Всемирная Психиатрия

ОФИЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ ВСЕМИРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ (ВПА)

Том 21, Номер 1 *Февраль 2022*

ОТ РЕДАКТОРА

Персонифицированное планирование помощи как основа клинической практики 1
Larry Davidson, Janis Tondora

Психиатрия молодого возраста: время для новой субспециальности в психиатрии 2
Mary Cannon, Emmet Power, David Cotter et al.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Переосмысление "кредо" Клермана: нео-Крепелианизм, взгляды Спитцера и то, что мы можем извлечь из прошлого 4
Jerome C. Wakefield

Валидность и практическая применимость иерархической таксономии психопатологии (HiTOP): III. Суперспектр эмоциональной дисфункции 26
David Watson, Holly F. Levin-Aspenson, Monika A. Waszczuk et al.

ПЕРСПЕКТИВЫ

Пережить бесконечные невзгоды: психическое здоровье афганцев 55
Derrick Silove, Peter Ventevogel

Утилитарность субъективного мнения пациентов психиатрического профиля 56
David Roe, Mike Slade, Nev Jones

Роль самосострадания в психотерапии 58
Kristin Neff, Christopher Germer

В поддержку поддерживающей психотерапии 59
John C. Markowitz

ФОРУМ – СОЗДАНИЕ НОВЫХ СИСТЕМ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ: ГЛОБАЛЬНАЯ ОСНОВА

Разработка и распространение интегрированной помощи молодежи в сфере психического здоровья 61
Patrick D. McGorry, Cristina Mei, Andrew Chanen et al.

Комментарии

Проблемы психического здоровья молодежи: показ героя вне паноптикума 78
Matthew R. Broome

Решение проблем, возникающих на новом рубеже охраны психического здоровья молодежи 79
Ashok Malla, Patricia Boksa, Ridha Joober

Внедрение "сквозного" и высокотехнологичного ухода за психическим здоровьем молодежи в 21 веке 81
Ian B. Hickie

Психическое здоровье молодежи: риски и возможности в цифровом мире 82
Chris Hollis

Вовлеченность сверстников и доступность как ключевые качества для оказания помощи в области психического здоровья молодежи 21 века 84
Therese van Amelsvoort, Sophie Leijdesdorff

Сопряжение детской, подростковой и молодежной психиатрии 85
Andrea Danese

Охрана психического здоровья молодых людей в условиях повсеместного коллективного стресса 87
Eric Y.H. Chen, Stephanie M.Y. Wong

Услуги по охране психического здоровья молодежи: подходящее время для глобального охвата 88
Christian Kieling, Giovanni A. Salum, Pedro M. Pan et al.

ОТЧЕТ ОБ ИССЛЕДОВАНИИ

Эффективность психологического вмешательства ВОЗ для самостоятельной работы в предотвращении психических расстройств среди сирийских беженцев в Турции: рандомизированное контролируемое исследование 90
Ceren Acarturk, Ersin Uygun, Zeynep Ilkkursun et al.

Социальные вмешательства на уровне сообществ для людей с тяжелыми психическими заболеваниями: систематический и описательный обзор последних данных 98
Helen Killaspy, Carol Harvey, Catherine Brasier et al.

Повышенный риск заражения COVID-19 у полностью вакцинированных лиц с психическими расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ в США, декабрь 2020 – август 2021 126
Lindsey Wang, QuanQiu Wang, Pamela B. Davis et al.

Эффективность психотерапии и фармакотерапии психических расстройств у взрослых: общий обзор и метааналитическая оценка недавних метаанализов 135
Falk Leichsenring, Christiane Steinert, Sven Rabung et al.

ИДЕИ

Оценка влияния факторов окружающей среды на мозг подростка: значение анализа топических и генетических факторов 148
Torkel Klingberg, Nicholas Judd, Bruno Sauce

Развитие эпидемиологии и дифференциального этиопатогенеза расстройств пищевого поведения: значение для профилактики и лечения 149
Janet Treasure, Christopher Hübel, Hubertus Himmerich

Психическое здоровье глубоко недоношенных детей и их родителей 151
Karli Treyvaud, Stephanie J. Brown

Как врачи могут помочь женщинам в принятии решения о психофармакологическом лечении во время беременности 153
Megan Galbally, Nicole Woods, Martien Snellen

ПИСЬМА В РЕДАКЦИЮ 155

НОВОСТИ ВПА 163

Новый импакт-фактор 40.595 **ISSN 1723-8617**

Всемирная психиатрическая ассоциация (ВПА)
ВПА является ассоциацией национальных психиатрических обществ, цель которой – повышение уровня знаний и навыков, необходимых для работы в области психического здоровья и лечения психически больных людей. В состав ВПА в настоящее время входит 140 обществ из 120 стран, более 250 000 психиатров.
Каждый год ВПА организует Всемирный психиатрический конгресс. Кроме того, организуются международные и региональные конгрессы и встречи, тематические конференции. ВПА состоит из 72 научных секций, целью которых являются распространение информации и развитие сотрудничества в специальных областях психиатрии. Было подготовлено несколько обучающих программ и выпущены серии книг. ВПА разработала этические руководства для психиатрической практики, включая Мадридскую декларацию (1996).
Более подробную информацию о ВПА можно найти на веб-сайте **www.wpanet.org.**

Исполнительный комитет ВПА
Президент: A. Javed (Великобритания/Пакистан)
Избранный президент: D. Wasserman (Швеция)
Генеральный секретарь: P. Morozov (Россия)
Секретарь по финансам: P. Summergrad (США)
Секретарь по организации собраний: E. Pi (США)
Секретарь по образованию: R. Ng (Гонконг–Китай)
Секретарь по публикациям: M. Botbol (Франция)
Секретарь по работе с секциями: T.G. Schulze (Германия)

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

World Psychiatry
World Psychiatry – официальный журнал Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА). В год выходит 3 выпуска этого журнала, он бесплатно высылается психиатрам, имена и адреса которых предоставляются национальными организациями и секциями ВПА.
Для публикации в журнале следует присылать отчеты об исследованиях, данные которых ранее не были опубликованы. Статьи должны содержать четыре части: вступление, методы, результаты, обсуждение. Список литературы нумеруется по мере цитирования и приводится в конце статьи в следующем виде.

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

Все публикации должны направляться в офис редактора.

Редактор – M. Maj (Италия).
Редакционная коллегия – A. Javed (Великобритания/Пакистан), D. Wasserman (Швеция), P. Morozov (Россия), P. Summergrad (США), E. Pi (США), R. Ng (Гонконг–Китай), M. Botbol (Франция), T.G. Schulze (Германия).

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

Офис редактора – Department of Psychiatry, University of Campania "L. Vanvitelli", Largo Madonna delle Grazie, 80138 Naples, Italy. Phone: +390815666502;
Fax: +390815666523; E-mail: majmario@tin.it

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

Перевод на русский язык выполнен при участии Совета молодых ученых Российского общества психиатров (председатель – к.м.н. С.С. Потанин, Москва, ответственный – к.м.н. Г.В. Рукавишников, Санкт-Петербург)

***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).

Персонифицированное планирование помощи как основа клинической практики

Davidson L, Tondora J. Person-centred care planning as foundational to clinical practice. *World Psychiatry*. **2022;21(1):1-2. doi:10.1002/wps.20922**

Всемирная организация здравоохранения недавно опубликовала новые руководства и технические рекомендации для служб охраны психического здоровья населения под названием «Продвижение персонифицированных подходов, основанных на правах человека»[1]. Как разъясняется в этих документах, в сфере охраны психического здоровья обеспечение персонифицированного подхода само по себе является вопросом прав человека. Это справедливо не только в случаях недобровольного или принудительного лечения, когда необходимо соблюдать меры предосторожности и осуществлять контроль за обеспечением сохранности достоинства и уважения в подобных исключительных обстоятельствах, но и ко всем прочим формам оказания помощи в сфере психического здоровья. Вся психиатрическая помощь, включая клиническую практику, должна быть существенно переориентирована для защиты и расширения прав каждого человека на самоопределение. Необходимо ориентироваться на сохранение неприкосновенности человека как личности, одновременно поощряя и способствуя достижению его индивидуальных жизненных целей.

С точки зрения практики важно, чтобы эта переориентация происходила как в области планирования, так и в области оказания медицинской помощи. Недостаточно просто оказывать помощь достойным и уважительным образом, если процессом ее планирования руководит исключительно врач, сосредоточенный на минимизации симптомов и дефицита, пренебрегая при этом повседневной деятельностью человека. Кроме того, недостаточно, чтобы процесс планирования медицинской помощи проводился в партнерстве между врачом и пациентом (и, возможно, его/ее близкими), в формате совместного принятия решений, если эта помощь затем оказывается в неуважительной манере. Таким образом, персонифицированный подход к оказанию помощи предполагает как признание права индивида на самостоятельное регулирование целей оказываемой помощи, так и защиту этого права при ее оказании. В этом отношении психиатрическая помощь существенно не отличается от персонифицированного подхода в других областях медицины, за исключением случаев непосредственной угрозы смерти или инвалидности.

Однако это существенно отличается от способов планирования и оказания психиатрической помощи в прошлом. По сравнению с традиционными методами планирования, персонифицированный подход: а) направлен на содействие восстановлению полноценной жизни в обществе в соответствии с выбором человека, а не только на минимизацию симптомов и нарушений; б) основывается на стремлении каждого человека добиваться своих уникальных жизненных целей; в) четко определяет собственную роль человека, роли врача и другого персонала, а также роль близких в жизни человека при оказании помощи в достижении этих целей и стремлений; г) сосредотачивается и опирается на собственные возможности человека, его сильные стороны и интересы; д) насколько это возможно, уделяет особое внимание оказанию поддержки в условиях общества, а не сегрегированных программ охраны психического здоровья с оплачиваемым персоналом; е) ожидает и допускает несогласие, неуверенность и неудачи как естественные шаги на пути к выздоровлению и значимому самоопределению (см. Roe и соавт.[2] в этом номере журнала).

В этом отношении использование метафоры выздоровления как жизненного пути приводит к тому, что план оказания помощи используется в качестве «карты», по которой можно ориентироваться при получении этой помощи. Такой персонифицированный подход преобразует то, что в первую очередь рассматривалось как бюрократическое требование, отнимая время у практикующего клинического специалиста, в то, что можно рассматривать как саму суть работы по восстановлению, то есть создание, внедрение и модификацию пути человека к приносящей удовлетворение жизни.

Успешное прокладывание пути к такой жизни требует уважения прав личности не только в контексте клинических и реабилитационных услуг, но и в обществе в целом. Несмотря на значительный прогресс в преобразовании систем во всем мире, возможности стандартного лечения остаются ограниченными, ведь выздоровление происходит не в вакууме, а в повседневной жизни людей в обществе.

Даже самых персонифицированных программ профессиональной реабилитации недостаточно, чтобы помочь человеку найти реальную работу за достойную плату; наиболее персонифицированных жилищных программ недостаточно, чтобы помочь человеку построить настоящий дом; самые персонифицированные образовательные программы не смогут помочь человеку почувствовать, что его действительно ждут в университетском кампусе. Этих программ, хоть они и полезны, просто недостаточно, пока люди продолжают подвергаться дискриминации со стороны работодателей, соседей или сокурсников из-за ярлыка их “психического заболевания”. Таким образом, реализация истинного потенциала персонифицированного подхода требует готовности систем охраны психического здоровья защищать права человека не только в контексте официальных услуг, но и в локальных сообществах и обществе в целом.

Она также требует признания того факта, что защита прав человека сейчас является этическим императивом более, чем когда-либо прежде. По своей сути, персонифицированный подход направлен на свободу: свободу строить полноценную жизнь в обществе; свободу полностью реализовать свой потенциал; свободу жить без дискриминации; свободу контролировать выбор, который влияет на вашу жизнь и получаемую помощь.

Как пандемия COVID-19, так и недавние эпизоды насилия в отношении неевропеоидных людей до боли ясно показали, что не все люди одинаково свободны. Даже в системах, которые стремятся быть ориентированными на человека, мы по-прежнему сталкиваемся с ошеломляющими различиями в доступности помощи, результатах в области лечения и восстановления, а также использовании недобровольных и ограничительных лечебных мероприятий. Подлинная приверженность персонифицированному подходу означает признание того факта, что мы не защищены от дискриминации, которая преследует широкую общественность. Если наша цель при персонифицированном подходе состоит в том, чтобы помочь всем людям жить полноценной жизнью в выбранном ими сообществе, мы не можем молчать перед лицом несправедливости или способствовать сохранению несправедливости в собственной системе.

Стоит отметить, что, хотя приведенный нами выше аргумент был о том, что персонифицированный подход к оказанию помощи является в первую очередь приоритетно вопросом прав, также появляется все больше доказательств, что преобразование психиатрической помощи в персони-

фицированную и ориентированную на восстановление, подчеркивающую роль индивидуального регулирования своего лечения, включающее ответственное отношение к самостоятельному уходу, ведет к улучшению приверженности лечению и результатов, а также снижению затрат.

Недавние исследования показали, что персонифицированный подход, а также подход, ориентированный на самостоятельность, наряду с внедрением системы совместного принятия решений и учетом современных рекомендаций по психиатрии, что дает людям более широкие возможности выбора и позволяет контролировать свое собственное лечение, демонстрируют преимущества по сравнению с обычным подходом[3,4]. Эти преимущества проявляются в показателях приверженности и самостоятельности, а также в результатах в области медицинской и психиатрической помощи, что приводит к повышению экономической эффективности, удовлетворенности работой служб и качеством жизни, а также к сокращению числа обращений в отделения неотложной помощи[5-7], снижению необходимости в стационарном лечении, а также, возможно, в недобровольном лечении[8]. Эти преимущества кажутся еще более значительными, когда мероприятия по оказанию помощи осуществляются более комплексно и интенсивно, и являются интегрированными в обычное лечение[3,9].

Международное «восстановительное» движение во многих отношениях всегда основывалось на правозащитной деятельности, однако эта деятельность чаще всего определяла в качестве основной цели изменений сферу официальных услуг. Поступая таким образом, мы не смогли полностью реализовать свой потенциал преобразования систем, ориентированных на излечение. Недавно пересмотренные руководства Всемирной организации здравоохранения вновь подтверждают готовность защищать права человека. Для того, чтобы выполнить это обязательство, необходимо бороться со многими структурными и социальными факторами, которые часто заставляют людей оказаться «на обочине» общества и ограничивают их возможность быть частью этого общества. Персонифицированный подход к планированию оказания помощи представляет собой один из инструментов, который можно использовать для решения этих проблем в поддержке целостной личности на выбранном им/ею пути к выздоровлению и интеграции в общество.

