практику с новыми научными данными.

Что можно сделать, чтобы исправить эту ситуацию? В своей работе

Cuthbert неоднократно обсуждает необходимость «плавного перехода» от DSM/МКБ к RDoC и предлагает различные варианты того, как это сделать (например, включить в эксперимент «различные комбинации конструкторов RDoC и категорий DSM/МКБ»). Cuthbert заявляет, что подобные «переходные конструкции следует рассматривать как временные эвристические решения для ограниченного числа исследований».

Вместо того чтобы рассматривать сохранение элементов DSM/МКБ как эвристическую необходимость, от которой нужно как можно скорее избавиться, следует включать эти элементы в любой RDoC-ориентированный научно-исследовательский проект, чтобы обеспечить осмысленную связь между конструкторами RDoC и классификацией DSM/МКБ. Как минимум, следует описывать все исследуемые популяции в RDoC-исследованиях в терминах DSM-5/МКБ-11. Это нужно

хотя бы для того, чтобы врачи поняли, каких пациентов следует включать в исследование.

Cuthbert заявляет, что «прототипный дизайн исследования в рамках матрицы RDoC... будет включать широкий спектр пациентов с нормальным и нарушенным функционированием в соответствии с теми или иными дименсиональными конструкторами». Представляется правильным диагностически оценивать этих пациентов, но не в целях эксперимента, а лишь для того, чтобы характеризовать исследуемую популяцию в терминах, понятных клиницистам.

Мы полагаем, что единственно верный способ наладить коммуникацию между врачами и исследователями заключается в построении надежных «мостов» между системами DSM/МКБ и RDoC.

#### Библиография

1. Robins E, Guze S. Establishment of diagnostic validity in psychiatric ill-

ness: its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1970;126:983-7.

2. Spitzer R, Williams J. Having a dream: a research strategy for DSM-IV. *Arch Gen Psychiatry* 1988;46:959-60.
3. Charney D, Barlow D, Botteron K et al. Neuroscience research agenda to guide development of a pathophysiologically based classification system. In: Kupfer D, First M, Regier D (eds). *A research agenda for DSM-V*. Washington: American Psychiatric Association, 2002:31-84.
4. Hyman S. Mental illnesses: genetically complex disorders of neural circuitry and neural communication. *Neuron* 2000;28:321-3.
5. Hyman SE. The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. *Annu Rev Clin Psychol* 2010;27:155-79.
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.

DOI 10.1002/wps.20107

## RDoC+: за трансляционную медицину взяли всерьез

### Kenneth W.M. Fulford

University of Oxford, Oxford, UK (Великобритания)

Перевод: Алфимов П.В.

Редактура: Курсаков А.А.

В публикации Cuthbert подробно рассказано, как следует внедрять достижения нейронаук в клиническую практику в будущем (1). В данном комментарии мы не будем останавливаться на частных выводах, а вместо этого рассмотрим теорию, лежащую в основе RDoC, и то, как эта теория влияет на конечные «трансляционные» цели новой системы.

В основе RDoC лежит мнение о том, что психические расстройства по сути аналогичны расстройствам из других областей медицины, таких как кардиология. К примеру, Cuthbert сравнивает дименсии RDoC с дименсиями гипертензии (1). В своем блоге Insel, директор Национального института психического здоровья США (NIMH), использует схожие аналогии: «Представьте себе, - пишет он, ссылаясь, в частности, на неспособность DSM транслировать научные данные в клиническую практику – что нам нужно отказаться от ЭКГ как метода диагностики, так как у многих пациентов с болью в груди не наблюдается электрокардиографических изменений» (2).

Предполагается, что RDoC лучше, чем DSM сближается с соматиче-

ской медициной, сосредоточив внимание на патологических механизмах. Некоторые противники новой системы озабочены тем, что ее «чрезмерная биологизация» приводит к дистанцированию от симптомологического аспекта психиатрии. Соматическая медицина, безусловно, равно заинтересована и в симптоматике, и в патологических механизмах. Пренебрежение одной из сторон этой теории («симптоматикой» или «патогенезом»), может оказаться фатальным для эффективной трансляции научных данных в клиническую практику.

Уточним: речь не идет о том, что симптомы (в широком смысле) вообще исключены из RDoC. Действительно, отдельные симптомы, на которых основывается DSM, отсутствуют в RDoC (1). Тем не менее, понятие «наблюдаемого поведения» было включено в оригинальный пресс-релиз NIMH, некоторые симптомы рассматриваются в самой матрице RDoC (см. «самоотчеты» и «поведение»), «психопатология» вошла в заголовок комментария Cuthbert, и сам автор заявляет (1), что «функциональные нарушения, с которыми пациенты сталкиваются в своей жизни» учитывались при разработке системы. Мы опасаемся не того, что симптомы будут полностью исключены из RDoC, но того, что по сравнению с биологическими механизмами симптоматика не будет рассматриваться в RDoC достаточно серьезно.

Примеры, приводимые Cuthbert – вознаграждение, угроза, память (1) – безусловно, отражают важность более точного понимания симптомов и патологических механизмов. Тем не менее, все они являются относительно простыми аспектами субъективного человеческого опыта (по сравнению с такими тонкими психологическими феноменами как вера, восприятие, воля и эмоция). Схожим образом, Insel в своем примере об ЭКГ сообщает, что боль в грудной клетке является диагностическим критерием сердечной патологии, хотя при стенокардии боль может быть локализована в горле или левой руке. Cuthbert хорошо осведомлен о сложных субъективных психологических феноменах. Проблема заключается в том, что сложность этих феноменов не позволила им войти в структуру RDoC. Важные аналитические единицы, а именно «поведение» и «самоотчеты», основываются на самоопросниках и оценочных шкалах, которые принципиально ничем не отличаются от психометрических инструментов, лежащих в основе DSM. Ничего нового в отношении описания симптомов в RDoC не появилось, но при этом существует риск того, что новая система, так же как и DSM, не будет способствовать эффективной трансляции научных данных в клиническую практику (3).

Тем не менее, Cuthbert подчеркивает, что RDoC является «инклюзивной», но не «экслюзивной» систе-

мой. С его слов, «матрица RDoC будет расширяться в совершенно новых направлениях по мере проведения новых исследовательских программ» (1). С научной точки зрения это обещание, т. е. предвидение будущей версии системы – RDoC1, является самым важным заявлением в его публикации. Прогресс в науке, как отмечал мыслитель Карл Поппер (4), строится на объединении творческих замыслов со строгими экспериментальными методами. Похожие выводы о важности творчества в науке были получены в социологических исследованиях (5). Подобное сочетание воображения и экспериментальных методов Cuthbert видит в открытой инклюзивной модели RDoC.

Если RDoC не выполнит поставленного обещания, причиной тому будет отнюдь не нехватка ресурсов. Существует большое число новых нейронаучных дисциплин, которые можно добавить в биологизированную RDoC, чтобы получить новую, симптом-ориентированную RDoC1. Важное место среди этих дисциплин занимает феноменология, что неоднократно подчеркивалась в работах, опубликованных по случаю столетия «Общей психопатологии» Карла Яспера (6). Cuthbert прав в своей критике «описательную феноменологию» DSM (1). Но ведь существуют и другие, клинически более реалистичные феноменологические подходы. К примеру, «натурализованная феноменоло-

гия» (7) соединяет в себе философскую феноменологию со всеми ресурсами когнитивной науки и являет собой естественный «мост» между клиникой и нейронаукой (8). Это было отмечено Cuthbert и другими специалистами, участвовавшими в разработке RDoC (см. источник 9 в публикации 1). Кроме того, эти ресурсы поддерживают концепцию вычислительной психопатологии (9), которая превосходно вписывается в дименсиональную канву RDoC и понятие «прецизионной медицины» (1).

В своей книге *Первые три минуты* (The First Three Minutes) нобелевский лауреат, физик-теоретик Стивен Вайнберг предупреждал, что в науке «ошибка исследователей заключается не в том, что они воспринимают собственные теории слишком серьезно, а в том, что они воспринимают их недостаточно серьезно» (10). Пытаясь сбалансировать симптоматологию и патогенетические механизмы, авторы RDoC, более серьезно подходят к стремлению сблизить психиатрию с соматической медициной, чем авторы DSM. Чтобы подойти серьезно к проблеме трансляции научных данных в клиническую практику, в RDoC следует добавить новые дисциплины.

#### Библиография

1. Cuthbert BN. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psy-

chopathology. *World Psychiatry* 2014;13:28-35.

2. Insel TR. Transforming diagnosis. [www.nimh.nih.gov](http://www.nimh.nih.gov).
3. Fulford KWM. From RDC to RDoC: a history of the future? <http://blog.oup.com>.
4. Popper K. *Conjectures and refutations: the growth of scientific knowledge*. London: Routledge, 2004.
5. Fulford KWM, Davies M, Gipps R et al. The next hundred years: watching our Ps and Q. In: Fulford KWM, Davies M, Gipps R et al (eds). *The Oxford handbook of philosophy and psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2013:1-11.
6. Maj M. Introduction: the relevance of Karl Jaspers' General Psychopathology to current psychiatric debate. In: Stanghellini G, Fuchs T (eds). *One century of Karl Jaspers' General Psychopathology*. Oxford: Oxford University Press, 2013:xxiv-viii.
7. Zahavi D. Naturalized phenomenology. In: Schmicking D, Gallagher S (eds). *Handbook of phenomenology and cognitive science*. Dordrecht: Springer, 2010:2-19.
8. Broome M, Bortolotti L (eds). *Psychiatry as cognitive neuroscience: philosophical perspectives*. Oxford: Oxford University Press, 2009.
9. Fulford KWM, Broome M. *Computational psychopathology: do it now!* <http://blog.oup.com>.
10. Weinberg S. *The first three minutes: a modern view of the origin of the universe*. New York: Basic Books, 1977.

DOI 10.1002/wps.20106

# Добавление психотерапии к антидепрессантам при депрессивных и тревожных расстройствах: мета-анализ

Pim Cuijpers<sup>1,3</sup>, Marit Sijbrandij<sup>1,2</sup>, Sander L. Koole<sup>1,2</sup>, Gerhard Andersson<sup>4,5</sup>, Aartjan T. Beekman<sup>2,6</sup>, Charles F. Reynolds III<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Department of Clinical Psychology, VU University Amsterdam, The Netherlands (Нидерланды);

<sup>2</sup>EMGO Institute for Health and Care Research, VU University and VU University Medical Center Amsterdam, The Netherlands (Нидерланды);

<sup>3</sup>Leuphana University, Luneburg, Germany (Германия);

<sup>4</sup>Department of Behavioural Sciences and Learning, Swedish Institute for Disability Research, University of Linköping, Sweden (Швеция);

<sup>5</sup>Department of Clinical Neuroscience, Psychiatry Section, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden (Швеция);

<sup>6</sup>Department of Psychiatry, VU University Medical Center Amsterdam, The Netherlands; <sup>7</sup>Department of Psychiatry, University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, PA, USA (США)

Перевод: Сюняков Т.С.  
Редактура: Алфимов П.В.

*Авторами проведен мета-анализ рандомизированных исследований, направленный на сравнение размеров эффектов терапии антидепрессантами и комбинированного применения фармако- и психотерапии у взрослых пациентов с диагнозами депрессивных или тревожных расстройств. Критериям включения в мета-анализ и 21 исследование тревожных расстройств (одно исследование включало больных и депрессивными, и тревожными расстройствами). Общее различие между фармакотерапией и комбинированной терапией по показателю величины эффекта g Хеджеса составило 0,43 (95% ДИ: 0,31-0,56), что указывает на умеренный размер эффекта и клинически значимое различие в пользу комбинированной терапии и соотносится с показателем NNT (число пациентов, которых необходимо пролечить, для того, чтобы один дополнительный пациент получил выгоду от терапии) 4,20. Получены достаточные свидетельства того, что комбинированная терапия превосходит по эффективности фармакотерапию при большом депрессивном, паническом и обсессивно-компульсивном (ОКР) расстройствах. Размер эффекта комбинированной терапии по сравнению с плацебо оказался в два раза выше, чем размер эффекта фармакотерапии по сравнению с плацебо, что подчеркивает клиническое преимущество применения комбинированной терапии. Полученные результаты также свидетельствуют о том, что эффекты фармакотерапии и психотерапии по большей части являются независимыми друг от друга и примерно в одинаковой мере участвуют в реализации эффекта комбинированной терапии. Мы пришли к выводу, что при большом депрессивном расстройстве, паническом расстройстве и ОКР комбинированная терапия представляется более эффективной, чем простая терапия одними антидепрессантами. Данные эффекты сохраняют свою силу и значимость даже через 2 года после окончания лечения. Терапия одними психотропными препаратами может не являться оптимальным подходом для лечения распространенных психических расстройств.*

**Ключевые слова:** комбинированная терапия, психотерапия, антидепрессанты, депрессивные расстройства, тревожные расстройства, дистимия, обсессивно-компульсивное расстройство, мета-анализ

(*World Psychiatry* 2014;13:56-67)

Тревожные и депрессивные расстройства являются высоко распространенными (1,2) заболеваниями и с позиций здравоохранения ассоциируются со существенным снижением качества жизни пациентов и их родственников (3,4), высокой нагрузкой на медицинские службы, значимыми экономическими затратами (5-7) и высоким бременем болезни (8). В отношении данных расстройств имеются эффективные методы лечебного воздействия, включающие некоторые виды психотерапии и применение антидепрессантов (9-11). Несмотря на то, что психотерапия и антидепрессанты одинаково эффективны в отношении большинства тревожных и депрессивных расстройств (12), имеются данные о том, что комбинированная терапия, возможно, превосходит по эффективности каждый из видов терапии по отдельности (13-15). В то же время, за последнее десятилетие все больше пациентов с психическими расстройствами получали психотропную

терапию без привлечения психотерапии (16,17). Следовательно, представляется важным изучить, не сказывается ли это негативным образом на качестве медицинской помощи.

Мы провели мета-анализ исследований, в рамках которого провели сравнение только фармакотерапии и фармакотерапии в сочетании с психотерапией. Несмотря на то, что в некоторых предшествующих мета-анализах данный вопрос уже изучался, все они были нацелены на какое-то одно заболевание, в особенности на депрессивные (13-15) и панические расстройства (18,19). При этом в отношении некоторых других расстройств – например, социального тревожного расстройства (СТР) и обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) – были проведены лишь пилотные исследования, которые пока не вошли ни в один мета-анализ. Таким образом, основной целью данной публикации являлся мета-анализ исследований,

**Рисунок 1. Отбор и включение исследований. ГТР - генерализованное тревожное расстройство, ОКР - обсессивно-компульсивное расстройство, ПТСР - посттравматическое стрессовое расстройство, СТР - социальное тревожное расстройство**

	Депрессия	ГТР	СТР	ПР	ОКР / ПТСР	Всего
<b>При проведении поиска обнаружено 21,729 ссылок</b>						
Pubmed	3320	547	296	849	91	5103
Cochrane	2988	1309	752	1436	128	6613
PsycInfo	2710	337	246	424	32	3749
Embase	4389	372	661	764	78	6264
Всего	13407	2565	1955	3473	329	21729
↓						
<b>После удаления дубликатов</b>						
	9860	1562	1228	2032	221	14903
↓						
<b>Выявлено ссылок после просмотра ранее опубликованных мета-анализов</b>						
	42	7	14	26	27	116
↓						
<b>Получено полнотекстовых статей</b>						
	1344	136	247	493	58	2278
↓						
<b>Причины исключения исследований из мета-анализа</b>						
Отсутствие правильного сравнения	243	49	86	170	29	577
Дубликат	306	32	24	52	5	419
Не указаны диагнозы	165	32	52	112	2	363
Отсутствует контрольная группа	167	7	39	33	3	249
Отсутствует рукав психотерапии	151	7	1	76	3	238
Другие причины	280	8	41	40	10	379
Всего	1312	135	243	483	52	2226
↓						
<b>Включено в мета-анализ</b>						
	32	1	4	10	ОКР – 4 ПТСР – 2	52

сравнивающих эффективность антидепрессантов и комбинированной терапии при тревожных и депрессивных расстройствах. Кроме того, чтобы определить относительный вклад психотерапии и фармакотерапии в эффект комбинированной терапии, мы сопоставили различия между комбинированной терапией и плацебо и между комбинированной терапией и фармакотерапией.

## МЕТОДЫ

### Процесс поиска и отбора исследований

Мы использовали несколько стратегий поиска исследований, отвечающих требованиям нашей работы. Мы провели поиск в четырех больших библиографических базах данных (PubMed, PsycInfo, Embase и база данных рандомизированных исследований Cochrane). На первом этапе мы создали строку поиска для исследований психотерапии с использованием текста и ключевых слов, определяющих различные типы психотерапии и психологического лечения. Данная поисковая строка была соединена со строками поиска для каждого из рассматриваемых расстройств: большая депрессия; дистимия; генерализованное тревожное расстройство (ГТР); СТР; паническое расстройство; обсессивно-компульсивное расстройство; посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Поиск был лимитирован исключительно рандомизированными контролируемые исследованиями. Кроме того, мы просмотрели списки литературы каждого из 116 проведенных ранее мета-анализов психотерапии при этих расстройствах (рис. 1).

В данный мета-анализ включались рандомизированные исследования, в которых эффекты антидепрессантов сравнивались с эффектами комбинации антидепрессантов и психотерапевтических методов лечения у взрослых пациентов с депрессивным, паническим расстройством (вне зависимости от наличия агорафобии), ГТР, СТР, ОКР или ПТСР. При этом включались только исследования, в которых диагностика больных осуществлялась при помощи диагностических интервью - Структурированного клинического интервью диагностики расстройств оси I по DSM-IV (SCID-I), Композитного международного диагностического интервью (CID) или Мини-международного нейропсихиатрического интервью (MINI). В анализ не включались исследования, выполненные на выборках госпитализированных больных, подростков и детей (в возрасте младше 18 лет). Также исключались исследования поддерживающей терапии, изучающие лиц с достигнутой после терапии полной или частичной ремиссией. Мета-анализ ограничивался исследованиями, опубликованными на английском, немецком, испанском или голландском языках.

### Оценка качества исследований и извлечение данных

Валидность включенных исследований оценивалась при помощи метода «Риск искажения» ("Risk of bias" assessment tool), разработанного организацией «Кокрановское сотрудничество» (20). Он позволяет оценить результаты рандомизированных исследований на предмет возможных источников искажения данных, в том числе адекватность распределения больных по группам терапии, адекватность методов ослепления и

его поддержания в ходе исследования (маскировка от исследователей), адекватность методов обработки неполных данных (положительная оценка давалась, если в исследовании анализировалась ИТТ-выборка (Intention-to-treat), то есть в анализ вошли все рандомизированные пациенты). Оценка валидности включаемых исследований проводилась двумя независимыми исследователями, все разногласия между которыми урегулировались в ходе обсуждения.

Кроме того, мы присвоили коды характеристикам включенных исследований (расстройство, метод отбора участников; целевая аудитория); тип используемых антидепрессантов (селективный ингибитор обратного захвата серотонина, СИОЗС; трициклический антидепрессант, ТЦА; ингибитор обратного захвата серотонина и норадреналина, ИОЗСН; ингибитор моноаминоксидазы, ИМАО; другие антидепрессанты или расписанный в протоколе алгоритм терапии с несколькими антидепрессантами); характеристика психотерапии (формат; число сессий; тип психотерапии). Среди типов психотерапии мы выделяли когнитивно-поведенческую терапию (КПТ), интерперсональную психотерапию (ИПТ) и прочие виды. Поскольку большая часть применявшихся методов в рамках КПТ использовали смешанные или различные техники, мы сгруппировали их вместе под одной рубрикой – КПТ. Мы расценивали терапию в качестве КПТ, если она включала когнитивное реструктурирование или поведенческий подход (такие, как экспозиционная терапия и профилактика реагирования). Если терапия сочетала в себе КПТ и ИПТ, то мы относили такую терапию к «прочим видам», равно как и другие терапевтические подходы (например, психодинамические подходы).

## Мета-анализ

Для каждого сравнения между группами фармакотерапии и комбинированной терапии был рассчитан размер эффекта (g Хеджеса), указывающий на выраженность различий результативности терапии между ними. Размеры эффекта рассчитывались путем вычитания (после завершения тестов) динамики среднего балла по группе фармакотерапии из динамики среднего балла, полученного по группе комбинированной терапии, и деления полученной разности на общее стандартное отклонение. Поскольку в некоторых исследованиях изученная популяция была относительно небольшой, мы скорректировали размер эффекта на искажение, связанное с малыми популяциями (21).

При расчете размеров эффекта в исследованиях, изучавших пациентов с депрессивными расстройствами, мы использовали только результаты тех оценочных методов, которые предназначены для оценки симптомов депрессии. В отношении исследований тревожных расстройств - точно также использовались оценочные шкалы, созданные для изучения их симптомов. Если для оценки основной симптоматики использовалось более одного метода, рассчитывался средний между методами размер эффекта - так чтобы одному исследованию соответствовал один размер эффекта. Если в исследованиях не сообщались средние значения и стандартные отклонения, мы использовали интегрированные в программу Comprehensive Meta-Analysis software (version 2.2.021) процедуры для исчисления размера эффекта на основе дихотомических результатов; если такой возможности также не было, мы использовали другие статистические методы (например, значения  $t$  или  $p$ ). Для вычисления объединенных средних размеров эффекта, использовалось ранее указанное программное обеспечение.

Учитывая, что мы ожидали значительную гетерогенность среди исследований, использовалась объединенная модель, учитывающая случайные эффекты.

Поскольку стандартизованный показатель различий средних (g Хеджеса) не просто интерпретировать с

клинической точки зрения, мы перевели полученные результаты в показатель NNT (число пациентов, которое необходимо пролечить, чтобы дополнительный пациент получил выгоду (23)), для чего использовалась формула, предложенная Kraemer и Kupfer (22).

Также мы рассчитали показатель относительного риска (RR - relative risk) выбывания из групп простой фармакотерапии и комбинированной терапии. Для сравнения долгосрочных эффектов терапии были рассчитаны относительные риски позитивного исхода за время наблюдения.

Для тестирования полученных размеров эффекта на гомогенность, мы использовали статистику  $I^2$ , позволяющую оценить гетерогенность в процентах. Значение 0% свидетельствует об отсутствии гетерогенности, по мере повышения данного показателя возрастает и гетерогенность, значения которой 25%, 50% и 75% указывают на низкую, умеренную и высокую гетерогенность, соответственно (24). Также мы рассчитали границы 95%-ого доверительного интервала для значений  $I^2$  (25), для чего использовали нецентральную, основанный на статистике хи-квадрат подход, заложенный в модуль Heterogoy программы Stata (26).

Мы провели статистические анализы по подгруппам в соответствии с возможностями модели смешанных эффектов: исследования внутри подгрупп были объединены с учетом модели со случайными эффектами, тогда как сравнения между подгруппами проводились на модели с фиксированными эффектами. Для непрерывных переменных использовался метарегрессионный анализ на наличие достоверных взаимосвязей между непрерывными переменными и размером эффекта по рассчитанным значениям статистики  $Z$  и соответствующим значениям  $p$ .

Публикационное искажение (publication bias) проверялось путем оценки воронкообразных графиков (funnel plot) основных оцениваемых в исследованиях параметров, а также путем процедуры усечения и заполнения по Дювалю и Твиди (Duval and Tweedie's trim and fill procedure). Для определения количественного значения смещения и его значимости проведен тест Эггера (Egger's test) точки пересечения с осью ординат.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

### Отбор и включение исследований

После изучения 21729 резюме публикаций (14903 после удаления дубликатов), мы получили 2278 полнотекстовых статей для дальнейшего рассмотрения. Среди них в анализ не было включено 2226 статей. Динамическая схема, описывающая процесс включения, в том числе причины того, почему исследования не были включены в анализ, представлена на рисунке 1. В общей сложности критериям включения в данный мета-анализ соответствовало 52 исследования (28-79). В таблице 1 приведены некоторые характеристики включенных исследований.

### Особенности включенных исследований

Во включенных в мета-анализ 52 исследованиях участвовали 3623 пациентов (1767 получали комбинированную терапию и 1856 – только фармакотерапию). Среди них в 32 исследованиях изучались депрессивные расстройства (в 22 – большая депрессия, в том числе 1 исследование больных большим депрессивным расстройством и ОКР; в 5 – дистимия; в 5 – смешанные расстройства настроения), а в 21 – тревожные расстройства (в 10 – паническое расстройство с или без агорафобии; в 4 – ОКР; в 4 – СТР; в 2 – ПТСР и в 1 – ГТР). Для большей части исследований ( $n=32$ ) предметом изучения стали взрослые пациенты, отбравшиеся в клинических условиях и не принадлежащие к специальным популяциям (например, пожилые пациенты

<b>Таблица 1. Некоторые характеристики исследований, сравнивающих терапию антидепрессантами с комбинированной терапией антидепрессанты+психотерапия</b>							
<b>Исследование</b>	<b>Заболевание</b>	<b>Психотерапия</b>	<b>Препарат</b>	<b>Нкомб</b>	<b>Нфарм</b>	<b>Качество*</b>	<b>Страна</b>
Azhar (28)	ПАН	КПТ	СИОЗС	17	17	----	Другие страны
Barlow et al (29)	ПАН	КПТ	ТЦА	65	83	---+	США
Bellack et al (30)	МИКС	Прот/др	ТЦА	17	18	---+	США
Bellino et al (31)	БДР	ИПТ	СИОЗС	16	16	---+	Европа
Berger et al (32)	ПАН	Прот/др.	СИОЗС	35	38	----	Европа
Blackburn et al (33)	БДР	КПТ	ТЦА	22	20	----	США
Blanco et al (34)	СТР	КПТ	ИМАО	32	35	++++	США
Blom et al (35)	БДР	ИПТ	ИОЗСН	33	30	---+	Европа
Blomhoff et al (36)	СТР	ПТ	СИОЗС	98	95	++++	Европа
Browne et al (37)	ДИС	ИПТ	СИОЗС	122	117	+++-	Канада
Burnand et al (38)	БДР	ДИН	ТЦА	33	38	---+	Европа
Crits-Christoph et al (39)	ГТР	КПТ	ИОЗСН	17	24	---+	США
Davidson et al (40)	СТР	КПТ	СИОЗС	42	39	++++	США
De Jonghe et al (41)	БДР	ДИН	Прот/др.	83	84	---+	Европа
De Mello et al (42)	ДИС	ИПТ	ИМАО	11	13	---+	Другие страны
Dozois et al (43)	БДР	КПТ	Прот/др.	21	21	-+--	Канада
Finkenzeller et al (44)	БДР	ИПТ	СИОЗС	23	24	+---	Европа
Foa et al (45)	ОКР	ПТ	ТЦА	19	27	---+	США
Hautzinger et al (46)	МИКС	КПТ	ТЦА	32	24	---+	Европа
Hellerstein et al (47)	ДИС	Прот/др.	СИОЗС	18	17	----+	США
Hollon et al (48)	БДР	КПТ	ТЦА	25	57	---+	США
Hsiao et al (49)	БДР	Прот/др.	Прот/др.	24	26	+---	Другие страны
Keller et al (50)	БДР	Прот/др.	ИОЗСН	226	220	++++	США
King et al (51)	ПАН	КПТ	Прот/др.	25	25	-+-	Другие страны
Koszycki et al (52)	ПАН	КПТ	СИОЗС	59	62	++++	Канада
Lesperance et al (53)	БДР	ИПТ	СИОЗС	67	75	++++	Канада
Loerch et al (54)	ПАН	КПТ	ИМАО	14	16	---+	Европа
Lynch et al (55)	БДР	Прот/др.	Прот/др.	15	16	----	США
Macaskill & Macaskill (56)	БДР	КПТ	ТЦА	9	9	----	Европа
Maina et al (57)	БДР, ОКР	ДИН	СИОЗС	25	29	++++	Европа
Markowitz et al (58)	ДИС	ИПТ	СИОЗС	21	24	++++	США
Misri et al (59)	МИКС	КПТ	СИОЗС	19	16	+---	Канада
Mitchell et al (60)	МИКС	Прот/др.	Прот/др.	45	53	++++	США
Murphy et al (61)	БДР	КПТ	ТЦА	22	24	+---	США
Mynors-Wallis et al (62)	БДР	ТРП	СИОЗС	35	36	++++	Европа
Naeem et al (63)	БДР	КПТ	СИОЗС	17	17	++++	Другие страны
Otto et al (64)	ПТСР	КПТ	СИОЗС	5	5	----	США
Prasko et al (65)	СТР	КПТ	ИМАО	22	20	---+	Европа
Ravindran et al (66)	ДИС	КПТ	СИОЗС	24	22	+++-	Канада
Reynolds et al (67)	БДР	ИПТ	ТЦА	16	25	---+	США
Rothbaum et al (68)	ПТСР	ПТ	СИОЗС	34	31	---+	США
Shamsaei et al (69)	БДР	КПТ	СИОЗС	40	40	+---	Другие страны
Shareh et al (70)	ОКР	КПТ	СИОЗС	6	6	----	Другие страны
Sharp et al (71)	ПАН	КПТ	СИОЗС	29	29	----	Европа
Sirey et al (72)	БДР	Прот/др.	Прот/др.	21	24	---+	США
Spinhoven et al (73)	ПАН	КПТ	СИОЗС	20	19	----+	Европа
Tenneij et al (74)	ОКР	ПТ	Прот/др.	34	46	---+	Европа
Thompson et al (75)	БДР	КПТ	ТЦА	36	33	----+	США
van Apeldoorn et al (76)	ПАН	КПТ	Прот/др.	36	37	++++	Европа
Weissman et al (77)	БДР	ИПТ	ТЦА	23	20	---+	США
Wiborg & Dahl (78)	ПАН	ДИН	ТЦА	20	20	++++	Европа
Wiles et al (79)	МИКС	КПТ	Прот/др.	14	11	++++	Европа

\*В колонке Качество оценка в + или - дается для указания на соответствие следующим критериям: процедура распределения больных по группам терапии, адекватность методов ослепления, адекватность маскировки от исследователей, анализ популяции ПТТ - поведенческая терапия, КПТ - когнитивно-поведенческая терапия, ДИН - психодинамическая терапия, ДИС - дистимическое расстройство, ГТР - генерализованное тревожное расстройство, ИПТ - интерперсональная психотерапия, ИМАО - ингибиторы моноаминоксидазы, БДР - большое депрессивное расстройство, МИКС - смешанное расстройство настроения, Нкомб - число пациентов в руке комбинированной терапии, Нфарм - число пациентов в руке фармакотерапии, ОКР - обсессивно-компульсивное расстройство, ПАН - ПР расстройство с наличием или отсутствием агорафобии, Прот/др. - другие антидепрессанты или определенная в протоколе схема приема антидепрессантов, ТРП - терапия решения проблем, ПТСР - посттравматическое стрессовое расстройство, СТР - социальное тревожное расстройство, ИОЗСН - ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина, СИОЗС - селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, ТЦА - трициклические антидепрессанты

<b>Таблица 2. Эффекты комбинированной терапии у взрослых пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами в сравнении с простой антидепрессивной терапией</b>								
	<b>Нсравн</b>	<b>г</b>	<b>95% ДИ</b>	<b>I2</b>	<b>95% ДИ</b>	<b>P</b>	<b>NNT</b>	
<i>Депрессивные и тревожные расстройства</i>								
После удаления крайних значений ( $g > 1,5$ )	52	0,43	0,31-0,56	64	52-73	0,81	4,20	
<i>Депрессивные расстройства</i>								
	Большая депрессия	23	0,43	0,29-0,57	30	0-58	4,20	
	Дистимия	5	0,20	-0,21-0,60	0	0-79	8,93	
	Смешанные депрессивные расстройства	5	0,56	0,12-0,99	73	32-89	3,25	
<i>Тревожные расстройства</i>								
	ПР	10	0,54	0,25-0,82	82	68-90	3,36	
	ОКР	4	0,70	0,14-1,25	67	5-89	2,63	
	СТР	4	0,32	-0,01-0,71	65	0-88	5,56	
	ПТСР	2	0,31	-0,39-1,00	0	-	5,75	
	ГТР	1	-0,51	-1,42-0,40	-	-	(3,55)	
<i>Анализ подгрупп</i>								
Препарат	СИОЗС	22	0,34	0,15-0,53	76	63-84	0,45	5,26
	ТЦА	13	0,46	0,22-0,71	9	0-47	3,91	
	Др.	17	0,51	0,31-0,72	41	0-67	3,55	
Отбор пациентов	Клинические популяции	32	0,49	0,34-0,64	63	46-75	0,09	3,68
	Популяции из населения	16	0,28	0,08-0,47	45	2-70	6,41	
Изученная популяция	Общая популяция взрослых	43	0,44	0,30-0,57	65	51-74	0,89	4,10
	Особые популяции	9	0,41	0,12-0,71	64	27-83	4,39	
Типы терапии	КПТ	33	0,51	0,35-0,66	70	58-79	0,20	3,55
	ИПТ	9	0,24	-0,05-0,53	32	0-69	7,46	
	Другие виды	10	0,37	0,09-0,64	10	0-50	4,85	
Числа сессий	5-9	11	0,67	0,40-0,93	86	76-91	0,10	2,75
	10-12	16	0,24	0,03-0,46	48	8-71	7,46	
	13-18	18	0,47	0,26-0,67	4	0-52	3,85	
	>19	7	0,41	0,06-0,76	33	0-72	4,39	
Формат психотерапии	Индивидуальная	42	0,46	0,32-0,59	68	55-76	0,35	3,91
	Групповая	9	0,29	-0,02-0,60	40	0-73	6,17	
Балл качества исследования	<3	32	0,49	0,33-0,66	62	44-74	0,23	3,68
	3 от 4	20	0,35	0,16-0,54	67	47-79	5,10	

КПТ - когнитивно-поведенческая терапия, ГТР - генерализованное тревожное расстройство, ИПТ - интерперсональная психотерапия, Нсравн – число сравнений, NNT – показатель числа пациентов, которых необходимо пролечить, чтобы один дополнительный пациент получил выгоду от применения лечения, ОКР - обсессивно-компульсивное расстройство, ПР – паническое расстройство, ПТСР - посттравматическое стрессовое расстройство, СТР - социальное тревожное расстройство, ИОЗСН - ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина, СИОЗС - селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, ТЦА - трициклические антидепрессанты

или пациенты с коморбидными соматическими расстройствами).