Larry Davidson, Janis Tondora

Program for Recovery and Community Health, Department of Psychiatry, Yale School of Medicine, Yale University, New Haven, CT, USA

Перевод: Геворкян Э.Ю. (Москва)

Редактура: к.м.н. Дорофейкова М.В. (Санкт-Петербург)

Библиография

1. World Health Organization. Guidance and technical packages on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: World Health Organization, 2021.
2. Roe D, Slade M, Jones N. World Psychiatry 2022;21:56-7.
3. Coulter A, Entwistle VA, Eccles A et al. Cochrane Database Syst Rev 2015; 3:CD010523.
4. Davidson L, Roe D, Stern E et al. Int J Pers Cent Med 2012;2:577-92.
5. Slade E. Feasibility of expanding self-directed services for people with serious mental illnesses. Washington: US Department of Health and Human Services, 2012.
6. Spalding-Givens J, Lacasse J. Psychiatr Rehabil J 2015;38:74-80.
7. Webber M, Treacy S, Carr S et al. J Ment Health 2014;23:146-55.
8. Stovell D, Morrison AP, Panayiotou M et al. Br J Psychiatry 2016;209:23-8.
9. Tondora J, Miller R, Slade M et al. Partnering for recovery in mental health. A practical guide to person-centered planning. London: Wiley Blackwell, 2014.

DOI:10.1002/wps.20922

Психиатрия молодого возраста: время для новой субспециальности в психиатрии

Cannon M, Power E, Cotter D, Hill M. Youth psychiatry: time for a new sub-specialty within psychiatry. ***World Psychiatry*****. 2022;21(1):2-3. doi:10.1002/wps.20923**

В 1973 M. Rutter был назначен главным специалистом по детской психиатрии в Великобритании. Он считается “отцом” современной детской психиатрии во многом благодаря своим фундаментальным эпидемиологическим исследованиям психических расстройств у детей и подростков на острове Уайт и в Лондоне, проведенным в период с 1964 по 1975 год. В то же время по другую сторону Атлантики L. Kanner был первым врачом, который практиковал как детский психиатр, но психическое здоровье детей всё ещё описывалось с точки зрения психоаналитической модели. Американская академия детской психиатрии (American Academy of Child Psychiatry, AACP) была основана только в 1953 году, и детская психиатрия выделилась в отдельную специальность только в 1951 году[1]. В 1972 году D. Cotter стал первым детским психиатром, получившим образование в США, и был назначен на должность консультанта в Ирландии[2].

Постепенно термин “ребенок” показал свою несостоятельность для определения диапазона возрастов. В 1983 году название AACP было изменено на Американскую академию детской и подростковой психиатрии. Возрастные рамки для детской и подростковой психиатрии варьировались в разных странах, но общепринятой практикой в большинстве стран было предоставление услуг до 18-летия молодого человека. Молодые люди, у которых сохраняются проблемы с психическим здоровьем или обращающиеся за помощью после этого возраста, маршрутизировались в центры психического здоровья для взрослых.

Новаторская работа P. McGorry и его коллег, проводившаяся в течение нескольких десятилетий, убедительно демонстрирует, что настало время для очередной смены парадигмы в психиатрии, аналогичной появлению специальности “детская психиатрия”. В своей статье McGorry и соавт.[3] утверждают, что эпидемиологические и клинические данные, а также достижения в области нейронауки развития больше не поддерживают раскол в предоставлении услуг между службами психического здоровья детей и подростков и взрослых.

Молодость – это время, когда заболеваемость психическими расстройствами достигает пика, но при этом доступ к специализированной психиатрической помощи в основном отсутствует. Переход от модели, ориентированной на семью, специфичной для детей и подростков, к взрослой модели психиатрической помощи слишком резок, и многие молодые люди, которые не могут включиться в процесс, выпадают из общей системы помощи[4]. Возраст перехода

между различными моделями обслуживания можно считать дискриминацией по возрастному признаку. Исследование Transitions of Care from Child and Adolescent Mental Health Services to Adult Mental Health Services (TRACK) демонстрирует, что менее 4% молодых людей, переходящих из детской психиатрической сети во взрослую, получают хорошую преемственность помощи[5].

Службы психического здоровья молодежи, описываемые McGorry и соавт.[3], которые пытаются устранить этот пробел, в основном находятся в рамках первичной помощи и имеют ограниченный доступ к психиатрии. В Австралии значительная часть молодых людей, наблюдающихся в этих службах первичной помощи, нуждается в более высоком уровне специализированной помощи, чем та, с которой они сталкиваются. Критерии этой помощи находятся между критериями первичной и вторичной помощи для взрослых. Их называют «недостающей серединой»[3].

Существует хорошо признанная взаимосвязь между непрерывностью ухода и смертностью пациентов с психическими расстройствами, и эта популяция молодых людей демонстрирует относительно высокий уровень самоубийств в большинстве стран. Эпидемиологические исследования показывают, что на психические расстройства приходится наибольшее бремя заболеваний среди молодых людей, однако наши структуры оказания услуг и обучения не учитывают этого. Этот период между серединой подросткового возраста и началом двадцатилетия также совпадает со многими значительными жизненными изменениями, такими как переезд из семейного дома, переход к высшему образованию, начало новой карьеры, начало (и/или окончание) новых романтических отношений. Кроме того, пандемия COVID-19 вызвала растущую озабоченность по поводу благополучия молодых людей, поскольку были затронуты нормативные этапы развития и защитные факторы[6]. Область “психического здоровья учащихся” или “студенческой психиатрии” также становится новой областью интереса. Студенческая жизнь может выявить или усугубить уже существующие проблемы с психическим здоровьем[7].

Психическое здоровье молодых людей требует особого философского подхода, чтобы молодые люди, испытывающие серьезные проблемы с психическим здоровьем, могли беспроблемно перейти в самостоятельную взрослую жизнь. Первичное звено, частично предлагающее психиатрическую помощь, гораздо быстрее адаптировалось к созданию моделей помощи молодым людям, соответствующих их возрастным особенностям. В результате развивается новая область психического здоровья, которая направлена на возрастную группу с высокой частотой серьезных психических расстройств и самоубийств, в основном без прямого психиатрического воздействия[7,8].

Психиатрия в целом ориентируется на рассмотрение психического заболевания как хронического и разворачивающегося в течение всей жизни. В связи с высоким уровнем коморбидности различных психических расстройств, психиатры должны быть подготовлены к разнообразным жалобам, исходящим от людей, обращающихся с проблемами психического здоровья, на основе понимания особенностей их развития, культуры и условий окружающей среды. Однако впечатляющий объем доказательств, представленный McGorry и соавт.[3], убедительно указывает на необходимость создания новой субспециальности – психиатрии молодых людей, которая будет ориентирована на весь период жизни и будет включать в себя как службы для детей и подростков, так и службы для взрослых. Такая субспециальность охватывала бы период с конца подросткового возраста до 30 лет.

В детской и подростковой психиатрии, а также во взрослой психиатрии существуют известные пробелы в навыках при решении проблем психического здоровья молодых взрослых, таких как лечение стойкого синдрома дефицита внимания/гиперактивности, лечение расстройств аутистического спектра и других нарушений нейроразвития, лечение множественной зависимости от психоактивных веществ и формирующегося расстройства личности, кризисная помощь при суицидальном поведении, оценка и лечение первых психотических эпизодов.

Ни детская, ни подростковая, ни взрослая психиатрия не охватывают весь спектр навыков, необходимых психиатру лиц молодого возраста. Необходимы новые учебные программы и обучение. Официальные учебные программы и программы обучения разрабатываются в Австралии[9]. Коллегия психиатров Ирландии недавно разработала и утвердила Факультет Молодежной и Студенческой Психиатрии (www.irishpsychiatry.ie). Насколько нам известно, это первый в мире подобный факультет при академии последипломной подготовки психиатров.

Новая субспециальность психиатрии молодого возраста могла бы быть особенно сосредоточена на возникающих и уже существующих психических заболеваниях в контексте переходных периодов и стрессов в жизни молодого человека, с философией помощи, направленной на обеспечение успеха и независимости молодого человека. Психиатрия молодого возраста должна привлекать к тактике ведения соответствующие заинтересованные стороны, особенно самих молодых людей, чтобы сохранить качество, привлекательность, ценность и оправдать затраченные вложения. Центры психиатрии молодого возраста должны иметь тесные связи с образовательными организациями для того, чтобы выстраивать качественную систему медико-социальной помощи внутри всего сообщества.

В психиатрии наши модели помощи не соответствуют последним достижениям в области возрастной нейробиологии, а также меняющемуся месту, роли, проблемам и ожиданиям молодых людей в обществе. Структура обучения психиатрии застряла в модели прошлого тысячелетия. Мы отстаем от фактических данных и практики смежных медицинских специалистов. Психиатрия должна улучшить то, что она может предложить молодым людям. Пришло время для нового подхода к обучению и новой субспециальности.

Mary Cannon[1], Emmet Power[1], David Cotter[1], Michele Hill[2]

[1]Department of Psychiatry, Royal College of Surgeons in Ireland (RCSI); [2]Student Health Department, University College Cork, Cork, Ireland

Перевод: Коврижных И.В. (Санкт-Петербург)
Редактура: к.м.н. Дорофейкова М.В. (Санкт-Петербург)

Библиография

1. Schowalter JE. Psychiatric Times 2003;20:9.
2. Feeney L. Ir J Psychol Med 2017;34:148.
3. McGorry P, Mei C, Chanen A et al. World Psychiatry 2022;21:61-76.
4. Roche E, O’Sullivan R, Gunawardena S et al. Early Interv Psychiatry 2020; 14:330-5.
5. Singh SP, Paul M, Ford T et al. Br J Psychiatry 2010;197:305-12.
6. Power E, Hughes S, Cotter D et al. Ir J Psychol Med 2020;37:301-5.
7. Hill M, Farrelly N, Clarke C et al. Ir J Psychol Med (in press).
8. Power E, Clarke M, Kelleher I et al. Ir J Psychol Med 2015;32:155-60.
9. Macmillan I, Thompson A, Kalucy M et al. Australas Psychiatry 2021;29:97-100.

DOI: 10.1002/wps.20923

Переосмысление “кредо” Клермана: нео-Крепелианизм, взгляды Спитцера и то, что мы можем извлечь из прошлого

Jerome C. Wakefield
Center for Bioethics, School of Global Public Health, and Silver School of Social Work, New York University, New York, NY, USA

Перевод: Лукьянова А.В. (Санкт-Петербург), Каспартов М.В. (Минск), Викторов А.А. (Санкт-Петербург)
Редактура: к.м.н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)

Wakefield J. Klerman's “credo” reconsidered: neo-Kraepelinianism, Spitzer's views, and what we can learn from the past. *World Psychiatry*. **2022;21(1):4-25. doi:10.1002/wps.20942**

Резюме. *В 1978 году Г. Клерман опубликовал эссе, в котором назвал зарождавшееся тогда движение “нео-Крепелианизмом” и сформулировал “кредо” из девяти положений, выражающих основные требования и направления движения. Эссе Клермана появилось накануне триумфа нео-Крепелианистских идей в DSM-III. Однако впоследствии эта диагностическая система подверглась нападкам, открыв путь для конкурирующих предложений относительно будущего психиатрической нозологии. Чтобы лучше понять, о чем идет речь, в этой статье я предлагаю внимательно прочитать и рассмотреть кредо Клермана в свете последних сорока лет исследований и размышлений. Кредо помещено в контекст двух одинаково важных публикаций в одном и том же году, автором одной из которых является С. Гузе, ведущий теоретик нео-Крепелианизма, а другой Р. Спитцер и Дж. Эндикотт, сформулировавшие понятия психического расстройства. Расхождения между Спитцером и стандартным нео-Крепелианизмом выделены и, как утверждают, являются гораздо более важными, чем принято считать. Также существует утверждение, что анализ кредо Клермана благоприятно повлияет на урегулирование нынешнего деления нозологических единиц в психиатрии из сложных на более простые. В дополнение к таким задачам, как создание описания диагностических критериев для выделения синдрома, свержение доминирования психоанализа в психиатрии и придание оной более научного характера, нео-Крепелианисты были глубоко обеспокоены концептуальным вопросом природы психического расстройства и обеспечения законного положения психиатрии как отрасли медицины в ответ на антипсихиатрическую критику. Эти вопросы нельзя игнорировать, и я заявляю, что предлагаемые в настоящее время предложения по замене нео-Крепелианистской системы, особенно популярные предложения по замене ее на дименсиональный подход, не могут решить их надлежащим образом.*

Ключевые слова: *нео-Крепелианистское движение, кредо Клермана, DSM-III, психическое расстройство, вредная дисфункция, антипсихиатрия, дименсиональный подход.*

После четырех десятилетий доминирования в психиатрии нео-Крепелианистского категориального видения нозологии, основанного на симптомах, формально принятого в DSM-III[1], растет понимание того, что нео-Крепелианизм потерпел неудачу и неспособен принести ожидаемых результатов в понимании этиологии и прогресса в лечении. Эта предполагаемая неудача оставила вакуум, который пытаются заполнить различные альтернативные предложения и исследовательские программы, начиная от инициативы Национального института психического здоровья США (NIMH) “Research Domain Criteria” (RDoc)[2,3,4,5], направленной на выявление этиологии схем мозга, до многочисленных исследовательских программ по определению размеров или факторного анализа жестких диагностических категорий, таких как проект “Иерархическая таксономия психопатологии” (HiTOP)[6,7,8,9], а также многие другие предложения, такие как теория сетей[10,11,12,13] и комплексный анализ факторов риска[14].

Этот процесс разложения и преобразование нозологий на более простые компоненты обеспечивает идеальное время для пересмотра истоков, устремлений и нынешнего состояния нео-Крепелинианской программы в качестве прелюдии к борьбе с будущим психиатрической нозологии и посредничества среди множества конкурирующих предложений. Естественным способом начать такую переоценку следует с основополагающего эссе Г. Клермана 1978 года “Эволюция научной нозологии”[15], в котором он ввел термин “нео-Крепелинианский”. В своей статье Клерман подготовил своих читателей к грядущим радикальным переменам, разработав нео-Крепелинианское “кредо” из девяти положений, которые составляли основные требования и цели движения (Таблица 1). После некоторых предварительных замечаний я прокомментирую и оценю каждое из этих предложений как с точки зрения выдвинутых ими аргументов, так и в свете размышлений за четыре десятилетия, прошедших с момента их формулирования. Я фокусируюсь на концептуальных вопросах, а не на социологических или других мотивационных детерминантах.

На самом деле 1978 год был знаменательным годом для основ психиатрии даже за пределами эссе Клермана. Рассматривая девять принципов Клермана, я буду опираться на два дополнительных важных события того года, которые должны быть частью подробного отчета. Во-первых, С. Гузе, психиатр Вашингтонского университета, который был ведущим теоретиком нео-Крепелинианства, опубликовал защиту самого основного утверждения движения о том, что психиатрия является отраслью медицины[16], аргумент, который он развил в более поздней статье и книге[17,18]. Во-вторых, Р. Спитцер и Дж. Эндикотт опубликовал самую амбициозную из серии попыток определить концепцию психического расстройства как основу для нозологии[19].