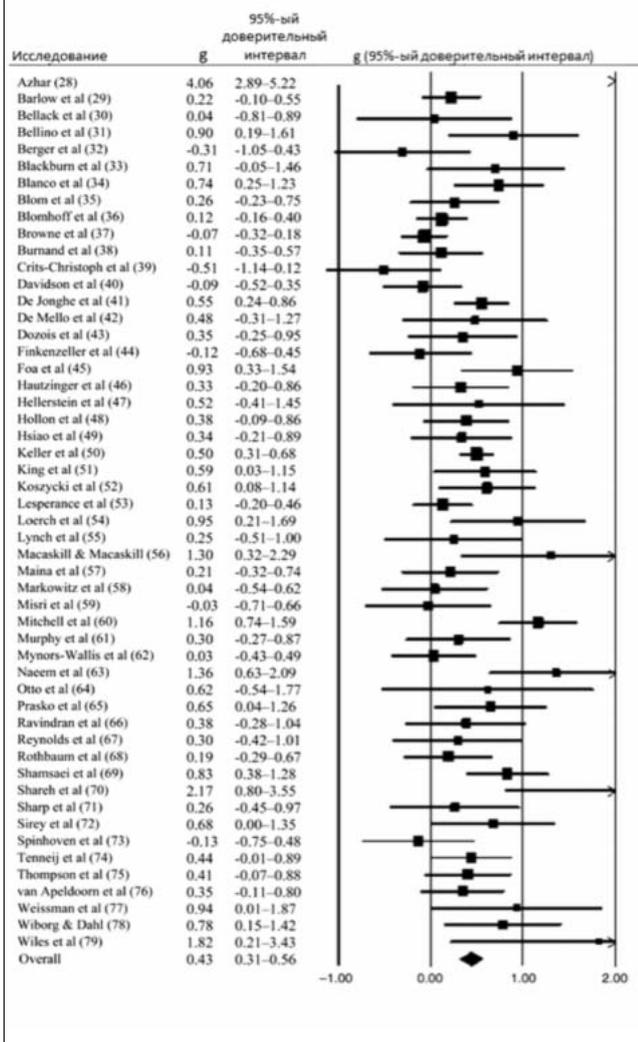
В большей части исследований оцениваемая психотерапевтическая методика являлась вариантом когнитивной и поведенческой терапии, в 9 исследованиях оценивалась ИПТ и еще в 10 работах – другие подходы (в том числе психодинамические). Число терапевтических сессий варьировало в диапазоне от 5 до 56, причем в большинстве случаев ( $n=36$ ) проводилось от 10 до 20 сессий. Среди антидепрессантов в 22 исследованиях изучались СИОЗС, в 13 – ТЦА, в 3 – ИОЗСН, в 4 – ИМАО, а еще в 10 – протоколы диктовали использование разных типов антидепрессантов.

Большинство исследований было проведено в США ( $n = 20$ ) и странах Европы ( $n = 19$ ). Две работы были опубликованы на немецком языке, остальные – на английском.

## Оценка качества

Качество дизайнов исследований было разным (табл. 1). В 21 исследовании сообщалось об адекватных процедурах формирования распределения больных, в 31 – этих данных не приводилось. В 19 исследованиях распределение пациентов проводилось независимой (третьей) стороной. В 39 исследованиях сообщалось о том, что эксперты, оценивающие результаты исследований, не знали о том, какую терапию принимает пациент, либо о том, что в исследовании использовались методики самооценки; в 13 работах информация об ослеплении не предоставлялась. В 31 исследовании анализ проводился на ИТТ-популяции (финальные баллы анализировались для каждого пациента, при этом в отношении пропущенных значений использовался метод их замены последними доступными или осуществлялся их расчёт на основе ранее полученной

**Рисунок 2. Показатели размера эффектов для фармакотерапии в сравнении с комбинированной терапией (фармакотерапия + психотерапия)**



динамики баллов). 13 исследований соответствовали всем четырем критериям качества, 6 – 3 критериям, остальные 33 исследования – двум или меньше критериям.

### Эффекты комбинированной терапии в сравнении с монотерапией антидепрессантами

Для всех 52 исследований общая средняя величина эффекта, указывающая на различие между фармакотерапией и комбинацией фармакотерапии и психотерапии, на момент завершения исследований составила 0,43 (95% ДИ: 0,31-0,56) в пользу комбинированной терапии. Такому размеру эффекта соответствует показатель NNT 4,20. Значения разнородности находились в диапазоне от умеренных до высоких ( $I^2 = 64$ ; 95% ДИ: 52-73). После исключения трех возможных источни-

ков серьезных отклонений с крайне высокими величинами размера эффекта ( $g > 1,5$ ; табл. 2), величина эффекта несколько снизилась ( $g = 0,37$ ; 95% ДИ: 0,27-0,47; NNT = 4,85), однако и гетерогенность уменьшилась до умеренного уровня ( $I^2 = 48$ ). Результаты этих анализов представлены в табл. 2. Древоподобные графики исследований и показатели размеров эффекта приведены на рис. 2.

В отношении конкретных заболеваний были обнаружены свидетельства того, что комбинированная терапия является более эффективной, чем простая фармакотерапия при большом депрессивном расстройстве ( $g = 0,43$ ; 95% ДИ: 0,29-0,57; NNT = 4,20), паническом расстройстве ( $g = 0,54$ ; 95% ДИ: 0,25-0,82; NNT = 3,36) и ОКР ( $g = 0,70$ ; 95% ДИ: 0,14-1,25; NNT = 2,63). Также имеются основания полагать, что комбинированная терапия эффективнее простой фармакотерапии при СТР ( $g = 0,32$ ; 95% ДИ: -0,01-0,71; NNT = 5,56), хотя данная закономерность не является статистически достоверной ( $p < 0,1$ ). В отношении превосходства простой фармакотерапии или комбинированной терапии при дистимии, ПТСР и ГТР не было получено достаточных сведений.

Инспекция воронкообразных графиков и процедуры усечения и заполнения по Дювалю и Твиди свидетельствуют о возможности некоторого риска публикационного искажения. После осуществления соответствующей коррекции общая средняя величина эффекта снизилась с  $g = 0,43$  (NNT = 4,20) до  $g = 0,29$  (95% ДИ: 0,15-0,43; NNT = 6,17; число исследований, по которым осуществлялся пересчет: 10). Тест Эггера значения пересечения графика с осью ординат показал наличие статистически достоверного публикационного искажения (точка intercept: 1,33; 95% ДИ: 0,24-2,42;  $p < 0,01$ ).

Свидетельств того, что при применении комбинированной терапии частота случаев досрочного завершения участия в исследовании была меньше, чем при применении простой фармакотерапии обнаружено не было. Показатель относительного риска для досрочного завершения исследования в 35 исследованиях, в которых этот показатель сообщался, составил RR = 0,99 (95% ДИ: 0,95-1,03;  $I^2 = 24$ ; 95% ДИ: 0-50).

Анализ подгрупп выявил отсутствие существенных различий по показателям размера эффекта между депрессивными и тревожными расстройствами, между различными депрессивными расстройствами (при исключении тревожных расстройств) и между различными тревожными расстройствами (при исключении депрессивной патологии) (таблица 2). Также не обнаружено указаний на то, что величины эффекта различались для различных типов антидепрессантов (СИОЗС; ТЦА; другие антидепрессанты или определенная последовательность их назначений), исследуемых популяций (общая взрослая популяция, особые популяции), форматов психотерапии (индивидуальная или групповая), типов терапии (КПТ; ИПТ; другие), в зависимости от числа сеансов психотерапии (5-9; 10-12; 13-18; >19) и качества проведения исследований (отвечают 3-4 или <3 критериям качества). Обнаружилась тенденция ( $p < 0,1$ ) к тому, что размер эффек-

**Таблица 3. Прямые сравнения между психотерапией, фармакотерапией, их комбинацией и плацебо при тревожных и депрессивных расстройствах (g Хеджеса)**

	Нсравн	g	95% ДИ	I <sup>2</sup>	95% ДИ	NNT
Комбинированная в сравнении с плацебо	11	0,74	0,48-1,01	65	33-82	2,50
Фармакотерапия в сравнении с комбинированной	11	0,37	0,12-0,63	43	0-72	4,85
Фармакотерапия в сравнении с плацебо	11	0,35	0,21-0,49	0	0-60	5,10
Психотерапия в сравнении с комбинированной	11	0,38	0,16-0,59	53	8-76	4,72
Психотерапия в сравнении с плацебо	11	0,37	0,11-0,64	68	41-83	4,85

Нсравн – число сравнений, NNT - показатель числа пациентов, которых необходимо пролечить, чтобы один дополнительный пациент получил выгоду от применения лечения

<b>Таблица 4 Долгосрочные эффекты за время периода наблюдения во включенных в анализ исследованиях: определения благоприятных исходов и относительный риск их наступления</b>				
<b>Исследование</b>	<b>Критерий оценки результатов исследования</b>	<b>Длительность катамнеза (месяцы)</b>	<b>RR</b>	<b>95% ДИ</b>
Barlow et al (29)	Терапевтический ответ по шкале CGI	6-8	1,52	1,07-2,16
Barlow et al (29)	Терапевтический ответ по шкале CGI	9-12	1,39	0,75-2,58
Barlow et al (29)	Ответ по шкале PDSS	6-8	1,52	1,07-2,16
Barlow et al (29)	Ответ по шкале PDSS	9-12	1,31	0,69-2,45
Bellack et al (30)	<10 баллов по шкале BDI + HAMD	6-8	1,30	0,53-3,16
Blanco et al (34)	Ремиссия	3-5	2,07	1,08-3,96
Blanco et al (34)	Терапевтический ответ	3-5	1,61	1,09-2,37
Hautzinger et al (46)	Терапевтический ответ	9-12	1,91	1,07-3,39
Hellerstein et al (47)	Ремиссия	3-5	0,62	0,23-1,66
Hellerstein et al (47)	Терапевтический ответ	3-5	1,53	0,74-3,14
Hollon et al (48)	Отсутствие обострений	9-12	1,87	0,99-3,52
Hollon et al (48)	Отсутствие обострений	13-24	1,73	0,90-3,32
Keller et al (50)	Отсутствие обострений	3-5	1,01	0,95-1,08
Loerch et al (54)	FQ < 10	6-8	1,17	0,79-1,74
Loerch et al (54)	FQ > 50% улучшение	6-8	1,17	0,79-1,74
Lynch et al (55)	BDI<9	6-8	1,29	0,43-3,88
Lynch et al (55)	HAMD <7	6-8	2,35	1,07-5,16
Maina et al (57)	Успешность терапии по шкале CGI	6-8	1,55	0,62-3,86
Maina et al (57)	Терапевтический ответ по HAMD	6-8	1,16	0,47-2,86
Maina et al (57)	Терапевтический ответ по YBOCS	6-8	0,77	0,38-1,58
Mitchell et al (60)	Балл по HAMD<9	3-5	2,08	1,13-3,82
Mitchell et al (60)	Балл по HAMD<9	9-12	1,76	1,01-3,08
Mitchell et al (60)	Балл по HAMD<9	13-24	1,42	0,91-2,23
Murphy et al (61)	Отсутствие обострений	9-12	1,71	0,61-4,80
Mynors-Wallis et al (62)	Выздоровление	9-12	1,18	0,81-1,73
Prasko et al (65)	Отсутствие обострений	3-5	1,62	0,89-2,95
Prasko et al (65)	Отсутствие обострений	9-12	2,16	0,81-5,77
Prasko et al (65)	Отсутствие обострений	13-24	1,94	0,71-5,31
Reynolds et al (67)	Отсутствие обострений	3-5	9,58	2,09-43,94
Sharp et al (71)	FQ-AG: клинически значимое изменение	6-8	1,60	0,88-2,91
Sharp et al (71)	НАМА: клинически значимое изменение	6-8	1,64	0,95-2,82
Sharp et al (71)	Клинически значимое изменение баллов SRT	6-8	2,50	0,88-7,07
van Apeldoorn et al (76)	Ремиссия	6-8	1,48	0,63-3,47
van Apeldoorn et al (76)	Ремиссия	9-12	1,93	0,87-4,27
Wiborg & Dahl (78)	Отсутствие обострений расстройств по DSM	9-12	3,20	1,45-7,05
Wiborg & Dahl (78)	Ремиссия	9-12	3,20	1,45-7,05

BDI – шкала депрессии Бека, CGI – Шкала общего клинического впечатления, FQ – Опросник по страхам, FQ-AG – Опросник по страхам – подшкала агорафобии, НАМА – Шкала тревоги Гамильтона, HAMD – Шкала депрессии Гамильтона, PDSS – шкала оценки послеродовой депрессии, RR – относительный риск, SRT – Шкала Kellner и Sheffield по оценке симптомов, YBOCS- шкала Йеля-Брауна для оценки обсессивно-компульсивных расстройств

та может быть несколько выше в популяциях, отобранных в клинических условиях ( $g = 0,49$ ), по сравнению с популяциями участников, отобранных в общем населении ( $g = 0,27$ ).

Изучено, зависит ли результативность 20 исследований депрессивных расстройств от первоначальной тяжести состояния пациентов. Средняя фоновая тяжесть состояния, согласно шкале оценки депрессии Гамильтона (HAM-D), была умеренной в 16 из 20 исследований (баллы в диапазоне 18-24), серьезной – в 3 исследованиях (балл >24) и легкой – в одном исследовании (балл <18) (80). Мета-регрессионный анализ не выявил свидетельств того, что различие размеров эффекта простой фармакотерапии и комбинированной терапии было обусловлено исходной тяжестью состояния больных (наклон кривой: 0,007; 95% ДИ: 0,022-0,038;  $p=0,63$ ).

### **Комбинированная терапия в сравнении с плацебо**

В 11 из 53 исследований эффект комбинированной терапии можно было сравнить с плацебо (приемом таблеток плацебо) в контрольной группе. Во всех этих исследованиях имелись группы пациентов, получавших только психотерапию (в чистом виде или в сочетании с приемом таблеток плацебо) и получавших только фармакотерапию. Это позволило нам вычислить размеры эффектов, указывающие на различия между фармакотерапией и плацебо, психотерапией (в сочетании или не в сочетании с приемом таблеток плацебо) и плацебо и между комбинированной терапией и плацебо. Зная эти размеры эффектов по отдельности, можно оценить вклад фармакотерапии и психотерапии в эффекты комбинированной терапии.

<b>Таблица 5 Долгосрочные эффекты комбинированной терапии тревожных и депрессивных расстройств в сравнении с простой антидепрессивной терапией: относительный риск благоприятного прогноза</b>						
	<b>Нсравн</b>	<b>RR</b>	<b>95% ДИ</b>	<b>I<sup>2</sup></b>	<b>95% ДИ</b>	<b>NNT</b>
3-5 месяцев после завершения терапии	6	1,60	1,03-2,48	75	43-89	3,41
6-8 месяцев после завершения терапии	7	1,40	1,13-1,73	0	0-71	6,90
9-12 месяцев после завершения терапии	10	1,51	1,25-1,84	13	0-56	4,52
13-24 месяцев после завершения терапии	4	1,49	1,12-1,98	0	0-85	4,35
Суммарный долгосрочный прогноз	19	1,48	1,23-1,78	55	25-73	4,29

Нсравн – число сравнений, NNT - показатель числа пациентов, которых необходимо пролечить, чтобы один дополнительный пациент получил выгоду от применения лечения, RR – относительный риск

Результаты этого анализа приведены в табл. 3. Вычисленные показатели эффектов комбинированной терапии в сравнении с плацебо являются высокими ( $g = 0,74$ ; 95% ДИ: 0,48-1,01;  $NNT = 2,50$ ) при умеренной или высокой гетерогенности данных ( $I^2 = 65$ ; 95% ДИ: 33-82). Величина размера эффекта в сравнении с плацебо в этих 11 исследованиях для фармакотерапии составила  $g=0,35$  (95% ДИ: 0,21-0,49), а для психотерапии –  $g=0,37$  (95% ДИ: 0,11-0,64). Эти результаты свидетельствуют о том, что эффекты психотерапии и фармакотерапии по большей части не зависят друг от друга, и что на долю каждого из них приходится приблизительно по 50% от общего эффекта комбинированной терапии. Независимость эффектов двух типов терапии подтверждают размеры эффектов для фармакотерапии в сравнении с комбинированной терапией ( $g=0,37$  в этой выборке) и для психотерапии в сравнении с комбинированной терапией ( $g=0,38$ ).

### **Различия между фармакотерапией и комбинированной терапией в долгосрочном периоде**

Различия между фармакотерапией и комбинированной терапией в долгосрочном периоде указывались в 19 исследованиях, продолжительность катamnестического наблюдения в которых составила от 3 до 24 месяцев. Поскольку в разных исследованиях использовались разные дефиниции позитивных исходов, в табл. 4 мы привели их определения для каждого исследования и для каждого периода наблюдения.

Относительный риск (RR) положительного исхода для всех периодов наблюдения вместе составил 1,48 (95% ДИ 1,23-1,78;  $NNT=4,29$ ) и выделенных нами четырех периодах наблюдения варьировал в пределах 1,40-1,51 (соответствующие значения  $NNT$  составили 3,41-6,90). В каждом из 4-х катamnестических периодов эффективность комбинированной терапии превосходила эффективность простой фармакотерапии (табл. 5).

### **ОБСУЖДЕНИЕ**

По результатам проведенного мета-анализа были получены отчетливые свидетельства того, что комбинированное применение антидепрессантов и психотерапевтических методик оказалось более эффективным простой монотерапии антидепрессантами. Выявленные различия носили статистически достоверный характер при большом депрессивном и паническом расстройствах, а также при ОКР. Кроме того, при СТР на уровне тенденции к статистически достоверным различиям комбинированная терапия оказалась более эффективной, чем фармакотерапия. При этом при дистимии, ПТСР и ГТР имеющихся данных недостаточно, чтобы сделать заключение о достоверности различий ввиду малого числа исследований и, соответственно,

недостаточной статистической мощности мета-анализа для выявления различий при этих нозологиях. Превосходство комбинированной терапии оставалось достоверным через 1-2 года после завершения лечения.

Нами показано, что превосходство эффекта комбинированной терапии может оказаться переоцененным в связи с публикационным искажением, что соотносится с результатами прежних работ по фармакотерапии (81) и психотерапии (82), показавших наличие данной ошибки в исследованиях в обеих областях. Тем не менее, после осуществления коррекции на публикационное смещение превосходство комбинированной терапии сохранилось на статистически достоверном уровне.

Мы обнаружили также, что различия между фармакотерапией и комбинированной терапией оказались особенно выраженными при оценке популяций, отобранных в клинических условиях, по сравнению с теми, где отбор участников исследований проводился (частично) из общего населения. И хотя данное различие было значимым лишь на уровне тенденции ( $p < 0,1$ ), выявленная закономерность может указывать на то, что те люди, которые активно ищут помощь, "выиграют" больше, чем отобранные из общего населения.

До последнего времени исследования не могли дать ответа на вопрос относительно того, насколько велик эффект комбинированной терапии в сравнении с таблетками плацебо. Согласно полученным нами свидетельствам, эффекты комбинированной терапии в сравнении с плацебо в 2 раза превосходят эффекты простой фармакотерапии в сравнении с плацебо.

До сих не представлялось возможным с достаточной степенью точности сказать, дополняют ли друг друга эффекты фармако- и психотерапии, являются ли они независимыми друг от друга и превышает ли эффективность комбинированной терапии сумму эффектов ее элементов по отдельности. Согласно результатам данного исследования эффекты фармако- и психотерапии являются по большей части самостоятельными, суммируются при их совместном применении и привносят приблизительно одинаковый вклад в общую эффективность комбинированной терапии.

С клинической точки зрения это свидетельствует о том, что психотерапевтическая помощь должна оказываться в больших масштабах, чем это принято в настоящее время в повседневной практике. Большинство пациентов получают либо фармакотерапию, либо психотерапию (16,17), и гораздо меньшему числу назначается комбинированная терапия. Особо часто комбинированная терапия назначается когорте более тяжелых больных. При этом, согласно нашим данным, ее превосходство никак не зависит от изначальной тяжести состояния пациента (по крайней мере, при депрессиях). Поскольку эффекты обоих подходов являются в достаточной степени самостоятельными и не зависят друг от друга, комбинированная терапия должна быть более эффективной и при менее тяжелых случаях.

У этого исследования имеется несколько ограничений. Во-первых, невозможно сравнение фармакотерапии и комбинированной терапии сделать слепым, а это могло являться источником искажения результатов. Во-вторых, то, что многие пациенты, не желающие принимать антидепрессанты, скорее всего отказываются участвовать в исследованиях, может являться источником ошибки иного рода – искажения выборки – которая может ограничивать возможность экстраполировать полученные результаты на более широкие популяции. В-третьих, мы обнаружили значительную гетерогенность среди исследований, которую не представляется возможным полностью объяснить модерированием анализа. Еще одно ограничение связано с тем, что некоторые расстройства в мета-анализе представлены слишком малым числом исследований. Наконец, как фармакотерапию, так и психотерапию мы рассматривали как нечто целостное, хотя на самом деле включенные исследования изучали разные препараты и терапевтические влияния в рамках каждой из этих двух категорий.

Таким образом, настоящее исследование обнаружило превосходство эффектов комбинированной терапии над эффектами простой фармакотерапии, которое сохраняется на протяжении периода до 2 лет после завершения лечения. Полученные результаты указывают на необходимость использования комбинированной терапии в противовес простой фармакотерапии или только психотерапии для лечения распространенных психических расстройств.

#### Библиография:

1. Kessler RC, Berglund P, Demler O et al. National Comorbidity Survey Replication. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 2003;289:3095-105.
2. Kessler RC, Berglund P, Demler O et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62: 593-602.
3. Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S et al. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry* 2004;184: 386-92.
4. Saarni SI, Suvisaari J, Sintonen H et al. Impact of psychiatric disorders on health-related quality of life: general population survey. *Br J Psychiatry* 2007;190:326-32.
5. Berto P, D'Ilario D, Ruffo P et al. Депрессия: cost-of-illness studies in the international literature: a review. *J Ment Health Policy Econ* 2000;3:3-10.
6. Greenberg PE, Birnbaum HG. The economic burden of depression in the US: societal and patient perspectives. *Exp Opin Phar- macother* 2005;6:369-76.
7. Smit F, Cuijpers P, Oostenbrink J et al. Excess costs of common mental disorders: population based cohort study. *J Ment Health Policy Econ* 2006;9:193-200.
8. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 2006;3:e442.
9. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Depression: the treatment and management of depression in adults. Holborn: NICE, 2009.
10. Bauer M, Bschor T, Pfennig A et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders in primary care. *World J Biol Psychiatry* 2007;8:67-104.
11. Bandelow B, Sher L, Bunevicius R et al. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2012;16:77-84.
12. 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)
13. Cuijpers P, Dekker J, Hollon SD et al. Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2009;70:1219-29.
14. Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L et al. Psychological treatment versus combined treatment of depression: a meta-analysis. *Depress Anx* 2009;26:279-88.
15. de Maat SM, Dekker J, Schoevers RA et al. Relative efficacy of psychotherapy and combined therapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Eur Psychiatry* 2007;22:1-8.
16. Olfson M, Marcus SC. National trends in outpatient psychotherapy. *Am J Psychiatry* 2010;167:1456-63.
17. Marcus SC, Olfson M. National trends in the treatment for depression from 1998 to 2007. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:1265-73.
18. Furukawa TA, Watanabe N, Churchill R. Combined psychotherapy plus antidepressants for panic disorder with or without agoraphobia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007 (1): CD004364.
19. Hofmann SG, Sawyer AT, Korte KJ et al. Is it beneficial to add pharmacotherapy to cognitive-behavioral therapy when treating anxiety disorders? A meta-analytic review. *Int J Cogn Ther* 2009; 2:160-75.
20. Higgins JPT, Green S (eds). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. Version 5.0.1. Oxford: Cochrane Collaboration, 2008.
21. Hedges LV, Olkin I. *Statistical methods for meta-analysis*. San Diego: Academic Press, 1985.
22. Kraemer HC, Kupfer DJ. Size of treatment effects and their importance to clinical research and practice. *Biol Psychiatry* 2006;59:990-6.
23. Laupacis A, Sackett DL, Roberts RS. An assessment of clinically useful measures of the consequences of treatment. *N Engl J Med* 1988;318:1728-33.
24. Higgins JP, Thompson SG, Deeks JJ et al. Measuring inconsistency in meta-analyses. *BMJ* 2003;327:557-60.
25. Ioannidis JPA, Patsopoulos NA, Evangelou E. Uncertainty in heterogeneity estimates in meta-analyses. *BMJ* 2007;335:914-6.
26. Orsini N, Higgins J, Bottai M et al. *Heterogi: Stata module to quantify heterogeneity in a meta-analysis*. Boston: Boston College Department of Economics, 2005.
27. Duval S, Tweedie R. Trim and fill: a simple funnel-plot-based method of testing and adjusting for publication bias in meta-analysis. *Biometrics* 2000;56:455-63.
28. Azhar MZ. Comparison of Fluvoxamine alone, Fluvoxamine and cognitive psychotherapy and psychotherapy alone in the treatment of panic disorder in Kelantan - implications for management by family doctors. *Med J Malaysia* 2000;55:402-8.
29. Barlow DH, Gorman JM, Shear MK et al. Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000;283:2529-36.
30. Bellack AS, Hersen M, Himmelhoch J. Social skills training compared with pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of unipolar depression. *Am J Psychiatry* 1981;138:1562-67.
31. Bellino S, Zizza M, Camilla R et al. Combined treatment of major depression in patients with borderline personality disorder: a comparison with pharmacotherapy. *Am J Psychiatry* 2006;51:253-60.
32. Berger P, Sachs G, Amering M et al. Personality disorder and social anxiety predict delayed response in drug and behavioral treatment of panic disorder. *J Affect Disord* 2004;80:75-8.
33. Blackburn IM, Bishop S, Glen AI et al. The efficacy of cognitive therapy in depression: a treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combination. *Br J Psychiatry* 1981;139:181-9.
34. Blanco C, Heimberg RG, Schneier FR et al. A placebo-controlled trial of phenelzine, cognitive behavioral group therapy, and their combination for social anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:286-95.

35. Blom MB, Spinhoven P, Hoffman T et al. Severity and duration of depression, not personality factors, predict short term outcome in the treatment of major depression. *J Affect Disord* 2007;104: 119-26.
36. Blomhoff S, Haug TT, Hellstrom K et al. Randomised controlled general practice trial of sertraline, exposure therapy and combined treatment in generalised social phobia. *Br J Psychiatry* 2001;179:23-30.
37. Browne G, Steiner M, Roberts J et al. Sertraline and/or interpersonal psychotherapy for patients with dysthymic disorder in primary care: 6-month comparison with longitudinal 2-year follow-up of effectiveness and costs. *J Affect Disord* 2002;68:317-30.
38. Burnand Y, Andreoli A, Kolatte E et al. Psychodynamic psychotherapy and clomipramine in the treatment of major depression. *Psychiatr Serv* 2002;53:585-90.
39. Crits-Christoph P, Newman MG, Rickels K et al. Combined medication and cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord* 2011;25:1087-94.
40. Davidson JRT, Foa EB, Huppert JD et al. Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy, and placebo in generalized social phobia. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:1005-13.
41. de Jonghe F, Kool S, van Aalst G et al. Combining psychotherapy and antidepressants in the treatment of depression. *J Affect Disord* 2001;64:217-29.
42. de Mello MF, Myczcowisk LM, Menezes PR. A randomized controlled trial comparing moclobemide and moclobemide plus interpersonal psychotherapy in the treatment of dysthymic disorder. *J Psychother Pract Res* 2001;10:117-23.
43. Dozois DJA, Bieling PJ, Patelis-Siotis I et al. Changes in self-schema structure in cognitive therapy for major depressive disorder: a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 2009;77:1078-88.
44. Finkenzeller W, Zobel I, Rietz S et al. Interpersonal psychotherapy and pharmacotherapy for post-stroke depression. Feasibility and effectiveness. *Nervenarzt* 2009;80:805-12.
45. Foa EB, Liebowitz MR, Kozak MJ et al. Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2005;162:151-61.
46. Hautzinger M, de Jong-Meyer R, Treiber R et al. Wirksamkeit Kognitiver Verhaltenstherapie, Pharmaco-therapie und deren Kombination bei nicht-endogenen, unipolaren Depressionen. *Zeitschr Klin Psychol* 1996;25:130-45.
47. Hellerstein DJ, Little SAS, Samstag LW et al. Adding group psychotherapy to medication treatment in dysthymia: a randomized prospective pilot study. *J Psychother Pract Res* 2001;10:93-103.
48. Hollon SD, DeRubeis RJ, Evans MD et al. Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: singly and in combination. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:774-81.
49. Hsiao FH, Jow GM, Lai YM et al. The long-term effects of psychotherapy added to pharmacotherapy on morning to evening diurnal cortisol patterns in outpatients with major depression. *Psychother Psychosom* 2011;80:166-72.
50. Keller MB, McCullough JP, Klein DN et al. A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *N Engl J Med* 2000;342:1462-70.
51. King ALS, Valenca AM, de Melo-Neto VL et al. Efficacy of a specific model for cognitive-behavioral therapy among panic disorder patients with agoraphobia: a randomized clinical trial. *Sao Paulo Med J* 2011;129:325-34.
52. Koszycki D, Taljaard M, Segal Z et al. A randomized trial of sertraline, self-administered cognitive behavior therapy, and their combination for panic disorder. *Psychol Med* 2011;41:373-83.
53. Lesperance F, Frasur-Smith N, Koszycki D et al. Effects of citalopram and interpersonal psychotherapy on depression in patients with coronary artery disease: the Canadian Cardiac Randomized Evaluation of Antidepressant and Psychotherapy Efficacy (CREATE) trial. *JAMA* 2007;297:367-79.
54. Loerch B, Graf-Morgenstern M, Hautzinger M et al. Randomised placebo-controlled trial of moclobemide, cognitive-behavioural therapy and their combination in panic disorder with agoraphobia. *Br J Psychiatry* 1999;174: 205-12.
55. Lynch TR, Morse JQ, Mendelson T et al. Dialectical behavior therapy for depressed older adults: a randomized pilot study. *Am J Geriatr* 2003;11:33-45.
56. Macaskill ND, Macaskill A. Rational-emotive therapy plus pharmacotherapy vs. pharmacotherapy alone in the treatment of high cognitive dysfunction depression. *Cogn Ther Res* 1996;20: 575-92.
57. Maina G, Rosso G, Rigardetto S et al. No effect of adding brief dynamic therapy to pharmacotherapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder with concurrent major depression. *Psychother Psychosom* 2010;79: 295-302.
58. Markowitz JC, Kocsis JH, Bleiberg KL et al. A comparative trial of psychotherapy and pharmacotherapy for "pure" dysthymic patients. *J Affect Disord* 2005;89:167-75.
59. Misri S, Reebye P, Corral M et al. The use of paroxetine and cognitive-behavioral therapy in postpartum depression and anxiety: a randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry* 2004;65:1236-41.
60. Mitchell PH, Veith RC, Becker KJ et al. Brief psychosocial-behavioral intervention with antidepressant reduces post-stroke depression significantly more than usual care with antidepressant: living well with stroke: randomized, controlled trial. *Stroke* 2009;40:3073-8.
61. Murphy GE, Simons AD, Wetzel RD et al. Cognitive therapy and pharmacotherapy. Singly and together in the treatment of depression. *Arch Gen Psychiatry* 1984;41:33-41.
62. Mynors-Wallis LM, Gath DH, Day A et al. Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. *BMJ* 2000;320:26-30.
63. Naeem F, Waheed W, Gobbi M et al. Preliminary evaluation of culturally sensitive CBT for depression in Pakistan: findings from Developing Culturally-sensitive CBT Project (DCCP). *Behav Cogn Psychother* 2011;39:165-73.
64. Otto MW, Hinton D, Korbly NB et al. Treatment of pharmacotherapy-refractory posttraumatic stress disorder among Cambodian refugees: a pilot study of combination treatment with cognitive-behavior therapy vs sertraline alone. *Behav Res Ther* 2003;41:1271-6.
65. Prasko J, Dockery C, Horacek J et al. Moclobemide and cognitive behavioral therapy in the treatment of social phobia. A six-month controlled study and 24 months follow up. *Neuroendocrinol Lett* 2006;27:473-81.
66. Ravindran AV, Anisman H, Merali Z et al. Treatment of primary dysthymia with group cognitive therapy and pharmacotherapy: clinical symptoms and functional impairments. *Am J Psychiatry* 1999;156:1608-17.
67. Reynolds CF 3rd, Miller MD, Pasternak RE et al. Treatment of bereavement-related major depressive episodes in later life: a controlled study of acute and continuation treatment with nortriptyline and interpersonal psychotherapy. *Am J Psychiatry* 1999;156: 202-8.
68. Rothbaum BO, Cahill SP, Foa EB et al. Augmentation of sertraline with prolonged exposure in the treatment of post-traumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 2006;19:625-38.
69. Shamsaei F, Rahimi A, Zarabian MK et al. Efficacy of pharmacotherapy and cognitive therapy, alone and in combination in major depressive disorder. *Hong Kong J Psychiatry* 2008;18:76-80.
70. Shareh H, Gharræe B, Atef-Vahid MK et al. Metacognitive Therapy (MCT), fluvoxamine, and combined treatment in improving obsessive-compulsive, depressive and anxiety symptoms in patients with Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2010;4:17-25.
71. Sharp DM, Power KG, Simpson RJ et al. Fluvoxamine, placebo, and cognitive behaviour therapy used alone and in combination in the treatment of panic disorder and agoraphobia. *J Anxiety Dis* 1996;10:219-42.

72. Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS. The Treatment Initiation Program: an intervention to improve depression outcomes in older adults. *Am J Psychiatry* 2005;162:184-6.
73. Spinhoven P, Onstein EJ, Klinkhamer RA et al. Panic management, trazodone and a combination of both in the treatment of panic disorder. *Clin Psychol Psychother* 1996;3: 86-92.
74. Tenneij NH, Megen HJ, Denys DAJP et al. Behavior therapy augments response of patients with obsessive-compulsive disorder responding to drug treatment. *J Clin Psychiatry* 2005;66: 1169-75.
75. Thompson LW, Coon DW, Gallagher-Thompson D et al. Comparison of desipramine and cognitive/behavioral therapy in the treatment of elderly outpatients with mild-to-moderate depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001;9: 225-40.
76. van Apeldoorn FJ, van Hout WJPJ, Huisman M et al. Is a combined therapy more effective than either CBT or SSRI alone? Results of a multicenter trial on panic disorder with or without agoraphobia. *Acta Psychiatr Scand* 2008;17: 260-70.
77. Weissman MM, Prusoff BA, Dimascio A et al. The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes. *Am J Psychiatry* 1979;136:555-8.
78. Wiborg IM, Dahl AA. Does brief dynamic psychotherapy reduce the relapse rate of panic disorder? *Arch Gen Psychiatry* 1996;53: 689-94.
79. Wiles NJ, Hollinghurst S, Mason V et al. A randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy in primary care based patients with treatment resistant depression: a pilot study. *Behav Cogn Psychother* 2008;36:21-33.
80. Katz R, Shaw BF, Vallis TM et al. The assessment of severity and symptom patterns in depression. In: Beckham EE, Leber WR (eds). *Handbook of depression*, 2nd ed. New York: Guilford, 1995:61-85.
81. Turner EH, Matthews AM, Linardatos E et al. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *N Engl J Med* 2008;358:252-60.
82. Cuijpers P, Smit F, Bohlmeijer et al. Is the efficacy of cognitive behaviour therapy and other psychological treatments for adult depression overestimated? A meta-analytic study of publication bias. *Br J Psychiatry* 2010;196:173-8.
83. Friedman MA, Detweiler-Bedell JB, Leventhal HE et al. Combined psychotherapy and pharmacotherapy for the treatment of major depressive disorder. *Clin Psychol Sci Pract* 2004;11:47-68.
84. Otto MW, Smits JAJ, Reese HE. Combined psychotherapy and pharmacotherapy for mood and anxiety disorders in adults: review and analysis. *Clin Psychol Sci Pract* 2005;12:72-86.

DOI 10.1002/wps.20089

# Терапевтическое применение метода сэмплирования переживаний в лечении депрессии: рандомизированное контролируемое исследование

INGRID KRAMER<sup>1,2</sup>, CLAUDIA J.P. SIMONS<sup>1,2</sup>, JESSICA A. HARTMANN<sup>1,2</sup>, CLAUDIA MENNE-LOTHMANN<sup>2</sup>, WOLFGANG VIECHTBAUER<sup>2</sup>, FRENK PEETERS<sup>2</sup>, KOEN SCHRUERS<sup>2</sup>, ALEX L. VAN BEMMEL<sup>1,2</sup>, INEZ MYIN-GERMEYS<sup>2</sup>, PHILIPPE DELESPAUL<sup>2,3</sup>, JIM VAN OS<sup>2,4</sup>, MARIEKE WICHERS<sup>2</sup>

<sup>1</sup>GGzE, Institute of Mental Health Care Eindhoven and the Kempen, P.O. Box 909, 5600 AX Eindhoven, The Netherlands (Нидерланды);

<sup>2</sup>Department of Psychiatry and Psychology, Maastricht University Medical Centre, European Graduate School of Neuroscience, SEARCH, P.O. Box 616, 6200 MD Maastricht, The Netherlands (Нидерланды);

<sup>3</sup>Mondriaan Mental Health Trust, South Limburg, The Netherlands; <sup>4</sup>King's College London, Department of Psychosis Studies, Institute of Psychiatry, London, UK (Великобритания)

Перевод: Курсаков А.А.

Редактура: Фролов А.М.

*При депрессии способность испытывать позитивные аффективные переживания в повседневной жизни предопределяет выздоровление и снижает частоту рецидивов. Вмешательства на основе метода сэмплирования переживаний (МСП-В) идеально подходят для выявления индивидуальных паттернов позитивного аффекта с учетом ситуационного контекста. Целью данного исследования была оценка целесообразности и эффективности связи в отношении редукции депрессивной симптоматики дополнительного вмешательства в виде обратной связи на основе МСП в индивидуальных паттернах позитивного аффекта. Принимавшие участие в контролируемом исследовании амбулаторные пациенты с депрессией (n=102), получающие фармакологическое лечение разделялись на три группы: экспериментальная группа, получавшая дополнительную обратную связь на основе МСП, псевдоэкспериментальная группа, применявшая МСП, но не получавшая обратной связи, а также контрольная группа. В отношении экспериментальной группы применялась процедура МСП (3 дня в неделю в течение 6 недель) с использованием карманного компьютера. Эта группа получала еженедельную стандартизированную обратную связь об индивидуальных паттернах позитивного аффекта. До и после вмешательства проводились обследования с помощью Шкалы депрессии Гамильтона-17 (HDRS) и Опросника депрессивных симптомов (IDS). В течение периода наблюдения сроком 6 месяцев обследование с помощью HDRS и IDS проводилось пять раз. Дополнение в виде обратной связи на основе МСП привело к статистически и клинически значимому снижению общего балла HDRS по сравнению с группой контроля (p<0,01; снижение на 25,5 баллов по HDRS за 6 месяцев). В сравнении с псевдоэкспериментальной группой клинически значимое снижение суммарного балла HDRS проявилось на 6-м месяце (B=23,6, p=0,053). Депрессивные симптомы, выявленные при самоопросе (IDS), с течением времени имели аналогичную динамику. Использование МСП-В оказалось приемлемым для пациентов, а обратная связь понималась ими без затруднений. Пациенты старались применить предложения, которые давались им в обратной связи на основе МСП, в своей повседневной жизни. Полученные результаты позволяют утверждать, что эффективность традиционного пассивного фармакологического подхода к лечению большой депрессии может быть увеличена за счет использования информации из повседневной жизни конкретных людей об их позитивных аффективных переживаниях.*

**(World Psychiatry 2014;13:68–77)**

Согласно Всемирной организации здравоохранения, депрессия является одной из ведущих причин нетрудоспособности (1). Повышение эффективности фармако- и психотерапии рассматривается в качестве приоритетной задачи. В результате расширения возможностей наблюдения депрессивной симптоматики за пределами кабинета врача, оценка контекстуальных влияний на нее могла бы стать более полной и индивидуальной, что в результате могло бы привести к повышению эффективности существующих подходов к лечению.

Показано, что мониторинг на основе самоотчета (само-мониторинг), подразумевающий ретроспективную письменную оценку настроения один раз в день, снижает уровень депрессивной симптоматики (2-4). В то же время, учитывая, что данные самоотчета, полученные ретроспективным путем, подвержены конгруэнтным настроению эмоциональным и когнитивным

искажениям (5), использование проспективной оценки, регулярно осуществляемой в повседневной жизни, может применяться для повышения надежности оценки, поскольку дает более детальную картину динамики депрессивной симптоматики и способствует оптимизации терапевтической тактики. При этом цифровой формат оценки обладает преимуществом перед письменным, поскольку данные становятся доступными моментально.

Проспективный цифровой мониторинг в режиме «здесь и сейчас» широко используется в разных областях медицины. Продолжительный мониторинг, в частности, используется в лечении гипертензии и диабета (суточный мониторинг артериального давления или плазменной концентрации глюкозы). Однако в области психического здоровья это направление остается неосвоенным. В последнее время разработан ряд методов электронной моментальной оценки состояния,

эквивалентных мобильным средствам амбулаторной оценки медицинских показателей. Эти техники представляют собой комбинацию методов сэмплирования переживаний (МСП) с новыми электронными средствами, такими как PsyMate (6), позволяющими осуществлять непосредственную электронную регистрацию данных. МСП включает многократную оценку аффективных переживаний и контекста в потоке повседневной жизни (7-9).

До недавнего времени МСП использовался только в рамках исследований, направленных на идентификацию паттернов и механизмов возникновения психопатологических проявлений (10-14). Однако появление индивидуальных цифровых помощников (ИЦП) и сетевых приложений обеспечило мгновенный доступ к информации из реальной жизни – как самим пациентам, так и оказывающим им помощь специалистам. Это дает возможность для проведения МСП вмешательств (МСП-В), которые способны переводить имплицитные динамические паттерны реальной жизни в эксплицитные, визуализированные и поддающиеся подсчету конфигурации, благодаря чему появляется возможность модифицировать дисфункциональные паттерны. МСП-В имеет дополнительное преимущество, которое заключается в том, что оно легко может выполняться в рамках стандартного подхода к оказанию психиатрической помощи и не требует значительных инвестиций со стороны клиницистов (6, 11). Таким образом, МСП-В представляет собой новый практичный подход к улучшению персонализированной помощи в сфере психического здоровья и обещает стать популярным в клинической практике мобильным средством (10-13, 15).

Новой и интересной разработкой является само-мониторинг в условиях реальной жизни, при котором МСП-В используется у пациентов с депрессией для изучения индивидуальных паттернов позитивного аффекта и контекста, в котором он испытывается. Многочисленные исследования последнего времени (16-19), продемонстрировали важность системы вознаграждения и позитивных аффективных переживаний для устойчивости к возникновению депрессии. Было показано, что именно явления позитивного аффекта в большей степени, чем противоположные им проявления негативного аффекта способны предопределять восстановление от депрессии (20-23). Более того, в недавнем рандомизированном контролируемом исследовании упор на вмешательства, повышающие уровень позитивных аффективных переживаний в условиях реальной жизни, был связан со значительным снижением выраженности депрессивной симптоматики (22). Таким образом, следующий шаг в лечении депрессии – определить, может ли само-мониторинг использоваться в качестве вмешательства, нацеленного на изучение индивидуальных паттернов позитивного аффекта. Индивидуальная обратная связь, сфокусированная на позитивном аффекте и контексте его возникновения, может быть полезной как для пациента, так и для специалиста – в процессе поиска индивидуальных возможностей его усиления и, вследствие этого, восстановления от депрессии.

Хотя вышеозначенные аргументы позволяют предположить, что МСП-В представляет собой новый подход, несущий в себе потенциал для улучшения качества лечения в сфере психического здоровья, необходимо учитывать осуществимость этого подхода на практике, а также пожелания пациентов. Необходимо знать, как чувствуют себя пациенты при проведении этой процедуры и то, способны и хотят ли они в ней участвовать. Исходя из этого, данное исследование имело своей целью определить: а) может ли использоваться индивидуальная обратная связь на основе МСП в комбинации со стандартными антидепрессивными препаратами в качестве эффективного дополнения в лече-

нии депрессивной симптоматики, направленного на усиление ресурсов пациента в отношении переживаний позитивного аффекта; б) можно ли считать МСП-В осуществимым на практике и полезным для пациентов.

Насколько, нам известно, это первое рандомизированное контролируемое исследование с применением МСП в качестве нового терапевтического вмешательства у пациентов с депрессией, нацеленное на улучшение индивидуальных подходов к лечению.

## МЕТОДЫ

### Участники и дизайн

Амбулаторные пациенты с депрессией, последовательно обращавшиеся за помощью в психиатрические учреждения, обслуживающие прикрепленные к ним районы нидерландских городов Эндховен и Маастрихт, включались в исследование по результатам визитов к их лечащим врачам. Кроме того, набор пациентов в тех же районах проводился вне контакта со службами охраны психического здоровья посредством распространения постеров и флаеров в учреждениях здравоохранения и местных средствах массовой информации. Набор осуществлялся с января 2010 до февраля 2012 года.

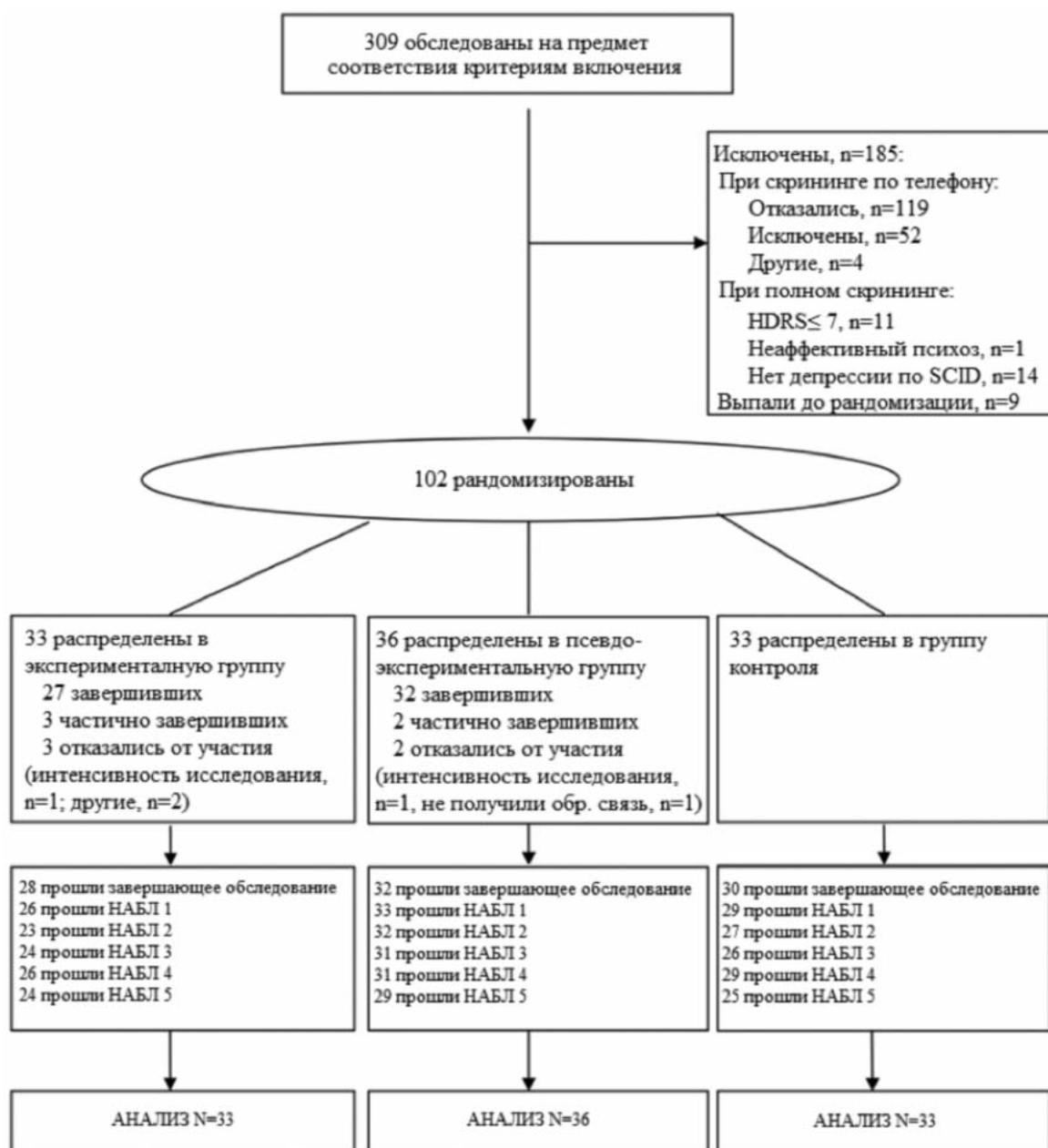
Критерии включения были следующими: возраст от 18 до 65 лет; соответствие критериям DSM-IV-TR для депрессивного эпизода с текущим баллом по Шкале депрессии Гамильтона-17 (HDRS) (24) не менее 8 (т.е. выше отрезной точки для ремиссии, но включая резидуальные депрессивные состояния); текущая фармакотерапия антидепрессантами или стабилизаторами настроения; хорошее зрение; достаточное владение нидерландским языком; отсутствие на момент обращения или в анамнезе пациента диагноза неаффективного психотического расстройства; отсутствие (гипо-) маниакального или смешанного эпизода в течение последнего месяца.

Протокол исследования был утвержден Медицинским этическим комитетом Медицинского центра Маастрихтского университета. Все участники дали информированное согласие. Исследование было зарегистрировано в Нидерландском реестре исследований (идентификационный номер: NTR1974).

Рандомизированное контролируемое испытание проводилось на трех терапевтических группах. После включения пациенты случайным образом распределялись в экспериментальную, псевдоэкспериментальную и контрольную группы. Помимо стандартного лечения (СЛ), пациенты экспериментальной группы проходили процедуру МСП (три дня в неделю в течение 6-недельного периода) с использованием карманного компьютера. Эта группа еженедельно получала стандартизованную обратную связь об индивидуальных паттернах позитивного аффекта. Обратная связь направлялась как пациенту, так и специалисту в области психического здоровья. Псевдоэкспериментальная группа также принимала участие в МСП процедуре (три дня в неделю в течение 6-недельного периода) в дополнение к СЛ, но без обратной связи. Контрольная группа не получала никаких вмешательств в дополнение к СЛ.

Рандомизация (распределение в соотношении 1:1:1) осуществлялась с учетом продолжительности терапии антидепрессантами (первое назначение или замена антидепрессанта / поддерживающее лечение, т.е. лечение антидепрессантом или стабилизатором настроения в течение менее / более чем 8 недель до включения в исследование), а также текущей психотерапии (проводилась или нет). Рандомизационная последовательность в блоках по 6 значений (с использованием генератора случайных чисел на Интернет сайте [random.org](http://random.org)) была получена первым автором данной работы. Независимый научный сотрудник записал код

Рисунок 1. Алгоритм исследования. HDRS – Шкала депрессии Гамильтона-17, SCID- Структурированное клиническое интервью для расстройств I оси DSM-IV, НАБЛ 1-5 – обследования в рамках периода наблюдения.



рандомизации в запечатанные пронумерованные конверты. После завершения всех первичных исследований, интервьюер распределял участников по их лечебным режимам на основании кода рандомизации из запечатанного конверта (который открывался в соответствии с порядком последовательности). Интервьюеры не были «ослеплены» по отношению к распределению пациентов по режимам терапии.

### Процедура

Рисунок 1 отражает схему включения пациентов и процедуру исследования. Протокол исследования включал телефонное интервью, скрининг, первичное обследование (неделя 0), шестинедельный период вмешательства (недели 1 – 6), завершающее обследование (неделя 7) и пять обследований в период наблюдения (на 8, 12, 16, 20 и 32 неделе). Общая продолжительность исследования, начиная с первичного обследования (неделя 0) и до его окончания, составила 32 недели.

Процесс набора начинался с короткого телефонного опроса, осуществлявшегося психологом или психиатром с целью определения соответствия критериям включения. В процессе скрининга пациенты проходили Клиническое интервью для расстройств I оси DSM-IV (SCID-I) (25), заполнялись шкала HDRS и Опросник депрессивных симптомов (IDS-SR) (26). Полуструктурированное интервью HDRS и самоопросник IDS, предназначенные для оценки тяжести депрессивных симптомов, заполнялись при первичном обследовании, завершающем обследовании и в период наблюдения. IDS использовался в качестве оценочного инструмента, независимого от интерпретации интервьюера. Оценка МСП производилась в рамках первичного обследования (неделя 0), в течение 6-недельного периода вмешательства (1 – 6 неделя) и на завершающем обследовании (неделя 7). Возможность осуществления процедуры оценки МСП и желание пациентов получить обратную связь о позитивном аффекте на основе МСП

изучались при помощи специфических вопросов с оценкой по семибальной шкале Лайкерта (от 1 = «совсем нет» до 7 = «в большой степени»).

Процедура МСП осуществлялась согласно предыдущим исследованиям (7, 27-29). Недавно разработанный карманный компьютер PsyMate использовался для цифрового сбора повседневной информации о текущем уровне позитивного аффекта в режиме реального времени, во взаимосвязи с текущим ситуационным контекстом и активностью. PsyMate был запрограммирован таким образом, чтобы производить звуковой сигнал 10 раз в день со случайной периодичностью в каждый из десяти 90-минутных временных периодов между 7.30 и 22.30 часами. С каждым сигналом участники при помощи PsyMate заполняли в электронном виде короткий «сигнальный опросник», содержащий вопросы о текущем аффекте (4 о позитивном и 6 о негативном), а также о текущем ситуационном контексте и активности («повседневная активность», «присутствующие люди», «физическая активность» и «события»). Показатели позитивного аффекта PsyMate включали прилагательные «веселый», «удовлетворенный», «увлеченный» и «расслабленный» (22). Негативный аффект регистрировался посредством прилагательных «грустный», «подозрительный», «виноватый», «одинокий», «раздраженный» и «тревожный». Субъективная оценка производилась по семибальной шкале Лайкерта (в диапазоне от 1 = «совсем нет» до 7 = «в большой степени»). Участников просили заполнять сигнальный опросник как можно быстрее после сигнала.

В процессе 5-дневного первичного МСП-обследования и 5-дневного завершающего обследования каждый день заполнялось по 10 сигнальных опросников. Общее количество сигнальных опросников, таким образом, составило по 50 штук для первичного и завершающего обследования МСП. В течение 6-недельного периода вмешательства участники заполняли по 10 сигнальных опросников в день три дня в неделю подряд (10 x 3 x 6 = 180 опросников).

Процедура МСП разъяснялась на вводном инструктивном совещании, а для того чтобы убедиться, что участники поняли вопросы и принцип работы устройства, проводилось практическое занятие. Опрос относительно удобства проведения МСП процедуры с помощью PsyMate планировался на момент окончания первичного этапа оценки МСП.

## Вмешательства

Экспериментальная группа получала стандартизированную обратную связь на основе МСП. Обратная связь предоставлялась непосредственно вслед за еженедельной МСП процедурой. Во время очных встреч обратная связь давалась исследователем (психологом или психиатром). Обратная связь о текущем аффективном состоянии участников в специфическом повседневном контексте и связи с депрессивными симптомами представлялась в вербальном, письменном или в графическом формате (рисунок 2). Обратная связь показывала актуальные уровни позитивного аффекта (средние значения показателей «веселый», «удовлетворенный», «увлеченный» и «расслабленный») в контексте повседневной активности (рисунки 2а и 2б), различных событий и социальной обстановке. Вторая часть обратной связи показывала изменения в уровне позитивного аффекта (рисунок 2в) и число депрессивных жалоб на протяжении МСП вмешательства.

Обратная связь на основе МСП была разделена на три модуля. В каждом модуле последовательно добавлялся новый элемент. Первые сеансы обратной связи (1 и 2) были сфокусированы на позитивных аффективных переживаниях, испытываемых во время различной активности. Третий и четвертый сеансы обратной связи дополнялись тем, что фокусировались на явлениях позитивного аффекта, имевших место после

событий повседневной жизни, различая при этом аффективные переживания во время событий, относимых за счет внутреннего или внешнего локуса контроля. Наконец, на пятом и шестом сеансе обратной связи дополнительное внимание уделялось позитивному аффекту в процессе повседневного социального взаимодействия.

## Мнение участников о процедурах обратной связи оценивалось на завершающем обследовании.

Псевдоэкспериментальная группа проходила ту же самую процедуру, что и экспериментальная, за исключением обратной связи. Для того чтобы избежать влияния разной продолжительности сеансов, сеансы этой группы были заполнены альтернативной активностью (дополнительное интервью HDRS).

## Статистический анализ

Статистические анализы проводились с использованием программы STATA 12.1 (30). Данные имели иерархическую структуру, так как множественные оценки депрессивных симптомов по HDRS и IDS каждого пациента были объединены в кластеры.

Сначала, для того чтобы исследовать влияние распределения по терапевтическим группам на течение депрессивных симптомов, средние значения общего балла HDRS были разбиты по времени (в неделях от первичного обследования до последнего обследования периода наблюдения) для каждой из трех групп. Наилучшее согласие обеспечивалось линейной моделью (время) для экспериментальной и контрольной групп и полиномиальной моделью (время и время<sup>2</sup>) для псевдоэкспериментальной группы.

Далее использовалась команда XTMIXED для проведения многоуровневого регрессионного анализа с двусторонним взаимодействием между временем (в неделях) и распределения по терапии как фиксированными эффектами и параметрами как случайными свободными членами и случайным отклонением по времени. Коварианта была бесструктурной. Команда LINCOM использовалась для подсчета оцениваемых межгрупповых эффектов. Разница в три или более балла по HDRS априори считалась клинически значимой (31, 32).

Расчеты мощности с использованием команды SAMP-SI программы STATA (30) основывались на предыдущей работе (33) и привели к размеру первоначальной выборки равной 120, с мощностью 84 %, чтобы обнаружить различия в 3 балла по суммарному баллу HDRS (31, 32). Однако из-за того, что многие участники были исключены, доля включенных пациентов оказалась ниже ожидаемой. Окончательное число пациентов, вошедших в исследование, было равно 102.

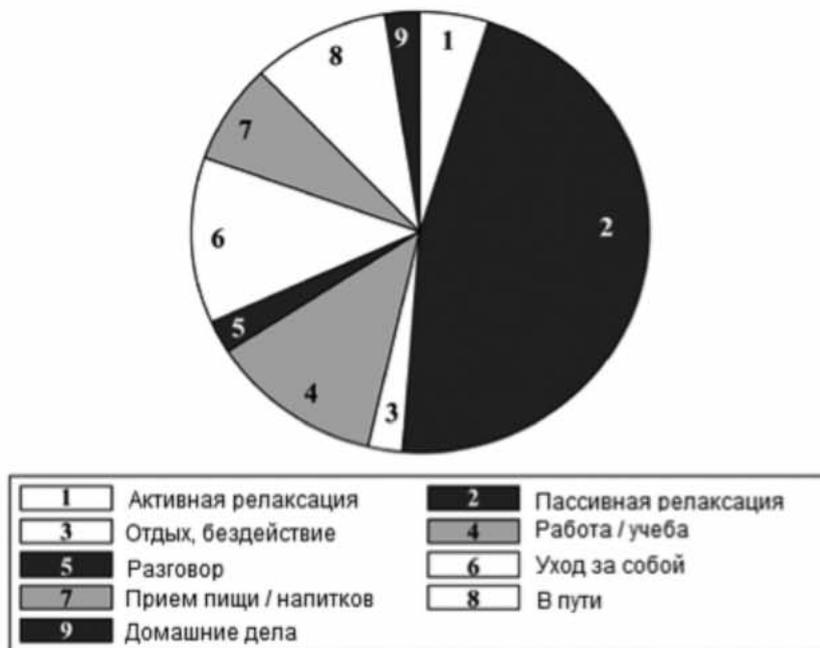
## РЕЗУЛЬТАТЫ

Характеристики выборки на момент скрининга показаны в таблице 1. Больших или значимых различий в социодемографических показателях между группами не было, но на момент скрининга были выявлены некоторые различия в клинических характеристиках. По сравнению с псевдоэкспериментальной и контрольной группой, пациенты экспериментальной группы чаще применяли литий и демонстрировали более низкие показатели общего балла HDRS и IDS (таблица 1). Групповые различия по HDRS и IDS или приему лития оказались незначимыми при первичном обследовании (двумя неделями позже, т.е. перед самым началом вмешательства) ( $F(2;98)=1.00$ ,  $p=0,37$ ;  $F(2;98)=1,52$ ,  $p=0,22$ , а  $\chi^2(2)=4,65$ ,  $p=0,10$ , соответственно).

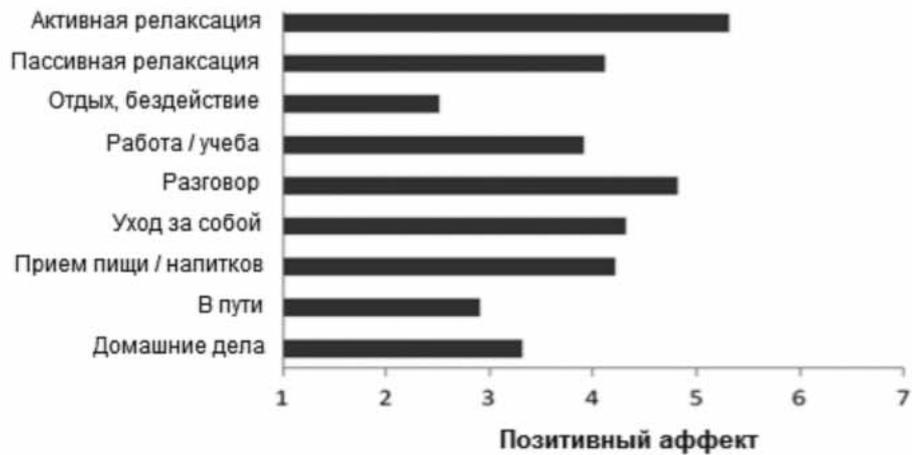
Из 102 рандомизированных пациентов 93 прошли хотя бы одно обследование по HDRS на протяжении периода после окончания вмешательства, длившегося около 6 месяцев. Не было больших или значимых межгрупповых различий по результатам хотя бы однократ-

Рисунок 2. Примеры диаграмм обратной связи. (а) Количество времени, проведенного за выполнением различных типов активности. (б) Количество позитивных аффективных переживаний, полученных в процессе различных типов активности. (в) Средний уровень позитивного аффекта на протяжении 6-недельного периода вмешательства.

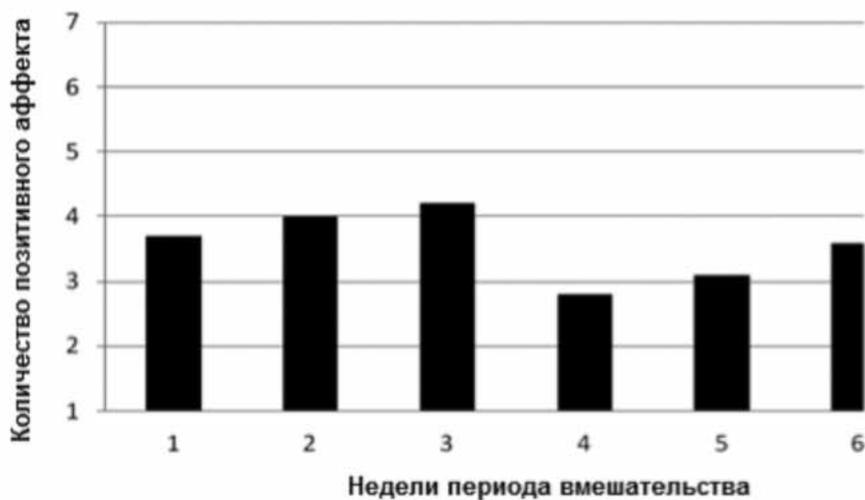
**а**



**б**



**в**



<b>Таблица 1. Демографические и клинические характеристики исследованной выборки на момент скрининга</b> HDRS – Шкала депрессии Гамильтона, IDS – Опросник депрессивных симптомов, GAF – Глобальная оценка функционирования. CO – стандартное отклонение. Уровень образования – низкий: нет/начальное/неполное среднее, средний: старшая школа/низшее специальное, высокий: высшее специальное/университет.							
	<b>Общее число (n=102)</b>	<b>Экспериментальная (n=33)</b>	<b>Псевдоэкспериментальная (n=36)</b>	<b>Контроль (n=33)</b>	<b>Тестируемый параметр</b>	<b>df</b>	<b>p</b>
Возраст (средний+/-CO)	48,0+/-10,2	48,7+/-10,2	46,7+/-9,6	48,9+/-10,9	$\chi^2=2,06$	2	0,36
Пол (М/Ж)	46/56	17/16	14/22	15/18	$\chi^2=1,11$	2	0,57
Уровень образования							
Низкий	25	6	9	10			
Средний	38	12	14	12	$\chi^2=1,73$	4	0,79
Высокий	39	15	13	11			
Работа с полной или частичной занятостью	35	13	10	12	$\chi^2=1,12$	2	0,57
Проживание с партнером / собственной семьей	3	18	17	18	$\chi^2=0,50$	2	0,78
Биполярное расстройство	9	5	2	2	$\chi^2=2,43$	2	0,39
Коморбидные расстройства Яси DSM-IV	40	12	16	12	$\chi^2=0,64$	2	0,73
Общий балл HDRS (среднее+/-CO)	15,8+/-4,6	14,1+/-4,5	16,2+/-4,8	17,0+/-4,3	F=3,64	2;99	0,03
Общий балл IDS (среднее+/-CO)	36,2+/-10,4	32,9+/-10,2	36,4+/-10,0	39,2+/-10,5	F=3,19	2;99	0,045
GAF симптомы (среднее+/-CO)	56,3+/-7,7	58,0+/-7,5	55,9+/-7,6	55,0+/-7,8	F=1,35	2;95	0,26
GAFнетрудоспособность (среднее+/-CO)	54,6+/-10,9	54,0+/-10,5	55,9+/-11,5	53,9+/-10,9	F=0,34	2;95	0,71
Антидепрессанты							
Первое назначение/замена	19	5	6	8	$\chi^2=1,04$	2	0,66
Поддерживающее лечение	83	28	30	25			
Текущий прием бензодиазепинов	30	7	10	13	$\chi^2=2,70$	2	0,27
Текущий прием антипсихотиков	26	6	8	12	$\chi^2=3,18$	2	0,24
Текущий прием гипнотиков	22	5	9	8	$\chi^2=1,19$	2	0,55
Текущий прием лития	11	7	1	3	$\chi^2=6,23$	2	0,049
Текущая психотерапия	10	4	4	2	$\chi^2=0,77$	2	0,77

ного обследования по HDRS в течение этого периода ( $\chi^2(2)=0,93$ ,  $p=0,62$ ). Аналогичные результаты были получены для UDS ( $\chi^2(2)=0,93$ ,  $p=0,62$ ).

Из 69 пациентов, распределенных в экспериментальную или псевдоэкспериментальную группу, 59 (85,5 %) завершили 6-недельный период вмешательства, включавший в себя 6 x 3 дня МСП-оценок и 6 соответствующих сеансов вмешательств. Больших или значимых различий по депрессивным симптомам на момент первого обследования между пациентами, полностью прошедшими период вмешательства и не сделавшими этого, не было (HDRS:  $B=0,76$ ,  $p=0,72$ ; IDS:  $B=1,03$ ,  $p=0,80$ ). Среднее число заполненных сигнальных опросников у этих 59 пациентов составило 135,5+/-16,5 из 180, что указывает на частоту заполнения 75,3 %. Значимых различий между экспериментальной и псевдоэкспериментальной группой по среднему числу заполненных сигнальных опросников за весь период вмешательства ( $t=0,91$ ,  $df=57$ ,  $p=0,18$ ), а также по количеству пациентов, прошедших все шесть сеансов вмешательства ( $\chi^2(1)=0,69$ ,  $p=0,50$ ), не установлено.

Сеансы обратной связи длились значительно дольше (среднее: 48,9+/-11,2 мин, диапазон 27 – 105 мин) по сравнению с псевдоэкспериментальными сеансами интервью (среднее: 39,5+/-12,9 мин, диапазон 15–90 мин) ( $B=9,57$ ,  $p<0,001$ ).

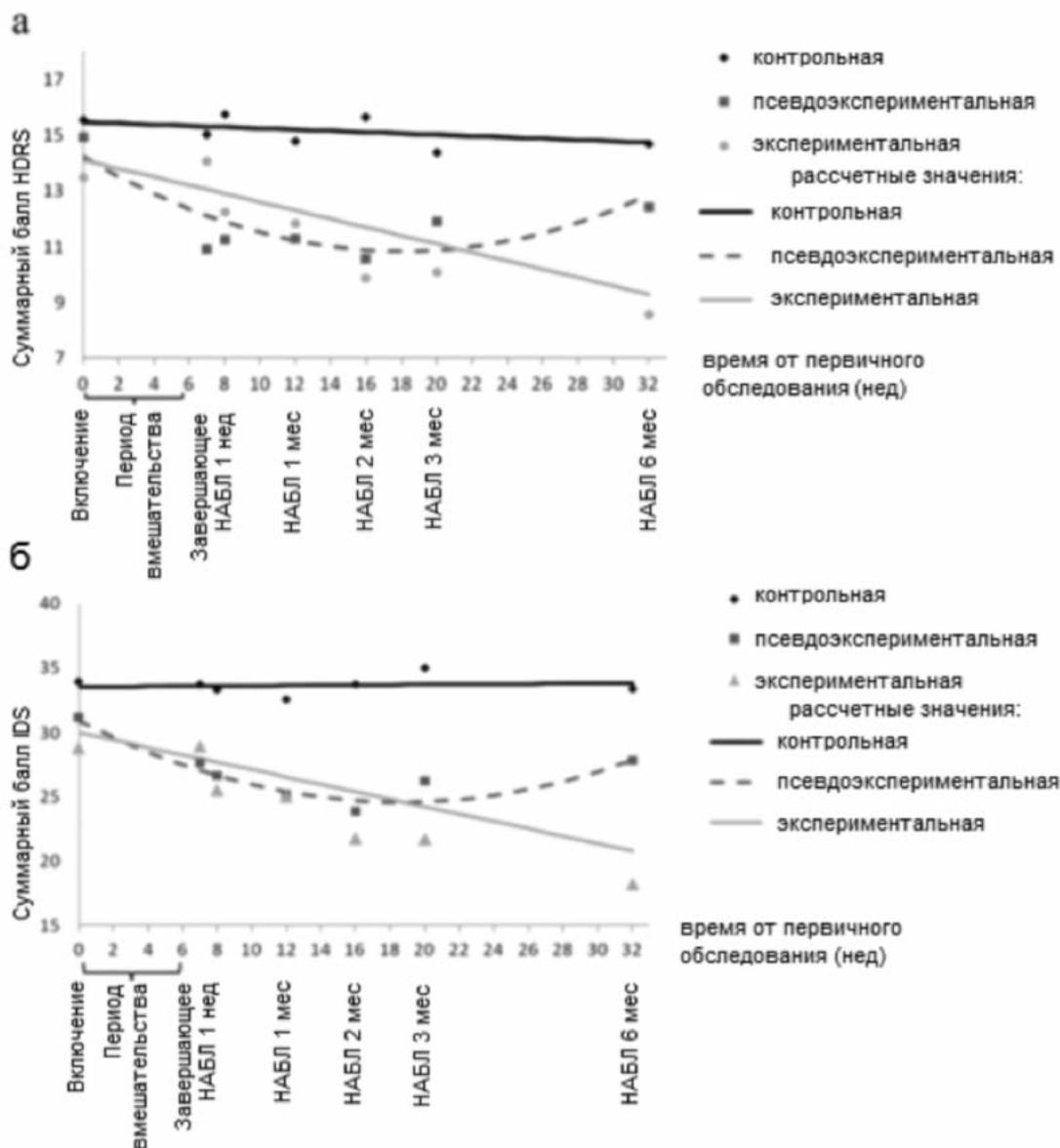
На рисунке 3 изображены результаты многоуровневого регрессионного анализа взаимодействия между распределением на терапевтические группы и временем по баллам HDRS и IDS. По сравнению с группой контроля в экспериментальной группе наблюдалось значительно более выраженное еженедельное снижение уровня депрессивных симптомов за полный период исследова-

ния (HDRS:  $B=-0,15$ ,  $p<0,001$ ; IDS:  $B=-0,29$ ,  $p=0,002$ ). Межгрупповые сравнения продемонстрировали, что снижение депрессивной симптоматики в экспериментальной группе по сравнению с контрольной становилось значимым на 8 неделе (IDS) и 11 неделе (HDRS) и оставалось таковым до конца исследования (32 неделя). Со временем различия между экспериментальной и контрольной группой становились более выраженными, достигая отметки – 5,5 по HDRS и – 13,1 по IDS на 32 неделе.

В псевдоэкспериментальной группе имела место другая закономерность: здесь наблюдались значительно более низкие баллы по HDRS и IDS по сравнению с контрольной группой, начиная сразу после периода вмешательства (неделя 7). Однако первоначальное снижение депрессивных симптомов не сохранялось до последнего обследования: после 26 недели (по HDRS) и 28 недели (по IDS) различия по уровню депрессивных симптомов между псевдоэкспериментальной и контрольной группой утрачивало значимость (рисунок 3). По сравнению с псевдоэкспериментальной группой пациенты экспериментальной группы демонстрировали более низкие баллы HDRS, что имело клиническую значимость, априори определенную как снижение на 3 или более значения (31, 32) в конце исследования (31 и 32 недели) ( $B=-3,1$ ,  $p=0,08$  и  $B=-3,6$ ,  $p=0,053$ , соответственно).

У пациентов контрольной группы не наблюдалось изменений в показателях HDRS или IDS на протяжении исследования ( $B=-0,02$ ,  $p=0,56$ , и  $B=0,01$ ,  $p=0,92$ , соответственно). В таблице 2 приведены результаты оценки пациентами осуществимости МСП-В. Результаты показали, что процедура не была слишком стрессогенной в смысле количества сигналов, времени на заполнение

Рисунок 3. Средние баллы по шкалам депрессии и расчетные кривые, представленные относительно времени.  
 (а) Шкала депрессии Гамильтона (HDRS).  
 (б) Опросник депрессивных симптомов (IDS).  
 Завершающее – завершающее обследование, НАБЛ – обследования в период наблюдений (1 неделя – 6 месяц).



сигнальных опросников или самого звука сигнала. Инструкции по использованию PsyMate расценивались как ясные. Результаты опроса мнения участников об обратной связи на основе МСП, также представленные в таблице 2, говорят о том, что обратная связь о позитивном аффекте понималась относительно легко. Кроме того, участники положительно оценили факт обратной связи на основе МСП и старались применять полученные из обратной связи предложения в своей повседневной жизни.

## ОБСУЖДЕНИЕ

Данное исследование показывает, что использование технологии дополнительной оценки в режиме реального времени может быть эффективным терапевтическим инструментом, дополняющим стандартное лечение антидепрессантами. Распределение в группу, получившую вмешательство с обратной связью на основе МСП о позитивном аффекте, было связано с линейным

снижением уровня депрессивных симптомов по HDRS с течением времени, сохранявшимся до последнего визита периода наблюдения шестью месяцами позднее. Различия с псевдоэкспериментальной группой были значимыми с клинической точки зрения, а со статистической – носили характер тенденции.

Хотя использование обратной связи на основе МСП в лечении депрессии предлагалось и раньше (8, 10, 11, 34, 35), настоящее исследование, насколько нам известно, было первым рандомизированным клиническим испытанием, в котором систематически изучалось МСП-В как терапевтический инструмент, помогающий пациентам с депрессией осознавать свои индивидуальные паттерны позитивного аффекта. По сравнению с теми, кто получает только фармакологическое лечение, пациенты, дополнительно получающие обратную связь об индивидуальных ситуациях переживания позитивного аффекта, продемонстрировали значительное и непрерывное снижение уровня депрессивной симптоматики.

Таблица 2. Осуществимость процедуры и мнения по поводу обратной связи согласно отчету пациентов				
		Среднее (Мин-Макс) (шкала от 1 до 7)	CO	N (пациентов)
Осуществимость процедуры:	Был ли текст читабельным?	5.8 (2-7)	1.4	102
	Было ли сложно включить устройство PsyMate?	1.6 (1-6)	1.2	102
	Было ли устройство PsyMate сложным в управлении?	1.4 (1-5)	0.8	102
	Были ли вербальные инструкции, которые Вы получили по поводу использования PsyMate, ясными?	6.6 (3-7)	0.7	102
	Были ли письменные инструкции, которые Вы получили по поводу использования PsyMate, ясными?	6.5 (1-7)	1.0	96
	Были ли вопросы, на которые Вы отвечали на устройстве PsyMate сложными или непонятными?	2.6 (1-6)	1.5	102
	Вызывало ли использование PsyMate у Вас раздражение или стресс?			
	В связи с количеством сигналов в день?	3.1 (1-7)	1.6	102
	В связи с количеством времени, которое занимали ответы на вопросы после каждого звукового сигнала?	2.5 (1-7)	1.5	102
	В связи с уровнем шума / громкостью звука?	2.0 (1-7)	1.5	102
Обратная связь на основе МСП:	Я легко понимал объяснение, которое давалось в рамках обратной связи	6.1 (4-7)	0.6	25
	Исследователь мог доходчиво ответить на мои вопросы, когда что-либо было мне непонятно	6.4 (6-7)	0.5	24
	Мне раздражало, что мне не позволялось получить ответы (помощи) на вопросы, которые касались моих конкретных проблем	2.3 (1-6)	1.6	22
	Хотели бы Вы получать более конкретный совет вслед за обратной связью, которая Вам давалась?	3.2 (1-6)	2.0	25
	Я был признателен за обобщение по поводу обратной связи	6.2 (5-7)	0.7	25
	Я легко понимал обобщенную информацию по поводу обратной связи	6.2 (3-7)	0.9	25
	Я был рад получить обратную связь в виде графиков	6.5 (4-7)	0.7	24
	Я легко понимал информацию, приведенную в графиках	6.3 (3-7)	0.9	25
	Я старался применить предложения, подчеркнутые из обратной связи, в своей повседневной жизни	5.4 (3-7)	1.1	25
	Количество информации в рамках обратной связи было достаточным	5.4 (4-7)	0.9	25
Продолжительность контакт, предусмотренная для обратной связи была достаточной	6.2 (4-7)	0.4	25	

Это отражает повышение осознания и сопутствующих изменений моделей поведения, усиливающих позитивный аффект. Напротив, эффекты в псевдо-экспериментальной группе (само-мониторинг без обратной связи) оказались неустойчивыми. Из-за того, что пациенты данной группы могли считать, что получают экспериментальное воздействие, их ответ мог иметь характер плацебо. Другое предположение состоит в том, что эти результаты являются следствием кратковременного эффекта поведенческой активации, возникающего в ответ на еженедельные встречи с исследователем в период вмешательства. Более того, эти встречи, на которых пациенты имели возможность поделиться своими депрессивными чувствами, могли оказывать более сильный поддерживающий эффект, чем обратная связь, которую получали пациенты экспериментальной группы. Это также может быть объяснением более выраженного и быстрого ослабления симптомов в этой группе. Наконец, можно предположить, что эффект продолжительного само-мониторинга (т.е. без обратной связи на основе МСП) может объясняться повышенной ситуационной бдительностью в отношении эмоций (36). Это может сделать МСП-В интересным средством для использования в когнитивной терапии, основанной на осознанности, как предложено Telford et al (36).

Хотя вмешательства, основанные на технологии оценки в реальном времени, разрабатывались для ряда психических расстройств и оздоровительных процедур (15, 37-43), непосредственно в психиатрической сети они до настоящего времени применяются редко (12). Примерами являются вмешательства, направленные на тренировку техник, снижающих тревогу (39), напоминающие пациентам использовать ранее приобретенные навыки (43) или напоминающие о необходимости соблюдать режим лекарственной терапии (41). Вмешательства, которые обеспечивали осознание в результате оценок в реальном времени, разработаны для синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (38) и приступов мигрени (44).

Пациенты с умеренной и тяжелой депрессией (45, 46) были способны и имели достаточную мотивацию, чтобы осуществлять измерения МСП в течение более длительного времени (18 дней), и были активно вовлечены в процесс выздоровления, пытаясь применить предложения, полученные из обратной связи МСП в своей собственной повседневной жизни. Полученные результаты свидетельствуют о том, что вмешательства на основе МСП, применяемые в качестве дополнительного терапевтического средства, осуществимы на практике и эффективны у пациентов с умеренной и тяжелой депрессией, в том числе с резидуаль-

ными депрессивными состояниями, чреватými рецидивом депрессии (47-52).

Первым недостатком исследования является то, что ни пациенты, ни исследователи не были ослеплены в отношении распределения на терапевтические группы. Если бы осведомленность о распределении на группы искажала результаты оценки депрессии пациентом, можно было бы, в противоположность настоящим результатам, ожидать, что экспериментальная группа (по сравнению с контрольной) продемонстрировала бы наибольшее снижение уровня депрессии по HDRS на завершающем обследовании. Осведомленность исследователями не привела к искажению результатов оценки депрессии по шкале HDRS, поскольку анализ с использованием шкалы IDS, основанной на самоотчете, продемонстрировал аналогичные результаты. Несмотря на клинически значимые различия в эффективности между экспериментальной и псевдоэкспериментальной группами, эти различия не были подтверждены значением традиционной альфы, что явилось вторым существенным недостатком исследования. Это может объясняться тем фактом, что размер выборки был несколько меньше ( $n=102$ ), чем необходимый ( $n=120$ ) для получения мощности  $>0,80$ . И наконец, учитывая, что более длительные очные встречи могут приводить к уменьшению депрессивных жалоб, большая продолжительность сеансов обратной связи (около 10 минут) могла повлиять на результаты. В то же время, учитывая сходство между двумя группами в отношении еженедельных МСП-оценок и последующих еженедельных очных встреч с исследователем, маловероятно, что это могло оказать существенное влияние на результаты.

Применение МСП-В при оказании психиатрической помощи потенциально способно сократить дистанцию между кабинетом врача и повседневной жизнью пациента благодаря поступлению информации о текущем состоянии пациента напрямую специалисту и получению от него своевременной обратной связи. Последнее может быть достигнуто посредством интерактивного приложения МСП-В на базе интернет-технологий, предоставляющего обратную связь в реальном времени на основе выявленных ранее индивидуальных паттернов аффекта и поведения. Результатом этого может быть получение полезной информации, относящейся к конкретному пациенту, которая способствует не только индивидуализированной терапии, но и диагностическому процессу, мониторингу ранних изменений в ответ на медикаментозную терапию или выявлению индивидуальных аффективных паттернов, свидетельствующих о выздоровлении или рецидиве (53). Этот подход может быть интегрирован с когнитивно-поведенческой терапией (54) и обеспечивать круглосуточный доступ к помощи 7 дней в неделю. На данный момент интерактивные приложения МСП-В на базе Интернет-технологий находятся на стадии разработки, и для изучения их терапевтической эффективности и рентабельности необходимы дальнейшие исследования.

Несмотря на то, что полученные в данной работе результаты говорят о принципиальной осуществимости вмешательства с использованием обратной связи на основе МСП и эффекте в виде устойчивого снижения уровня депрессивной симптоматики, полученные выводы требуют дальнейшего подтверждения и воспроизведения в будущих исследованиях.

## Благодарности

М. Wichers получал поддержку от Нидерландской организации научных исследований (VENI грант номер 916.76.147). Исследование финансировалось Нидерландским советом по исследованиям в здравоохранении (ZON-MW гранты 171001002 и 91501003). Инструмент, с помощью которого производились

оценки в реальном времени (PsyMate) разработан под эгидой отдела передачи технологий Маастрихтского университета, частично поддерживаемого неограниченными грантами от Servier и Janssen-Cilag. Исследование, приведшее к этим результатам, получало финансирование от Седьмой рамочной программы Европейского сообщества по соглашению о грантах номер HEALTH-F2-2009-241909 (Project EU-GEI). Авторы благодарят всех пациентов за участие и все психиатрические центры, задействованные в наборе пациентов. Они также выражают благодарность W. Beuken и T. Driessen за административную поддержку и P. Dohn, K. Akkermans, R. Diederens, K. Gielen, M. Hendriks and E. Pols за помощь в сборе данных. Первые два автора внесли равный вклад в осуществление данной работы.

## Библиография

1. World Health Organization. Depression. A global public health concern. Geneva: World Health Organization, 2012.
2. Dimidjian S, Hollon SD, Dobson KS et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *J Consult Clin Psychol* 2006;74:658-70.
3. Fuchs CZ, Rehm LP. A self-control behavior therapy program for depression. *J Consult Clin Psychol* 1977;45:206-15.
4. Lewinsohn PM. A behavioral approach to depression. In: Friedman RJ, Katz M (eds). *The psychology of depression: contemporary theory and research*. Oxford: Wiley, 1974:157-78.
5. Koster EHW, De Raedt R, Leyman L et al. Mood-congruent attention and memory bias in dysphoria: exploring the coherence among information-processing biases. *Behav Res Ther* 2010;48:219-25.
6. Myin-Germeys I, Birchwood M, Kwapil T. From environment to therapy in psychosis: a real-world momentary assessment approach. *Schizophr Bull* 2011;37:244-7.
7. Csikszentmihalyi M, Larson R. Validity and reliability of the experience-sampling method. *J Nerv Ment Dis* 1987;175:526-36.
8. van der Rot M, Hogenelst K, Schoevers RA. Mood disorders in everyday life: a systematic review of experience sampling and ecological momentary assessment studies. *Clin Psychol Rev* 2012;32:510-23.
9. Myin-Germeys I, Oorschot M, Collip D et al. Experience sampling research in psychopathology: opening the black box of daily life. *Psychol Med* 2009;39:1533-47.
10. Wichers M, Hartmann JA, Kramer IMA et al. Translating assessments of the film of daily life into person-tailored feedback interventions in depression. *Acta Psychiatr Scand* 2011;123:402-3.
11. Wichers M, Simons CJP, Kramer IMA et al. Momentary assessment technology as a tool to help patients with depression help themselves. *Acta Psychiatr Scand* 2011;124:262-72.
12. Trull TJ, Ebner-Priemer U. Ambulatory assessment. *Annu Rev Clin Psychol* 2013;9:151-76.
13. Trull TJ, Ebner-Priemer UW. Using experience sampling methods/ecological momentary assessment (ESM/EMA) in clinical assessment and clinical research: introduction to the special section. *Psychol Assess* 2009;21:457-62.
14. Thewissen V, Bentall RP, Oorschot M et al. Emotions, self esteem, and paranoid episodes: an experience sampling study. *Br J Clin Psychol* 2011;50:178-95.
15. Heron KE, Smyth JM. Ecological momentary interventions: incorporating mobile technology into psychosocial and health behaviour treatments. *Br J Health Psychol* 2010;15:1-39.
16. Wichers MC, Barge-Schaapveld DQCM, Nicolson NA et al. Reduced stress-sensitivity or increased reward experience: the psychological mechanism of response to antidepressant medication. *Neuropsychopharmacology* 2009;34:923-31.

17. Wichers M, Peeters F, Geschwind N et al. Unveiling patterns of affective responses in daily life may improve outcome prediction in depression: a momentary assessment study. *J Affect Disord* 2010;124:191-5.
18. Dunn BD. Helping depressed clients reconnect to positive emotion experience: current insights and future directions. *Clin Psychol Psychother* 2012;19:326-40.
19. Garland EL, Fredrickson B, Kring AM et al. Upward spirals of positive emotions counter downward spirals of negativity: insights from the broaden-and-build theory and affective neuroscience on the treatment of emotion dysfunctions and deficits in psychopathology. *Clin Psychol Rev* 2010;30:849-64.
20. Geschwind N, Nicolson NA, Peeters F et al. Early improvement in positive rather than negative emotion predicts remission from depression after pharmacotherapy. *Eur Neuropsychopharmacol* 2011;21:241-7.
21. Dichter GS, Felder JN, Petty C et al. The effects of psychotherapy on neural responses to rewards in major depression. *Biol Psychiatry* 2009;66:886-97.
22. Geschwind N, Peeters F, Drukker M et al. Mindfulness training increases momentary positive emotions and reward experience in adults vulnerable to depression: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2011;79:618-28.
23. Fredrickson BL, Cohn MA, Coffey KA et al. Open hearts build lives: positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *J Pers Soc Psychol* 2008;95:1045.
24. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62.
25. First M, Spitzer R, Gibbon M et al. SCID-I. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I). Washington: American Psychiatric Press, 1996.
26. Rush AJ, Gullion CM, Basco MR et al. The Inventory of Depressive Symptomatology (IDS): psychometric properties. *Psychol Med* 1996;26:477-86.
27. Delespaul P. Assessing schizophrenia in daily life: the experience sampling method. Maastricht: University of Limburg, 1995.
28. Wichers M, Myin-Germeys I, Jacobs N et al. Genetic risk of depression and stress-induced negative affect in daily life. *Br J Psychiatry* 2007;218-23.
29. Myin-Germeys I, van Os J, Schwartz JE et al. Emotional reactivity to daily life stress in psychosis. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:1137-44.
30. StataCorp. Stata Statistical Software: Release 12. College Station: Statacorp LP, 2011.
31. Hegerl U, Mergl R. The clinical significance of antidepressant treatment effects cannot be derived from placebo-verum response differences. *J Psychopharmacol* 2010;24:445-8.
32. NICE. Depression: management of depression in primary and secondary care. Clinical practice guideline no. 23. London: National Institute for Clinical Excellence, 2004.
33. Barge-Schaapveld DQ, Nicolson NA. Effects of antidepressant treatment on the quality of daily life: an experience sampling study. *J Clin Psychiatry* 2002;63:477-85.
34. Palmier-Claus J. The clinical uses of momentary assessment. *Acta Psychiatr Scand* 2011;124:241-2.
35. Ebner-Priemer UW, Trull TJ. Ecological momentary assessment of mood disorders and mood dysregulation. *Psychol Assess* 2009;21:463-75.
36. Telford C, McCarthy-Jones S, Corcoran R et al. Experience sampling methodology studies of depression: the state of the art. *Psychol Med* 2011;42:1119-29.
37. Hareva DH, Okada H, Kitawaki T et al. Supportive intervention using a mobile phone in behavior modification. *Acta Med Okayama* 2009;63:113-20.
38. Tryon WW, Tryon GS, Kazlauskas T et al. Reducing hyperactivity with a feedback actigraph: initial findings. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2006;11:607-17.
39. Newman MG, Kenardy J, Herman S et al. Comparison of palmtop-computer-assisted brief cognitive-behavioral treatment to cognitive-behavioral treatment for panic disorder. *J Consult Clin Psychol* 1997;65:178-83.
40. Litt MD, Kadden RM, Kabela-Cormier E. Individualized assessment and treatment program for alcohol dependence: results of an initial study to train coping skills. *Addiction* 2009;104:1837-8.
41. Granholm E, Ben-Zeev D, Link PC et al. Mobile Assessment and Treatment for Schizophrenia (MATS): a pilot trial of an interactive text-messaging intervention for medication adherence, socialization, and auditory hallucinations. *Schizophr Bull* 2012;38:414-25.
42. Miklowitz DJ, Price J, Holmes EA et al. Facilitated integrated mood management for adults with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2012;14:185-97.
43. Depp CA, Mausbach B, Granholm E et al. Mobile interventions for severe mental illness: design and preliminary data from three approaches. *J Nerv Ment Dis* 2010;198:715-21.
44. Sorbi MJ, Mak SB, Houtveen JH et al. Mobile web-based monitoring and coaching: feasibility in chronic migraine. *J Med Internet Res* 2007;9.
45. Zimmerman M, Martinez JH, Friedman M et al. How can we use depression severity to guide treatment selection when measures of depression categorize patients differently? *J Clin Psychiatry* 2012;73:1287-91.
46. American Psychiatric Association Task Force for the Handbook of Psychiatric Measures. Handbook of psychiatric measures. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
47. Cuijpers P, de Graaf R, van Dorsselaer S. Minor depression: risk profiles, functional disability, health care use and risk of developing major depression. *J Affect Disord* 2004;79:71-9.
48. Judd LL, Akiskal HS, Maser JD et al. Major depressive disorder: a prospective study of residual subthreshold depressive symptoms as predictor of rapid relapse. *J Affect Disord* 1998;50:97-108.
49. Rush A, Trivedi M, Wisniewski S et al. Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR\* D report. *Am J Psychiatry* 2006;163:1905-17.
50. Cuijpers P, Vogelzangs N, Twisk J et al. Differential mortality rates in major and sub threshold depression: meta-analysis of studies that measured both. *Br J Psychiatry* 2013;202:22-7.
51. Cuijpers P, Smit F, Van Straten A. Psychological treatments of subthreshold depression: a meta-analytic review. *Acta Psychiatr Scand* 2007;115:434-41.
52. Ormel J, Petukhova M, Chatterji S et al. Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world. *Br J Psychiatry* 2008;192:368-75.
53. van Os J, Delespaul P, Wigman J et al. Beyond DSM and ICD: Introducing "precision diagnosis" for psychiatry using momentary assessment technology. *World Psychiatry* 2013;12:113-7.
54. Kelly J, Gooding P, Pratt D et al. Intelligent real-time therapy: harnessing the power of machine learning to optimise the delivery of momentary cognitive-behavioural interventions. *J Ment Health* 2012;21:404-14.

DOI 10.1002/wps.20090

# Новая группа подростков с «невидимым» риском психопатологии и суицидального поведения: находки исследования SEYLE

Vladimir Carli<sup>1</sup>, Christina W. Hoven<sup>2,3</sup>, Camilla Wasserman<sup>2,4</sup>, Flaminia Chiesa<sup>1</sup>, Guia Guffanti<sup>2</sup>, Marco Sarchiapone<sup>4</sup>, Alan Apter<sup>5</sup>, Judit Balazs<sup>6</sup>, Romuald Brunner<sup>7</sup>, Paul Corcoran<sup>8</sup>, Doina Cosman<sup>9</sup>, Christian Haring<sup>10</sup>, Miriam Iosue<sup>4</sup>, Michael Kaess<sup>7</sup>, Jean Pierre Kahn<sup>11</sup>, Helen Keeley<sup>12</sup>, Vita Postuvan<sup>13</sup>, Pilar Saiz<sup>14</sup>, Airi Varnik<sup>15</sup>, Danuta Wasserman<sup>1</sup>

<sup>1</sup>National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health (NASP), Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden (Швеция);

<sup>2</sup>Department of Child and Adolescent Psychiatry, Columbia University – New York State Psychiatric Institute, New York, NY, USA (США);

<sup>3</sup>Department of Epidemiology, Mailman School of Public Health, Columbia University, New York, NY, USA (США);

<sup>4</sup>Department of Health Sciences, University of Molise, Campobasso, Italy (Италия);

<sup>5</sup>Schneider's Children's Medical Center of Israel, University of Tel Aviv, Israel (Израиль);

<sup>6</sup>Institute of Psychology, Eotvos Lorand University, Budapest, Hungary (Венгрия);

<sup>7</sup>Department of Child and Adolescent Psychiatry, Center for Psychosocial Medicine, University of Heidelberg, Germany (Германия);

<sup>8</sup>National Suicide Research Foundation (NSRF), Cork, Ireland (Ирландия);

<sup>9</sup>Clinical Psychology Department, Iuliu Hatieganu University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania (Румыния);

<sup>10</sup>Research Division for Mental Health, University for Medical Information Technology (UMIT), Hall in Tirol, Austria (Австрия);

<sup>11</sup>Department of Psychiatry and Clinical Psychology, CHU de Nancy, Hopitaux de Brabois, Vandoeuvre les Nancy, France (Франция);

<sup>12</sup>Health Service Executive South, Cork, Ireland (Ирландия);

<sup>13</sup>Slovene Center for Suicide Research, Andrej Marusic Institute, University of Primorska, Koper, Slovenia (Словения);

<sup>14</sup>Department of Psychiatry, University of Oviedo, CIBERSAM School of Medicine, Oviedo, Spain (Испания);

<sup>15</sup>Estonian-Swedish Mental Health and Suicidology Institute, University of Tallinn, Estonia (Эстония)

Перевод: Алфимов П.В.

Редактура: Курсаков А.А.

*В настоящем исследовании изучена распространенность рискованного поведения (чрезмерное употребление алкоголя, употребление наркотиков, злоупотребление табаком, депривация сна, избыточный вес, дефицит массы тела, малоподвижный образ жизни, интенсивное использование Интернета/просмотр ТВ /увлечение видеоиграми по причинам, не связанным с учебной или работой, прогулы), а также связь этих феноменов с психопатологией и аутодеструктивным поведением в выборке из 12 395 подростков, случайным образом набранных в школах в 11 европейских странах. Анализ латентных классов выявил три группы подростков: группу низкого риска (57,8 %), включающую учащихся с низкой или очень низкой частотой рискованного поведения; группу высокого риска (13,2 %), включающую учащихся, имеющих высокий риск всех вариантов рискованного поведения; группу «невидимого» риска (29 %), включающую учащихся, которые имеют высокий риск интенсивного использования Интернета/просмотра ТВ/увлечения видеоиграми по причинам, не связанным с учебной или работой, сидячего образа жизни и депривации сна. Учащиеся в «невидимой» группе риска в сравнении с группой высокого риска имели сопоставимые показатели распространенности суицидальных мыслей (42,2 % и 44 %, соответственно), тревоги (8 % и 9,2 %, соответственно), подпороговой депрессии (33,2 % и 34%, соответственно) и депрессии (13,4 % и 14,7 %, соответственно). Распространенность суицидальных попыток составила 5,9 % в «невидимой» группе, 10,1 % в группе высокого риска и 1,7 % в группе низкого риска. Распространенность всех вариантов рискованного поведения росла с возрастом, при этом большинство вариантов значительно чаще выявлялись среди мальчиков. Среди девочек девочек значительно чаще выявлялись интернализированные (эмоциональные) психические симптомы. «Невидимая» группа риска может представлять собой важную мишень для профилактических вмешательств, которые могут снизить тяжесть психопатологии и распространенность неблагоприятных исходов среди подростков (в частности, суицидального поведения).*

**Ключевые слова:** рискованное поведение, подростки, потребление медиа, сидячий образ жизни, депривация сна, психические симптомы, суицидальное поведение, SEYLE

*(World Psychiatry 2014; 13:78–86)*

Рискованное поведение (1, 2) и психические симптомы (3, 4) среди молодежи являются серьезной проблемой общественного здоровья. Среди подростков можно выявить модели поведения и образа жизни, которые влияют на их текущие и будущие здоровье и благополучие (5-8). Показано, что многие варианты рискованного поведения имеют значимую связь с пси-

хическими расстройствами во взрослом возрасте (9, 10). Учитывая важность этого переходного периода и потребность в направленных профилактических вмешательствах, представляется важным методологически надежный сбор информации о распространенности нормальных и рискованных вариантов поведения, а также психических симптомов (6, 11-14).