НЕСКОЛЬКО СЛОВ О Г. КЛЕРМАНЕ И ЕГО ПОЗИЦИИ ПО ОТНОШЕНИЮ К НЕО-КРЕПЕЛИНИАНСКОМУ ДВИЖЕНИЮ

В своей статье 1978 года Клерман со значительным авторитетом говорил о направлении психиатрии, потому что годом ранее был назначен президентом Дж. Картером главой Управления США по вопросам алкоголизма, наркомании и психического здоровья (US Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration (ADAMHA)). Клерман сделал выдающуюся карьеру в качестве психиатра-исследователя, специализирующегося на расстройствах настроения и тревожности, а также как талантливый администратор, проводивший встречи в Йельском, Гарвардском и Корнельском уни-

Таблица 1. Нео-Крепелианское кредо[15]
1. Психиатрия – это раздел медицины.
2. Психиатрия должна использовать современные научные методологии и основывать свою практику на научных знаниях.
3. Психиатрия лечит больных людей, которые нуждаются в коррекции психических заболеваний.
4. Существует грань между нормой и патологией.
5. Психическая патология существует отдельно. Психические заболевания – это не мифы. Существует не одно, а множество психических заболеваний. Задача научной психиатрии, как и других медицинских специальностей, состоит в том, чтобы исследовать причины, диагностику и лечение этих психических заболеваний.
6. Врачи-психиатры должны уделять особое внимание биологическим аспектам психических заболеваний.
7. Должна быть явная и преднамеренная забота о диагностике и классификации.
8. Следует зашифровать диагностические критерии, а правомерной и ценной областью исследований должна быть проверка таких критериев с помощью различных методов. Кроме того, кафедры психиатрии в медицинских вузах должны обучать этим критериям, а не обесценивать их, как это было в течение многих лет.
9. При проведении исследований, направленных на повышение надежности и достоверности диагностики и классификации, следует использовать статистические методы.

верситетах. В ходе своих исследований по комбинированному медикаментозному и психотерапевтическому лечению депрессии он разработал – вместе со своим сотрудником и женой М. Вайсман – межличностную психотерапию[20], которая остается ведущим эмпирически подтвержденным методом лечения.

Клерман очень импонировал нео-Крепелинианским идеям, видя в них научный потенциал, обещающий огромный прогресс в психиатрии. Формулировки положений его кредо часто являются перефразированием утверждений из статей нео-Крепелианистов. Тем не менее тон его статьи – это скорее резюме доктрин движения, сделанные благодарным свидетелем истории, а не пылкий личный манифест инсайдера. В какой-то момент Клерман даже предполагает, что неизбежно последует реакция на то, что будет воспринято как излишняя динамика. Клерман идентифицирует ведущих нео-Крепелианистов, в том числе С. Гузе, Э. Робинса, Г. Винокура, Д. Кляйна и Р. Спитцера (но см. ниже о Спитцере), а также других, обучавшихся в тот период на факультете психиатрии Вашингтонского университета в Сент-Луисе. Однако сам Клерман, несмотря на то что дал движению название и кредо, не стал центральной фигурой в движении. Как мы увидим, несмотря на научную строгость нео-Крепелианистов, Клерман, как и Спитцер, неохотно принимал строго биологическую идеологическую позицию движения в ущерб другим формам этиологической теории и исследований.

ДВЕ ОСНОВНЫЕ ЦЕЛИ НЕО-КРЕПЕЛИНИАНСТВА

Позитивная научная повестка дня нео-Крепелианистов переплеталась с негативной полемической повесткой дня, направленной на опровержение двух других выдающихся позиций, которые, по их мнению, подрывали статус психиатрии. Это были антипсихиатрическое движение и психоанализ.

Вызов антипсихиатрического движения

Философские мотивы нео-Крепелинианства часто недооцениваются. Его главная задача состояла в том, чтобы обосновать размещение психиатрии в медицине, как указано в предложении[1] Клермана. Для современных молодых клиницистов, которые профессионально выросли в нео-Крепелинианском мире, в котором медицинская природа психиатрии была очевидна и уважалась, нео-Крепелинианские опасения по поводу антипсихиатрии должны быть помещены в контекст.

Приверженцы антипсихиатрического движения утверждали, что психиатрия использовала поддельные медицинские категории для оправдания использования медицинских полномочий и технологий для социального контроля над неодобряемым поведением[21,22,23,24,25,26,27]. В маловероятном союзе с антипсихиатрами бихевиористы, которые в то время были влиятельной группой в психологии, утверждали, что девиантное поведение формируется нормальными процессами обучения в девиантной среде и, следовательно, что "психические расстройства" – это не буквально медицинские расстройства, а просто результаты формирования поведенческих паттернов в социально неблагополучной среде[28]. Психиатры биопсихосоциальной школы, которые пытались интегрировать различные точки зрения, относящиеся к психическим расстройствам, добавили путаницы, поскольку не было четкого концептуального различия между психологическими переживаниями в пределах нормы и психическим расстройством, что привело, например, к аргументу о том, что, возможно, обычная скорбь – это в конце концов психическое расстройство[29]. Этот разноплановый концептуальный/идеологический штурм сочетался с ужасающими подтверждениями, полученными опытным путем, ненадежности и самоуправства в психиатрической диагностике[23,30,31].

Аннулирование медицинских заключений в области психиатрии все больше сказывался на авторитете профессии, моральном духе и общественной поддержке. Существовало опасение, что в результате психиатрия становится гораздо менее привлекательной как специальность. Например, Б. Браун, директор NIMH, отметил, что "доля выпускников медицинских школ, поступающих в ординатуру по психиатрии, снизилась примерно на 15% в период с 1972 по 1974 год"[32, с.490].

Последователи нео-Крепелианизма признали антипсихиатрию фундаментальной угрозой и были поглощены необходимостью опровергнуть антипсихиатрические аргументы и узаконить медицинский статус психиатрии. Гузе потратил значительное время на опровержение высказываний антипсихиатров в своей статье, отметив, что их аргументы затрагивают суть психиатрии как медицинской дисциплины: "Нападки на медицинскую модель психических расстройств часто отражают убеждение, что такого понятия, как психическое заболевание, не существует. Согласно этой точке зрения, психиатрический диагноз – это всего лишь способ, которым общество навешивает ярлыки на своих девиантов... и служит лишь средством социального контроля"[16, с.301]. Клерман также рассматривает различные антипсихиатрические позиции, комментируя Фуко, Сако, Шеффа, Лейнга, Розенхана и попытки охарактеризовать их фундаментальный вызов: "Общим для этих школ критики является атака на основную концепцию, что психические заболевания... и что психиатрия и ее лечение... являются законной медицинской деятельностью"[15, с.108-109].

Вызов доминированию психоанализа

Второй главной мишенью нео-Крепелианизма был психоанализ. Нео-Крепелианисты выступали против всех подходов к этиологии и диагностике, которые они считали немедицинскими, включая бихевиоризм, социокультурализм и даже интегративный биопсихосоциализм, который ставил психологическую и социальную области наравне с биологической. Однако их главной заботой было бросить вызов и заменить психоанализ как доминирующую силу в психиатрии.

Доминирование психоанализа в эпоху, предшествовавшую DSM-III, было неоспоримым. Психоаналитики возглавляли большинство кафедр психиатрии, определяли содержание большинства программ подготовки выпускников и были авторами наиболее широко используемых учебников[33]. В опросе 1960 года 95% медицинских школ сообщили о преподавании психодинамической психиатрии, и "практически каждый заведующий кафедрой психиатрии недвусмысленно заявил, что психодинамическая система отсчета (в отличие от описательной или органической) была доминирующей"[34, с.429-430].

Несмотря на появление некоторых ориентированных на исследования психоаналитических подходов, таких как теория привязанности[35], американский психоанализ в то время все еще в основном придерживался классической Эдиповой теории нейрогенеза Фрейда, согласно которой невротические симптомы различного рода возникали из-за неудачной защиты от беспокойства, вызванного внутренним конфликтом, порожденным во время эдипового периода психосексуального развития детей. Таким образом, психоаналитики склонны преуменьшать значение дифференциального диагноза, основанного на проявлении симптомов, как не очень важного для понимания этиологии или выбора лечения. Рассматривая кредо Клермана, мы обнаружим, что формулировка его нео-Крепелинианских положений часто содержит скрытые колкости против психоанализа, чтобы ускорить его упадок.

Р. СПИТЦЕР И НЕО-КРЕПЕЛИНИАНСТВО: РОДСТВЕННЫЕ ДУШИ ИЛИ БРАК ПО РАСЧЕТУ?

В ходе изучения нео-Крепелинианских положений Клермана я собираюсь постепенно развивать то, что я буду называть "спитцерианским" взглядом на психиатрическую нозологию. Хотя взгляды Спитцера обычно приравниваются к нео-Крепелинианству, на самом деле они существенно отличаются. Спитцер явно отверг некоторые из предложений Клермана и четко сформулировал DSM-III как отличающийся от стандартного нео-Крепелинианства в своих предположениях. Я буду утверждать, что DSM-III – это спитцеровский документ, который часто неверно интерпретируется как непосредственно нео-Крепелинианский документ, искажающий его природу.

Эта точка зрения может показаться неожиданной, потому что Спитцера часто называют выдающимся нео-Крепелианистом или даже ведущим нео-Крепелианистом, и ему приписывают покорение нозологий в психиатрии от имени нео-Крепелианистов. Клерман называет его "нью-йоркским исследователем, отождествляемым с нео-Крепелинианским подходом", который отвечал за "сильный описательный подход DSM-III"[15, стр.105]. Блашфилд, вслед за Клерманом, называет Спитцера одним из пяти "наиболее выдающихся членов нео-Крепелинианского движения", несмотря на то что он был не в институциональном центре движения в Вашингтонском университете, а в "соответствующей обстановке в этом незаметном колледже" в Колумбийском университете и Психиатрическом институте штата Нью-Йорк[36, стр..3]. Такие приписывания продолжаются и сегодня[4,13].

Легко понять, почему эта точка зрения привлекательна. Спитцер был председателем Целевой группы, выполнившим революцию DSM-III в диагностике, которая была воспринята нео-Крепелианистами как достижение их главной цели – восстановления описательной диагностики в психиатрии. Кроме того, устранив общую категорию психоневрозов, которая предполагала психоаналитические предубеждения о тревожности и защите, Спитцер выполнил нео-Крепелинианскую цель – избавление психиатрии от пресловутых нозологических грехов эпохи психодинамики. Более того, по своему характеру, а иногда и по буквальному содержанию наборы описательных диагностических критериев DSM-III Спитцера произошли с использованием диагностических критериев промежуточных исследований[37] от так называемых критериев Фейнера, сформулированных сотрудниками Кафедры психиатрии Вашингтонского университета в погоне за нео-Крепелинианскими исследовательскими мерами[38]. Спитцер также включил нескольких ведущих сторонников нео-Крепелианизма в свою Целевую группу, чтобы помочь контролировать разработку DSM–III[39].

По большинству существенных вопросов Спитцер и нео-Крепелианисты пришли к согласию. Спитцер хотел поставить психиатрию на более надежную научную основу, используя описательные исследовательские критерии Фейнера в стиле нео-Крепелианистов в качестве клинических диагностических критериев, которые могли бы послужить отправной точкой для перехода к этиологическому пониманию, примерно так, как предполагали нео-Крепелинанисты. Совпадение научных взглядов и страстная вера в общие цели означали, что нео-Крепелианисты стали идеальными союзниками во многих битвах, в которых Спитцеру приходилось сражаться с различными представителями психиатрии, чтобы реализовать общее видение научной психиатрии.

Однако, как я покажу в ходе моего освещения девяти положений нео-Крепелинианского кредо Клермана, Спитцер и нео-Крепелианисты не были родственными душами. Вместо этого они вступили в брак по расчету. Возможно, вначале границы этих отношений были неоднозначными, но со временем стало очевидно, что по важным концептуальным вопросам, касающимся природы психиатрии и психиатрической диагностики, между ними существует значительное различие.

Теперь я перехожу к положениям Клермана.

1. ПСИХИАТРИЯ – ЭТО ОТРАСЛЬ МЕДИЦИНЫ

Утверждение о том, что психиатрия является отраслью медицины, является наиболее фундаментальным и важным утверждением нео-Крепелианизма. Поэтому я рассматриваю его довольно подробно.

Значимость этого утверждения может не сразу быть очевидной. Психиатрия, явно, является отраслью медицины в социальном или организационном смысле. Однако в настоящее время поднимается концептуальный вопрос о том, имеет ли психиатрия дело с медицинскими расстройствами, а также важно определить ее миссию, чем бы она еще ни занималась. Может быть много других причин для того, чтобы быть отраслью медицины в организационном смысле. Ни косметическая хирургия, ни акушерство не имеют своей основной деятельностью лечение заболеваний, однако это обе отрасли медицины, одна из которых заключается в том, что навыками, которые необходимо использовать для достижения эстетических идеалов, обладают исключительно врачи, а другая работает по профилактическим соображениям, поскольку беременность и роды таят в себе много опасностей для здоровья матери и ребенка.

Клерман и Шехтер проводят различие между ядром психиатрии как лечением психических расстройств и использованием психиатрических навыков, чтобы помочь людям справиться со стрессом или реализовать свой потенциал[40] (Рисунок 1). Аналогичным образом, я повсюду разграничиваю основные задачи профессии от ее производных задач, которые вытекают из применения ее навыков в других областях, помимо основной области[41]. Смысл "отрасли медицины" в предложении Клермана заключается в том, что он связан с основной задачей медицины – лечением заболе-

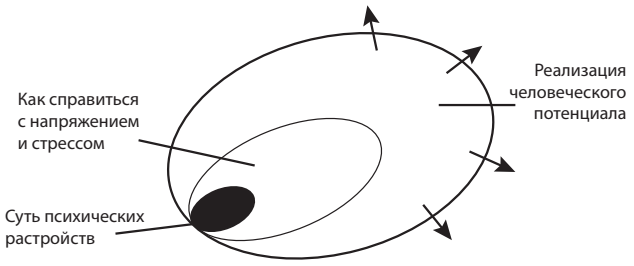

Рисунок 1. Суть психиатрии как лечения психических расстройств по сравнению с использованием психиатрических навыков, чтобы помочь людям справиться со стрессом или реализовать свой потенциал (адаптировано из Клермана и Шехтера[40])

ваний. Это очевидно из названия статьи Гузе, опубликованной в том же году, "Природа психических заболеваний: почему психиатрия является отраслью медицины"[16].

"Медицинская модель" как концептуальный отвлекающий маневр

Учитывая то, как в то время велись дебаты о медицине, нео-Крепелианисты решили, что способ подтвердить, что психиатрия лечит медицинские недуги и, следовательно, является законной медицинской дисциплиной, состоит в том, чтобы утверждать, что она надлежащим образом придерживается «медицинской модели». Как объясняет Клерман, «Возрождение Крепелианизма является частью общего движения психиатрии навстречу более значительному объединению с медициной… Чтобы лучше понять эти изменения, необходимо изучить «медицинскую модель»»[15, с.105]. Однако Клерман также указывает, что «медицинская модель» может означать много разных вещей и является "кодовым словом для споров и дебатов"[15, с.106].

Действительно, в то время – и, можно утверждать, также и сегодня[напр., 42] – выражение "медицинская модель" часто использовалось уничижительно для обозначения асимметричной власти врача над пациентом, распространения медицинской власти на такие сферы жизни, как рождение и умирание, акцент на биологических процессах, а не на чувствах и ценностях пациента, и заявленные бесчеловечные последствия взаимодействие врача и пациента, основанное на технологиях (отсюда и появление области "медицинских гуманитарных наук" в качестве противоядия).

Как, по мнению Гузе и Клермана, они могут утверждать, что психиатрия использует «медицинскую модель», и прийти к выводу, что она использует эту модель для лечения подлинных медицинских расстройств? Аргумент не совсем ясен. Какими бы блестящими они ни были, ни Гузе, ни Клерман не были особенно талантливыми аналитиками-концептуалистами в том смысле, в каком проявил себя Спитцер. Эффективность "медицинской модели" при лечении психических нарушений – это прагматичное и социальное наблюдение, которое нельзя приравнивать к независимому лечебному режиму истинных медицинских расстройств, что является теоретическим вопросом. Как понял Спитцер, в конечном счете, концептуальный вопрос о том, является ли критерий психиатрических состояний подлинными медицинскими расстройствами, а не о том, какая модель наиболее полезна для лечения этих состояний, определяет, является ли психиатрия законной отраслью медицины в соответствующем смысле, которая опровергла бы антипсихиатров.

Клерман предполагает, что в современном обществе существует три компонента «медицинской модели»: а) концепция болезни; б) роль больного, состоящая из определенных прерогатив (вы освобождены от некоторых обычных обязанностей) и ответственности (вы пытаетесь поправиться); и в) система здравоохранения, который решает, кого считать больным, и получает роль больного. Он отмечает, что применение «медицинской модели» к психическим заболеваниям было достижением 19 века, и что антипсихиатрическое движение хочет отменить это достижение. Однако вторая и третья особенности Клермана – решает ли общество назначить кого-то на роль больного, и суждения о том, что проблема должна решаться системой здравоохранения, – должны следовать, а не определять суждение о том, что состояние является медицинским расстройством. Только первая особенность Клермана, заключающаяся в том, что целевые состояния психиатрии подпадают под понятие болезни, определяет, является ли психиатрия отраслью медицины в том смысле, который имеет отношение к антипсихиатрическим заявлениям.

Гузе многообещающе начинает свою статью 1978 года с вопросов «Являются ли психиатрические состояния болезнями?» и «Как определяется болезнь?»[16, с.295] (Гузе и нео-Крепелианисты решительно предпочли биологически коннотативный термин «болезнь» «расстройству», к которому я вернусь). Но он сразу же переходит к изучению природы «медицинской модели». Этот путь анализа неоднократно приводит его к тому факту, что единственная особенность «медицинской модели», которая имеет отношение к решению вопроса о том, является ли психиатрия отраслью медицины, заключается в том, используется ли она для лечения подлинных заболеваний. «Медицинская модель», делает он напоследок вывод, «явно связана с концепцией болезни», и ее самой основной особенностью является «забота о симптомах и признаках болезни»[16, с.296].

К сожалению, когда Гузе переориентируется на концепцию болезни, он будет не в состоянии добиться большого прогресса. Он отмечает, что те, кто выступает против того, чтобы психические состояния были болезнями, часто полагаются на определение болезни, которое «требует наличия последовательных патологических изменений в том или ином органе или доказательств качественного отклонения от нормы в какой-либо функции или процессе»[16, с.297]. Он утверждает, что это анатомо-физиологическое определение слишком узко даже как определение физического заболевания, поэтому его не следует использовать для исключения психических недугов из статуса заболевания. Однако на протяжении всего своего обсуждения он, похоже, путает определение болезни – что значит для состояния быть болезнью – с тем, что мы знаем о состоянии в данный момент времени. Гузе использует эпилепсию и нарушения сердечного ритма в качестве примеров состояний, которые долгое время считались заболеваниями, основанными на явных функциональных нарушениях, несмотря на недостаточное понимание их патофизиологии и этиологии, делая вывод, что «среди недугов, которые большинство врачей и большинство непрофессионалов считают медицинскими расстройствами, есть состояния, для которых еще не были признаны соответствующие анатомические изменения»[16, с.297]. Он, конечно, совершенно прав: медицина обычно распознает состояния как расстройства на основе косвенных доказательств задолго до того, как станет известна фактическая этиология. Однако понимание Гузе того, что человек может еще не знать этиологии состояния, и тем не менее на основании косвенных доказательств можно обоснованно судить о том, что это расстройство, не решает проблему того, что делает его расстройством, то есть то, что нам нужно вывести из косвенных доказательств, чтобы сделать вывод о наличии расстройства.

Гузе также ссылается на определение болезни, которое он предложил в более ранней статье: «любое состояние, связанное с дискомфортом, болью, инвалидностью, смертью или повышенной ответственностью перед этими

состояниями, рассматриваемое врачами и общественностью как надлежащая ответственность медицинской профессии, может считаться болезнью»[16, с.296]. Это определение неверно, поскольку оно охватывало бы, например, боль при родах, беременность и косметические проблемы, решаемые хирургическим путем. Сам факт дискомфорта или боли, которые врачи пытаются облегчить, не может быть использован в качестве достаточного критерия для медицинского расстройства. Даже антипсихиатры могли бы согласиться с тем, что состояния, на которые направлено психиатрическое лечение, часто вызывают дискомфорт и считаются обязанностью медицинской профессии. Их точка зрения заключается в том, что эти состояния не являются подлинными медицинскими расстройствами.

Попытки Клермана отреагировать на выпады антипсихиатров

Клерман приводит различные аргументы, чтобы опровергнуть нападки антипсихиатров и показать, что психиатрические состояния могут быть подлинными медицинскими расстройствами, но эти аргументы, как правило, слабы. Например, он утверждает: «На основании данных исследований и клинического опыта можно сделать вывод о том, что некоторые переживания и поведение людей, отмеченных как больных шизофренией, являются ненормальными. Они тягостны как для самого индивида, так и для окружающих его людей и являются глубоко неадаптивными для личности по отношению к его семье и его социальной группе"[15, с.110]. Тот факт, что предполагаемые расстройства являются «глубоко неадаптивными», «тягостными» или «ненормальными» в статистическом смысле, согласуется с антипсихиатрической позицией. Если под «ненормальным» подразумевается «психопатологический», то аргумент Клермана ставит вопрос о том, действительно ли эти состояния являются расстройствами.

Клерман комментирует анализ Лэйнга, согласно которому «очаг патологии находится в семье или в обществе в целом», утверждая, что «это причудливая форма софистики – отрицать роль больного и возможность лечения пациента, возлагая вину на семью или общество»[15, стр.110]. Опять же, этот ответ вызывает вопрос: это софистика только в том случае, если на самом деле у этих людей есть расстройства, а не досадные страдания из-за деспотичных семей или социальных структур.

Отвергая мнение Саса о том, что психическое расстройство – это миф, Клерман утверждает: «Если это миф, то… это также миф с генетической передачей и фармакологическим противоядием»[15, с.110]. Эта колкость нелогичное заключение. Антипсихиатры, такие как Сас и Лэйнг, никогда не утверждали, что состояние, которое мы называем шизофренией, является мифом, хотя, возможно, некоторые теоретики навешивающие ярлыки были близки к этому. Предполагается, что "миф" заключается в том, что это состояние является психическим расстройством в медицинском смысле. Неупорядоченные состояния могут быть реальными, передаваемыми генетически, болезненными и изменяемыми с помощью психотропных препаратов.

Подход Р. Спитцера к вопросу о медицинском статусе психиатрии

Пытаясь обосновать необходимость исключения категории гомосексуальности как расстройства из DSM, Р. Спитцеру пришлось столкнуться с вопросом о том, какое состояние все же является медицинским расстройством. Он продолжал заниматься этим вопросом и после того, как дебаты о гомосексуальности были разрешены. После нескольких неудачных попыток, в которых он утверждал, что медицинское расстройство определяется в терминах определенных видов вреда, таких как страдание или нарушение социальной роли, его мышление изменилось.

Его более широкая цель, как и у нео-Крепелианистов, состояла в том, чтобы определить психическое расстройство таким образом, чтобы убедительно локализовать психические расстройства в медицине и противостоять антипсихиатрам. Рассматривая очевидные контрпримеры к его более ранним попыткам определения, а также возражения своих коллег, он пришел к выводу, что единственный способ добиться этого – сначала прояснить значение медицинского расстройства, а затем определить психическое расстройство как подобласть медицинского расстройства[43]. Это привело к его анализу концепции психического расстройства в соавторстве с Дж. Эндикотт, которая была опубликована в том же году, что и статья Клермана.

Спитцер и Эндикотт утверждали, что в основу концепции медицинского расстройства ложится интуиция/предчувствие, заключающееся в том, что "что-то пошло не так с организмом", что приводит к вредным симптомам. Они выразили необходимое условие того, что что-то пошло не так, фразой "организменная дисфункция". Попытка объяснить, почему психические расстройства лучше всего понимать как подкатегорию медицинских расстройств, привела их к требованию дисфункции: одних негативных последствий недостаточно для определения расстройства из-за существования многих болезненных состояний, которые не являются медицинскими расстройствами. Выражение «организменная дисфункция» было сокращено до «дисфункции» в определении, которое появилось во введении Спитцера к DSM-III, в котором требовалось, чтобы «был сделан вывод о наличии поведенческой, психологической или биологической дисфункции»[44, стр.6]. Требование о дисфункции затем появилось в определение расстройства в каждом последующем издании DSM, а также в МКБ-11[45]. В то время как симптомы проявляются, наличие дисфункции – что в организме что-то пошло не так – выводится из симптомов, при этом природа предполагаемой дисфункции, как правило, неизвестна.

У Спитцера и Эндикотта еще не было эволюционного понимания дисфункции. Действительно, позже Спитцер признался, что был совершенно сбит с толку проблемой того, как объяснить идею о том, что внутри организма что-то пошло не так. Однако в конечном итоге он одобрил мой основанный на эволюции «анализ вредных дисфункций» медицинских, в том числе психических, расстройств, согласно которому соответствующие дисфункции являются сбоями внутренних физических или психологических механизмов для выполнения естественных функций, для которых они были биологически разработаны (т.е. естественным образом выбраны)[46,47,48,49,50,51,52]. Спитцер пришел к выводу, что это единственный правдоподобный способ научно обосновать понятие дисфункции[53,54].

Беглый взгляд на DSM подтверждает, что категории расстройств, похоже, действительно отражают то, что на первый взгляд является ошибками биологических конструкций. То есть категории, как правило, соответствуют областям, в которых представляется весьма вероятным, что существуют биологически разработанные механизмы и естественные функции, и описанные условия, по-видимому, являются способами, при которых эти механизмы могут пойти наперекосяк. Например, процессы развития человека, мышление, эмоции, аппетит и сексуальность – все это области, в которых можно было бы ожидать, что сложные адаптивные механизмы были выбраны естественным образом, так что сбои ожидаемых функций, как правило, являются дисфункциями.

Анализ Спитцера в некоторой степени изменил дискуссию о статусе психиатрии. Скептические вызовы, поднятые сегодня, например, в заявлениях движения за нейрораз-

нообразие о том, что аутизм является незаконной патологизацией нормальных изменений мозга, в критике синдрома дефицита внимания/гиперактивности (СДВГ) как патологизации нормального детского буйного поведения или в возражениях против исключения тяжелой депрессии, связанной с тяжелой утратой[55,56,57], обычно не ставят под сомнение легитимность психиатрии как отрасли медицины. Скорее, они задаются вопросом, правильно ли применяется концепция психического расстройства к конкретной рассматриваемой категории, и утверждают, что психиатрическая диагностическая практика приводит к ложноположительным диагнозам.

Однако антипсихиатрические настроения все еще сильны в некоторых избирательных округах, и эта борьба вряд ли разрешена. Даже сегодня иногда возникают реакции против "биомедицинского" подхода, и аргументы против биомедицины часто неверно направляются из-за концептуальной путаницы. С одной стороны, психиатров обвиняют в "медикализации" различных аспектов жизни, которые не являются строго расстройствами, а с другой стороны, их обвиняют в применении узкого "биомедицинского" подхода, который игнорирует более широкие потребности населения в области психического здоровья, которые выходят далеко за рамки расстройства.

2. ПСИХИАТРИЯ ДОЛЖНА ИСПОЛЬЗОВАТЬ СОВРЕМЕННЫЕ НАУЧНЫЕ МЕТОДОЛОГИИ И ОСНОВЫВАТЬ СВОЮ ПРАКТИКУ НА НАУЧНЫХ ЗНАНИЯХ

Это предложение, которое может одобрить любой, кто заинтересован в развитии психиатрических знаний, будь то нео-Крепелианист или нет. Более совершенная наука, несомненно, является наиболее многообещающим путем к оптимальной диагностике и лечению тех, кто страдает психическими расстройствами. Главным преимуществом нео-Крепелианизма было сосредоточение внимания на накоплении общих и актуальных научных знаний об этиологии и лечении с использованием самых передовых методов исследования.

Предложение 2 также, по-видимому, задумано как упрек американской классической психоаналитической школе, которая воспринималась как ненаучная. Такая критика кажется оправданной. Печальная судьба классической клинической психоаналитической теории той эпохи заключалась в том, что она не смогла преодолеть ненаучные сексуальные этиологические теории Фрейда[58].

Применение в DSM-III синдромального подхода к диагностике, независимо от его проблем, привело к взрыву научных исследований психических расстройств с использованием самых передовых методологий и методов анализа данных. Главное преимущество нео-Крепелианизма заключается в том, что использование психиатрией критериев исследовательского стиля в клинической диагностике позволило проводить все большее количество научных исследований по психиатрическим состояниям, которые имеют непосредственное отношение к клиническим категориям, используемым практикующими врачами.

Поскольку в исследованиях с использованием различных подходов используются одни и те же критерии отбора образцов, результаты можно сравнить и обобщить в картину эффективности лечения.

С другой стороны, результаты с точки зрения серьезных прорывов в понимании этиологии или эффективности лечения намного меньше, чем можно было бы пожелать. Хотя мы основываем практику на научных знаниях в той степени, в какой это возможно, наше принятие решений далеко не полностью научно обосновано, потому что мы так мало знаем.

3. ПСИХИАТРИЯ ЛЕЧИТ БОЛЬНЫХ ЛЮДЕЙ, КОТОРЫМ ТРЕБУЕТСЯ ЛЕЧЕНИЕ ОТ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Положение 3 является следствием положения 1. Для того чтобы психиатрия стала отраслью медицины, она должна рассматривать медицинские расстройства как свою определяющую основную миссию. Однако это утверждение требует интерпретации, поскольку, если его понимать в логически обоснованном смысле – как утверждение о том, что психиатры надлежащим образом лечат только психические расстройства, – оно явно неверно. Психиатры надлежащим образом лечат многие проблемные психологические состояния, которые не являются психическими расстройствами, как официально признают системы DSM-МКБ в своих больших наборах психологических "Z-кодов", т.е. проблемные психосоциальные состояния, которые не являются расстройствами, но по поводу которых часто консультируют психиатры.

Впоследствии Клерман исправил любое возможное недоразумение на этот счет в последующей статье с Шехтером, в которой он объяснил, что в дополнение к своей основной области психических расстройств психиатрия также уполномочена лечить «проблемы, связанные со значительным количеством психологических и эмоциональных расстройств, связанных со стрессом повседневной жизни, но которые не соответствуют критериям диагностируемого психического расстройства», а также «люди… которые стремятся повысить свой собственный потенциал, повысить свою осведомленность или улучшить свое психическое здоровье»[40, стр.122] (см. Рисунок 1[1]).

Однако для того, чтобы лечение психических расстройств стало основой миссии психиатрии, необходимо уметь отличать психические расстройства от дезадаптации. Это именно то предположение, против которого возражали антипсихиатры, утверждая, что любое такое различие состоит из произвольных ярлыков, служащих целям социального контроля. Это подводит нас к нео-Крепелианистскому предположению о том, что расстройство можно отличить от дезадаптации, и, следовательно, к положению 4 Клермана.