В США для определения направлений общественной политики и будущих исследований используется система Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS, Система наблюдения за рискованным поведением среди подростков). Данные YRBSS показывают, что многие ученики практикуют поведение, которое подвергает их риску и связано с ведущими причинами заболеваемости и смертности (15,16). К таким вариантам поведения относятся курение табака, алкоголя и психоактивных веществ (17-19), дефицит массы тела (20), ожирение (21), сидячий образ жизни (22), дефицит сна (23) и прогулы (24). Многие из этих вариантов поведения одновременно встречаются у одних и тех же подростков (25). Аналогичная информация собирается (на несистематической основе) и публикуется в других регионах мира, включая Европу.

Европейская инициатива ESPAD (Европейский проект по наблюдению за употреблением алкоголя и психоактивных веществ в школах) (26), а также Европейский центр мониторинга наркомании и употребления наркотиков (27) регулярно предоставляют государствам-членам Европейского союза обзорные данные по употреблению алкоголя и наркотиков в школах. Тем не менее, эти проекты ориентированы прежде всего на злоупотребление психоактивными веществами и лишь в незначительной степени охватывают другие варианты рискованного поведения. Таким образом, представляется необходимым проведение в Европе исследований, которые бы предоставили всеобъемлющую картину рискованного поведения среди подростков (25). Недавно получены данные о связи между состоянием психического здоровья, рискованным поведением и образом жизни среди подростков (28-32). На сегодняшний день не проведено ни одного широкомасштабного европейского исследования, в котором бы изучались связи между рискованным поведением, образом жизни и психическими симптомами.

Проект SEYLE (Saving and Empowering Young Lives in Europe, Сохранение здоровья и расширение возможностей молодых людей в Европе) (33) был разработан консорциумом двенадцати европейских стран (Швеция, Австрия, Эстония, Франция, Германия, Венгрия, Ирландия, Израиль, Италия, Румыния, Словения, Испания) при финансовой поддержке Европейской комиссии (грантовое соглашение HEALTH-F2-2009-22309). Одной из целей SEYLE был сбор информации о здоровье и благополучии европейских подростков. В настоящей публикации изложены основные эпидемиологические находки относительно алкоголя, наркотиков, курения, депривации сна, питания, физической активности и поиска острых ощущений, включая аутодеструктивное поведение и психиатрические симптомы. Подтверждена гипотеза о том, что распространенность этих вариантов поведения варьирует в соответствии с возрастом и полом, а также о том, что различные варианты рискованного поведения группируются в кластеры (идентифицируемые подгруппы подростков), которые подходят для направленного профилактического вмешательства.

## МЕТОДЫ

Учащиеся старших классов (N=12395, средний возраст 14,91±0,90, 83 – отсутствующие данные; муж./жен.: 5529/6799, 67 – отсутствующие данные) были отобраны в случайно выбранных школах (n = 179) в 11 европейских странах. В каждой из стран-участниц составлялся список всех подходящих школ в соответствии с критериями включения и исключения (33). Было получено одобрение в каждом локальном этическом комитете. Данные о центрах исследования, репрезентативности выборки и соотношения полученных согласий/количества участников были проанализированы ранее. Показано, что каждый центр исследования является репрезентативным в отношении генеральной

совокупности для своей страны, а также то, что соответствующие выборки имеют высокую внешнюю валидность (34).

В школах-участницах среди подростков раздавался структурированный самоопросник. Опросник включал социально-демографические данные, такие как пол, возраст, страна рождения подростка и его родителей, сведения о занятости родителей и принадлежность к религиозной группе. Рискованное поведение оценивалось с помощью опросника GSHS (Глобальная шкала здоровья школьников [35]), который является международным вариантом опросника YRBS (Опросник для оценки рискованного поведения среди молодежи [36]). Психиатрические симптомы оценивались с помощью Шкалы оценки депрессии Бека (BDI-II [37]), Шкалы самооценки тревоги Цунга (Z-SAS, [38]), Опросника для выявления сильных и слабых сторон (SDQ [39]), Шкалы суицида Пэйкеля (PSS [40]), а также шкалы Умышленного самоповреждения (DSHI [41]). По возможности использовались официальные переведенные и валидизированные версии психометрических инструментов. Если соответствующие версии шкал были недоступны на требуемом языке, выполнялись их перевод (включая процедуру обратного перевода) и лингвистическая адаптация. Внутренняя валидность всех психометрических методов оценивалась с помощью критерия альфа Кронбаха (для всех инструментов получены очень высокие значения [34]). Заполнение всех шкал проводилось в рамках одного школьного занятия.

Для оценки девяти вариантов рискованного поведения заполнялись соответствующие пункты GSHS: чрезмерное употребление алкоголя (по крайней мере два раза в неделю), употребление наркотиков (по крайней мере три раза в течение жизни), чрезмерное курение (более 5 сигарет в день), депривация сна (6 часов в сутки или меньше), избыточный вес (индекс массы тела [ИМТ] выше 95-го перцентиля для данного возраста [42]), дефицит массы тела (ИМТ ниже 5-го перцентиля для данного возраста [42]), сидячий образ жизни (физическая активность менее 1 раза в неделю), интенсивное использование медиа-источников, т. е. Интернета, ТВ, видеоигр, по причинам, не связанным с учебой или работой (5 и более часов в день), прогулы (пропуск по меньшей мере одного учебного дня в неделю без уважительной причины). Для каждого варианта рискованного поведения рассчитывалась бинарная (дихотомическая) переменная.

Психопатологические симптомы были перекодированы для стратификации учеников в бинарные (дихотомические) категории: подпороговая депрессия (балл BDI-II <20, положительные ответы в пунктах, оценивающих основные симптомы депрессии, т. е. печаль и потерю удовольствия [43]); депрессия (балл BDI-II ≥ 20); тревога (балл Z-SAS ≥ 60); подпороговая тревога (балл Z-SAS между 45 и 59 [43]); эмоциональные симптомы (подшкала SDQ ≥ 7); проблемы с поведением (подшкала SDQ ≥ 5); гиперактивность (подшкала SDQ ≥ 7); проблемы в общении со сверстниками (подшкала SDQ ≥ 6); проблемы с просоциальным поведением (подшкала SDQ ≥ 4); несуицидальное самоповреждение (балл DSHI ≥ 3); суицидальные мысли (положительный ответ по крайней мере на один пункт PSS); попытка суицида (хотя бы одна попытка самоубийства в течение жизни). Все психопатологические параметры, за исключением попытки суицида в течение жизни, оценивались на протяжении последних двух недель. Все психопатологические параметры и параметры рискованного поведения в дальнейшем были стратифицированы по полу и возрасту. На основе полученных данных выделено три возрастные группы: 14 лет или младше (N=4007), 15 лет (N=5350), 16 лет и старше (N=2955).

Для определения статистических различий между половозрастными группами по социодемографическим, психопатологическим параметрам и параметрам

Таблица 1. Распространенность (%) вариантов рискованного поведения среди подростков												
	14 лет и младше (n=4007)			15 лет (n=5350)			16 лет и старше (n=2955)			Все возрастные группы (n=12328)		
	Муж. (n=1833)	Жен. (n=2167)	Оба пола	Муж. (n=2183)	Жен. (n=3160)	Оба пола	Муж. (n=1490)	Жен. (n=1456)	Оба пола	Муж. (n=5529)	Жен. (n=6799)	Оба пола
Чрезмерное употребление алкоголя	6,4*	4,1	5,2**	10,0*	5,3	7,3	17,7*	10,2	14,1	10,9*	6	8,2
Употребление наркотиков	3,2*	2	2,6**	5,8*	2,7	3,9	8,6	7,8	8,2	5,7*	3,6	4,5
Чрезмерное курение	4,6	6,1	5,4**	10,5*	8	9	25,0*	16,7	21	12,4*	9,2	10,7
Депривация сна	9,7*	14,6	12,3**	11,4*	17,6	15,1	19,9	21,4	20,7	13,1*	17,4	15,5
Избыток массы тела	4,8*	2,5	3,5**	5,4*	1,6	3,1	6,1*	2,3	4,2	5,4*	2	3,5
Дефицит массы тела	3	2,8	2,9	3,6	2,4	2,9	4,1	3,4	3,8	3,5	2,8	3,1
Сидячий образ жизни	9,4*	16,8	13,5**	14,2*	23,4	19,6	17,7*	29,3	23,5	13,6*	22,6	18,5
Интенсивное использование медиа	10,8*	7,2	8,8**	10,6*	8,8	9,6	14,1*	11,3	12,7	11,7*	8,8	10,1
Прогулы	2,8*	1,9	2,3**	4,2*	2,3	3,1	9,3*	4,5	7	5,1*	2,6	3,8

\* Статистически значимая разница между мальчиками и девочками того же возраста (p<0,05)  
\*\* Статистически значимая разница между возрастными группами для обоих полов (p<0,05)

рискованного поведения использован тест хи-квадрат взаимной независимости.

Анализ латентных классов (АЛК) был применен без априорного предположения о природе скрытой категоризации. Таким образом, были идентифицированы и характеризованы кластеры учащихся со схожими профилями рискованного поведения. Для учета влияния возраста на различные варианты рискованного поведения проведена логистическая регрессия латентных классов (ЛРЛК) с использованием возраста в качестве ковариаты (44). Проведено совмещение моделей ЛРЛК, начиная с модели двух классов с постепенным увеличением количества классов до четырех. Для всех моделей проведено сравнение байесовского информационного критерия. Самый низкий БИК был использован для определения наиболее простой и целесообразной модели. ЛРЛК также проведена для девяти вариантов рискованного поведения в подвыборке из 9035 учеников (не было недостающей информации ни для одного из вариантов рискованного поведения). Критерий хи-квадрат использован для выявления статистически значимых различий по социодемографическим и психопатологическим переменным между различными латентными классами риска, определенных в ходе АЛК.

Для описания взаимосвязи между принадлежностью к латентному классу (зависимая переменная) и тяжестью психопатологии построена многомерная мультиномиальная модель логистической регрессии с поправкой на гендерную и возрастную принадлежность.

Для всех анализов значение  $p < 0,05$  считалось статистически значимым. Все статистические анализы проведены с использованием программного обеспечения STATA IC 9.0 для Windows.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

### Рискованное поведение

Распространенность девяти выявленных вариантов рискованного поведения приведена в таблице 1.

Менее десяти процентов (8,2 %) подростков сообщили о том, что они употребляют алкоголь по крайней мере два раза в неделю. Более трети (35,9 %) из тех, кто

признал употребление алкоголя, сообщили о том, что они употребляют по крайней мере три напитка за раз; 14,2 % сообщили, что они испытывали «настоящее опьянение», 7,7 % сообщили, что страдали от «похмелья». Употребление алкоголя было более распространено среди мальчиков и значительно увеличилось с возрастом.

Менее пяти процентов (4,5 %) сообщили, что использовали нелегальные наркотики по меньшей мере три раза в течение жизни. Употребление наркотиков было более распространено среди мальчиков и увеличивалось с возрастом. Более десяти процентов (10,7 %) опрошенных сообщили о том, что курят не менее 5 сигарет в день. Более сорока пяти процентов (45,8 %) сообщили, что курили сигареты по крайней мере один раз в жизни. Чуть более десяти процентов (10,3 %) опрошенных сообщили, что начали курить в 11 лет или ранее.

Более пятнадцати процентов (15,5 %) подростков сообщили о том, что они спят по 6 часов в день или меньше. Уменьшение продолжительности сна было более распространенным среди девочек и среди учеников старшего возраста. Более сорока процентов (41,8 %) сообщили, что они спят менее 8 часов в день. Чуть более одной трети (34,2 %) сообщили, что по пробуждению часто (или всегда) чувствуют себя уставшими, при этом чаще подобный феномен наблюдался среди девочек (37,1 % в сравнении с 31,7 %,  $p < 0,05$ ); примерно двадцать пять процентов (25,4%) подростков сообщили о привычке вздремнуть днем, эта находка статистически значимо чаще выявлялась среди девочек (27,8 % в сравнении с 23,4 %,  $p < 0,05$ ).

Более трех процентов (3,5 %) учащихся имели ИМТ выше 95-го перцентиля для данного возраста (42), при этом распространенность избыточной массы тела была выше среди мальчиков и увеличивалась с возрастом. Три процента (3,1 %) подростков имели ИМТ ниже 5-го перцентиля для данного возраста (42) без значимых половозрастных различий. Более четверти (26,5 %) опрошенных регулярно не завтракали, причем такое поведение значительно чаще встречалось у девочек (30,8 % в сравнении с 21,2 %,  $p < 0,05$ ). Шесть процентов

**Таблица 2. Распространенность (%) психиатрических симптомов среди подростков**

	14 лет и младше (n=4007)			15 лет (n=5350)			16 лет и старше (n=2955)			Все возрастные группы (n=12328)		
	Муж. (n=1833)	Жен. (n=2167)	Оба пола	Муж. (n=2183)	Жен. (n=3160)	Оба пола	Муж. (n=1490)	Жен. (n=1456)	Оба пола	Муж. (n=5529)	Жен. (n=6799)	Оба пола
Подпороговая депрессия	25,7*	32,0	29,1**	24,8*	35,4	31,1	27,1*	35,0	31,0	25,8	34,2	30,4
Депрессия	3,8*	9,2	6,7**	4,2*	10,6	8,0	7,4*	12,8	10,1	4,9	10,6	8,1
Подпороговая тревога	14,0*	26,6	20,8**	14,7*	30,8	24,2	19,7*	31,1	25,3	15,8	29,5	23,3
Тревога	1,6*	4,6	3,2**	2,4*	6,9	5,1	3,2*	8,8	6,0	2,3	6,6	4,7
Эмоциональные симптомы	3,0*	9,9	6,7**	2,3*	11,0	7,4	4,3*	13,6	8,9	3,0	11,2	7,5
Проблемы с поведением	10,7*	7,5	9,0**	11,4*	8,6	9,8	16,1*	9,3	12,7	12,5	8,4	10,3
Гиперактивность	10,9	9,1	9,9	8,6	9,0	8,8	9,6	9,8	9,6	9,6	9,2	9,4
Проблемы в общении со сверстниками	3,1	2,7	2,9**	3,7*	2,7	3,1	7,0*	3,3	5,1	4,4	2,9	3,6
Проблемы с просоциальным поведением	9,5*	3,1	6,0**	9,9*	4,0	6,5	12,7*	4,7	8,7	10,6	3,9	6,9
Несуицидальное самоповреждение	6,8*	10,7	8,9**	7,6	8,8	8,3	9,7	12,2	11,0	7,9	10,2	9,1
Суицидальные мысли	21,2*	35,4	28,9**	23,5*	39,3	32,8	30,1*	42,5	36,2	24,5	38,7	32,3
Суицидальные попытки	2,2*	4,2	3,3**	2,8*	4,7	3,9	4,1*	7,5	5,8	3,0	5,1	4,2

\* Статистически значимая разница между мальчиками и девочками того же возраста (p<0,05)  
\*\* Статистически значимая разница между возрастными группами для обоих полов (p<0,05)

(6,1%) сообщили, что они никогда не едят фрукты или овощи, в то время как 62,5 % сообщили, что едят их по крайней мере один раз в день. Менее двадцати процентов (18,5 %) сообщили, что занимаются физической активностью менее одного раза в неделю. Сидячий образ жизни был более распространен среди девочек, его распространенность увеличивалась с возрастом. Более двух третей (68,8 %) подростков сообщили о том, что они регулярно занимаются спортом (с существенной разницей по полу – 77,3 % у мальчиков и 61,8 % у девочек, p < 0,05).

Приблизительно десять процентов (10,1 %) подростков сообщили, что тратят по меньшей мере 5 часов в день на просмотр ТВ, видеоигры или Интернет по причинам, не связанным с учебой или работой. Этот процент был значительно выше среди мальчиков и увеличивался с возрастом. Почти семьдесят пять процентов (74,5 %) подростков сообщили об использовании своего собственного компьютера для серфинга в Интернете. 2,5 % опрошенных сообщили что они никогда не пользовались Интернетом.

Менее четырех процентов (3,8 %) подростков часто пропускали школу без уважительной причины. Такое поведение было более распространено среди учеников старшего возраста и мальчиков. Десять процентов (10,4 %) сообщили, что они участвовали в драке в течение последних 12 месяцев; 45,2 % из них сообщили, что они сами инициировали драку. 16,9 % подростков сообщили, что они были пассажирами в автомобиле с нетрезвым водителем. 10 % 14-летних, 19 % 15-летних и 42,9 % 16-летних опрошенных сообщили о том, что они имеют сексуальный опыт; этот феномен значительно чаще наблюдался среди мальчиков в каждой возрастной группе. Менее четырех процентов (3,3 %) из тех, кто занимался сексом, сообщили, что они редко использовали презерватив или вообще его не использовали (без значимых возрастных различий).

### Психиатрические симптомы

Распространенность психиатрических симптомов представлена в таблице 2.

Примерно у трети (30,4 %) учащихся выявлена подпороговая депрессия, при этом у девочек она встречалась чаще, чем у мальчиков (34,2 % и 25,8 %, соответственно, p < 0,05). Примерно восемь процентов (8,1 %) классифицированы как лица с депрессией, при этом значительно чаще она выявлялась у девочек (10,6 % и 4,9 %, соответственно, p < 0,05). Распространенность депрессивных симптомов увеличивалась с возрастом.

Более двадцати процентов (23,3 %) учащихся испытывали подпороговую тревогу, при этом распространенность увеличивалась с возрастом и была значительно выше среди девочек (29,5 % и 15,8 %, соответственно, p < 0,05). Почти пять процентов (4,7 %) учащихся сообщили о выраженной тревоге, ее распространенность также увеличивалась с возрастом и была значительно выше среди девочек (6,6 % и 2,3 %, соответственно, p < 0,05).

Эмоциональные симптомы были зарегистрированы у 7,5 % опрошенных. Их распространенность увеличивалась с возрастом и была значительно выше среди девочек (11,2 % и 3,0 %, соответственно, p < 0,05).

Проблемы с поведением отмечались у 10,3 % опрошенных. Их распространенность увеличивалась с возрастом и была значительно выше среди мальчиков (12,5 % и 8,4 %, p < 0,05). Симптомы гиперактивности присутствовали у 9,4 % учащихся без существенных различий по полу.

Более трех процентов (3,6 %) опрошенных сообщили о наличии проблем в общении со сверстниками; распространенность этого феномена увеличивалась с возрастом и была значительно выше среди мальчиков (4,4 % и 2,9 %, p < 0,05). Почти семь процентов (6,9 %) из опрошенных сообщили о нехватке просоциального поведения – распространенность также увеличивалась с возрастом и была значительно выше среди мальчиков (10,6 % и 3,9%, p < 0,05).

Суицидальные мысли обнаружены примерно у одной трети учащихся (32,3 %), со значительно более высокой распространенностью среди девочек старшего возраста (38,7 % у девочек, 24,5 % у мальчиков, p < 0,05). Более четырех процентов (4,2 %) опрошенных сообщили о

том, что они совершили попытку самоубийства в течение жизни; этот находка значительно чаще выявлялась среди девочек (5,1 % и 3,0 %,  $p < 0,05$ ). Частота суицидальных попыток для обоих полов увеличивалась с возрастом.

Классы, выявленные в ходе анализа латентных классов (АЛК) и их корреляты

Модели ЛРЛК были сопоставлены с девятью выявленными вариантами рискованного поведения. Модель из трех классов наилучшим образом соответствовала полученным данным. На рисунке 1 представлены профили вероятности ответа для каждого из трех классов. К первому классу («класс низкого риска»), включающему 57,8 % выборки (муж./жен.=2557/3497), отнесены учащиеся с очень низкой распространенностью рискованного поведения (или вообще без таковой). Ко второму классу («класс высокого риска»), включающему 13,2 % выборки (муж./жен.=622/562), отнесены учащиеся, имеющие высокие показатели по всем вариантам рискованного поведения. К третьему классу, включающему 29 % выборки (муж./жен.=687/1109), отнесены учащиеся, интенсивно использующие Интернет, увлекающиеся ТВ и видеоиграми, ведущие сидячий образ жизни и испытывающие сложности со сном. Этот класс был назван «классом невидимого риска», т. к. такое поведение, как правило, не очевидно для стороннего



наблюдателя и не связано с проблемами в сфере психического здоровья с точки зрения учителей или родителей.

Таблица 3 описывает отношения между классами, выявленными в ходе АЛК, и социодемографическими переменными. Процент учащихся, родившихся в другой стране (стране, отличной от той, где расположен центр исследования) был значительно выше в группе

**Таблица 3. Распределение социодемографических характеристик (%) по группам АЛК**

Социодемографические параметры	Низкий риск n=6054 (Муж./жен.=2557/3497)	Высокий риск n=1184 (Муж./жен.=622/562)	Невидимый риск n=1796 (Муж./жен.=687/1109)
Девочки*	57,8	47,5	61,8
Родились в другой стране*	4,8	10,0	6,9
Родители родились в другой стране*	15,1	27,0	20,6
Нет принадлежности к религиозной группе	31,2	34,0	31,3
Один из членов семьи потерял работу в течение последнего года**	8,3	11,6	12,1
Проживание с одним родителем*	17,5	31,1	23,6

\* Три группы значимо отличаются друг от друга ( $p < 0,05$ )  
\*\* Группы высокого и невидимого риска значимо отличаются от группы низкого риска ( $p < 0,05$ )

**Таблица 4. Распределение психиатрических симптомов (%) по группам АЛК**

Психиатрические симптомы	Низкий риск n=6054 (Муж./жен.=2557/3497)	Высокий риск n=1184 (Муж./жен.=622/562)	Невидимый риск n=1796 (Муж./жен.=687/1109)
Подпороговая депрессия**	29,4	34,0	33,2
Депрессия**	4,2	14,7	13,4
Подпороговая тревога**	19,0	31,3	31,0
Тревога**	2,5	9,2	8,0
Эмоциональные симптомы*	5,8	9,0	11,6
Проблемы с поведением*	6,4	23,2	11,5
Гиперактивность*	6,1	18,6	11,8
Проблемы в общении со сверстниками***	2,3	3,0	5,0
Проблемы с просоциальным поведением**	4,5	9,9	8,1
Несуицидальное самоповреждение*	5,5	22,3	12,4
Суицидальные мысли**	27,1	44,0	42,2
Суицидальные попытки*	1,7	10,1	5,9

\* Три группы значимо отличаются друг от друга ( $p < 0,05$ )  
\*\* Группы высокого и невидимого риска значимо отличаются от группы низкого риска ( $p < 0,05$ )  
\*\*\* Группы низкого и невидимого риска значимо отличаются от группы высокого риска ( $p < 0,05$ )

<b>Таблица 5. Результаты многомерной полиномиальной логистической регрессии переменных латентных классов по полу, возрасту и психопатологическим показателям (n=8579)</b>		
	<b>Класс невидимого риска в сравнении с классом низкого риска, RRR (95% ДИ)</b>	<b>Класс высокого риска в сравнении с классом низкого риска, RRR (95% ДИ)</b>
Пол (мужской/женский)	0,95 (0,84, 1,08)	0,51* (0,44, 0,60)
Возрастная группа (15 лет/14 лет и младше)	2,41* (2,08, 2,79)	4,50* (3,55, 5,69)
Возрастная группа (16 лет и старше/14 лет и младше)	7,88* (6,67, 9,30)	27,62* (21,66, 35,23)
Подпороговая депрессия	1,10 (0,96, 1,27)	1,21* (1,02, 1,43)
Депрессия	1,97* (1,50, 2,58)	1,82* (1,30, 2,53)
Подпороговая тревога	1,62* (1,40, 1,88)	1,58* (1,32, 1,90)
Тревога	1,81* (1,31, 2,52)	1,93* (1,31, 2,86)
Эмоциональные симптомы	0,80 (0,63, 1,02)	0,47* (0,34, 0,65)
Проблемы с поведением	1,24 (1,00, 1,52)	2,74* (2,21, 3,40)
Гиперактивность	1,59* (1,29, 1,95)	2,49* (1,99, 3,13)
Проблемы в общении со сверстниками	1,23 (0,89, 1,70)	0,47* (0,29, 0,74)
Проблемы с просоциальным поведением	1,60* (1,26, 1,74)	1,54* (1,17, 2,03)
Несуицидальное самоповреждение	1,40* (1,13, 1,74)	2,99* (2,37, 3,79)
Суицидальные мысли	1,29* (1,12, 1,48)	1,30* (1,09, 1,55)
Суицидальные попытки	1,69* (1,22, 2,35)	2,62* (1,83, 3,74)
RRR – отношение рисков; ДИ – доверительный интервал. *p=0,05 (двухсторонние тесты) Многомерная мультиномиальная логистическая регрессия		

высокого риска по сравнению с группами низкого и невидимого рисков (10,0 %, 6,9 % и 4,8 %, соответственно,  $p < 0,05$ ). Аналогичная картина наблюдалась среди учащихся, чьи родителями родились в другой стране. Наличие близкого родственника, потерявшего работу в течение предыдущего года, значимо чаще выявлялось в группах высокого и невидимого риска, в сравнении с группой низкого риска (11,6 %, 12,1 % и 8,3 %, соответственно,  $p < 0,05$ ). Проживание с одним родителем чаще выявлялось в группе высокого риска по сравнению с группой невидимого риска (31,1 % и 23,6 %, соответственно,  $p < 0,05$ ).

Как показано в таблице 4, распространенность депрессивных и тревожных симптомов (как тяжелых, так и подпороговых), а также суицидальных мыслей был сопоставимо в группах невидимого и высокого риска, при этом в обеих группах она была значимо выше, чем в группе низкого риска ( $p < 0,05$ ). Эмоциональные симптомы и проблемы в общении со сверстниками были более распространены в группе невидимого риска по сравнению с группой высокого риска; эти феномены чаще наблюдались в группах невидимого и высокого риска, чем в группе низкого риска ( $p < 0,05$ ). Проблемы с поведением, гиперактивность, несуйцидальное самоповреждение и суицидальные попытки чаще встречались в группе высокого риска по сравнению с двумя другими группами ( $p < 0,05$ ).

Результаты многомерной полиномиальной логистической регрессии психиатрических симптомов и латентных классов с поправкой на пол и возраст представлены в таблице 5. Симптомы депрессии, тревога, проблемы с просоциальным поведением и суицидальные мысли были связаны со схожим и значительно повышенным отношением рисков в группах невидимого и высокого риска. Симптомы гиперактивности, несуйцидальное самоповреждение и суицидальные попытки были связаны с значительно повышенным отношением рисков в группе высокого риска и, пусть даже в минимальной степени, в группе невидимого риска.

## ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты данного исследования показывают, что распространенность рискованного поведения и психопатологии среди европейских подростков относи-

тельно высока. Почти все изученные варианты рискованного поведения чаще встречаются среди мальчиков, причем их распространенность увеличивается с возрастом. Исключениями являются сидячий образ жизни и дефицит сна, которые чаще выявляются среди девочек, которые также имеют больше интернализованных (эмоциональных) психиатрических симптомов, такие как депрессия, тревога и суицидальные мысли.

В этой крупной выборке с помощью анализа латентных классов (АЛК) выделены три группы подростков. Первая группа, составляющая 13,2 % исследуемой популяции, имеет высокие показатели по всем вариантам рискованного поведения, ее мы назвали «группой высокого риска». В настоящее время большая часть профилактических вмешательств ориентирована именно на эту группу (45, 46). Для самой большой группы, составляющей почти две трети (57,8 %) исследуемой популяции, характерна низкая распространенность по большинству параметров рискованного поведения, ее мы назвали «группой низкого риска». Тем не менее, даже в этой группе выявлены учащиеся с попытками суицида (1,7 %), суицидальными мыслями (27 %), подпороговой депрессией (29 %) и подпороговой тревогой (19 %). Эти данные подчеркивают важность крупномасштабных профилактических мероприятий и пропаганды в школах, что согласуется с данными предыдущих исследований (43, 47).

Самая важная находка настоящего исследования – это третья группа, т. н. «группа невидимого риска», которая включает 29 % подростков. Эти учащиеся сгруппированы по трем параметрам рискованного поведения (дефицит сна, низкий уровень физической активности и интенсивное использование Интернета/просмотр ТВ/увлечение видеоиграми). В этой группе выявлена высокая распространенность психических симптомов. Степень тяжести психических симптомов, обнаруженных в «невидимой» группе, во многих случаях сопоставима с таковой в группе высокого риска. В эту группу входят подростки, которые тратят слишком много времени у телевизора, в Интернете или чрезмерно много играют в видеоигры, в том числе вместо того, чтобы спать ночью. Вероятно, в связи с этим они пренебрегают другими важными аспектами здорового образа жизни, например, спортом. Взрослые наблюдатели (например, родители, учителя и специа-

листы в сфере психического здоровья), как правило, не воспринимают такое поведение как опасное. Тем не менее, в группах высокого и невидимого риска выявлена сопоставимая распространенность депрессивных симптомов, тревоги и суицидальных мыслей. По сравнению с учащимися из группы высокого риска, в группе невидимого риска имеется более высокая распространенность эмоциональных симптомов и проблем в общении со сверстниками, но при этом отмечается более низкая распространенность гиперактивности и проблем с поведением. Различия между группами высокого и невидимого риска не зависят от пола (это было подтверждено в многомерных анализах с корректировкой по полу и возрасту).

В группах невидимого и высокого риска обнаружены значимые отличия от группы низкого риска по следующим параметрам: страна рождения (подросток или один из его родителей родились за пределами страны, в которой расположен центр исследования), принадлежность к семье с одним родителем, принадлежность к семье, в которой родитель потерял работу в предыдущем году. Интересно, что принадлежность к религиозной конфессии (в восприятии подростков), которая обычно считается защитным фактором (48), не оказала никакого влияния на групповую принадлежность. Эти результаты позволяют предположить, что подростки в группе невидимого риска с большей вероятностью имеют более низкий социально-экономический статус и, таким образом, являются еще более недоступными для существующих профилактических программ и просветительской деятельности.

Одним из основных преимуществ данного исследования является большой размер выборки подростков ( $n=12\,395$ ), набранных в случайно выбранных школах в одиннадцати европейских странах (34). Учащиеся отбирались и оценивались с использованием однородных процедур (с точки зрения критериев включения/исключения и оценки исхода). Кроме того, исследование охватило очень большую географическую область. Одним из потенциальных ограничений данного исследования является то, что все данные были получены на основе самоотчета участников. Хотя было показано, что данные, полученные на основе самоотчета, относительно достоверны (36, 49, 50), распространенность рискованного поведения и психопатологических симптомов, возможно, была недооценена. Другим ограничением является то, что от каждой страны участвовал только один центр. Несмотря на то, что центры исследования в разумной степени отражали состояние по странам, добавление более одного центра в каждой стране позволило бы получить дифференцированные данные по городским и сельским регионам, а также стратифицировать группы риска по плотности населения.

Результаты данного исследования согласуются с классическим разделением психических расстройств на интернализированные и экстернализированные (51). Интернализированные (эмоциональные) расстройства более распространены среди девочек, а экстернализированные (поведенческие) в большей степени распространены среди мальчиков. Схожие паттерны половозрастных различий ранее обнаруживались в американских исследованиях, например, в исследовании Study of Disruptive Behavior Disorders in Puerto Rican Youth (Исследование агрессивного поведения среди пуэрториканской молодежи [5]), NIMH Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders (MECA, Исследование NIMH –Эпидемиология детских и подростковых психических расстройств [13]) и YRBSS (15). До сих пор исследования, проводимые в Европе, такие как ESPAD (26), были направлены на изучение исключительно расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, и не включали такого широкого спектра рискованного поведения, как

исследование SEYLE. Что касается психоактивных веществ (ПАВ), результаты SEYLE соответствуют предыдущим находкам и подтверждают высокое бремя злоупотребления ПАВ среди европейской подростковой и его связь с различной психопатологией (52). В целом, результаты SEYLE показывают, что в Европе целесообразно внедрить систему регулярного сбора данных о психическом здоровье и образе жизни подростков, так, как это сделано в США (система YRBSS).

Поскольку связанные с возрастом и полом различия с течением времени меняются, наблюдение за ними может иметь важные последствия для профилактики рискованного поведения. Увеличение распространенности рискованного поведения и психопатологии с возрастом, как это наблюдается в данном исследовании, согласуется с другими исследованиями (53, 54). Важно отметить, что в результатах SEYLE увеличение распространенности каждого из оцениваемых параметров рискованного поведения наблюдалось для каждого последующего года возраста подростка. Тем не менее, данные о лонгитудинальной траектории этих вариантов рискованного поведения, их прогностическом значении и возможных последствиях для последующих психопатологических и психологических исходов в настоящее время отсутствуют. Кросс-секционные корреляции между группами высокого и невидимого риска по различным психопатологическим переменным диктуют необходимость разработки программ систематической психологической поддержки и профилактического вмешательства среди таких подростков.