4. СУЩЕСТВУЕТ ГРАНЬ МЕЖДУ НОРМОЙ И ПАТОЛОГИЕЙ

Нео-Крепелианисты понимали, что обоснованная граница между расстройством и здоровьем, даже если она нечеткая, необходима для того, чтобы отличить психическое расстройство от нормального социально девиантного, неодобряемого или проблемного поведения или дистресса, и потому требуется адекватно ответить на антипсихиатрическую критику.

Безусловно, врачи способны хотя бы приблизительно отличить расстройство от нормы в большинстве областей. Несмотря на все противоречия и ошибки в истории медицины, если изучить диагностические сборники древности, можно обнаружить, что, вопреки недостатку знаний и крайне неверным теориям об основополагающих дисфункциях и нормальной физиологии, почти все состояния, классифицированные как медицинские расстройства в древности, по-прежнему рассматриваются как таковые сегодня. Это означает, что врачи довольно хорошо используют косвенные доказательства, чтобы судить о том, что что-то пошло не так с тем, как человек биологически устроен для функционирования. Положение 4, таким образом, отражает основной момент начальных процессов, на котором зиждется прогресс нео-Крепелианистов в нозологии. На основе симптомов в структуре синдромов зачастую (ошибочно) можно отличить категорию явных расстройств от явной

нормы. Это служит отправной точкой для исследования, направленного на установление одной или нескольких этиологий, присутствующих в группе расстройств, хотя выполнение этой части программы до сих пор оказывалось более сложным, чем можно предположить.

Положение 4, таким образом, касается только концептуальной валидности категории расстройства, которая относится к области, включающей лишь расстройства[46]. Концептуальная валидность является гораздо более ограниченной начальной целью, чем более требовательная конечная цель конструктной валидности, которая относится к категории, включающей только расстройства с гомогенной этиологией, основанные на одном и том же типе основополагающей дисфункции.

Группы синдромальных диагностических критериев DSM предназначены для достижения концептуальной валидности. Каждая характеристика группы диагностических критериев, включая требования к длительности, пороговые значения симптомов, специфический характер симптомов, частоту, интенсивность и постоянство симптомов и даже контекстуальные исключения для сценариев, в которых симптомы можно лучше понять как нормальные реакции на сложную окружающую среду, – все это попытки операционализировать представление о том, что что-то пошло не так, и сделать вывод о дисфункции, а не о нормальной форме дистресса или проблеме в образе жизни[59,60,61]. Конечно, есть и надежда, чаще напрасная, что критерии могут иметь конструктную валидность.

Чтобы увидеть две формы валидности в действии, рассмотрим первое предложение классической статьи Робинса и Гузе о валидации диагностических категорий: «Со времен Блейлера психиатры признали, что диагноз шизофрении включает ряд различных расстройств»[62, с.983]. Предполагается, что одна концептуально валидная категория расстройств, шизофрения, может быть уточнена до нескольких конструктно валидных расстройств. Клерман также объясняет, что шизофрения – это синдром, который, вероятно, охватывает несколько этиологий, поэтому уточнение в более конструктно валидные категории вполне уместно. Крепелин предположил, что одним из способов повышения конструктной валидности первоначальных синдромальных категорий является постепенный процесс уточнения с добавлением и исключением на основе синдромальных особенностей и открытий в этиологии[63]. Совершать ошибку, думая, что начальные синдромы уже представляют собой индивидуализированные расстройства, являющиеся конечной целью процесса, значит неправомерно возводить синдромы в статус расстройств[64].

Проблема концептуальной валидности: было ли ошибкой объединение исследовательских и клинических критериев?

Достижение концептуальной валидности оказалось на удивление трудным, поскольку психиатрия сосредоточилась не столько на психиатрической больнице с ее крайними и вполне явными расстройствами, сколько на обществе с его многочисленными разнообразными формами нормального дистресса и отклонения, которые зачастую трудно отличить от расстройства строго по симптоматике. В этих обстоятельствах нео-Крепелианистское видение призывало к агрессивному и систематическому подходу против ложноположительных результатов, если необходимо было сохранить цели валидности. Однако такого подхода не последовало.

Стремление к концептуальной валидности — это одна из сторон, которая пострадала от возможных негативных побочных эффектов выдающегося достижения Спитцера в объединении клинических и исследовательских критериев. Критерии Файнера и Диагностические критерии исследования, предшествовавшие DSM-III, были сформулированы с учетом научных исследований. Однако Спитцер быстро осознал потенциал революции в психиатрической диагностике, путем переосмысления нео-Крепелианских исследовательских диагностических критериев как клинических диагностических критериев в том числе. Эта блестящая тактика установила новую прямую связь между научными исследованиями и потребностью клиницистов в руководстве при выборе лечения. Вместо постепенного процесса уточнения клинических и исследовательских потребностей, клиническая диагностика была в одночасье доведена до более высокого уровня точности, необходимого в исследованиях.

Проблема в том, что, как только эта связь была налажена, влияние распространилось в обоих направлениях. Формулировка критериев исследования теперь оказалась под влиянием обратной связи от практических соображений клиницистов. Непрерывный процесс добавления и исключения из диагностических категорий, который мог бы привести от изначальных синдромальных категорий к этиологически более однородным или, по крайней мере, к более концептуально валидным категориям, препятствовал целому ряду соображений клинической полезности.

В клинической практике страх ложноотрицательных результатов часто перевешивает опасения по поводу результатов ложноположительных в случаях, когда лечение не сопряжено с риском. В США многим клиницистам необходима постановка диагноза расстройства для того, чтобы пациент мог получить страховое возмещение, поэтому возникает необходимость в категориях, охватывающих проблемы, по поводу которых люди обращаются за медицинской помощью, даже если эти проблемы не являются расстройствами. Достойный восхищения гуманный порыв вызывает у клиницистов стремление помочь как можно большему количеству людей, и, таким образом, рабочие группы DSM склонны к включению категорий без учёта строгих этиологических соображений. Как ясно сформулировал проблему Н. Гаэми: «Почему нейроанатомия должна коррелировать с желанием получить страховое возмещение?»[65]. Это прямо противоположно тому, что необходимо для продвижения нео-Крепелианистской исследовательской программы. Объединение исследовательских и клинических критериев, возможно, усугубило проблему ложноположительных результатов до такой степени, что стало похоронным звоном для серьезных целей нео-Крепелианистской программы.

Существует множество примеров неправильного подхода к валидности, связанных с тем, что соображения клинической полезности брали верх, но один из самых поразительных касается категории злоупотребления психоактивными веществами. В то время как наркоманию можно понимать как подлинное психическое расстройство, простое употребление вещества, которое может быть чрезмерным или вредным, или вызывать разногласия в семье, или приводить к юридическим трудностям, не подразумевает психического расстройства. Было достаточно очевидно, что категорию злоупотребления психоактивными веществами, введенную в DSM-III, планировалось исключить из DSM-III-R[66]. Это решение было отменено в последнюю минуту ввиду того, что категории и критерии должны позволять лечить как можно больше людей, которым это может помочь.

Примечательно, что во время последующих пересмотров DSM это прагматичное соображение неоднократно брало верх над соображениями научной обоснованности, и категория злоупотребления психоактивными веществами сохранялась, что приводило к завышению оценочных показателей расстройств и путанице в научных исследованиях. Наконец, в DSM-5 была исключена категория злоупотребления психоактивными веществами. Однако рабочая группа утверждала, что «критерии расстройств, свя-

занных с употреблением психоактивных веществ, представляют собой многомерное состояние без естественного порогового значения». Таким образом, «чтобы избежать заметных необоснованных отклонений в показателях распространенности, рабочая группа искала пороговое значение для расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ в DSM-5, которое дало бы наилучшее соответствие с распространенностью расстройств, связанных и с зависимостями, и со злоупотреблением психоактивными веществами в DSM-IV», – то есть они пытались сопоставить предыдущую распространенность зависимостей и злоупотреблений, несмотря на невалидность категории злоупотребления. На возражение о том, что такой низкий порог не будет отражать истинные случаи и уменьшит этиологическую однородность, комитет ответил: «Эти вполне понятные опасения были противопоставлены конкурирующей необходимости распознавания всех случаев, требующих вмешательства»[67, с.841]. Таким образом, клиническая полезность перевесила обеспокоенность по поводу концептуальной валидности, не говоря уже о конструктной валидности.

Надо признать, что каждый пересмотр DSM исправлял некоторые очевидные ложноположительные ошибки в диагностических критериях. Например, в DSM-5 к расстройству бессонницы было добавлено условие, что «проблемы со сном возникают, несмотря на достаточную доступность сна», чтобы исключить ложноположительные результаты, связанные, например, с поздним просмотром телевизора соседом; DSM-5 исключает диагноз вызывающего оппозиционного расстройства, если вызывающее поведение направлено только на брата или сестру, потому что отношения между братьями и сестрами могут в норме включать такое поведение; и в DSM-5, наконец, введено условие, что сексуальная дисфункция может быть диагностирована только в том случае, если отсутствие сексуальной реакции в отношениях не может быть объяснено как следствие серьезного дистресса в отношениях, такого как жестокое обращение или насилие со стороны партнера. Такие специальные корректировки полезны. Тем не менее они не заменяют систематического покатегорийного внимания к проблеме ложноположительных результатов.

Последствия неспособности противостоять проблеме ложноположительных результатов

Неспособность агрессивно противостоять проблеме ложноположительных результатов является тревожной темой. Каким бы маловероятным это ни казалось после четырёх десятилетий нео-Крепелианской диагностической гегемонии, тем не менее возможно, что нео-Крепелианизм, как сказал Г.К. Честерсон о Христианстве, “не был испытан и признан неполноценным, а был признан сложным и потому не был испытан”[68]. Нео-Крепелианская программа – включая основное положение Клермана 1 о том, что психиатрия по своей сути является медициной, – основывается на утверждении положения 4 о том, что расстройства можно дифференцировать от проблематичных “не-расстройств”, для того, чтобы было возможным научное распознавание этиологий однородных расстройств. Если бы психиатрия не приняла разницу между расстройством и “не-расстройством” достаточно серьёзно для того, чтобы не допускать смешивания понятий обычного дистресса и настоящего расстройства во множестве его главных категорий, то научная идентификация отдельных дисфункций была бы крайне затруднительна.

Крепелин был хорошо осведомлён о проблеме ложноположительных результатов. Хоть в последних статьях, посвящённых анализу его подхода к диагностике, Крепелин и не упоминает об этом, он уделял внимание выявлению случаев потенциальных ложноположительных результатов, а также иногда разъяснял основу для расценивания потенциально двойственного состояния как истинного случая заболевания: “Болезненные эмоции отличаются от здоровых эмоций в первую очередь отсутствием достаточной причины, а также своей интенсивностью и постоянством… Опять же, болезненные эмоции иногда сопровождают некоторые внешние обстоятельства, однако в отличие от нормальных чувств они не исчезают вместе с причиной, а приобретают некоторую независимость”[69, с.68].

Иногда Крепелин выносил сложное суждение о первом эпизоде, которое оправдывалось только развитием событий по прошествии времени. Например, он признаёт, что интенсивные депрессивные эпизоды у женщин после смерти их супругов могут быть рассмотрены как нормальная депрессивная реакция, за исключением признаков, которые проявились позже: “Женщина трижды оказалась в депрессии, впервые после смерти её мужа, затем после смерти собаки, а также после смерти её голубя. Другая пациентка была в депрессии после смерти её мужа, в маниакальном состоянии после родов и после стоматологической операции”[70, с.179-180].

Крепелин, вероятно, был бы потрясен, услышав, как выдающийся психиатр-эпидемиолог Р. Кесслер объясняет журналисту тогда ещё спорные результаты крупного психиатрическо-эпидемиологического исследования, показывающие, что 50% американцев страдают психическими расстройствами: “Мы обнаружили, что… около половины населения в какой-то момент жизни соответствуют критериям по крайней мере некоторых психических расстройств, но я думаю, что важно рассматривать это в контексте… Существует множество людей с легкими фобиями, которые впадают в депрессию на 3 или 4 недели после переезда из одного города в другой или разрыва отношений. Возможно, у них возникнут проблемы с паникой после попадания в опасную для жизни автокатастрофу. Но большинство из этих вещей незначительны. Они самокупирующиеся. Они уходят сами по себе. И это вещи из повседневной жизни, с которыми все мы сталкиваемся время от времени”[71].

Это заявление настолько очевидно вызывало озабоченность, что, на тот момент президент Американской Психиатрической Ассоциации С. Шарфштейн счёл необходимым прокомментировать возникшие сомнения по поводу психиатрического диагноза: “Исследование поднимает много вопросов относительно природы психиатрических расстройств… Не слишком ли низки пороговые значения симптомов психических заболеваний в нашей нозологии DSM? Многие из этих расстройств могут быть самокупирующимися и лёгкими, вызванными жизненным стрессом… Сколько доверия теряет наша диагностическая система, приписывая психиатрический диагноз этим относительно лёгким и саморазрешающимся проблемам?”[72].

В конечном счёте, однако, в жертву приносится не только общественное доверие, но и научная достоверность, если диагностические категории не являются концептуально валидными. Д. Регье, позже заместитель председателя Целевой Группы DSM-5, высказал предположение, что проблема действительно существует: “Исходя из высоких показателей распространенности… разумно предположить, что некоторые синдромы в обществе представляют собой временные гомеостатические реакции на внутренние или внешние стимулы, которые не отражают истинные психопатологические расстройства”[73, с.112,114]. После замечаний Кесслера и Регье исследования с использованием передовых долговременных эпидемиологических методов показали, что показатели распространенности расстройств среди лиц, отвечающих критериям DSM, намного выше, чем даже 50% Кесслера[74,75].

Первый шаг к серьезному отношению к ложноположительным результатам был предпринят П. Клэйтон в ее классическом исследовании ложноположительных диагнозов депрессии во время нормальной реакции горя[76]. В то время как критерии депрессии были подтверждены ранее, показав, что они отличают случаи депрессии от случаев физического заболевания и от здоровых людей[77,78], Клейтон поняла, что это не решает проблему ложноположительных результатов напрямую. Она приняла стратегию изучения группы лиц, предположительно не страдающих расстройствами, которым, как опасались, может быть поставлен ложный диагноз, а именно людей, пораженных горем, которые недавно потеряли любимого человека. Ее исследование установило, что многие из этих людей действительно соответствовали стандартным диагностическим критериям, несмотря на предполагаемое отсутствие расстройства.

Работа Клейтон привела к тому, что DSM-III было дополнено условием отсутствия тяжелой утраты, чтобы уменьшить количество ложноположительных результатов при диагностике большой депрессии. Ее работа не сопровождалась исследованиями, направленными на другие стрессовые источники временных депрессивных состояний нормального диапазона, хотя она сама призывала к такому расширению[76]. Несмотря на недавние повторные эпидемиологические данные о том, что при исключении фактора тяжелой утраты выявлялись состояния, которые были значительно более благоприятными по исходу, чем у других людей с депрессией[79,80,81,82,83,84,85], данное исключение было упразднено в DSM-5 как формальная часть диагностических критериев и заменено двусмысленным примечанием, предполагающим, что клиницисты выявляют ложноположительные результаты, и не руководствуясь диагностическими критериями. Итоговое количество возможно ложноположительных результатов неизвестно. Одной из зацепок является то, что недавний анализ показал: около 13% всех людей, у которых было диагностировано депрессивное расстройство по критериям DSM-5 в крупном эпидемиологическом исследовании, переживали данные эпизоды только после смерти близких и эпизоды длились менее двух месяцев – и это только что касается тяжелой утраты, не затрагивая ещё большую область потенциально нормальных реакций на другие стрессоры, на которые ссылалась Клейтон[86].

Общее отсутствие должного внимания к контексту отличает критерии DSM для большой депрессии от того, как врачи с древних времен до Крепелина воспринимали депрессивную патологию. Например, основным фактором риска начального эпизода большой депрессии у подростка до настоящего времени являлся разрыв романтических отношений. Классические врачи с подозрением посмотрели бы на любое простое уравнение данных состояний. Сам Гален приводит случай, в котором он размышляет, страдает ли женщина меланхолией или безответной любовью (оказывается, последнее). Наше увлечение симптоматическим подходом, по-видимому, превратилось в фетиш, который победил серьезность нео-Крепелианистских устремлений, которые и привели нас на этот путь.

Безусловно, существует множество способов изучения ложноположительных результатов, помимо простого и прямого метода Клейтон (см., например, следующее обсуждение гена DRD4 в разделе, посвященном положению 6). Более того, это явно не проблема, уникальная лишь для депрессии. Дело в том, что проблема ложноположительных результатов просто не рассматривалась систематически, что подрывало возможность реализации нео-Крепелианистских целей.

Угроза положению 4 со стороны дименсиональных подходов к диагностике

Во введении я отметил, что в ответ на кажущуюся неудачу нео-Крепелианистской программы появилось множество нозологических предложений, которые могли бы конкурировать в качестве ее замены. Среди этих вариантов выделился подход, предполагающий, что синдромы могут быть разложены на иерархию параметров, определяемых факторным анализом, что дает полноразмерную классификационную систему.

Дименсиональное и факторное аналитическое исследование психометрической структуры всего объёма симптомов психических расстройств является долгожданной разработкой. Однако, помимо потенциального научного вклада, есть стремление полностью преобразовать нашу нозологию в дименсиональную систему. Данное движение набирает обороты и поддерживается многими ведущими исследователями и нозологами, как в версии дименсионализации HiTOP[6,7,8,9]. Фактически дименсионализация была воспринята как одна из основных задач Целевой группы DSM-5: «Мы решили, что одним из, если не основным, различием между DSM-IV и DSM-V будет более активное использование дименсиональных показателей в DSM-V»[87, с.649].

Наиболее распространенные дименсиональные предложения просто упорядочивают состояния, которые попадают в определенную категорию DSM, в соответствии с тяжестью симптомов, как это было сделано, например, с расстройством аутистического спектра и расстройством, связанным с употреблением психоактивных веществ, в DSM-5 и расстройством личности в МКБ-11. Целевая группа DSM-5 намеревалась добавить такие количественные меры тяжести симптомов ко всем основным расстройствам, но отказалась от этого по соображениям научным (шкалы не были должным образом утверждены), клинической полезности (было недостаточно понятно, как выбор лечения должен изменяться в зависимости от степени тяжести), а также прагматическим (лица, возмещающие расходы, могут решить установить свои собственные пороговые значения тяжести заболевания для предоставления компенсации расходов на лечение). Такого рода дименсионализация предполагает наличие определенной симптомами категории расстройства, к которой применяются меры тяжести, и такие шкалы степени тяжести часто применяются к расстройствам и в физической медицине. Такого рода дименсионализация не требует категориального диагноза и полностью согласуется с нео-Крепелинианством.

Более строгие формы дименсионализации заменяют и превосходят ранее существовавшие диагностические категории. Например, некоторые члены Целевой группы DSM-5 в какой-то момент представили себе замену всей категориальной системы системой параметров тяжести различных типов симптомов, которая бы применялась ко всей популяции и давала бы уникальный «диагноз» для каждого человека, представляющий собой точку в многомерной сетке степеней тяжести, тем самым заменяя все текущие категориальные диагнозы. Основная критика DSM и МКБ со стороны тех, кто хочет заменить категориальную нозологическую систему системой дименсиональной, заключается в том, что категории DSM и МКБ обеспечивают «научно произвольные диагностические границы» 4 или «произвольные границы между психопатологией и нормой»[6].

Проблема со строгим дименсионализмом с нео-Крепелианской точки зрения заключается в том, что ему не хватает понятия дисфункции, которое помещает пограничные состояния в сферу медицины. Как дисфункции, так и нормальные вариации могут находиться у предела измерения. Таким образом, без какого-либо дополнительного критерия дисфункции строгий дименсиональный подход отодвинул

бы психиатрию от медицины. Антипсихиатры были бы в восторге от такого положения: что еще является социальным отклонением, как не крайности в некоторых определенных социумом параметрах? На самом деле, можно увидеть, как дименсионисты меняют свою терминологию с «патологического» на «дезадаптивный», чтобы отразить эти допущения, а «дезадаптивный» находится всего в одном шаге от «социально неодобряемого» и пробуждения сил антипсихиатрического движения. Дименсионалисты критикуют DSM и МКБ за произвольные границы – что, как мы увидим, верно лишь отчасти, – а затем предлагают систему, формально отказывающуюся от непроизвольных границ.

При таком подходе расстройство есть не что иное, как крайняя точка в каком-то измерении или, возможно, крайняя точка в каком-то измерении в проблемном или пагубном смысле. Недооцененная проблема этого подхода состоит в том, что сущность параметра население-распределение отличается от сущности расстройства. Существуют распространенные в популяции черты, такие как грусть, тревога и странное мышление, которые в основном характерны для людей без каких-либо расстройств. Без дополнительных объяснений того, почему те же самые черты в их экстремальных версиях следует считать расстройствами, программа строгого дименсионализма уступает место произвольности. Рассмотрим, например, Г. Айзенка, который также пошел по пути дименсионализации и обнаружил, что, как бы высоко он ни поднимался по шкале психотизма, это не было эквивалентно психотическому расстройству[88].

Тем не менее психологи регулярно приводят доводы в пользу строгих популяционно-дименсиональных подходов, основываясь на большей статистической аналитической мощности, которую они предоставляют[4], в целом игнорируя влияние такой системы на медицинский статус психиатрии, тем не менее продолжая использовать медицинскую терминологию. Другие дименсионалисты, как и бихевиористы до них, достаточно честны, чтобы противостоять антипсихиатрическим выводам о строго дименсионистском взгляде, который не предлагает непроизвольной границы между расстройством и нормой. Так, например, выдающийся генетик и психолог Р. Пломин драматически заявляет, что «расстройств нет»[89, с.23], а «ненормальное есть нормальное, т. е. нет качественных расстройств, есть только количественные параметры»[90, с.128].

Группа ведущих исследователей и нозологов приходит к выводу: «все пороги при психических заболеваниях следует считать произвольными»[5, с.74]. Тем не менее в другом месте те же авторы отмечают, что «такие категории, как младенец, малыш, ребенок и т. д., представляют собой полупроизвольные, но полезные деления на возрастном континууме»[5, с.75]. Конечно, такие деления не произвольны; нормальный индивид в 3 года – это ребенок, а нормальный индивид в 25 лет – взрослый по самому смыслу понятий «ребенок» и «взрослый». Предположительно, они имеют в виду, что это различие размыто – оно непроизвольно в пределах обширных областей, но произвольно для нечеткой пограничной зоны (и, возможно, для некоторых патологических состояний или случаев, когда развитие индивида является объектом преднамеренной манипуляции медицинскими средствами). Так что, что касается проведения точной линии, тут есть некоторая произвольность. Но существенная непроизвольность из-за недвусмысленных случаев существует для большинства реальных разграничений, включая расстройство и “не-расстройство”. Понятие «крайняя точка в популяционном параметре» не имеет таких непроизвольных областей, соответствующих явным случаям расстройства и не-расстройства.

Дименсионалистская критика DSM и МКБ включает в себя несколько других стандартных жалоб, к которым, как считается, предложенный подход обращается. Утверждают, что дименсионализм устраняет диагностически беспорядочные и приводящие в замешательство сопутствующие заболевания, потому что все попадают в одну и ту же многомерную точку в системе параметров, а значит – все имеют одно и то же заболевание. Это «решение» обходит стороной все интересные причинно-следственные вопросы, которые необходимо решить о коморбидности, и предлагает просто техническое терминологическое «решение» без поощрения понимания. Вопросы коморбидности снова возникнут при статистическом анализе корреляции между различными факторами, даже если это не будет называться коморбидностью. Существует множество причин – например, общие факторы риска, необычно стрессовая среда, которая вызывает множественные дисфункции, – почему одновременно может возникнуть более одного расстройства. Для сравнения, около 77% пожилых людей имеют одновременно два или более хронических соматических расстройств, не считая дополнительных преходящих нарушений. Учитывая высокий уровень взаимодействия и интеграции между психологическими модулями, дисфункция в одном модуле может привести к нетипичному поведению или даже дисфункции в другом связанном модуле, хотя возможны и «чистые» одномодульные дисфункции.

Также утверждается, что дименсионализм решает проблематичную гетерогенность внутри категорий расстройств. Дименсионализация позволяет технически обойти эту проблему, не решая и не затрагивая научную суть. Различные проявления расстройства основаны на теории и клиническом опыте и должны отражать возможные альтернативные пути, которыми предполагаемый распространенный тип дисфункции может проявить себя. Это может быть как верно, так и неверно в каждом случае в отдельности, но, в конечном счете, это эмпирический вопрос, не разрешенный дименсиональным преобразованием.

Некоторое число различных синдромальных состояний, удовлетворяющих определенным наборам диагностических критериев DSM и МКБ, зачастую упоминается с целью показать абсурдность системы DSM и МКБ. Однако этот вопрос является эмпирическим, и именно критика в данном случае абсурдна. Возьмем очень близкий нам сейчас простой пример: при поиске я получаю список из 16 возможных симптомов COVID-19, и, если любые два или более из них считаются причиной для вывода о возможном наличии заболевания, это означает, что существует 65 519 профилей симптомов, многие из которых не пересекаются, что дает вам вероятный диагноз. Это научный вопрос, является ли доказательство влияния одной и той же основной причины надежным, а не предметом насмешек из-за того, что одна дисфункция может иметь такой широкий спектр проявлений. Безусловно, диагностическая гетерогенность будет в центре внимания науки, поскольку генетические исследования дают нам возможность разделять синдромальные вариации, которые были ошибочно объединены в один постулированный тип дисфункции, а также объединять синдромальные проявления, которые выглядят так, будто они являются продуктами различных дисфункций. Ни один из этих существенных вопросов не решается посредством только лишь дименсионализации.

Если бы психиатрия стала профессией, занимающейся дименсионально пограничным дезадаптивным поведением, это привело бы ее на морально спорную территорию. Если это правда, что «месть – блюдо, которое лучше подавать холодным», то многие психологи, которые возражали против неявной медикализации психиатрии Спитцером, направленной на то, чтобы положить конец антипсихиатрической угрозе, должны сейчас пускать слюни, поскольку совершенно немедицинская психологическая опора статистических исследований населения, возможно, готова охватить психиатрию.

5. ПСИХИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ СУЩЕСТВУЕТ ОТДЕЛЬНО. ПСИХИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ – ЭТО НЕ МИФЫ. СУЩЕСТВУЕТ НЕ ОДНО, А МНОЖЕСТВО ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. ЗАДАЧА НАУЧНОЙ ПСИХИАТРИИ, КАК И ДРУГИХ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ, СОСТОИТ В ТОМ, ЧТОБЫ ИССЛЕДОВАТЬ ПРИЧИНЫ, ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ ЭТИХ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Много ли существует психических расстройств?

Мы уже рассматривали вопрос о том, что "психические заболевания – это не мифы", когда рассматривали предложение 1 кредо Клермана. Более того, если есть психические расстройства, то из этого наверняка следует, что "это задача научной психиатрии… исследовать причины, диагностику и лечение этих психических заболеваний". Итак, рассмотрение предложения 5 сводится к двум дальнейшим утверждениям, которые можно объединить в одно: "существует много отдельных психических расстройств".

Гузе развил эту идею в своей статье 1978 года: "Существует множество психических расстройств, каждое из которых имеет различную клиническую картину, естественную историю, этиологию, патогенез и реакцию на лечение"[16, с.306]. Это утверждение было основой диагностических устремлений нео-Крепелианистов в противовес психоаналитическим теориям, постулирующим одну эдипову этиологию, и бихевиористским теориям, утверждающим, что все поведение является нормальным обучением.

Сколько существует различных психических расстройств, в конечном счете, является эмпирическим вопросом. Нео-Крепелианисты, конечно, были хорошо осведомлены о взаимосвязи биологических этиологий и симптоматических проявлений в соматической медицине. Даже среди биологически ориентированных психиатров в 19 веке были некоторые, кто утверждал, что все психические расстройства, скорее всего, были вызваны только одной или несколькими фундаментальными патологиями. Сам Крепелин к концу своей карьеры задавался вопросом, не скрывает ли его основное разделение на деменцию praecox и маниакально-депрессивное безумие одно состояние, возникающее в различных проявлениях. Итак, помимо антипсихоаналитической враждебности, каковы были основания для утверждения неокрепелинианцев о том, что существует множество отдельных психических расстройств?

Один из ответов заключается в том, что нео-Крепелианисты были впечатлены тем, что в то время казалось многообещающей спецификой воздействия психофармакологических препаратов на различные психические состояния, хотя уверенность в "фармакологическом вскрытии" со временем значительно ослабла. В любом случае, в работах Гузе содержится более фундаментальный теоретический аргумент, который предполагает вероятность существования множества отдельных психических расстройств. Гузе выступает за эволюционный взгляд на мозг как на сложную биологически разработанную основу для наших многочисленных различных психологических способностей и, следовательно, в качестве основы для биологической психиатрической теории: "Я начинаю свой спор с эволюции, основы современной биологии. Главный интерес для психиатрии представляет тот факт, что эволюция сформировала развитие мозга – органа психических функций или того, что мы называем разумом… Все функции мозга, включая восприятие, обучение, мышление, память, эмоции, общение, язык и т.д., отражают результаты такой эволюции. Способность чувствовать, осознавать, распознавать, запоминать, учиться, говорить, думать – все это зависит от этого чудесно развитого мозга с его все еще загадочной сложностью, ставшей возможной благодаря тому, что мы должны считать конечным генотипом... посвященным программированию мозга"[17, с.315 -316].

Эволюционные аргументы Гуза в первую очередь направлены на поддержку первичности функций мозга при определении психических функций и, следовательно, биологической основы психиатрии. Однако они также предполагают, что мозг должен обладать множеством различных механизмов для поддержки стольких различных умственных способностей. Например, мышление, восприятие и голод настолько отличаются от страха, печали и радости, что наводят на мысль о том, что мозговые механизмы, которые запрограммированы на обеспечение этих предположительно развитых способностей, должны быть различными, будь то по фактической структуре или по дифференциальным способностям реагирования одной и той же структуры. Представляется вероятным и действительно неизбежным, что дисфункции могут возникать в каждой из этих психологических областей независимо от проблем с другими – несмотря на высокие показатели сопутствующей патологии, поскольку это может быть связано с богатыми взаимодействиями между различными функциями мозга, лежащими в основе функциональных возможностей.