Таким образом, результаты данного исследования подтверждают необходимость ранней профилактики и терапевтических вмешательств в сфере психического здоровья среди подростков (55, 56). Наиболее распространенными вариантами рискованного поведения среди девочек являются депривация сна и сидячий образ жизни, в то время как у мальчиков чаще встречаются употребление наркотиков и алкоголя. Профилактические мероприятия должны быть прицельно направлены на мальчиков и девочек. Наиболее важные результаты этого исследования получены в ходе анализа латентных классов. В дополнение к традиционным группам высокого и низкого риска выделена третья группа, в которую входит почти треть подростков. В этой «невидимой группе» рискованное поведение, как правило незаметно и не воспринимается взрослыми (в том числе специалистами в области психического здоровья) как опасное. Учащиеся в группе невидимого риска обнаруживают высокую частоту депрессии, тревоги и суицидальных мыслей, сопоставимую с таковой в группе высокого риска. Большинство родителей, учителей и врачей незамедлительно отреагируют, если подросток употребляет наркотики или алкоголь, однако, они легко не заметят подростка, для которого характерны другие нарушения поведения, такие как чрезмерное увлечение видеоиграми, пренебрежение физической активностью и дефицит сна.

Причинно-следственная связь между этими вариантами рискованного поведения и психопатологией остается неясной. Тем не менее, распространенные психические расстройства, такие как депрессия, часто имеют двунаправленную связь с дефицитом сна (57), низким уровнем физической активности (58) и массивным потреблением медиа-источников (Интернет, ТВ и т. д.) (59). Таким образом, полученные нами данные представляют значительный интерес для организаций, занимающихся просветительской работой и образованием в сфере здоровья подростков, а также для регулирующих органов и клиницистов. Дискуссии с подростками часто сосредотачиваются на злоупотреблении ПАВ и правонарушениях. Важно включить в профилактические беседы обсуждение других видов рискованного поведения, а именно, недостаточного сна, низко-

го уровня физической активности и чрезмерного увлечения медиа-источниками.

Эти данные предоставили уникальную возможность для детального изучения обычных подростков, учащихся в школах по всей Европе. Остался ряд нерешенных вопросов. Например, отсутствие более точных социоэкономических данных не позволило исследовать связь соответствующих факторов с рискованным поведением и психопатологией. Следует провести эпидемиологическое исследование домашних хозяйств, которое бы включало сбор подробных социоэкономических данных. По результатам такого исследования можно было бы судить о связи между рискованным поведением, психопатологией и общим социоэкономическим статусом. Кроме того, в данном исследовании психические симптомы оценивались кросс-секционно с использованием инструментов самоотчета. Диагностические интервью позволили бы лучше понять взаимосвязь между психическими расстройствами и рискованным поведением.

Не взирая на эти ограничения, исследование SEYLE предоставило важные данные, собранные на крупной многонациональной когорте европейских подростков. В идеале эти данные требуют дальнейшей лонгитудинальной оценки, которая бы позволила определить траектории рискованного поведения и психопатологических феноменов и, возможно, уточнить некоторые причинно-следственные связи.

### Благодарность

Проект SEYLE получил финансовую поддержку в соответствии с инициативой Coordination Theme 1 (Health) программы European Union Seventh Framework Program (FP7), грантовое соглашение HEALTH-F2-2009-223091.

### Библиография

1. Blum RW, Bastos FI, Kabiru CW et al. Adolescent health in the 21st century. *Lancet* 2012;379:1567-8.
2. Patton GC, Coffey C, Cappa C et al. Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data. *Lancet* 2012;379:1665-75.
3. Merikangas KR, He JP, Burstein M et al. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication – Adolescent Supplement (NCSA). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010;49:980-9.
4. Shaffer D, Fisher P, Dulcan MK et al. The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA Study. *Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders Study*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:865-77.
5. Bird HR, Davies M, Duarte CS et al. A study of disruptive behavior disorders in Puerto Rican youth: II. Baseline prevalence, comorbidity, and correlates in two sites. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45:1042-53.
6. Costello EJ, Angold A, Burns BJ et al. The Great Smoky Mountains Study of Youth. Goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:1129-36.
7. Jiang N, Kolbe LJ, Seo DC et al. Health of adolescents and young adults: trends in achieving the 21 Critical National Health Objectives by 2010. *J Adolesc Health* 2011; 49: 124-32.
8. Park MJ, Brindis CD, Chang F et al. A midcourse review of the healthy people 2010: 21 critical health objectives for adolescents and young adults. *J Adolesc Health* 2008;42:329-34.
9. Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry* 2010;197:378-85.
10. Merikangas KR, Zhang H, Avenevoli S et al. Longitudinal trajectories of depression and anxiety in a prospective community study: the Zurich Cohort Study. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:993-1000.
11. Bird HR, Canino GJ, Davies M et al. A study of disruptive behavior disorders in Puerto Rican youth: I. Background, design, and survey methods. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45:1032-41.
12. Johnson JG, Cohen P, Gould MS et al. Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:741-9.
13. Lahey BB, Flagg EW, Bird HR et al. The NIMH Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders (MECA) Study: background and methodology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:855-64.
14. Merikangas K, Avenevoli S, Costello J et al. National comorbidity survey replication adolescent supplement (NCS-A): I. Background and measures. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009;48:367-9.
15. Brener ND, Kann L, Shanklin S et al. Methodology of the Youth Risk Behavior Surveillance System – 2013. *MMWR Recomm Rep* 2013;62:1-23.
16. Eaton DK, Kann L, Kinchen S et al. Youth Risk Behavior Surveillance – United States, 2011. *MMWR Surveill Summ* 2012;61:1-162.
17. Hu MC, Griesler P, Schaffran C et al. Risk and protective factors for nicotine dependence in adolescence. *J Child Psychol Psychiatry* 2011;52:1063-72.
18. Wu P, Bird HR, Liu X et al. Childhood depressive symptoms and early onset of alcohol use. *Pediatrics* 2006;118:1907-15.
19. Kandel DB, Johnson JG, Bird HR et al. Psychiatric comorbidity among adolescents with substance use disorders: findings from the MECA Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:693-99.
20. McCrea RL, Berger YG, King MB. Body mass index and common mental disorders: exploring the shape of the association and its moderation by age, gender and education. *Int J Obes* 2012;36:414-21.
21. Anderson SE, Cohen P, Naumova EN et al. Adolescent obesity and risk for subsequent major depressive disorder and anxiety disorder: prospective evidence. *Psychosom Med* 2007;69:740-7.
22. Biddle SJ, Asare M. Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews. *Br J Sports Med* 2011;45:886-95.
23. Johnson EO, Breslau N. Sleep problems and substance use in adolescence. *Drug Alcohol Depend* 2001;64:1-7.
24. Berg I. Absence from school and mental health. *Br J Psychiatry* 1992;161:154-66.
25. Hale DR, Viner RM. Policy responses to multiple risk behaviours in adolescents. *J Public Health* 2012;34(Suppl. 1):i11-9.
26. Hibell B, Ahlstrom S, Balakireva O et al. The 2007 ESPAD report: substance use among students in 35 European countries. Stockholm: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, 2009.
27. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Annual report 2008: the state of the drugs problem in Europe. [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu).
28. Flisher AJ, Kramer RA, Hoven CW et al. Risk behavior in a community sample of children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:881-7.
29. Harakeh Z, de Looze ME, Schrijvers CT et al. Individual and environmental predictors of health risk behaviours among Dutch adolescents: the HBSC study. *Public Health* 2012;126:566-73.
30. Johnson KE, Taliaferro LA. Health behaviors and mental health of students attending alternative high schools: a review of the research literature. *J Spec Pediatr Nurs* 2012;17:79-97.
31. Kim Y. Adolescents' health behaviours and its associations with psychological variables. *Cent Eur J Public Health* 2011;19:205-9.
32. Zhou Z, Xiong H, Jia R et al. The risk behaviors and mental health of detained adolescents: a controlled, prospective longitudinal study. *PLoS One* 2012;7:e37199.

33. Wasserman D, Carli V, Wasserman C et al. Saving and empowering young lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial. *BMC Public Health* 2010;10:192.
34. Carli V, Wasserman C, Wasserman D et al. The Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) Randomized Controlled Trial (RCT): methodological issues and participant characteristics. *BMC Public Health* 2013;13:479.
35. World Health Organization. Global School-Based Student Health Survey. [www.who.int](http://www.who.int).
36. Brener ND, Kann L, McManus T et al. Reliability of the 1999 Youth Risk Behavior Survey questionnaire. *J Adolesc Health* 2002;31:336-42.
37. Beck AT, Steer RA, Ball R et al. Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *J Pers Assess* 1996;67:588-97.
38. Zung WW. A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics* 1971;12:371-9.
39. Goodman R, Meltzer H, Bailey V. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1998;7:125-30.
40. Paykel ES, Myers JK, Lindenthal JJ et al. Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. *Br J Psychiatry* 1974;124:460-9.
41. Gratz K. Measurement of deliberate self-harm: preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *J Psychopathol Behav Assess* 2001;23:253-63.
42. WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development. Geneva: World Health Organization, 2006.
43. Balazs J, Miklosi M, Keresztesy A et al. Adolescent sub-threshold depression and anxiety: psychopathology, functional impairment and increased suicide risk. *J Child Psychol Psychiatry* 2013;54:670-7.
44. Linzer DA, Lewis JB. polCA: An R package for polytomous variable latent class analysis. *J Stat Softw* 2011;42:1-29.
45. Jackson CA, Henderson M, Frank JW et al. An overview of prevention of multiple risk behaviour in adolescence and young adulthood. *J Public Health* 2012;34(Suppl. 1):i31-40.
46. Yuma-Guerrero PJ, Lawson KA, Velasquez MM et al. Screening, brief intervention, and referral for alcohol use in adolescents: a systematic review. *Pediatrics* 2012;130:115-22.
47. Olsson GI, von Knorring AL. Adolescent depression: prevalence in Swedish high-school students. *Acta Psychiatr Scand* 1999;99:324-31.
48. Mouttapa M, Huang TT, Shakib S et al. Authority-related conformity as a protective factor against adolescent health risk behaviors. *J Adolesc Health* 2003;33:320-1.
49. Brener ND, Billy JO, Grady WR. Assessment of factors affecting the validity of self-reported health-risk behavior among adolescents: evidence from the scientific literature. *J Adolesc Health* 2003;33:436-57.
50. Brener ND, Grunbaum JA, Kann L et al. Assessing health risk behaviors among adolescents: the effect of question wording and appeals for honesty. *J Adolesc Health* 2004;35:91-100.
51. Achenbach TM. The Child Behavior Profile: I. Boys aged 6-11. *J Consult Clin Psychol* 1978;46:478-88.
52. Kokkevi A, Richardson C, Florescu S et al. Psychosocial correlates of substance use in adolescence: a cross-national study in six European countries. *Drug Alcohol Depend* 2007;86:67-74.
53. Barone C, Weissberg RP, KasproW WJ et al. Involvement in multiple problem behaviors of young urban adolescents. *J Prim Prev* 1995;15:261-83.
54. Brodbeck J, Bachmann MS, Croudace TJ et al. Comparing growth trajectories of risk behaviors from late adolescence through young adulthood: an accelerated design. *Dev Psychol* 2013;49:1732-8.
55. Stenbacka M, Stenbacka M, Stattin H et al. Adolescent use of illicit drugs and adult offending: a Swedish longitudinal study. *Drug and Alcohol Review* 2007;26:397-403.
56. van Lier PAC, Huizink A, Crijnen A. Impact of a preventive intervention targeting childhood disruptive behavior problems on tobacco and alcohol initiation from age 10 to 13 years. *Drug and Alcohol Dependence* 2009;100:228-33.
57. Clarke G, Harvey AG. The complex role of sleep in adolescent depression. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2012;21:385-400.
58. Biddle SJ, Asare M. Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews. *Br J SportsMed* 2011;45:886-95.
59. Carli V, Durkee T, Wasserman D et al. The association between pathological internet use and comorbid psychopathology: a systematic review. *Psychopathology* 2013;46:1-13.

DOI 10.1002/wps.20088

# Взаимодействие гена и окружающей среды в эволюционной перспективе: дифференциальная восприимчивость к влиянию окружающей среды

JAY BELSKY<sup>1,2</sup>, SARAH HARTMAN<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Human Ecology, Human Development and Family Studies Program, University of California, Davis, CA 95616, USA (США);

<sup>2</sup>King Abdulaziz University, Jeddah, Saudi Arabia (Саудовская Аравия)

Перевод: Мухорина А.К.  
Редактура: Павличенко А.В.

По традиции, психиатры интересуются природой, происхождением, последствиями и лечением психических расстройств. Что касается этиологии и роли генетики, то там ученые-генетики, занимающиеся вопросами психиатрии, преимущественно изучали особенности взаимодействия генотипа и фенотипа, т.е. прямой связью между конкретным полиморфизмом и конкретным расстройством, а также генетической уязвимостью по отношению к неблагоприятным факторам, как это было показано в исследованиях, посвященных взаимодействию генов и окружающей среды.

В данной статье мы предлагаем новый взгляд на проблемы психиатрии и генетики. Вместо того, чтобы объяснять генетический полиморфизм посредством генов для развития некоторых заболеваний или функционирования, а также «генов риска», увеличивающих вероятность того, что расстройство возникнет в контексте неблагоприятных факторов, мы утверждаем, что многие гены, на которых были сосредоточены исследования по психиатрической генетике, на самом деле могут делать людей более или менее чувствительными к воздействию факторов окружающей среде и, таким образом, они могут быть по-разному восприимчивыми к процессу развития и воздействию внешних факторов.

Кроме того, вопреки преобладающему мнению, мы убеждены, что конкретный полиморфизм генов следует рассматривать как «пластичность», а не «уязвимость» генов (1), что делает людей не только более подверженным развитию психической болезни при действии неблагоприятных факторов, но и, возможно, имеющим некоторое преимущество при благоприятных ситуациях и влияющих отрицательно при негативных условиях (2,3).

Подобный взгляд на взаимоотношения между окружающей средой и генотипом происходит на основе анализа человеческого развития с точки зрения эволюции (1,3,4), согласно которому процесс пластичности несет как некие потери, так и преимущества. К потерям, по сути, можно отнести то, что будущее является неопределенным. В результате этого, в тех случаях, когда предшествующий опыт определяет будущие события, это «несоответствие» будет дорого обходиться, в том смысле, что последующие события доказывают несовместимость с тем, что было пережито в более ранний, и важный, период жизни. Это говорит о том, что естественный отбор будет «подстраховываться», делая некоторых людей более, а других менее (или у них вообще отсутствует) пластичными в процессе развития. Из этого следует, что эволюционную пластичность можно рассматривать как фенотип или отдельную индивидуально-дифференцирующую конструкцию.

Как оказалось, много открытий в области взаимодействия генотипа и окружения подтверждают нашу точку зрения, согласно которой многие люди, в силу особенностей их генетического аппарата, более подвержены воздействию факторов окружающей среды по принципу «хорошо и плохо» (2), в зависимости от внешних факторов, воздействию которой они подвергаются. Для наглядности, мы здесь сосредоточимся на двух широко изученных полиморфизмах генов.

## Два гена пластичности?

Как и другие полиморфизмы, ген переносчика серотонина, 5-HTTLPR, и ген рецептора дофамина, DRD4, давно рассматриваются психиатрами-генетиками в качестве «генов уязвимости», которые несут конкретные аллели, предрасполагающие, в неблагоприятных условиях, к развитию депрессии и синдрому дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), соответственно. Все больше данных свидетельствует о том, что, возможно, их лучше рассматривать в качестве «генов пластичности», делая носителей аллелей предполагаемого риска особенно восприимчивыми к воздействию факторов окружающей среды по принципу «хорошо и плохо».

Относительно 5-HTTLPR было обнаружено, что носители одного или более коротких аллелей демонстрировали большую склонность к пластичности по принципу «хорошо или плохо», когда важным прогностическим фактором и исходом развития ребенка, соответственно, являлись материнская отзывчивость и моральная интернализация, плохое обращение с детьми и антисоциальное поведение, а также воспитание в условиях поддержки и позитивная эмоция. Подобные результаты, связанные с различной восприимчивостью, также находят среди афроамериканских мальчиков-подростков в тех случаях, когда очевидная расовая дифференциация используется для того, чтобы предсказать проблемы с поведением; когда жизненные события используются для предсказания в будущем появления невротизма и удовлетворенности жизнью; и когда, ретроспективно, неблагоприятные факторы, действующие в детстве, используются для объяснения эпизодов импульсивности среди студентов. Более того, последний мета-анализ показывает, что дети белой расы в возрасте до 18 лет, имеющие короткие аллели, более восприимчивы, чем те, у которых обнаруживаются длинные аллели, как к позитивному, так и к негативному опыту, связанному с развитием (5).

Что касается гена DRD4, то там повышенная восприимчивость была найдена среди носителей 7-дуплицирующего аллеля в ситуации, когда предикторами окружающей среды и исходами развития являлись, соответ-

ственно, материнская позитивность и просоциальное поведение; ранняя забота о детях вне семьи и социальные способности; ситуационный стресс и поддержка и негативная активность подростков; негативные ситуации в детстве и стойкая алкогольная зависимость у молодежи; факторы риска при рождении (т.е. срок беременности, вес при рождении в соотношении к сроку беременности, длительность пребывания в стационаре) и заметная сенситивность матери. Стоит еще раз подчеркнуть, что мета-анализ, посвященный взаимодействию генотипа и окружающей среды, включая гены, связанные с дофамином, показал, что дети младше 8 реагируют на позитивный и негативный опыт по-разному, в соответствии с их восприимчивостью (6).

### Направления будущих исследований

Несмотря на постоянно растущие доказательства того, что взаимодействия генов и окружающей среды согласуются с данными о пластичности генов, многие вопросы еще предстоит изучить и осветить.

В дополнение к 5-HTTLPR и DRD4, есть свидетельства того, что другие хорошо изученные полиморфизмы генов могут действовать как факторы пластичности (например, мозговой нейротрофический фактор, BDNF; моноамин-оксидаза А), делая некоторых людей более чувствительными к воздействиям окружающей среды, в соответствии с принципом «хорошо и плохо» (4). Особенно важно понимать, что большинство полиморфизмов генов, рассматриваемых как потенциальные факторы пластичности, происходят из исследований по психиатрической генетике, и связаны с идеей о уязвимости. Ученые должны расширить список генов-кандидатов и, помимо полиморфизма генов, связанных с нарушением функционирования, включать те гены, которые могут влиять на пластичность. В качестве примера можно привести попытку доказать дифференциальную восприимчивость генотипа CHRNA4, так как ранее была показана его роль в выработке ацетилхолина, компонента, тесно связанного с пластичностью и обучением (7).

Прежде, чем считать некоторых людей пластичными и податливыми (например, носителей короткого аллеля 5-HTTLPR), а других - нет (например, гомозиготных носителей длинного аллеля), имеет смысл, вероятно, подумать о неком континууме, внутри которого некоторые из них особенно податливы, некоторые более-менее податливы, некоторые податливы в меньшей мере, а у некоторых она вообще отсутствует. Работы, использующие множества генов пластичности, обнаруживают дозозависимую связь между числом генов пластичности и степенью, с которой люди подвержены влиянию факторов окружающей среды по принципу «хорошо и плохо» (4). Будущие исследования в этой области должны руководствоваться «системным генетическим подходом» и включать предполагаемые гены пластичности на основании понимания конкретных биологических процессов или путей, таких как дофаминергическая или серотонинергическая системы, или неврологического субстрата.

Более того, большая часть исследований по дифференцирующей восприимчивости, по сути, носила наблюдательный характер. Последнее обстоятельство может заставить сомневаться в полученных результатах, так как изучение факторов окружающей среды, возможно, носило выборочный, а не случайный характер, создавая вероятность того, что корреляция между генами и окружающей средой маскируется под взаимодействие генов и окружающей среды. Одно из решений этой проблемы видится в проведении исследований со случайным отбором участников, пребывающих в экспериментальных или контрольных условиях, однако эти исследования все еще находятся на ранних этапах (4,8). Даже если такие работы будут ограничены изучением только «хорошей» стороны пластичности, то они

позволят оценить, какой из вариантов аллеля сделает человека особенно уязвимым к действию неблагоприятных факторов в натуралистических исследованиях, а также предсказать тех, которые будут обладать огромным преимуществом при вовлечении их в мероприятия, содействующие позитивному функционированию. Не менее важно, что такая работа может определить, в соответствии с предположением о дифференцирующей восприимчивости, какие варианты аллелей, ассоциированные с устойчивостью к неблагоприятным внешним воздействием, приведут их носителей к меньшим преимуществам (или к их отсутствию) при проведении мероприятий, направленных на улучшение позитивного функционирования.

Утверждение, что развитие пластичности следует рассматривать как индивидуально-дифференцирующую конструкцию, поднимает вопрос о том, является ли пластичность, как таковая, доменом общим и специфическим. Другими словами, являются ли более пластичные люди особенно восприимчивыми и подверженными влиянию самых разнообразных факторов окружающей среды и процессов развития, в то время как другие люди не особенно подвергаются воздействию тех же самых факторов? Или люди, в целом, характеризуются «различной» степенью пластичности, будучи крайне чувствительными к действию одних условий, но не к другим и/или в отношении действия одних исходов развития, но не других?

Однако, как бы это не показалось удивительным, есть доказательства того, что пластичность является общим доменом. Рассмотрим результаты двух вмешательств, которые использовали очень разные методы для того, чтобы оказать влияние на различные аспекты развития. В одном случае вмешательство было направлено на поощрение особого рода заботливого воспитания, направленного на снижение уровня экспрессивного поведения малыша (9) и связанную с кортизолом стресс-реактивность (10), в то время как в другом была использована компьютеризированная обучающая программа для развития у дошкольника способности понимать фонемы, и, тем самым, ранней способности писать и читать (11). Несмотря на кардинальные различия в структуре самих вмешательств и аспектов развития, которые они изучали, оказалось, что дети, имеющие 7-дуплицирующий DRD4 аллель, обладают заметным, хотя и не исключительным, преимуществам, в обоих случаях. Перед тем, как сделать выводы, необходимо упомянуть, что утверждение о том, что пластичность является в большей степени доменом общим, чем специфическим, в будущем потребует дальнейших подтверждений. Мы подозреваем, что некоторые люди окажутся на крайних полюсах пластичности (крайне восприимчивые или практически не восприимчивые к действию конкретных условий), но большинство будет располагаться между ними.

### Выводы

Эволюционная точка зрения привела нас не только к пониманию потерь и преимуществ, связанных с развитием пластичности, но также к осознанию того, почему люди должны различаться между собой в отношении восприимчивости к действию внешних факторов. Более того, эта конструкция привела к тому, что люди, которых, из-за особенностей их генетического аппарата, длительное время считали особенно уязвимыми в отношении неблагоприятных факторов, стали рассматриваться как имеющие огромное преимущество при благоприятных обстоятельствах при очень близких генетических факторах. Это привело также к тому, что некоторые предполагаемые гены уязвимости стали рассматриваться как гены пластичности.

Несмотря на доказательства, собранные в данной статье и в других местах (1,4), еще многое предстоит узнать о том, когда и почему генетические факторы

действуют преимущественно как факторы пластичности, но не уязвимости. Тем не менее, изучение дифференцирующей восприимчивости к действию факторов окружающей среды уже позволили выделить преимущества, связанные со взглядом на человеческое развитие с точки зрения эволюции, и недостатки, обусловленные заметным акцентом на вопросах ситуационных рисков, неправильном развитии и уязвимости. Последнее затрудняет понимание того, как сами генетические факторы могут быть связаны с дисфункцией, когда люди, пережившие неблагоприятные ситуации, могут хорошо справляться со своими задачами, когда они сталкиваются с благоприятными условиями развития.

#### Список литературы

1. Belsky J, Pluess M. Beyond diathesis stress: differential susceptibility to environmental influences. *Psychol Bull* 2009;135:885-908.
2. Belsky J, Bakermans-Kranenburg M, van Ijzendoorn MH. For better and for worse: differential susceptibility to environmental influences. *CurrDirPsycholSci* 2007;16:300-4.
3. Ellis BJ, Boyce WT, Belsky J et al. Differential susceptibility to the environment: an evolutionary - neurodevelopmental theory. *DevPsychopathol* 2011;23:7-28.
4. Belsky J, Pluess M. Beyond risk, resilience and dysregulation: phenotypic plasticity and human development. *DevPsychopathol* 2013; 25:1243-61.
5. Van Ijzendoorn MH, Belsky J, Bakermans-Kranenburg MJ. Serotonin transporter genotype 5HTTLPR as a marker of differential susceptibility? A meta-analysis of child and adolescent gene-by-environment studies. *Transl Psychiatry* (in press).
6. Bakermans-Kranenburg MJ, Van Ijzendoorn MH. Differential susceptibility to rearing environment depending on dopamine-related genes: new evidence and a meta-analysis. *DevPsychopathol*2011;23:39-52.
7. Grazioplene RG, DeYoung CG, Rogosch FA et al. A novel differential susceptibility gene: CHRNA4 and moderation of the effect of maltreatment on child personality. *J Child Psychol Psychiatry* (in press).
8. vanIjzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ. Differential susceptibility experiments: going beyond correlational evidence: comment on beyond mental health, differential susceptibility articles. *DevPsychol* 2012;48:769-74.
9. Bakermans-Kranenburg MJ, Van Ijzendoorn MH, Pijlman FTA et al. Experimental evidence for differential susceptibility: dopamine D4 receptor polymorphism (DRD4 VNTR) moderates intervention effects on toddlers' externalizing behavior in a randomized controlled trial. *DevPsychol* 2008;44:293-300.
10. Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH, Mesman J et al. Effects of an attachment-based intervention on daily cortisol moderated by dopamine receptor D4: a randomized control trial on 1- to 3-year-olds screened for externalizing behavior. *DevPsychopathol*2008;20:805-20.
11. Kegel CAT, Bus AG, van Ijzendoorn MH. Differential susceptibility in early literacy instruction through computer games: the role of the dopamine D4 receptor gene (DRD4). *Mind Brain Educ* 2011;5:71-8.

DOI 10.1002/wps.20092

# Эволюция психообразования для биполярного расстройства: от литиевых клиник до интегративного психообразования

**Francesc Colom**

Barcelona Bipolar Disorders Unit, IDIBAPS-CIBERSAM, Institute of Neurosciences, Hospital Clinic, Villarroel 170, Barcelona 08036, Spain (Испания)

Перевод: Мухорина А.К.

Редактура: Павличенко А.В.

Справляться и жить с биполярным расстройством сложно, а иногда, противоречит здравому смыслу, требует наличия многих установок и способностей, включая значительное эмоциональное понимание, здоровый и правильный образ жизни, умение улавливать едва заметные изменения и мотивацию полностью следовать терапии. Участие пациента и его активная позиция являются необходимым условием успешного исхода лечения. Этим, частично, можно объяснить терапевтическое влияние на это расстройство психообразовательных программ.

Однако, история групповой психообразовательной работы при биполярном расстройстве полна взлетов и падений. Любопытно, что изначально всемирно известные эксперты в области групповой терапии не испытывали энтузиазм в отношении использования данной стратегии у биполярных пациентов. I. Yalom, например, определял биполярного пациента как «одно из худших бедствий, которое может случиться в групповой терапии» (1). С тех пор практика психообразовательной работы эволюционировала вместе с представлением о биполярном расстройстве

## Пионеры: клиники лития

Предшественников использования психообразования можно обнаружить в так называемых «литиевых клиниках», которые появились как в Европе, так и в США в 1970-х годах, и управлялись, как правило, командой, состоящей из психиатра и вспомогательного персонала (медсестер и, иногда, психологов). Акцент был сделан на мониторинге фармакологического лечения, но также пациенты получали некоторую информацию о расстройстве и взаимную поддержку. Эта модель на 100% соответствует биологическому пониманию расстройства, которое, возможно, пыталось противостоять психодинамическим взглядам, доминировавшим до эры лития. Эффективность данного подхода была описана в нескольких работах (напр., 2), которые, к сожалению, не содержат соответствующей сравнительной методологии.

## Психообразование, основанное на получении информации

После эпохи литиевых клиник в литературе появилось несколько сообщений о психообразовании, основанном на получении информации, исходящих, главным образом из США и Нидерландов, стране с давней традицией попыток использования психообразования в работе с биполярными больными, а также групп самопомощи и поддержки. Исследования E. van Gent (3) поначалу продемонстрировали замечательный эффект ее влияния на стигматизацию и самооценку, а в дальнейшем, после трех лет наблюдения, отмечалось значительное снижение проблем, связанных с соблюдением

режима терапии и госпитализаций среди пациентов, получавших психообразование. Однако этот взгляд на психообразование, основанный на информации, не полностью отражал интегрированный подход к биполярному расстройству, а инициатива пациента не рассматривалась как ключевой вопрос в лечении.

## Установки и возможности психообразовательных программ

В 2003 году наша группа (4) опубликовала первое рандомизированное контролируемое исследование, посвященное эффективности психообразования в отношении профилактики рецидивов биполярного расстройства. Использованная модель подчеркивала важность осознания болезни, самоуправления, распознавания ранних признаков болезни, постоянство привычек, соблюдения режима терапии и избегания злоупотребления лекарствами. Она была определена как «поведенческое психообразование», но мы скорее относимся к ней как к психообразовательной программе по принципу «установок и возможностей». Это, безусловно, соответствует взгляду на биполярное расстройство как на комплексное состояние, в развитии которого участвуют не только биологические этиологические факторы, но также психологические и социальные составляющие, которые могут выступать в качестве триггеров, модуляторов или медиаторов. Эта психообразовательная программа Барселоны показала огромную эффективность в отношении предотвращения всех видов рецидивов как в ходе трехлетнего, так и пятилетнего катamnестического периода (5). Это исследование было успешно воспроизведено с использованием тех же самых интервенций, демонстрируя отличные результаты относительно предотвращения поступлений в больницу (6).

## Ограничения текущей модели

Однако, даже у этой широко распространенной программы имелись некоторые важные ограничения, которые, возможно, могли отражать взгляды на это расстройство, которые сложились в годы начала работы над ней (середина 1990-х гг.). Данная программа не слишком пропагандировала физическое здоровье (посредством назначения регулярной диеты, акцента на регулярных физических упражнениях и т.д.), которое в настоящее время, как хорошо известно, имеет важное значение при лечении любого хронического психического состояния, в частности, биполярного расстройства и шизофрении, в связи с повышенным риском ожирения и метаболического синдрома (например, 7). Кроме того, недавние исследования показали, что поведенческая терапия, направленная на снижение массы тела, значительно снижает вес в течение 18 месяцев у больных тяжелыми психическими

заболеваниями (8) с избыточной массой тела и ожирением, хотя влияние физических упражнений непосредственно на настроение ограничено, согласно недавно опубликованному контролируемому исследованию (9).

Кроме того, программа не рассматривала важность прогрессирования болезни и сенсibilизации. Хотя в середине 1990-х гг. теории стимуляции (киндлинга) (10) занимали большое место в исследованиях, современный уровень знаний о когнитивном снижении и стадиях болезни (см. 11) все еще далек от оптимального. Интересно, что многие психологические интервенции, включая психообразование, когнитивно-поведенческую терапию и семейное психообразование, теряют эффективность, когда их используют у пациентов с большим количеством предшествующих эпизодов. В течение 18-месячного катамнестического рандомизированного контролируемого исследования, Scott и соавт. (12) не нашли существенных различий в отношении числа рецидивов между двумя группами пациентов с тяжелым и рецидивирующим биполярным расстройством, которые получали, соответственно, 22 сессии когнитивно-поведенческой терапии и обычное лечение. Ретроспективный анализ показал, что дополнительная когнитивно-поведенческая терапия была эффективнее обычного лечения только у тех пациентов, которые ранее перенесли менее 12 эпизодов.

Важность как можно более раннего включения психологических интервенций также было отмечено в субанализе Colom и соавт. (13), показавшем отсутствие эффективности групповой психообразовательной работы у пациентов, имеющих в анамнезе более 15 эффективных эпизодов и которые находились в эутичном состоянии к началу исследования. Вероятность жалоб на когнитивное снижение и сложности изменить привычки могут быть более распространенными среди пациентов со стажем, что может влиять на отсутствие эффекта от психообразования в этой подгруппе. Аналогично этому, Reinares и соавт. (14) показали, что, несмотря на общий хороший результат, связанный с семейной групповой психообразовательной работой, ее эффективность, по-видимому, ограничивалась пациентами на начальных стадиях заболевания (15). На более поздних стадиях может наблюдаться прогрессирующее ухудшение способности справиться с болезнью, что повышает уязвимость и снижает устойчивость по мере прогрессирования болезни. Эти способности могут быть восстановлены с помощью соответствующих интервенций.

## Психологическое лечение завтра: на пути к интегративному психообразованию

Интегративный подход к биполярному расстройству должен быть нацелен на синдромальное и на функциональное выздоровление. К сожалению, большинство доступных методов лечения – как фармакологических, так и психологических – обычно более успешны в достижении клинического, а не полного выздоровления. Любопытно, что недавно было опубликовано первое рандомизированное контролируемое исследование эффективности совершенно новой терапии, названной «функциональная реабилитация» (16). Это групповая программа, состоящая из 21 сессии, включает нейрокогнитивные техники, тренинги, психообразование в области когнитивных вопросов и решение проблем, нацеленным на избежание проблем, возникающим при использовании подобных программ, которые применяются в лечении шизофрении. Указанное исследование было мультицентровым, проводилось тремя параллельными группами, в которых сравнивалась эффективность функциональной реабилитации с психообразованием и обычное лечение, и в общей сложности включило в себя 268 амбулаторных больных. Функциональная реабилитация имела боль-

шое влияние на функционирование, в основном на профессиональные и межличностные сферы, отличалось от обычного лечения, но несущественно различалось от психообразовательной работы, которая, однако, имело меньшее влияние на функционирование.