В современных философских и эволюционно-теоретических терминах постулирование множества различных мозговых процессов, связанных с различными развитыми способностями, известно как гипотеза "модульности разума"[91,92,93,94,95,96]. Если объединить признание сложности множества различных областей обработки мозга, разработанных биологически, с представлением о том, что расстройства обусловлены лежащими в их основе дисфункциями, и добавить наблюдение здравого смысла о том, что "все, что может пойти не так, пойдет не так", следует вывод, что должно быть много различных психических расстройств. Опыт, по-видимому, подтверждает, что сложно спроектированные объекты со множеством разработанных подпроцессов, будь то биологических или искусственных, могут пойти не так по-разному.

Спитцер против нео-Крепелианистов в вопросе дискретности

Утверждение о том, что психические расстройства являются дискретными, может иметь различные значения. Со времен DSM-III и по сегодняшний день общепринятое понимание дискретности в психиатрии основывается на описании "зон редкости", разработанном Р. Кенделлом[97,98]. В ранних исследованиях депрессии Кенделл определял дискретность как разрыв по измерениям симптомов или наблюдаемых коррелятов симптомов, таких как течение, исход или реакция на лечение: "Доказательство того, что два клинических синдрома являются различными сущностями, зависит от демонстрации того, что пациенты с признаками обоих синдромов встречаются реже, чем те, которые с особенностями только того или другого… бимодальное распределение баллов должно быть продемонстрировано в некотором выбранном измерении"[99, с.257]. Такие разрывы являются свидетельством естественных границ: "Диагностические категории, определяемые их синдромами, следует считать действительными только в том случае, если было показано, что они являются дискретными объектами с естественными границами, которые отделяют их от других расстройств"[100, стр.4]. Широкое признание теста зон редкости Кенделла оказало важные последствия для нозологии. Частая неспособность найти такие зоны ускорила тенденцию к размерности.

Несомненно, Спитцер имел в виду работу Кенделла, когда отказался от какой-либо приверженности дискретности

психических расстройств, и, таким образом, его точка зрения стала отличаться от стандартного нео-Крепелианизма. Вскоре после появления DSM-III Р. Блашфилд опубликовал статью со ссылкой на критерии Фейнера и девять положений Клермана в качестве основы для чрезвычайно влиятельного нео-Крепелианистского "невидимого колледжа" в психиатрии[36]. Блашфилд назвал Спитцера ведущим нео-Крепелианистом, поэтому Спитцер решил публично разъяснить свою позицию и четко указать на различия между ним и нео-Крепелианистами.

В своем опубликованном комментарии Спитцер отмечает, что Блашфилд говорит, что он придерживается "нео-Крепелианского кредо Клермана, девяти символов веры", и недвусмысленно заявляет: "Я пользуюсь этой возможностью… публично заявить о своей отставке из нео-Крепелианского колледжа, поскольку я не подписываюсь под двумя из этих символов веры". Первое, что отвергает Спитцер, – это 5 утверждение Клермана о том, что существуют отдельные психические заболевания. В своем объяснении Спитцер цитирует непосредственно из своего собственного введения к DSM-III в качестве доказательства: "Статья пятая гласит: "Существуют отдельные психические заболевания". Как указано в одном из обязательных текстов этого колледжа, DSM-III, "В DSM-III нет предположения о том, что каждое психическое расстройство является отдельной сущностью с четкими границами (разрывом) между ним и другими психическими расстройствами, а также между ним и без психического расстройства". Это эмпирическая проблема, и имеющиеся данные подтверждают разрывность… это гораздо менее убедительно"[101, с.592].

Может показаться непостижимым, что разработчик категориальной системы DSM-III отрицал, что такая система предполагает дискретные категории расстройств. Спитцер явно намеревался использовать категории DSM более гибким способом, чем это истолковали критики. Для Спитцера, как мы видели, решающий критерий концептуальной обоснованности – то есть того, что категоризированные состояния подпадают под сферу медицины, даже если они еще не отсортированы по конструктивно обоснованным индивидуальным расстройствам, – заключается в том, что они вызваны дисфункциями "что-то пошло не так". Дисфункции или их симптомы, по-видимому, могут быть непрерывными друг с другом, поэтому дискретность категорий расстройств в значительной степени не зависит от более глубокой проблемы дискретности дисфункции по сравнению с нормальностью.

6. ВРАЧИ-ПСИХИАТРЫ ДОЛЖНЫ УДЕЛЯТЬ ОСОБОЕ ВНИМАНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИМ АСПЕКТАМ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Нео-Крепелинианство было вдохновлено открытиями этиологии, известных болезней нервной системы, включая общий парез, пеллагру и болезнь Альцгеймера. Нео-Крепелианисты на словах говорили о различных психологических, семейных, развивающих и культурных влияниях на психические расстройства, а также о том факте, что почти все человеческие особенности являются результатом некоторой степени генетического или биологического взаимодействия с влиянием окружающей среды. Однако, когда они рассматривают концепцию психического заболевания, они отодвигают на второй план все небиологические факторы и подтверждают уникальную первичность специфически биологических этиологий в качестве поддержки приписывания медицинских и психиатрических расстройств.

"Биологический" может быть понят здесь в смысле анатомических или физиологических особенностей. Похоже, что Гузе, не имея критерия "дисфункции" Спитцера, ошибочно полагал, что наличие биологического субстрата необходимо для гарантии того, что психическое состояние является медицинским расстройством. Он систематически защищает такую биологическую точку зрения, заключая: "Не существует такой вещи, как психиатрия, которая была бы слишком биологической… Мне представляется неизбежным вывод о том, что то, что называется психопатологией, является проявлением неупорядоченных процессов в различных системах мозга, которые опосредуют психологические функции. Таким образом, психопатология включает биологию"[17, с.315,317].

Гузе выдвигает много довольно слабых аргументов в пользу биологической этиологии. Он утверждает, что никто еще не продемонстрировал небиологическую этиологию психического расстройства, но, за редкими исключениями, то же самое верно и для биологической этиологии. Он утверждает, что небиологические психологические и социальные факторы, часто упоминаемые в качестве причин психических расстройств, как правило, являются слишком распространенными в человеческой жизни, чтобы быть конкретной причиной расстройства, но не рассматривает возможность более конкретных факторов. Он утверждает, что даже там, где может быть показано, что какой-то небиологический детерминант играет причинную роль, все равно необходимо объяснить, почему у некоторых, подвергшихся воздействию детерминанты, развивается расстройство, а у большинства – нет, с точки зрения дифференциальных биологических факторов. Однако он не упоминает, что то же самое справедливо для многих биологических детерминант и что нет никаких оснований предполагать, что недостающая часть объяснения должна быть биологической. Действительно, Фрейд использовал точно такой же аргумент, чтобы оправдать эдипову интерпретацию развития у Маленького Ганса фобии лошади после того, как он стал свидетелем несчастного случая с лошадью, потому что, как он указал, не все мальчики, ставшие свидетелями такого несчастного случая, заболеют[102].

Гузе отодвигает все небиологические факторы на научную периферию, поскольку они влияют на процесс заболевания, но не являются специфической этиологией: "Социально-экономические обстоятельства человека, образование, работа, семейное положение, религия и темперамент могут влиять на его риск развития данного расстройства, могут играть роль в определении того, когда и будет ли он обращаться за медицинской помощью, может повлиять на то, как он описывает свои симптомы, и может иметь важное значение для определения лечения и его результатов. Но диагноз… не основывается на этом фоне"[16, с.299]. Гузе развивает расширенную аналогию психосоциальных факторов при психических расстройствах с неспецифическими факторами при заболеваниях сердца: "Определенные симптомы коронарного атеросклероза, симптомы ишемии миокарда, часто и регулярно провоцируются физической активностью и эмоциями. Но поэтому никто не оспаривает убеждение в том, что ишемическая болезнь сердца является биологическим феноменом и что попытка понять генетические и эпигенетические факторы, которые приводят к дифференциальной уязвимости к коронарному атеросклерозу, является наиболее многообещающей стратегией исследований и надеждой на действительно эффективное вмешательство. И никто, скорее всего, не предположит, что вмешательство для снижения физической активности или вызывающих эмоции переживаний, скорее всего, будет иметь более чем незначительное значение… Представляется весьма вероятным, что одни и те же общие концептуальные стратегии окажутся подходящими для таких состояний, как шизофрения, навязчивые расстройства, депрессия, мания и т.д."[17, с.317].

Клерман не предлагает много явных аргументов в пользу нео-Крепелинианской веры в необходимую биологическую

направленность медицинской психиатрии. На самом деле, ему, похоже, это не нравится. Он ясно дает понять, что синдромальный подход к диагностике призван служить цели создания однородных категорий с общими биологическими причинами. Однако он отмечает, что в кажущейся фиксации нео-Крепелианистов на биологическом объяснении есть определенный произвол: “В принципе, нет причин, по которым этот подход нельзя применить к поиску психогенной причинности в опыте раннего детства, или к семейному взаимодействию, или к дефектам общения, или к социальным лишения. Нет причин, по которым этот подход нельзя было бы использовать для изучения небиологических методов лечения, таких как индивидуальная или групповая психотерапия или терапия в среде. Это интересное наблюдение в истории психиатрии, что те исследователи, которые пытались наиболее энергично применять эти процедуры, имели биологическую предвзятость... и интерес к биологическим методам лечения… Очень немногие из неокрепелинианцев готовы говорить о причинно-следственной связи развития не только на словах. Они просто язвительны по этому поводу… Очень немногие... лично заинтересованы или готовы принять, в принципе, развивающую или психогенную причину основных психозов”[15, c.115,117].

Почему психические расстройства не обязательно должны быть расстройствами мозга

Несомненно, некоторые из наиболее серьезных психических расстройств, скорее всего, вызваны биологически описываемыми дисфункциями. Тем не менее биологизм Гузе, как упрекнул Спитцер, является символом веры, и он остается таковым даже сегодня. Например, несмотря на то, что не существует единого четко установленного консенсуса по патофизиологии головного мозга для серьезного психического расстройства, Н. Андреасен утверждает, что “люди, страдающие психическими заболеваниями, страдают от больного или поврежденного мозга”[103, c.8], а лауреат Нобелевской премии Э. Кандель утверждает: “Все психические процессы являются процессами мозга, и поэтому все нарушения психического функционирования являются биологическими заболеваниями… Мозг – это орган разума. Где еще может быть [психическое заболевание], если не в мозге?”[104]. В научных журналах встречаются наивные утверждения, подобные следующему: “Мы подтверждаем с помощью мощного анализа, что у пациентов с СДВГ измененный мозг; следовательно, СДВГ – это расстройство мозга”[105, c.311].

Конечно, последний вывод о том, что различия в мозге означают психическое расстройство, является ложным; различия в мозге возникают и в нормальных условиях[106]. Что касается “локального” аргумента Канделла о том, что психологические значения возникают “в мозге”, следовательно, психические расстройства должны быть заболеваниями мозга, проблема в том, что существует двусмысленность в переходе от правильной предпосылки о том, что все психические расстройства являются заболеваниями мозга в локальном смысле, к выводу, что все психические расстройства являются заболеваниями мозга болезни в более узком смысле, когда лежащая в их основе дисфункция может быть легко описана в анатомических/физиологических терминах. Несостоятельность утверждения “все психические расстройства локализуются в головном мозге, следовательно, все психические расстройства являются заболеваниями головного мозга” подтверждается очевидной несостоятельностью аналогичного аргумента: все компьютерное программное обеспечение работает в компьютерном оборудовании, поэтому все сбои в программном обеспечении должны быть аппаратными сбоями[107].

Представляется вполне возможным, что психическое расстройство может быть вызвано проблемными значениями, которые вызывают психологическую дисфункцию, не вызывая дисфункции мозга. Возможно, как и в теории[108] Янова-Булмана, определенные значения настолько важны, что мы биологически не приспособлены для их обработки в тех редких случаях, когда они подвергаются серьезному испытанию, поэтому происходит сбой в возможностях психологической обработки. Это понятие отражено в характеристике посттравматического стрессового расстройства в DSM-III как требующего, чтобы “человек пережил событие, выходящее за рамки обычного человеческого опыта” [1, c.250.] Сочетание успешных психотерапевтических и психофармакологических методов лечения, которые мы имеем сегодня, противоречит узкому биологическому тезису и предполагает, что Клерман был прав, скептически относясь к нео-Крепелианской биологической идеологии.

Отказ Спитцера от нео-Крепелианского биологизма

Вторым из предложений Клермана, которое Спитцер отверг в своем ответе Блашфилду, было положение 6. Спитцер довольно прямо отверг утверждение о том, что психиатрия, чтобы быть частью медицины, должна быть четко и в первую очередь связана с биологической этиологией, а не с тем, что эмпирически установлено, вызывает психические расстройства: “Статья шестая гласит: ‘Врачи-психиатры должны уделять особое внимание биологическим аспектам психических заболеваний”. Чушь. Психиатры должны заниматься всеми аспектами психических заболеваний, включая психологические и социальные аспекты”[101, c.592].

Спитцер завершил свое отмежевание от нео-Крепелинианства, язвительно предположив, что, придерживаясь непредубежденного эмпирического подхода, он поступил в другой колледж с кредо, намного более простым, чем у Клермана: “Я надеюсь, что моя отставка из нео-Крепелинианского колледжа будет принята, поскольку я уже присоединился к преподавательскому составу из гораздо более крупного высшего учебного заведения. Факультет этого университета является многопрофильным, и его кредо просто и легко запоминается: он “ориентирован на данные”… Преподаватели и студенты этого университета гармонично привержены поиску данных, которые помогут нам понять многочисленные детерминанты психических заболеваний и относительную эффективность различных биологических, психологических и социальных методов лечения”[101, c.592].

В том же году в статье с Дж. Уильямсом Спитцер подтвердил этиологическую нейтральность DSM-III и потенциальную эклектичность: “DSM-III не предполагает, что биологическая аномалия объясняет каждое из психических расстройств. Существует только один класс психических расстройств, для которых установлена специфическая биологическая этиология, – органические психические расстройства. В некоторых других категориях, таких как психотические расстройства и тяжелые формы аффективного расстройства, многие предполагают биологическую аномалию, хотя она и не включена в описание DSM-III. Также широко распространено мнение, что какая бы биологическая аномалия ни была в конечном итоге обнаружена для этих расстройств, это лишь один компонент многофакторной этиологии, которая почти наверняка включает экологические и психологические факторы”[109, c.23].

Понимание Спитцера четко проявилось в его определении психического расстройства DSM-III, в котором указывается, что “существует вывод о наличии поведенческой, психологической или биологической дисфункции”[44, c.6] – прямой отказ от более узкого биологически-этиологического видения его нео-Крепелианских партнеров. Он сделал этот момент еще более ясным в своем объяснении революционной описательной диагностической системы DSM-III. Несмотря на то, что эта система была заимствова-

на из работ нео-Крепелианистов, Спитцер интерпретировал ее по-другому. Как заметил Клерман, логика системы была полностью теоретически нейтральной и, следовательно, не была изначально биологической, психологической, поведенческой и так далее. Это было равное игровое поле для оперативно выявленных консенсусных неупорядоченных состояний, в отношении которых различные подходы и теории, включая биологические теории, теперь могли конкурировать за этиологию и эффективность лечения.