Таким образом, интегративная модель психообразования должна включать в себя стратегии, полезные не только пациентам на ранней стадии заболевания, но и тем, кто обнаруживает некоторое снижение. Она также должна способствовать появлению здоровых привычек, включая регулярные физические упражнения. Более того, учитывая проблемы с социальной когницией, которые присутствуют даже у пациентов, не имеющих симптомов (17), следует приложить более значительные усилия для решения этих проблем.

С другой стороны, функциональная реабилитация и психообразование могут занимать разные ниши в доступном арсенале психотерапевтических методов при биполярном расстройстве. Так, психообразование может быть стратегией первого выбора в качестве дополнительного инструмента профилактики у многих биполярных пациентов (в основном тех, у кого наблюдается начальная или средняя стадии болезни), в то время как функциональная реабилитация является методом выбора для пациентов, имеющих четкие когнитивные и функциональные нарушения и которые, скорее всего, плохо ответят на психообразование.

Существует необходимость лучше понять, какая из видов терапии биполярных расстройств и для каких пациентов она эффективна, учитывая влияние на предотвращение маниакальных/депрессивных эпизодов. Индекс пользы является новым и валидизированным инструментом, описывающим преимущественно антиманиакальную/антидепрессивную противорецидивную эффективность как лекарственной, так и нелекарственной терапии в период проведения поддерживающего этапа лечения биполярного расстройства (18). Согласно этому показателю, устойчивая групповая психообразовательная работа, хотя и является наиболее сбалансированной интервенцией, может быть более эффективна в отношении профилактики депрессивных эпизодов, в то время как сопровождающее психообразование может иметь больший эффект в отношении предотвращения маниакальных эпизодов (19).

В заключение следует отметить, что, на развитие психообразовательной работы оказывают влияние современное понимание биполярного расстройства, а также осознание потребностей наших пациентов, поэтому она не может оставаться статичной и неизменным тактикой, но, скорее, является динамичной программой, которая в дальнейшем будет следовать за эволюцией этого понимания и этих потребностей.

## Благодарности

Автор благодарит за поддержку и финансирование Испанское Министерство Здравоохранения, Институт de Salud Carlos III и CIBERSAM. Он также получил финансовую поддержку от Министерства экономики и конкурентоспособности.

## Список литературы

1. Yalom ID. The theory and practice of group psychotherapy. New York: Basic Books, 1975.
2. Gitlin MJ, Jamison KR. Lithium clinics: theory and practice. Hosp Community Psychiatry 1984; 35:363-8.
3. van Gent EM, Vida SL, Zwart FM. Group therapy in addition to lithium therapy in patients with bipolar disorders. Acta Psychiatr Belg 1988; 88:405-18.
4. Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A et al. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. Arch Gen Psychiatry 2003; 60:402-7.
5. Colom F, Vieta E, Sanchez-Moreno J et al. Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5 year outcome of

- a randomized clinical trial. *Br J Psychiatry* 2009; 194:260-5.
6. Candini V, Buizza C, Ferrari C et al. Is structured group psychoeducation for bipolar patients effective in ordinary mental health services? A controlled trial in Italy. *J Affect Disord* 2013; 151:149-55.
  7. Vancampfort D, Wampers M, Mitchell AJ et al. A meta-analysis of cardio-metabolic abnormalities in drug-naïve, first-episode and multi-episode patients versus general population controls. *World Psychiatry* 2013; 12:240-50.
  8. Daumit GL, Dickerson FB, Wang NY et al. A behavioral weight-loss intervention in persons with serious mental illness. *N Engl J Med* 2013; 368:1594-602.
  9. Chalder M, Wiles NJ, Campbell J et al. A pragmatic randomized controlled trial to evaluate the cost-effectiveness of a physical activity intervention as a treatment for depression: the treating depression with physical activity (TREAD) trial. *Health Technol Assess* 2012; 16:1-164.
  10. Post RM, Putnam F, Contel NR et al. Electroconvulsive seizures inhibit amygdala kindling: implications for mechanisms of action in affective illness. *Epilepsia* 1984; 25:234-9.
  11. Vieta E, Popovic D, Rosa AR et al. The clinical implications of cognitive impairment and allostatic load in bipolar disorder. *Eur Psychiatry* 2013; 28:21-9.
  12. Scott J, Paykel E, Morriss R et al. Cognitive-behavioral therapy for severe and recurrent bipolar disorders: randomized controlled trial. *Br J Psychiatry* 2006; 188:313-20.
  13. Colom F, Reinares M, Pacchiarotti I et al. Has number of previous episodes any effect on response to group psychoeducation in bipolar patients? A 5-year follow-up post-hoc analysis. *Acta Neuropsychiatr* 2010; 22:50-3.
  14. Reinares M, Colom F, Sanchez-Moreno J et al. Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: a randomized controlled trial. *Bipolar Disord* 2008; 10:511-9.
  15. Reinares M, Colom F, Rosa AR et al. The impact of staging bipolar disorder on treatment outcome of family psychoeducation. *J Affect Disord* 2010; 123:81-6.
  16. Torrent C, Bonnín C, Martínez-Arán A et al. Efficacy of functional remediation in bipolar disorder: a multicenter randomized controlled study. *Am J Psychiatry* 2013; 170:852-9.
  17. Samanè C, Martino DJ, Strejilevich SA. Social cognition in euthymic bipolar disorder: systematic review and meta-analytic approach. *Acta Psychiatr Scand* 2012; 125:266-80.
  18. Popovic D, Reinares M, Goikolea JM et al. Polarity index of pharmacological agents used for maintenance treatment of bipolar disorder. *Eur Neuropsychopharmacol* 2012; 22:339-46.
  19. Popovic D, Reinares M, Scott J et al. Polarity index of psychological interventions in maintenance treatment of bipolar disorder. *Psychother Psychosom* 2013; 82:292-8.

DOI 10.1002/wps.20091

# К пониманию концепции «интеллекта» в МКБ-11: специфические когнитивные функции при расстройствах интеллектуального развития

Снижение интеллекта, определяемое по значению коэффициента IQ, всегда было главным диагностическим критерием для постановки диагноза умственной отсталости. В текущем пересмотре американской классификации DSM-V по-прежнему предполагается использование IQ (показатель отклонения от среднего значения) для диагностики интеллектуальной несостоятельности, как это было в МКБ-10 и DSM-IV-TR. Исходя из принятых критериев, для постановки данного диагноза коэффициент IQ должен быть в два раза ниже нормы.

В последнее время все чаще среди клиницистов и научных работников встречается мнение о том, что только лишь оценка коэффициента умственного развития не может в полной мере учесть индивидуальные изменения когнитивной сферы. В связи с гетерогенностью когнитивных нарушений и связанных с ними адаптивных форм поведения инициативной группой была предложена новая дефиниция расстройств интеллектуального развития, которая может быть включена в 11-ю версию МКБ (2).

В 2011 году Секция ВПА по расстройствам интеллектуальной сферы инициирована разработку консенсусного документа от международной группы экспертов. В настоящем письме мы хотели бы осветить результаты систематического обзора (3) литературы, в котором рассматриваются проблемы новой классификации: актуальные на данный момент модели интеллекта, многокомпонентные и специфические когнитивные функции и взаимосвязь последних с аффективными симптомами. Полученная информация может быть использована при разработке дефиниции расстройств интеллектуального развития.

При поиске по ключевым словам обнаружено 7948 статей. После просмотра заголовков отобраны 3179 статей. 2497 статей было исключено после анализа аннотаций, 114 статей было исключено в связи с тем, что они были написаны не на английском языке. 177 статей полностью соответствовали всем критериям.

Полученные данные указывают на определенные ограничения в использовании показателя IQ, поскольку он не может отразить, к примеру, сложности в адаптации и динамику показателей интеллекта, в связи с чем стала очевидна необходимость разработки расширенной модели и создания более полной дефиниции «интеллекта». Одни ученые придерживаются расширительной точки зрения, в соответствии с которой в понятие интеллекта включается целый комплекс функций. Другие авторы понимают под интеллектом лишь набор специфических когнитивных функций. В целом нейробиологическая модель объясняет существование обеих теорий, однако, по-видимому, более верной является та, которая трактует интеллект как широкий комплекс функций. Экспериментальные данные свидетельствуют о том, что одно и то же значение коэффициента IQ может быть выявлено у людей, страдающих разными заболеваниями, тогда как ограничения работоспособности, изменения в поведении, встречающиеся при расстройствах интеллектуального развития, более точно свидетельствуют об уровне расстройства когнитивной сферы, чем собственно показатель IQ (4, 5).

Для устранения ограничений существующей концепции умственной отсталости рабочая группа по разработке МКБ-11 предлагает расширить критерии установки данного диагноза, взяв за основу более «свободную» модель когнитивных нарушений. Данный подход подразумевает расширение диагностического инструментария, когда, помимо оценки собственно коэффициента IQ, врач должен с помощью различных методик оценивать и другие когнитивные функции пациента, а также уровень дезадаптации и трудности усвоения нового материала (2).

В рамках данного подхода оценка каждого пациента должна будет осуществляться при помощи различных тестов, полуструктурированных интервью и собственно клинического метода. Помимо IQ с помощью тестирования предполагается оценивать исполнительные (оперативные) функции, включая перцептивный процесс, скорость выполнения заданий, вербальную апперцепцию, уровень внимания и памяти. Оценка всех вышеперечисленных функций должна быть направлена на обнаружение когнитивного снижения, которое, в свою очередь, негативно влияет на поведение пациента, уровень его самостоятельности, адаптации и, наконец, качество жизни. Все диагностические инструменты должны иметь низкую стоимость для успешного внедрения в странах с низким экономическим уровнем (6). Поддержка данного проекта различными некоммерческими организациями может существенно помочь его развитию.

В заключение стоит отметить, что в новой классификации МКБ-11 для диагностики расстройств интеллектуального развития необходимо использовать нейropsychологические критерии, которые должны быть адаптированы для разных степеней тяжести и быть удобны для использования клиницистами и научными сотрудниками. Понимание того, каким образом факторы внешней среды и культуральные особенности могут влиять на развитие интеллектуальных нарушений, должно способствовать дальнейшему изучению механизмов когнитивных расстройств. Для достижения этих целей должны проводиться натуралистические, мультицентровые и междисциплинарные исследования (7).

**Marco O. Bertelli<sup>1</sup>, Luis Salvador-Carulla<sup>2</sup>, Daniela Scuticchio<sup>1</sup>, Niccolo Varrucchi<sup>1</sup>, Rafael Martinez-Leal<sup>3</sup>, Sally-Ann Cooper<sup>4</sup>, Rune J. Simeonsson<sup>5</sup>, Shoumitro Deb<sup>6</sup>, Germain Weber<sup>7</sup>, Rex Jung<sup>8</sup>, Kerim Munir<sup>9</sup>, Colleen Adnams<sup>10</sup>, Leyla Akoury-Dirani<sup>11</sup>, Satish Chandra Girimaji<sup>12</sup>, Gregorio Katz<sup>13</sup>, Henry Kwok<sup>14</sup>, Carolyn Walsh<sup>15</sup>**

<sup>1</sup>Research and Clinical Centre (CREA), San Sebastiano Foundation, Florence, Italy (Италия);

<sup>2</sup>Centre for Disability Research and Policy, Faculty of Health Sciences, 93 University of Sydney, Australia (Австралия);

<sup>3</sup>Intellectual Disability - Developmental Disorders Research Unit (UNIVIDD), Fundación Villablanca, Reus, Spain (Испания);

<sup>4</sup>Institute of Health and Wellbeing, University of Glasgow, UK (Великобритания);

- <sup>5</sup>*School Psychology Program, University of North Carolina, Chapel Hill, NC, USA (США);*  
<sup>6</sup>*Division of Neuroscience, Imperial College, London, UK (Великобритания);*  
<sup>7</sup>*Faculty of Psychology, University of Vienna, Austria (Австрия);*  
<sup>8</sup>*Department of Neurosurgery, University of New Mexico, Albuquerque, NM, USA (США);*  
<sup>9</sup>*Developmental Medicine Center, Boston Children's Hospital, Boston, MA, USA (США);*  
<sup>10</sup>*Department of Psychiatry and Mental Health, University of Cape Town, South Africa (Африка);*  
<sup>11</sup>*Psychiatry Department, American University of Beirut Medical Center, Beirut, Lebanon (Ливан);*  
<sup>12</sup>*Child and Adolescent Psychiatry Department, National Institute of Mental Health and Neurosciences, Bangalore, India (Индия);*  
<sup>13</sup>*Centro Terapèutico Interdisciplinario, Naucalpan, México (Мексика);*  
<sup>14</sup>*Psychiatric Unit for Learning Disabilities, Kwai Chung Hospital, Hong Kong, China (Китай);*  
<sup>15</sup>*Harvard Medical School, Boston, MA, USA (США)*

Перевод: Ткаченко Е.А.  
 Редактура: Алфимов П.В.

## Библиография

1. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. Intellectual disability: definition, classification, and systems of supports, 11th ed. Washington: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2011.
2. 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.
3. Rutter D, Francis J, Coren E et al. SCIE systematic research reviews: guidelines, 2nd ed. London: Social Care Institute for Excellence, 2010.
4. Friedman NP, Miyake A, Corley RP et al. Not all executive functions are related to intelligence. *Psychol Sci* 2006;17:172-9.
5. Johnson W, Jung RE, Colom R et al. Cognitive abilities independent of IQ correlate with regional brain structure. *Intelligence* 2008; 36:18-28.
6. World Health Organization. Atlas: Global resources for persons with intellectual disabilities. Geneva: World Health Organization, 2007.
7. Bender A, Beller S. The cultural constitution of cognition: taking the anthropological perspective. *Front Psychol* 2011; 2:1-6.

DOI 10.1002/wps.20094

# Радикальные атрибуции являются предиктором суицидальных мыслей и суицидальных попыток при биполярном аффективном расстройстве: проспективные данные исследования STEP-BD

Среди пациентов с биполярным аффективным расстройством (БАР) высока частота самоубийств. В предыдущих исследованиях показано, что от 25 до 50 % больных БАР имеют хотя бы одну суицидальную попытку в анамнезе (1). В нескольких исследованиях БАР проведена оценка психосоциальных предикторов суицидальных мыслей и попыток (2,3).

Негативные жизненные события и чувство безысходности нередко приводят к суицидальной попытке (2). При БАР и большом депрессивном расстройстве так называемая «радикальная атрибуция», то есть тенденция к крайне жестким, «черно-белым» суждениям о причинах тех или иных жизненных событий (например, «Я полный неудачник») связана с неблагоприятным течением заболевания (4-6). Связь радикальной атрибуции и суицидальных феноменов при БАР до настоящего времени оставалась неизученной.

В данном исследовании проведена оценка взаимосвязи между радикальной атрибуцией, наличием суицидальных попыток в анамнезе и возникновением суицидальных мыслей среди пациентов с депрессией в рамках БАР.

В исследование вошли 100 депрессивных пациентов с диагнозом БАР I типа (61 %) или БАР II типа (39 %) в соответствии с критериями DSM-IV. Участники исследования отобраны из 293 амбулаторных больных, включенных в рандомизированное контролируемое исследование сравнительной эффективности психотерапии и метода совместного оказания помощи в рамках исследования STEP-BD (Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder, Программа систематического усовершенствования методов лечения биполярного расстройства [7]). Пациенты, вошедшие в настоящее исследование, прошли оценку атрибутивных стилей и предоставили достоверные данные суицидологического анамнеза.

Диагностика БАР и оценка суицидологического анамнеза выполнялась врачами-исследователями с использованием инструмента Affective Disorders Evaluation (Оценка аффективных расстройств [8]). Для оценки аффективных симптомов, включая суицидальные мысли, на каждом визите в течение 1 года заполнялась специальная форма клинического наблюдения (9).

Опросник для оценки атрибутивного стиля (ASQ [10]) использовался для измерения радикальной атрибуции. Участники оценивали воспринимаемую причину двенадцати гипотетических жизненных событий жизни по 7-бальным шкалам Лайкерта с точки зрения интернализированности («событие произошло из-за меня» - «событие произошло из-за других людей»), стабильности («всегда» - «никогда не присутствует») и глобальности («все ситуации» - «только эта ситуация»). В соответствии с результатами предшествующих исследований (4-6), мы рассчитали переменные, отражающие общий атрибутивный стиль пациента (общий балл ASQ) и количество «радикальных» атрибуций (показатель от 1 до 7). Внутренняя согласованность методики была достаточно высокой (альфа 5,76).

Среди 100 участников у 31 % в прошлом случались суицидальные попытки. У 71 % в течение 1 года возникли суицидальные мысли.

Логистический регрессионный анализ (после коррекции по типу БАР, т. е. по наличию расстройства I или II типа) показал, что пациенты, которые делали более радикальные атрибуции с большей вероятностью имели в анамнезе попытку суицида ( $OR=1,06$ ,  $p=0,04$ ,  $\Delta R^2=0,06$ ). Этот эффект остался значимым после коррекции по начальным симптомам депрессии и мании, полу, текущему возрасту, возрасту начала БАР, наличию коморбидного тревожного расстройства, числу тревожных расстройств в течение жизни, числу коморбидных психических расстройств и нарушениям сна ( $OR=1,08$ ,  $p=0,02$ ,  $\Delta R^2=0,07$ ). Однако, после коррекции по количеству эпизодов депрессии или мании/гипомании в течение жизни этот эффект перестал быть статистически значимым ( $OR=1,06$ ,  $p=0,12$ ,  $\Delta R^2=0,03$ ). Общий атрибутивный стиль не являлся значимым предиктором наличия суицидальных попыток в анамнезе ( $OR=1,01$ ,  $p=0,61$ ,  $\Delta R^2<0,01$ ).

Иерархическая логистическая регрессия показала, что существует значимое взаимодействие между радикальными атрибуциями и суицидальным анамнезом в отношении прогнозирования возникновения суицидальных мыслей в течение проспективного периода исследования безотносительно исходной тяжести депрессии ( $OR=1,20$ ,  $p=0,03$ ,  $\Delta R^2=0,07$ ). Радикальная атрибуция являлась значимым предиктором более высокой вероятности возникновения суицидальных мыслей среди пациентов с суицидальной попыткой в анамнезе ( $t=2,08$ ,  $p=0,04$ ), но не среди пациентов без суицидальных попыток в анамнезе ( $t=-0,64$ ,  $p=0,52$ ). Эти результаты оставались статистически значимыми даже после коррекции по разновидности психосоциальной терапии, исходным симптомам мании, количеству сеансов психосоциальной терапии, количеству дней участия в исследовании, типу БАР (I или II тип), возрасту, полу, образованию, количеству эпизодов депрессии и мании/гипомании в течение жизни, числу коморбидных психиатрических диагнозов, медикаментозной психиатрической нагрузке и возрасту начала БАР (показатель взаимодействия:  $OR=1,37$ ,  $p=0,01$ ). В отличие от радикальной атрибуции, общий атрибутивный стиль не являлся значимым предиктором возникновения суицидальных мыслей – ни в качестве основного эффекта, ни при взаимодействии с фактом суицидальной попытки в анамнезе ( $OR=1,01$ ,  $p=0,89$ ,  $\Delta R^2<0,01$ ).

Наши результаты предполагают, что оценка радикальных стилей мышления может быть важной для выявления пациентов с БАР, подверженных высокому риску суицида. Ограничения настоящего исследования включают тот факт, что наша выборка получала психосоциальную терапию – в настоящее время не ясно, насколько эти результаты можно генерализовать на всю популяцию больных БАР, не получающих психотерапию. Низкие исходные показатели не позволили нам проспективно оценить связь радикальной атрибуции и попыток самоубийства. В заключение скажем, что врачам следует обратить более пристальное внимание на радикальные атрибуции у больных БАР. Возможно, это позволит снизить частоту суицидальных феноменов при этом заболевании.

**Jonathan P. Stange<sup>1</sup>, Louisa G. Sylvia<sup>2</sup>,  
Pedro Vieira da Silva Magalhaes<sup>3</sup>,  
David J. Miklowitz<sup>4</sup>, Michael W. Otto<sup>5</sup>,  
Ellen Frank<sup>6</sup>, Michael Berk<sup>7,8</sup>, Natasha S. Hansen<sup>2</sup>,  
Darin D. Dougherty<sup>2</sup>, Andrew A. Nierenberg<sup>2</sup>,  
Thilo Deckersbach<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Department of Psychology, Temple University, Philadelphia, PA, USA (США);

<sup>2</sup>Department of Psychiatry, Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School, Boston, MA, USA (США);

<sup>3</sup>National Institute for Translational Medicine, Hospital de Clinicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brazil (Бразилия);

<sup>4</sup>Division of Child and Adolescent Psychiatry, UCLA School of Medicine, Los Angeles, CA, USA (США);

<sup>5</sup>Department of Psychology, Boston University, Boston, MA, USA (США);

<sup>6</sup>Department of Psychiatry, University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, PA, USA (США);

<sup>7</sup>Deakin University, School of Medicine, Geelong, Australia (Австралия);

<sup>8</sup>Orygen Youth Health Research Centre, and Department of Psychiatry, University of Melbourne, Parkville, Australia (Австралия).

Перевод: Алфимов П.В.  
Редактура: Курсаков А.А.

#### **Библиография**

1. Chen Y-W, Dilsaver SC. Lifetime rates of suicide attempts among subjects with bipolar and unipolar disorders relative

to subjects with other Axis I disorders. *Biol Psychiatry* 1996;39:896-9.

2. Malhi GS, Bargh DM, Kuiper S et al. Modeling bipolar disorder suicidality. *Bipolar Disord* 2013;15:559-74.
3. Valtonen HM, Suominen K, Mantere O et al. Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2006;8:576-85.
4. Stange JP, Sylvia LG, da Silva Magalhaes PV et al. Extreme attributions predict the course of bipolar depression: results from the STEP-BD randomized controlled trial of psychosocial treatment. *J Clin Psychiatry* 2013;74:249-55.
5. Stange JP, Sylvia LG, Magalhaes PV et al. Extreme attributions predict transition from depression to mania or hypomania in bipolar disorder. *J Psychiatr Res* 2013;47:1329-36.
6. Peterson TJ, Feldman G, Harley R et al. Extreme response style in recurrent and chronically depressed patients: change with antidepressant administration and stability during the continuation treatment. *J Consult Clin Psychol* 2007;75:145-53.
7. Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E et al. Psychosocial treatments for bipolar depression: a 1-year randomized trial from the Systematic Treatment Enhancement Program. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:419-26.
8. Sachs GS. Use of clonazepam for bipolar affective disorder. *J Clin Psychiatry* 1990;51(Suppl. 1):31-4.
9. Sachs GS, Guille C, McMurrich SL. A clinical monitoring form for mood disorders. *Bipolar Disord* 2002;4:323-7.
10. Peterson C, Semmel A, von Baeyer C et al. The Attributional Style Questionnaire. *Cogn Ther Res* 1982;6:287-99.

DOI 10.1002/wps.20093

# Соблюдение поста в месяц Рамадан связано с увеличением риска рецидива при биполярном расстройстве

Соблюдение поста в месяц Рамадан является одним из краеугольных камней Ислама. У постящихся в этот месяц отмечаются нарушения биологических ритмов (1). В настоящее время отсутствует единая точка зрения в отношении того, как пост влияет на пациентов с биполярным расстройством (2,3).

В течение двух лет (2011 и 2012 гг.) мы наблюдали 170 пациентов со стабильным течением биполярного расстройства (в соответствии с критериями DSM-IV) в месяц Рамадан. В популяцию исследования вошли 111 постящихся и 59 не соблюдавших пост. Участники являлись амбулаторными пациентами Психиатрического центра Университета им. Ибн Рушда г. Касабланки. Пациенты оценивались с помощью Шкалы депрессии Гамильтона, Шкалы мании Бека-Рафаэльсона, Шкалы тревоги Гамильтона, Шкалы воспринимаемого стресса (4), а также Индекса соблюдения религиозных обрядов (5). Также оценивались режим сна и питания, применение стимуляторов и других лекарственных средств, уровень лития в плазме крови. Обследование проводилось за неделю до начала Рамадана (Неделя -1), на вторую и четвертую недели Рамадана (Недели 2 и 4) и через две недели после завершения Рамадана (Неделя +2).

Средний возраст пациентов составил  $36,2 \pm 12,0$  лет; женщины составили 51,2 %; 62,4 % участников были холосты (не замужем); 51,8 % работали. Количество аффективных эпизодов в течение года составило  $0,72 \pm 0,45$ . Все пациенты получали лечение нормотимиками; 81,2 % также получали антипсихотические препараты; 21 пациент также получал антидепрессанты.

Частота рецидивов среди постящихся составила 33,3 % (37/111), включая 14 рецидивов на Неделе 2 (7 маний и 7 депрессий), 9 на Неделе 4 (6 маний и 3 депрессии) и еще 14 на Неделе +2 (13 маний и 1 депрессия). Частота рецидивов среди участников, не соблюдавших пост, составила 15,3 % (9/59), в т. ч. 3 мании на Неделе 2, 4 рецидива на Неделе 4 (1 мания и 3 депрессии), и еще 2 рецидива на Неделе +2 (1 мания и 1 депрессия). Различия между постящимися и не соблюдавшими пост участниками было статистически достоверным ( $\chi^2=6,38$ ,  $p=0,012$ ). Соблюдение поста в месяц Рамадан увеличивало риск рецидива среди пациентов, страдающих биполярным расстройством, в 2,77 раза в сравнении с участниками, не соблюдавшими пост (95 % ДИ: 1,233-6,254,  $p=0,014$ ).

Количество часов сна во время Рамадана значительно сократилось среди постящихся (с  $9,39 \pm 1,45$  на Неделе -1 до  $7,34 \pm 1,64$  на Неделе 4) по сравнению с теми, кто не соблюдал пост (с  $9,92 \pm 1,28$  на Неделе -1 до  $8,59 \pm 2,17$  на Неделе 4) ( $p<0,0001$ ). Увеличение потребления кофе в группе постящихся (с  $1,47 \pm 1,51$  чашек на Неделе -1 до  $1,94 \pm 1,94$  на Неделе 4) превышало таковое в группе тех, кто не соблюдал пост (с  $1,61 \pm 1,59$

чашек на Неделе -1 до  $1,76 \pm 1,75$  на Неделе 4), однако это различие не было статистически достоверным. Концентрация лития в плазме крови значительно отличалась при сравнении тех, кто соблюдал пост (среднее значение  $0,57 \pm 0,65$  ммоль/л на Неделе -1 и  $0,65 \pm 0,71$  ммоль/л на Неделе 4) и тех, кто не соблюдал пост (среднее значение  $0,57 \pm 0,11$  ммоль/л на Неделе -1 и  $0,64 \pm 0,75$  ммоль/л на Неделе 4). После того, как в анализе данных были учтены количество часов сна, употребление кофе и концентрация лития в плазме крови, частота рецидивов среди постящихся по-прежнему превышала таковую в группе не соблюдавших пост.

По результатам исследования авторы предполагают, что соблюдение поста в месяц Рамадан может иметь негативные последствия для пациентов, страдающих биполярным расстройством. Эти данные могут быть использованы при разработке профилактических мер для пациентов с биполярным расстройством в мусульманских странах, в которых проживает более 1 млрд. человек. Для репликации этих результатов целесообразно проведение исследований на более крупных выборках.

**Siham Eddabby<sup>1</sup>, Nadia Kadri<sup>1</sup>, Driss Moussaoui<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> *Ibn Rushd University Psychiatric Center, Casablanca, Morocco (Марокко)*

<sup>2</sup> *Faculty of Medicine and Pharmacy, Hassan II University, Casablanca, Morocco (Марокко)*

Перевод: Буховец И.И.  
Редактура: Алфимов П.В.

## Библиография

1. Eddahby S, Kadri N, Moussaoui D. Ramadan et trouble bipolaire: exemple de perturbation du rythme circadien et son impact sur la maladie. *Enc. ephale* 2013;39:306-12.
2. Kadri N, Mouchtaq N, Moussaoui D et al. Relapses in bipolar patients: changes in social rhythm. *Int J Neuropsychopharmacol* 2000;3:45-9.
3. Farooq S, Nazar Z, Akhtera J et al. Effect of fasting during Ramadan on serum lithium level and mental state in bipolar affective disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 2010;25:323-7.
4. Cohen S, Williamson GM. Perceived stress in a probability sample of the United States. In: Spacapan S, Oskamp S (eds). *The social psychology of health*. London: Sage Publications, 1988:31-67.
5. Tek C, Ulug B. Religiosity and religious obsessions in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 2001;104:99-108.

DOI 10.1002/wps.20113

## У психиатрии все еще есть надежда

В течение последних двадцати лет не утихают разговоры о том, что психиатрия находится в кризисе (1-3). Во всем мире ощущается нехватка психиатров (4), и это оказывает влияние на эффективность медицинской помощи в сфере психического здоровья. Попытки стабилизировать эту тенденцию стоят на повестке дня во многих международных ассоциаций, включая, в числе прочих, Всемирную психиатрическую ассоциацию (ВПА), Европейскую психиатрическую ассоциацию (ЕПА) и Американскую психиатрическую ассоциацию (5-7). Многие подобные организации разработали специальные программы, направленные на удовлетворение образовательных нужд молодых специалистов-психиатров, а также на выявление причин низкого интереса к психиатрии и редкого выбора в сторону этой профессии среди студентов (8).

Одной из первых организаций, обративших внимание на эту проблему, была ВПА, которая разработала специальный научно-образовательный курс для молодых психиатров, проводящийся на каждом Всемирном психиатрическом конгрессе (начиная с 1999 г. в Гамбурге и вплоть до 2011 г. в Буэнос-Айресе). Часть мероприятий конгресса, включая гранты, семинары, научные симпозиумы и неформальные встречи, посвящена молодым психиатрам.

Исполнительный комитет ВПА в трехлетний период с 2008 по 2011 гг. активно участвовал в образовательной инициативе для молодых психиатров. Одной из целей этой инициативы было «продвижение профессионального развития молодых психиатров по всему миру» (9). Был создан Совет молодых психиатров при ВПА, в который вошли представители из 60 стран со всех континентов. Совет разработал специальный план действий, направленный на выявление проблем, а также на профессиональное развитие молодых врачей-психиатров (10,11).

Группа провела три исследования: одно исследование было посвящено психотерапевтическому образованию (12), второе – ранним вмешательствам в психиатрии (13), третье – переходу от обучения к самостоятельной работе (важный шаг профессионального становления психиатра, 14).

По результатам этих исследований молодые психиатры приобрели статус равных участников и в других научных проектах ассоциации. Например, в рамках крупного проекта ROAMER, реализованного при поддержке Европейской комиссии (исследование, направленное на изучение научных приоритетов в области психиатрии), приняли участие разные заинтересованные стороны (15), включая ассоциации обучающихся профессии, ассоциации психиатров и других специалистов, работающих в области психического здоровья, а также ассоциации потребителей психиатрической помощи и (или) лиц, оказывающих за ними уход. Кроме того, Европейская федерация врачей, проходящих подготовку в области психиатрии (EFPT) и Комитет молодых психиатров ЕПА создали рабочую группу по научным исследованиям, уже завершившую несколько проектов к настоящему времени (6) и продолжающую работу над многими другими.

Во всем мире признается важность оказания поддержки молодым психиатрам. Большинство национальных психиатрических ассоциаций имеет секции для данной категории специалистов с особыми правилами и полномочиями. Также существует несколько профильных международных групп, например, в Восточной Африке, в Европе и Азии (16-18).

По всему миру организуются совместные образовательные мероприятия с участием молодых психиатров,

которые сами обозначили наиболее важные области и пробелы в обучении, включая психотерапию, развитие лидерских и профессиональных навыков, коморбидность психических и соматических расстройств (6, 7, 19-21). Для удовлетворения этих образовательных нужд был принят ряд мер, в т. ч. были организованы научные мероприятия, изданы книги (22) и образовательные модули. Например, ЕПА ежегодно проводит летнюю школу, собирающую молодых психиатров, работающих в Европе. Другие курсы были организованы при содействии различных секций ЕПА, например, секции консультативной психиатрии, секции философии и психиатрии. Различные программы ЕПА в области охраны психического здоровья, связанные с непрерывным профессиональным образованием, включают курсы лидерских качеств и исследовательских навыков, а также научные проекты молодых психиатров (напр., 23). Образовательная секция ВПА (24), в состав которой входит несколько молодых психиатров, сегодня развивает ряд инициатив, направленных на повышение доступности и качества образования в области психиатрии.

На сегодняшний день важной задачей является улучшение публичного образа психиатрии (25, 26). Для эффективного взаимодействия с семьями, официальными лицами, журналистами и правовой системой требуются особые навыки, и они должны стать неотъемлемой частью постдипломного образования и непрерывного медицинского образования для каждого молодого психиатра (6).

Существует еще множество других образовательных программ для молодых врачей. Мы хотели подчеркнуть этим письмом то, что психиатрия все еще жива, развивается и определенно переживает текущий «кризис». Следует рассматривать его как стадию развития, которая может способствовать прогрессу в области образования, научной работы и профессиональной практики, что, в свою очередь, приблизит нас к главной цели – улучшению здоровья и благополучия наших пациентов.

ВПА с ее программами и инициативами для молодых психиатров сыграла ключевую роль в развитии ситуации, и молодые специалисты готовы продолжать работу в этом направлении.

**Andrea Fiorillo<sup>1</sup>, Valeria Del Vecchio<sup>1</sup>, Mario Luciano<sup>1</sup>, Gaia Sampogna<sup>1</sup>, Julian Beezhold<sup>2</sup>**

*1 Department of Psychiatry, University of Naples SUN, Naples, Italy (Италия);*

*2 Hellsdon Hospital and Norwich Medical School, University of East Anglia, Norwich, UK (Великобритания)*

Перевод: Буховец И.И.

Редактура: Алфимов П.В.

### Библиография

1. Katschnig H. Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession. *World Psychiatry* 2010;9:21-8.
2. Brüne M, Belsky J, Fabrega H et al. The crisis of psychiatry – insights and prospects from evolutionary theory. *World Psychiatry* 2012;11:55-7.
3. Nawka A, Rojnic Kuzman M, Giacco D. Trainees' views on the future of psychiatry: a plethora of challenges ahead of us. *World Psychiatry* 2012;11:206.
4. Farooq K, Lydall GJ, Bhugra D. What attracts medical students towards psychiatry? A review of factors before and during medical school. *Int Rev Psychiatry* 2013;25:371-7.

5. Maj M. Report on the implementation of the WPA Action Plan 2008–2011. *World Psychiatry* 2011;10:161-4.
6. Fiorillo A, Malik A, Luciano M et al. Challenges for trainees in psychiatry and early career psychiatrists. *Int Rev Psychiatry* 2013; 25:431-7.
7. Rojnic Kuzman M, Norstrom KB, Colin S et al. Training in psychiatry today: European and US perspective. In: Fiorillo A, Calliess IT, Sass H (eds). *How to succeed in psychiatry? A guide to training and practice*. Chichester: Wiley-Blackwell, 2012:1-19.
8. Bhugra D. The International Study on Career Choice in Psychiatry: a preliminary report. *World Psychiatry* 2013;12:181.
9. Maj M. The WPA Action Plan 2008–2011. *World Psychiatry* 2008; 7:129-130.
10. Fiorillo A, Lattova Z, Brahmabhatt P et al. The Action Plan 2010 of the WPA Early Career Psychiatrists Council. *World Psychiatry* 2010;9:62-3.
11. Fiorillo A, Brahmabhatt P, Elkholy H et al. Activities of the WPA Early Career Psychiatrists Council: the Action Plan is in progress. *World Psychiatry* 2011;10:159.
12. Fiorillo A, Luciano M, Giacco D et al. Training and practice of psychotherapy in Europe: results of a survey. *World Psychiatry* 2011;10:238.
13. Fiorillo A, Sampogna G, Del Vecchio V et al. What is the current status of training and practice of early intervention in psychiatry? Results from a survey in 35 countries. *Early Interv Psychiatry* (in press).
14. Riese F, Oakley C, Bendix M et al. Transition from psychiatric training to independent practice: a survey on the situation of early career psychiatrists in 35 countries. *World Psychiatry* 2013;12: 82-3.
15. Fiorillo A, Luciano M, Del Vecchio V et al. Priorities for mental health research in Europe: a survey among national stakeholders' associations within the ROAMER project. *World Psychiatry* 2013;12:165-70.
16. Sinha SK, Bezborodovs N, Krupchanka D et al. Asian Federation of Early Career Psychiatrists: building bridges and expanding horizons. *Asian J Psychiatry* 2013;6:93-4.
17. Umi Adzlin S, Rafidah B, Rahima D. Bringing out the leader in you – Malaysian Psychiatric Association Leadership Certification for Early Career Psychiatrists. *Asian J Psychiatry* 2012;5:370.
18. Bendix M, Paravaya O, Kochetkov Y et al. Young psychiatrists' meetings in Eastern Europe – Networking for the development of psychiatric training, education and service. *World Psychiatry* 2011;10:239.
19. Maj M. Mental disorders as “brain diseases” and Jaspers' legacy. *World Psychiatry* 2013;12:1-3.
20. Frances A. The past, present and future of psychiatric diagnosis. *World Psychiatry* 2013;12:111-2.
21. Rojnic Kuzman M, Giacco D, Simmons M et al. Are there differences between training curricula on paper and in practice? Views of European trainees. *World Psychiatry* 2012;11:135.
22. Fiorillo A, Calliess IT, Sass H (eds). *How to succeed in psychiatry? A guide to training and practice*. Chichester: Wiley-Blackwell, 2012.
23. Volpe U, Fiorillo A, Luciano M et al. Pathways to mental health care in Italy: results from a multicenter study. *Int J Soc Psychiatry* (in press).
24. Belfort E. WPA educational activities. *World Psychiatry* 2013;2:181.
25. Maj M. Adherence to psychiatric treatments and the public image of psychiatry. *World Psychiatry* 2013;12:185-6.
26. Parnas J. The Breivik case and “*conditio psychiatricra*”. *World Psychiatry* 2013;12:22-3.

DOI 10.1002/wps.20110

## Скрытое лицо общественной службы психического здоровья в Африке: частнопрактикующие специалисты в Кении

Hanlon et al (1) в своем системном обзоре общественной службы психического здоровья Африки, опубликованном в журнале «Всемирная психиатрия», отмечает, что «в странах Африканского региона с низким уровнем дохода общественная служба психического здоровья, в основном, ограничивается психиатрической помощью, предоставляемой работниками первичной медицинской сети, при этом специалисты сферы психического здоровья (как правило, это психиатры и психиатрические медсестры) преимущественно обслуживают население на базе амбулаторных отделений при больницах». В статье McDaid et al (2), также опубликованной в этом журнале, отмечается, что негосударственные организации могут оказывать поддержку первичной сети, «опираясь на социальный капитал локальных сообществ». Настоящим лицом общественной службы психического здоровья Африки являются частные практики, представленные, в основном, психиатрами и психиатрическими медсестрами. Кения является ярким примером этого явления, в ней три четверти врачей и две трети медсестер работают в частном секторе (3).

Мы провели структурированные интервью с 11 специалистами сферы психического здоровья, работающими в частном порядке (8 психиатров, 3 психиатрические медсестры) с июля по сентябрь 2012 г. Пятеро из них были из Найроби, и шестеро, включая всех медсестер, - из центральной провинции. Трое из них были женщинами. Средний возраст составил 46 лет, стаж работы в частном секторе - 9,2 г. Средняя нагрузка респондентов составляла 128 психиатрических пациентов, среднее число посетителей в смену - 5.

В 55 % случаев диагнозами являлись распространенные психические расстройства, в 25 % случаев расстройства были тяжелыми, 15 % приходилось на расстройства, связанные со злоупотреблением психоактивными веществами, 5 % составляли эпилепсия, детские психические расстройства и умственная отсталость. В отличие от больницы, где подавляющая часть пациентов является мужчинами, страдающими психозами (4), чуть более половины пациентов в данном случае составляли женщины (56 %). В условиях, когда социальный контекст связывает со словом «психический» психотическое поведение, частная клиника может предложить помощь, в меньшей степени нагруженную подобной стигмой. Кроме того, в условиях частной практики клиенты могут получить помощь конфиденциально.

В среднем, частные практики работали 24 часа в неделю (12-40 часов), специалисты тратили на первичный прием около часа (50-90 минут) и полчаса на последующий прием (15-45 минут). Время ожидания составило 20 минут (3-60 минут). Пациенты осматривались раз в месяц (минимум раз в 8 недель). За прошедший месяц 13 % пациентов было направлено специалистами в больницу. Две из трех психиатрических медсестер вели прием в клиниках общего профиля, при этом по поводу проблем с психическим здоровьем обращалось только 5% пациентов. Третья медсестра вела исключительно прием психиатрических пациентов.

Средняя плата, взимаемая психиатрической медсестрой, составляла 13 долларов (500 кенийских шиллингов), что соответствует 2,5 дням труда неквалифицированного сельскохозяйственного рабочего (5) - сумма существенная, но приемлемая. Средняя плата, взимаемая психиатром, составляла 55,3 доллара (2100 кенийских шиллингов) (в Найроби больше чем в провинции), что соответствует месячному заработку того же сельскохозяйственного рабочего и делает помощь недоступной для большинства. Около двух третей специалистов меняли сумму оплаты в зависимости от длительности визита и платежеспособности пациента, частично оцениваемой по его профессии.

Мы обнаружили существенное пересечение между частным и государственным сектором: восемь из одиннадцати специалистов совмещали работу в государственном секторе. Шестеро из них сообщили, что помощь, которую они оказывали в частной практике, имела отличия - в основном, они заключались в более широком выборе лекарств, особенно атипичных антипсихотиков. Один из респондентов отметил следующее: «В государственных больницах назначения зависят от того, какие препараты есть в наличии». Кроме того, подчеркивался непрерывный характер оказания помощи: «Я имею возможность наблюдать пациентов постоянно». В условиях, когда зарплата в государственных учреждениях здравоохранения является низкой, частный сектор может рассматриваться как часть системы общественного здравоохранения с перекрестным субсидированием (завышенные цены для более обеспеченных клиентов дают возможность снизить цены для менее обеспеченных граждан - прим.перев.).

**Victoria de Menil<sup>1</sup>, David Ndetei<sup>2</sup>, Milka Waruguru<sup>3</sup>, Martin Knapp<sup>1</sup>, David McDaid<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> London School of Economics and Political Science, London, UK (Великобритания);

<sup>2</sup> Africa Mental Health Foundation, Nairobi, Kenya (Кения);

<sup>3</sup> Basic Needs Kenya, Nairobi, Kenya (Кения).

Перевод: Буховец И.И.

Редактура: Алфимов П.В.

### Библиография

1. Hanlon C, Wondimagegn D, Alem A. Lessons learned in developing community mental health care in Africa. *World Psychiatry* 2010;9:185-9.
2. McDaid D, Knapp M, Raja S. Barriers in the mind: promoting an economic case for mental health in low-and middle-income countries. *World Psychiatry* 2008;7:79.
3. Barnes J, O'Hanlon B, Feeley F et al. Private health sector assessment in Kenya. Washington: World Bank, 2010.
4. Ndetei DM, Khasakhala L, Maru H et al. Clinical epidemiology in patients admitted at Mathari psychiatric hospital, Nairobi, Kenya. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008;43:736-42.
5. Ministry of Labour Kenya. The regulation of wages (agricultural industry) (amendment). *Kenya Gazette* 2012:Suppl. 68.

DOI 10.1002/wps.20075

# Вебсайт ВПА (www.wpanet.org): динамичная платформа, улучшающая имидж и идентичность организации

LEVENT KUEY

Генеральный секретарь и редактор вебсайта ВПА

Перевод: Алфимов П.В.  
Редактура: Курсаков А.А.

В предыдущей статье (1) мы рассмотрели развитие вебсайта ВПА с момента его обновления в апреле 2010 года. В настоящей статье мы представим обновленную информацию о его содержании и результативности в свете последних статистических данных, а также обсудим перспективы повышения эффективности его работы.

Вебсайт ВПА (наряду с официальным ежеквартальным новостным бюллетенем WPA News) играет важную роль в улучшении образа и идентичности Ассоциации в соответствии с рабочими планами на 2008-2011 и 2011-2014 гг. Вебсайт был реконструирован в апреле 2010 г. и по своему содержанию и эстетике стал более простым и изящным.

Генеральный секретарь ВПА, в качестве редактора медиаканалов Ассоциации, отслеживает работу вебсайта в сотрудничестве с членами Исполнительного комитета, сотрудниками Секретариата и ИТ-персоналом, отвечающим за техническую сторону процесса. Реконструкция позволила разместить на вебсайте множество организационных и учебных материалов, а также повысить производительность и результативность ресурса.

## СОДЕРЖИМОЕ

На сайте ВПА в настоящее время размещено более 3500 материалов. Это новости о работе структур Ассоциации, информация о деятельности Секретариата, научных симпозиумах, публикациях, научных секциях и образовательных мероприятиях (2-5). На сайте размещены нормативные документы и информация о структуре и работе Комитетов ВПА. Кроме того, в свободном доступе можно найти образовательные и учебные материалы для клиницистов, исследователей и преподавателей, работающих в области психиатрии и психического здоровья.

Одни из наиболее часто посещаемых разделов вебсайта посвящен официальному журналу Ассоци-

ции – World Psychiatry, который сейчас имеет импакт-фактор 8,974. Текущие и все прошлые выпуски этого журнала (занимающего 5 место в списке из 126 психиатрических изданий) можно свободно загрузить не только на английском, но и на других языках. Полные номера и отдельные статьи доступны на испанском, китайском, русском, французском, арабском, турецком, японском, польском, румынском и итальянском языках.

Программа электронного обучения ВПА была разработана и внедрена в 2010 году. Эта программа включает видеоматериалы и наборы слайдов лекций и презентаций со съездов Ассоциации, начиная с Международного конгресса ВПА во Флоренции в 2009 г. В настоящее время на вебсайт загружено 33 видео-лекции, синхронизированных с презентациями в формате PPT.

Четыре методических документа, опубликованных в течение последних трех лет, доступны на вебсайте на нескольких языках. Эти документы включают материалы об этапах, препятствиях и ошибках, характерных для внедрения системы психиатрической помощи с опорой на сообщество, информацию о борьбе со стигматизацией психиатрии и психиатров, материалы о психическом здоровье и психиатрической помощи среди мигрантов, а также рекомендации по защите и укреплению психического здоровья у детей лиц с тяжелыми инвалидизирующими психическими расстройствами. Три комплекта слайдов, основанные на книгах ВПА, доступны на 18 языках. Они посвящены эпидемиологии, патогенезу, культуральным аспектам, медицинским расходам и лечению коморбидных с депрессией соматических расстройств (сахарный диабет, болезни сердца и опухолевые заболевания). Учебный модуль по соматическим заболеваниям у пациентов с тяжелыми психическими расстройствами также доступен для загрузки на нескольких языках.

Кроме того, на вебсайте размещена интерактивная образовательная программа, направленная на улучшение качества помощи и предоставление достоверной научной информации о психическом здоровье для непрофессионалов.

Содержание этих страниц постепенно дорабатывается в сотрудничестве с соответствующими научными секциями. Большое внимание посетителей привлекают результаты двух исследований, проведенных в сотрудничестве с обществами-членами ВПА (исследования мнений по поводу различных вопросов диагностики, классификации и лечения психических расстройств), информация о совместных проектах ВПА и ВОЗ (6,7), а также информация о финансируемых ВПА исследовательских проектах (8).

На сайте ВПА также размещены некоторые важные документы, посвященные улучшению качества научных и этических стандартов в нашей профессии: Мадридская декларация этических стандартов; шаблон ВПА для студентов и лиц, проходящих последипломное образование в сфере психиатрии и психического здоровья; рекомендации по формированию надлежащих отношений между психиатрами, медицинскими организациями и фармацевтическими компаниями; рекомендации по надлежащей практике общения с пациентами и их семьями.

## ПРОИЗВОДИТЕЛЬНОСТЬ

Производительность вебсайта тщательно отслеживается. С 12 апреля 2010 г. по 12 ноября 2013 г. вебсайт посетили 298 741 человек (общее число посещений составило 430 079). Люди заходили на сайт из 218 стран и территорий со всех уголков планеты. Примечательно, что число стран, в которых ВПА имеет национальные общества-члены, составляет «всего» 118. Таким образом, вебсайт ВПА позволил Ассоциации превысить свой организационный лимит и охватить ранее не затронутую аудиторию. Среднее число посещений в день составило 328, среднее число просмотренных страниц за одно посещение – 3,32.

Сайт непрерывно посещают новые люди, при этом доля новых посетителей составляет почти 70%. 67 % посетителей вебсайта «добываются» до него с помощью «поисковых систем», 18 % посетителей приходят на сайт по ссылкам со сторонних сайтов, а 15 % посетителей попадают на вебсайт напрямую.

Мы проверили, в какие дни недели люди предпочитают посещать вебсайт ВПА. В течение первых трех дней недели (с понедельника по среду) наблюдается постепенное увеличение частоты посещений, а в последние четыре дня недели – постепенное снижение числа посещений.

## **ЗНАЧИМОСТЬ**

Одним из широко используемых критериев для измерения значимости вебсайта является так называемый «рейтинг проверки страниц» (бесплатная услуга, предоставляемая компанией Google). Этот рейтинг отражает значимость того или иного вебсайта или страницы. С одной стороны, это объективный показатель цитируемости, а с другой – показатель субъективной важности ресурса в обществе.

В настоящее время рейтинг вебсайта ВПА составляет 7/10, что отражает высокую значимость нашего ресурса в сравнении со схожими порталами.

## **ПЕРСПЕКТИВЫ**

В настоящее время вебсайт ВПА является весьма активной электронной площадкой, выполняющей одновременно две основные функции: функцию «международного

новостного канала», посвященного психиатрии и психическому здоровью, а также функцию «архива» учебных материалов и основополагающих справочных документов. Эти две функции можно улучшить, сделать их более масштабными и интерактивными. Это возможно при сотрудничестве с другими международными организациями в сфере психического здоровья и психиатрии. Самое главное в таком сотрудничестве – отдавать приоритет международной солидарности психиатров. Наш вебсайт – это гибкая и динамичная платформа, которая непрерывно совершенствуется.

Будучи редактором и Генеральным секретарем ВПА я приложил все усилия, чтобы облегчить процесс усовершенствования в сотрудничестве с членами Исполнительного комитета ВПА в 2008-2011 и 2011-2014 гг., прошлыми и текущими сотрудниками Секретариата (Anna Engstrom, Francesca Sotgiu и Pamela Atiase), а также нашими ИТ-сотрудниками, работающими в агентстве SaglikBahcesi в Стамбуле. Их энтузиазм, поддержка и навыки заслуживают высочайшей оценки.

Я надеюсь, что посетители вебсайта ВПА помогут нам улучшить качество ресурса ценными комментариями и замечаниями

## **Библиография**

1. Kuey L. The characteristics, content, performance, and impact of the WPA website (www.wpanet.org). *World Psychiatry* 2013;12:85-6.
2. Okasha T. WPA scientific meetings. *World Psychiatry* 2013;12:182-3.
3. Riba MB. WPA publications: opportunities to improve psychiatric research and inform clinical care and education. *World Psychiatry* 2013;12:279.
4. Javed A. WPA Scientific Sections. *World Psychiatry* 2013;12:278.
5. Belfort E. WPA educational activities. *World Psychiatry* 2013;12:181-2.
6. Bucci P. WPA partnership with the World Health Organization in the development of the ICD-11 chapter on mental disorders. *World Psychiatry* 2013;12:87-8.
7. Volpe U. WPA contribution to the development of the chapter on mental disorders of the ICD-11: an update. *World Psychiatry* 2013;12:183-4.
8. Bhugra D, on behalf of the Steering Group. The International Study on Career Choice in Psychiatry: a preliminary report. *World Psychiatry* 2013;12:181.

DOI 10.1002/wps.20109

# Следим за разработкой МКБ-11 в журнале «Всемирная психиатрия» и других изданиях

VALERIA DEL VECCHIO

Department of Psychiatry, University of Naples SUN, Naples, Italy (Италия)

Перевод: Алфимов П.В.  
Редактура: Курсаков А.А.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) разрабатывает 11-е издание Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-11). Публикация новой классификации запланирована на 2015 год. ВПА сотрудничает с ВОЗ в разработке главы о психических и поведенческих расстройствах.

Основополагающие принципы, используемые при разработке этой главы, определены Международной экспертной группой по пересмотру МКБ-10 и опубликованы в журнале «Всемирная психиатрия» в июне 2011 г. (1). В этом документе подчеркивается, что глава разрабатывается в сотрудничестве с заинтересованными сторонами, в том числе странами-членами ВОЗ, несколькими профессиональными группами, а также потребителями психиатрической помощи и членами их семей. Особое внимание в пересмотре главы уделяется культуральным аспектам диагностики. Пересмотр рассматривается как возможность улучшить клиническую применимость классификации, особенно в учреждениях первичной медицинской сети, а также в странах с низким и средним уровнем доходов (2, 3).

Классификация МКБ-11 будет основываться на описании прототипов различных психических расстройств, но не на операциональных диагностических критериях. Преимущества и возможные ограничения такого подхода были неоднократно обсуждены в ряде статей и комментариев в журнале «Всемирная психиатрия» (4-11). Основным аргументом в пользу этого подхода является то, что он соответствует спонтанному характеру клинического процесса, который не предполагает проверки у конкретного пациента наличия или отсутствия ряда симптомов, но скорее позволяет «примерить» клинические характеристики к одному из шаблонов психических рас-

стройств, которые врач подготовил и заучил в процессе обучения и клинической практики (12). Более того, в некоторых недавних исследованиях, посвященных различным классам психических расстройств (например, расстройствам личности, расстройствам приема пищи, тревожным и аффективным расстройствам) утверждается, что диагностическая система, основанная на уточненных прототипах, может быть так же надежна, как и система на основе операциональных критериев, но, в то же время, будет более удобной и клинически применимой (13,14).

Для разработки главы МКБ-11 о психических и поведенческих расстройствах ВОЗ назначила 11 рабочих и консультативных групп. Эти группы включают в себя несколько руководителей и специалистов ВПА (15,16). Некоторые из этих групп недавно опубликовали справочные документы и предварительные отчеты о своей деятельности.

Основные ожидаемые совпадения и расхождения между принятыми в МКБ-11 и DSM-5 подходами к классификации расстройств настроения были представлены в ряде работ в различных журналах (например, 17,18), а также в журнале «Всемирная психиатрия» (19). Из совпадений следует упомянуть включение «активации/энергичности» в качестве определяющего признака мании, а также признание того, что возникновение маниакального/гипоманиакального синдрома на фоне лечения антидепрессантами и его сохранение после окончания периода физиологического действия антидепрессанта позволяет установить диагноз «полноценного» маниакального/гипоманиакального эпизода. Кроме того, МКБ-11, так же как и DSM-5, позволит врачу регистрировать возникновение субсиндромальной тревоги у пациента с большим депрессивным эпизодом с помощью соответствующего спецификатора. Биполярное аффективное расстройство II типа, как ожидается, будет признано в качестве отдельной диагностической единицы в МКБ-11, в то время как в МКБ-10 оно просто упоминалось среди «других биполярных аффективных расстройств». Ожидаемые расхождения между МКБ-11 и DSM-5 включают различные подходы к описанию смешанных состояний и шизоаффективных

расстройств. Кроме того, в МКБ-11 предлагается исключить из критериев диагностики депрессивного эпизода (в отличие от DSM-5) понятие «нормальной реакции тяжелой утраты, соответствующей культуральным особенностям пациента» (20-26).

Основные ожидаемые совпадения и расхождения между МКБ-11 и DSM-5 в отношении классификации расстройств, связанных со стрессом, были представлены в недавнем номере «Всемирной психиатрии» (27). В МКБ-11 новая группа «расстройств, специфически связанных со стрессом» будет включать в себя расстройство адаптации (его описание подвергнется серьезной переработке, в частности симптомы станут более специфичными), посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) (его диагностика будет основываться на трех «ядерных» симптомах), а также «осложненное ПТСР» (новая категория, для которой характерны нарушение аффективного домена, самовосприятия и интерперсонального функционирования в дополнение к трем основным симптомам ПТСР). Острая реакция на стресс будет позиционироваться как нормальная реакция и, таким образом, классифицироваться в главе, соответствующей главе МКБ-10 «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения» (важно отметить, что «острое стрессовое расстройство» все еще включено в раздел DSM-5, посвященный расстройствам, связанным с травмами и стрессом).

Предложения по разделу МКБ-11, посвященному расстройствам приема пищи и кормления, также были обобщены в одном из недавних номеров «Всемирной психиатрии» (28). Эти предложения включают в себя расширение категории нервной анорексии за счет удаления обязательного критерия аменореи, расширения весового критерия (включение любого значительного дефицита массы тела), а также расширения когнитивного критерия (включение возрастных и культурально обусловленных репрезентаций). Кроме того, наиболее тяжелые случаи нервной анорексии с неблагоприятным прогнозом будут обозначаться квалификатором «с опасно низкой массой тела». Категория нервной булимии, вероятно,

будет расширена. В нее, возможно, войдет «субъективное компульсивное переделение», а собственно «компульсивное переделение» будет выделено в отдельную диагностическую единицу (в соответствии с DSM-5).

Труды Рабочей группы МКБ-11 по расстройствам интеллектуального развития были опубликованы во «Всемирной психиатрии» в 2011 г. (29). Кроме того, они обсуждаются в этом выпуске журнала (30). Расстройства интеллектуального развития (заменяя собой устаревший термин «умственная отсталость») предлагается определить как «группу расстройств развития, которые характеризуются значительным нарушением когнитивных функций, связанным с ограничениями способности к обучению, адаптивного поведения и навыков». В дальнейшем Рабочая группа рекомендовала включить расстройства интеллектуального развития в более крупную группу расстройств развития нервной системы, чтобы сохранить существующие подкатегории, основанные на тяжести клинических симптомов, а также описывать проблемы с поведением как дополнительные (связанные) признаки.

Председатель Рабочей группы МКБ-11 по психотическим расстройствам недавно сообщил (31) об ожидаемых совпадениях и расхождениях в МКБ-11 и DSM-5. В МКБ-11, как и в DSM-5, симптомы первого ранга Курта Шнайдера не будут иметь прежней основополагающей роли в диагностике шизофрении. Подтипы шизофрении будут опущены, вместо них в классификацию введут шесть спецификаторов симптомов (позитивные, негативные, депрессивные, маниакальные, психомоторные и когнитивные). В отличие от DSM-5, в МКБ-11 предполагается сохранить прежний критерий продолжительности заболевания, равный 1 месяцу, и не включать функциональные нарушения в качестве обязательного критерия.

Уже опубликованы предварительные отчеты о разработке разделов МКБ-11, посвященных психическим расстройствам у детей и подростков (32), соматическому дистрессу, диссоциативным расстройствам (33) и расстройствам личности (34). Более общее обсуждение тем, связанных с диагностическими аспектами DSM-5 и МКБ-11, можно найти в последних номерах «Всемирной психиатрии» (35-45).

Интерактивные полевые испытания предложений для МКБ-11 будут проведены в рамках сети Global Clinical Practice Network (Глобальная сеть клинической практики), в которую в настоящее время входит

более 7000 специалистов в сфере психического здоровья и врачей общей практики ([www.globalclinicalpractice.net](http://www.globalclinicalpractice.net)).

#### Библиография

1. 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.
2. Reed GM. Toward ICD-11: improving the clinical utility of WHO's International Classification of Mental Disorders. *Prof Psychol Res Pract* 2010;41:457-64.
3. Gureje O, Reed G. Revising the classification of mental disorders: do we really need to bother? *Int Rev Psychiatry* 2012;24:511-3.
4. Maj M. Psychiatric diagnosis: pros and cons of prototypes vs. operational criteria. *World Psychiatry* 2011; 10: 81-2.
5. Westen D. Prototype diagnosis of psychiatric syndromes. *World Psychiatry* 2012;11:16-21.
6. Jablensky A. Prototypes, syndromes and dimensions of psychopathology: an open agenda for research. *World Psychiatry* 2012;11:22-3.
7. First MB. A practical prototypic system for psychiatric diagnosis: the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. *World Psychiatry* 2012;11:24-5.
8. Frances A. Prototypal diagnosis: will this relic from the past become the wave of the future? *World Psychiatry* 2012;11:26.
9. Wakefield JC. Are you as smart as a 4th grader? Why the prototype-similarity approach to diagnosis is a step backward for a scientific psychiatry. *World Psychiatry* 2012;11:27-8.
10. Ayuso-Mateos JL. Prototype diagnosis of psychiatric syndromes and the ICD-11. *World Psychiatry* 2012; 11: 30-1.
11. Maj M. Adherence to psychiatric treatments and the public image of psychiatry. *World Psychiatry* 2013; 12:185-6.
12. Ortigo KM, Bradley B, Westen D. An empirically based prototype diagnostic system for DSM-V and ICD-11. In: Millon T, Krueger RF, Simonsen E (eds). *Contemporary directions in psychopathology: scientific foundations of the DSM-V and ICD-11*. New York: Guilford, 2010:374-90.
13. Westen D, Shedler J, Bradley R. A prototype approach to personality disorder diagnosis. *Am J Psychiatry* 2006;163:846-56.
14. Westen D, Malone JC, DeFife JA. An empirically derived approach to the classification and diagnosis of mood disorders. *World Psychiatry* 2012;11:172-80.
15. Bucci P. WPA partnership with the World Health Organization in the

development of the ICD-11 chapter on mental disorders. *World Psychiatry* 2013;12:87-8.

16. Volpe U. WPA contribution to the development of the chapter on mental disorders of the ICD-11: an update. *World Psychiatry* 2013; 12: 183-4.
17. Maj M. Mood disorders in ICD-11 and DSM-5. A brief overview. *Die Psychiatrie* 2013;10:24-9.
18. Maj M. Validity and clinical utility of the current operational characterization of major depression. *Int Rev Psychiatry* 2012;24:530-7.
19. Maj M, Reed GM (eds). *The ICD-11 classification of mood and anxiety disorders: background and options*. *World Psychiatry* 2012;11(Suppl. 1).
20. Maj M. Bereavement-related depression in the DSM-5 and ICD-11. *World Psychiatry* 2012;11:1-2.
21. Wakefield JC, First MB. Validity of the bereavement exclusion to major depression: does the empirical evidence support the proposal to eliminate the exclusion in DSM-5? *World Psychiatry* 2012;11:3-10.
22. Corruble E. The bereavement exclusion may not be applicable in real world settings. *World Psychiatry* 2012;11:202.
23. Pies R. Was the bereavement exclusion originally based on scientific data? *World Psychiatry* 2012;11:203.
24. Wakefield JC, First M. Fallacious reasoning in the argument to eliminate the major depression bereavement exclusion in DSM-5. *World Psychiatry* 2012;11:204-5.
25. Maj M. "Clinical judgment" and the DSM-5 diagnosis of major depression. *World Psychiatry* 2013;12:89-91.
26. Wakefield JC. DSM-5 grief scorecard: assessment and outcomes of proposals to pathologize grief. *World Psychiatry* 2013;12:171-3.
27. 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.
28. Uher R, Rutter M. Classification of feeding and eating disorders: review of evidence and proposals for ICD-11. *World Psychiatry* 2012;11:80-92.
29. 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.
30. Bertelli MO, Salvador-Carulla L, Scuticchio D et al. Moving beyond intelligence in the revision of ICD-10: specific cognitive functions in intellectual developmental disorders. *World Psychiatry* 2014;13:93-4.
31. Gaebel W, Zielasek J, Cleveland H-R. Psychotic disorders in ICD-11. *Die Psychiatrie* 2013;10:11-7.
32. Rutter M, Uher R. Classification issues and challenges in child and adoles-

- cent psychopathology. *Int Rev Psychiatry* 2012;24:514-29.
33. Creed F, Gureje O. Emerging themes in the revision of the classification of somatoform disorders. *Int Rev Psychiatry* 2012;24:556-67.
  34. Tyrer P, Crawford M, Mulder R et al. Reclassifying personality disorders. *Lancet* 2011; 377:1814-5.
  35. Regier DA, Kuhl EA, Kupfer DJ. The DSM-5: classification and criteria changes. *World Psychiatry* 2013;12:92-8.
  36. Garb HN. Cognitive and social factors influencing clinical judgment in psychiatric practice. *World Psychiatry* 2013;12:108-10.
  37. Frances A. The past, present and future of psychiatric diagnosis. *World Psychiatry* 2013;12:111-2.
  38. van Os J, Delespaul P, Wigman J et al. Beyond DSM and ICD: introducing "precision diagnosis" for psychiatry using momentary assessment technology. *World Psychiatry* 2013; 12: 113-7.
  39. Ghaemi SN. Taking disease seriously in DSM. *World Psychiatry* 2013; 12:210-2.
  40. McGorry PD. The next stage for diagnosis: validity through utility. *World Psychiatry* 2013;12:213-5.
  41. Maj M. Mental disorders as "brain diseases" and Jaspers' legacy. *World Psychiatry* 2013;12:1-3.
  42. Parnas J. The Breivik case and "condition psychiatrica". *World Psychiatry* 2013;12:22-3.
  43. Bolton D. Should mental disorders be regarded as brain disorders? 21st century mental health sciences and implications for research and training. *World Psychiatry* 2013;12:24-5.
  44. Wakefield JC, Schmitz MF. When does depression become a disorder? Using recurrence rates to evaluate the validity of proposed changes in major depression diagnostic thresholds. *World Psychiatry* 2013;12:44-52.
  45. Berrios GE, Markova IS. Is the concept of "dimension" applicable to psychiatric objects? *World Psychiatry* 2013;12:76-8.

DOI 10.1002/wps.20095

ISSN 2075-1761

**Русская версия журнала ВПА  
«Всемирная психиатрия» издается как приложение  
к журналу «Психиатрия и психофармакотерапия»  
им. П.Б. Ганнушкина**

Рег. номер ПИ №ФС 77-43441 от 30 декабря 2010 года

***БЛАГОДАРНОСТЬ***

**Перевод на русский язык, издание и распространение журнала  
осуществлено благодаря поддержке**

**«ЛАБОРАТОРИИ СЕРВЬЕ»**

**Благодарим ООО «АКАДЕМИЗДАТ» за содействие в издании журнала**