Спитцер зашел так далеко, что подчеркнул, как конкурирующие теории были охвачены синдромальным подходом: "Для большинства расстройств DSM-III… этиология неизвестна. Было выдвинуто множество теорий, подкрепленных доказательствами – не всегда убедительными – для объяснения того, как возникают эти расстройства. Подход, принятый в DSM-III, является теоретическим в отношении этиологии или патофизиологического процесса, за исключением тех расстройств, для которых это хорошо установлено и, следовательно, включено в определение расстройства. Несомненно, со временем будет установлено, что некоторые расстройства неизвестной этиологии имеют специфическую биологическую этиологию, другие имеют специфические психологические причины, а третьи являются результатом особого взаимодействия психологических, социальных и биологических факторов. Основным обоснованием в целом атеоретического подхода, принятого в DSM-III в отношении этиологии, является то, что включение этиологических теорий стало бы препятствием для использования руководства клиницистами различной теоретической ориентации… Клиницисты могут договориться об идентификации психических расстройств на основе их клинических проявлений, не договариваясь о том, как возникают нарушения"[44, с.6-7]. При желании систему DSM можно интерпретировать как нео-Крепелианскую в строгом биоэтиологическом смысле. Но это не заложено ни в структуру руководства, ни в намерения его основного создателя Р. Спитцера.

Может возникнуть опасение, что допуск психогенных дисфункций в медицинскую сферу создает размытую грань между психиатрией и клинической психологией и открывает путь к угрозам юрисдикции со стороны немедицинских лиц. К счастью, Гузе и нео-Крепелионисты признали, что это спор, который пока не нужно решать. Несмотря на то, что в концептуальном смысле психические расстройства относятся к области медицины, нео-Крепелионисты не утверждали, что их аргументы делегитимируют лечение психических расстройств другими профессиями в области психического здоровья, такими как психологи и социальные работники, учитывая их навыки в некоторых областях психотерапии.

"Болезнь" против "расстройства"

Разница между стандартными нео-Крепелионистами и Спитцером также проявляется в широко обсуждаемом вопросе терминологии. Мы видели, что нео-Крепелионисты предпочитали термин "болезнь" из-за его очевидных последствий для биологического расстройства. Вопреки распространенному мнению, использование вместо общего термина "расстройство" для обозначения психических патологических состояний началось не с DSM, а скорее имеет долгую историю. "Болезнь" иногда используется для обозначения всех медицинских проблем, но его основное использование заключается в том, чтобы ссылаться на подкатегорию, включающую инфекционные, генетические и некоторые другие биологически обусловленные состояния, и поэтому, как правило, исключает, например, травмы, отравления и другие подлинные медицинские состояния[110]. Чтобы избежать двусмысленностей или преждевременных этиологических предположений, "расстройство" долгое время было общим термином для обозначения психической и физической патологии. Он уже использовался в S. Словарь Джонсона, опубликованный в 1755 году, который включает записи, в которых, например, "мегрим" (мигрень) – это "болезненное расстройство головы", а "ипохондрик" – "расстройство воображения"[111].

Психиатрия уже давно использует термин "расстройство" таким образом. Например, во втором номере "Американского журнала безумия" за октябрь 1844 года (позже "Американский журнал психиатрии") редактор А. Бригам опубликовал эссе об определении безумия, которое начинается так: "Под безумием обычно понимается некоторое расстройство способностей ума"[112, с.97]. В библиографии отмечается, что Х. Джонсон недавно опубликовал книгу под названием "О структуре и номенклатуре психических расстройств"[113]. DSM просто перенял это давнее стандартное использование.

Однако в продолжающемся использовании "расстройства" по сравнению с "болезнью" в DSM-III есть нечто большее, чем просто традиция. Спитцер рано отдал предпочтение этому термину именно потому, что он позволяет урезать понимание "медицинской модели", которая отвергает идеологически нагруженную нео-Крепелинианскую концепцию, согласно которой все психиатрические состояния должны быть биологическими заболеваниями мозга. Согласно Спитцеру и Уилсону, в записи справочника 1975 года, использование "расстройства", а не "болезни" является отрицанием нео-Крепелинианского требования к биологической этиологии и лечению: "Эта концепция медицинской модели не делает априорных предположений относительно того, какие этиологические факторы – физические, социальные, генетические, психологические, развивающие – ответственны за развитие этих состояний, независимо от того, какое лечение – соматическое, психологическое, социальное, поведенческое – будет наиболее эффективным… Однако, поскольку слово "болезнь" обычно означает явную физическую дисфункцию, подходящим общим термином для психического заболевания является "психическое расстройство"[114, с.827].

Поскольку атрибуция расстройства подразумевает предполагаемую дисфункцию, независимо от того, известна ее природа или нет, ошибочно думать, что расстройство представляет собой нетеоретический "номиналистический взгляд на психическое заболевание"[115, с.386] или что "явно расплывчатый термин "расстройство" отражает постмодернистский цинизм в отношении концепции болезни"[65, с.36]. Расстройства – это не просто синдромы, это синдромы, вызванные дисфункциями.

RDoc как альтернативная нео-Крепелианская стратегия

С появлением биологической психиатрии как доминирующей силы в американской психиатрии произошла передача власти в отделах психиатрии от психоаналитиков биологам. Размышляя далее о том, где мы находимся в отношении предложения 6, я сначала кратко прокомментирую RDoc, а затем перейду к более широкой картине.

RDoc – это крупная исследовательская инициатива NIMH США, которая в первую очередь фокусируется на паттернах активации мозговых схем как размерных переменных, связанных с фундаментальными психологическими функциями[2,3,4,5]. Функции и дисфункции цепей не обязательно должны каким-либо простым способом соответствовать категориям DSM-ICD, что позволяет получить новые идеи, не ограниченные формулировками синдрома DSM-ICD. Вместо того, чтобы начинать с синдромально определенных расстройств с неявными предположениями о

нормальности на заднем плане, RDoc начинает с идентификации психологических адаптивных систем, которые предположительно естественным образом выбраны и закреплены в нейронных сетях, но подвержены нарушениям, таким как реакция на угрозу или потерю, мотивация приблизиться или избежать, реакция на вознаграждение, внимание и память, доминирование/подчинение, теория разума, системы аппетита и другие системы возбуждения, удовлетворения и регулирования. После выявления схем мозга, поддерживающих биологически спроектированное поведение, и изучения диапазона активации таких схем RDoc надеется выявить психопатологические последствия чрезмерной или дефектной активации.

Инициатива RDoc своевременна и потенциально очень плодотворна благодаря множеству новых методов и технологий для исследования мозга. Из-за своего внимания к переменным уровня мозга, а не к стандартным категориям DSM-ICD или переменным психологического уровня, RDoc вызвал споры в психологическом и психиатрическом сообществе. Однако любая попытка лучше понять мозгово-физиологические основы психологического функционирования и психопатологии желательна как с научной, так и с клинической точки зрения, особенно учитывая недавние неудачи в достижении существенного прогресса в этиологических исследованиях.

RDoc обычно рассматривается и первоначально был представлен его создателями как потенциальная замена системе DSM-ICD, с измерительными мерами активации мозговых схем, заменяющими категории синдрома DSM-ICD. Однако RDoc лучше всего понимать как продолжение нео-Крепелинианской программы, с изменением тактики, а не с основным изменением общей концепции. Нео-Крепелинианское видение состояло в том, чтобы начать с категорий расстройств, основанных на наблюдаемых симптоматических синдромах, которые на первый взгляд указывают на сбои биологически спроектированного функционирования, затем концептуально и эмпирически работать над устранением ложных срабатываний и созданием концептуально обоснованных категорий расстройств, и, наконец, работать над уточнением категорий в более этиологически однородные конструктивные обоснованные категории, для которых можно было бы идентифицировать биологические этиологии, и использовать обнаруженные биологические этиологии для уточнения синдромальных категорий. Биологический этап этого процесса перехода от синдрома к этиологии до сих пор был в значительной степени неудачным. RDoc – это толчок к возрождению нео-Крепелинианского видения, переходя непосредственно к поиску биологических дисфункций. Учитывая, что взаимосвязь между симптомами и этиологией, по-видимому, намного сложнее, чем предполагалось[116], RDoc отказывается от попытки перейти от синдромов к биоэтиологии и вместо этого пытается начать непосредственно с уровня мозга. Цель состоит не в том, чтобы переопределить текущие категории DSM-ICD в соответствии с выявленными изменениями в функционировании схем мозга, а скорее в том, чтобы реорганизовать классификацию и диагностику вокруг новых конструкций на уровне мозга.

Таким образом, RDoc можно понимать как реализацию нео-Крепелинианской мечты о выявлении физиологических этиологии психических расстройств, но с иным подходом. Нео-Крепелинианская система не требовала, чтобы первоначальные категории синдромов оставались фиксированными после обнаружения этиологии и были связаны с клиническими проявлениями; сам Крепелин сохранял гибкость в отношении надлежащей организации синдромов по мере изменения его этиологических теорий. Переход на уровень мозга, когда синдромальный уровень представляет, казалось бы, непреодолимые препятствия, полностью соответствует нео-Крепелинианскому видению. В терминах анализа вредных дисфункций RDoc исследует функции и дисфункции без первоначального акцента на вреде.

Однако в этом нео-Крепелинианском взгляде на RDoc[117] есть несколько ограничений. Во-первых, фундаментальной проблемой RDoc является его приверженность этиологии биологического уровня и преуменьшение дисфункций психологического уровня. RDoc выиграл бы от большей непредубежденности Спитцера; некоторые дисфункции на психологическом уровне могут не отражаться на дисфункции схемы.

Во-вторых, в RDoc отсутствует какая-либо четкая эволюционная перспектива, которая обеспечила бы контекст для понимания того, какие активации схемы являются функциональными или дисфункциональными. Синдромальные признаки часто подтверждают на первый взгляд суждения о несостоятельности биологического замысла, но сами по себе активации мозговых цепей мало что говорят о том, какие типы и области активации цепей являются нормальными, а какие неупорядоченными. Например, определенные активации схемы в мозге самца крысы вызывают агрессию по отношению к взаимодействующему самцу, перекрывающиеся активации подавляют это агрессивное поведение и вызывают подходы к спариванию с взаимодействующей восприимчивой самкой, а интенсивная активация перекрывающейся области вызывает агрессию против самцов и восприимчивых самок[118]. Активация схемы сама по себе не говорит вам о том, что два из них являются процессами нормального диапазона, в то время как третий является потенциальным расстройством; для этого вам нужно кое-что знать о нормальном эволюционном функционировании.

В-третьих, RDoc стремится к размерному анализу активации цепи во всем нормальном и неупорядоченном диапазоне. Подход, учитывающий все население, ценен для углубления знаний о норме и патологии и привлекателен как систематический способ подхода к каждой области и получения четкого понимания. Однако этот подход также создает потенциальные препятствия для понимания расстройства в медицинском смысле. Измерения не обеспечивают произвольных пороговых значений для расстройства и, таким образом, ставят под сомнение медицинскую легитимность. Часто высказываемая идея о том, что крайности в измерениях определяют беспорядок, концептуально бессмысленна: она должна быть в топ-50% или в топ-1%? Добавление нарушений не является решением проблемы: нормальное горе, нормальная беременность и, если уж на то пошло, нормальный сон ухудшаются. Более того, вредные генотипы или эндофенотипы могут быть не крайностью измерения, а просто случайной патогенной комбинацией. Сосредоточение внимания на расстройстве как крайности по измерениям может отвлечь от поиска лежащих в основе разрывов, таких как вредные мутации, объясняющие все или часть экстремальности распределения, как это было обнаружено в нескольких категориях психических расстройств (см. ниже), а также среди некоторых категорий соматических расстройств[119,120].

Наконец, и это самое главное, RDoc, по-видимому, предполагает, что клинически значимые мозговые физиологические этиологические анализы могут проводиться без какой-либо ссылки на симптоматические синдромы. Однако симптомы наносят вред, который превращает дисфункции в психические расстройства, а не просто в аномалии. Невозможно подробно изучить этиологию расстройства, оставаясь слепым к симптомам, потому что этиологии не имеют своей патогенности, написанной на рукавах. Даже большинство инфекционных заболеваний, от обычной простуды до туберкулеза и полиомиелита, на самом деле вызы-

вают заболевание лишь у некоторых инфицированных. Понимание расстройства происходит из одновременного изучения этиологического уровня и уровня симптомов; ни то, ни другое само по себе не дает основы для оценки вредной дисфункции.

Нынешний пессимизм в отношении нео-Крепелианских биологических устремлений

Несмотря на огромное количество биологических исследований, заполняющих наши журналы эпохи позднего нео-Крепелианизма, нет ни одного четкого открытия биологической этиологии серьезного психического расстройства. Современные усилия сосредоточены на генетических детерминантах, но попытки выявить относительно простые генетические этиологии потерпели неудачу, и похоже, что высокополигенные решения со многими генами малого эффекта, как правило, являются лучшими, которые мы можем найти для снижения риска заболевания. Воцарилось настроение пессимизма, побуждающее к философским размышлениям о том, имели ли смысл наши цели с самого начала[121]. Скептики утверждают, что нас ввели в заблуждение ранние открытия биологической этиологии общего пареза и пеллагры и что нам нужно найти другой путь. У кого-то может возникнуть соблазн ответить, что прошло всего несколько десятилетий с тех пор, как произошла нео-Крепелианская революция, что наука редко идет по прямой линии и что терпение – это добродетель в науке, имеющей дело со сложностями на уровне этиологии психических расстройств. К счастью, существует более конструктивный ответ на биологический пессимизм.

Сегодня мы находимся в прекрасном положении для продвижения нашего понимания биологических причин психических расстройств благодаря развитию новых технологий и методов анализа данных. В частности, только недавно стало возможным проводить генетические анализы, которые позволяют нам определять историю естественного отбора конкретных генов и комбинаций генов без необходимости в машине времени, и анализ генетических рисков в масштабах всего генома стал обычным делом. Генетический анализ может стать альтернативой нынешнему энтузиазму в отношении размерности, как показывают следующие примеры.

Умственная отсталость

Клерман, защищая возможность того, что статистический анализ синдромов может в конечном итоге выявить этиологически однородные подтипы, указал на успехи в выявлении генетических детерминант умственной отсталости, которые привели к тому, что люди попали в крайнюю нижнюю область распределения IQ: “Логика частичного выделения синдромов была успешной, например, при умственной отсталости”[15, с.119].

С тех пор генетический анализ значительно улучшил наше понимание IQ и умственной отсталости. Существует примерно ровное нормальное распределение интеллекта в популяции, которое определяется полигенией таким образом, чтобы учитывать верхние уровни, хотя природа крайней гениальности остается спорной[122]. С другой стороны, крайний нижний предел дистрибутива, по-видимому, состоит из двух компонентов. Большая группа, на которую приходится большинство людей с ограниченными интеллектуальными возможностями, представляет собой крайнюю нижнюю границу того же полигенного распределения. Оставшаяся меньшая группа состоит из состояний, вызванных множеством различных генетических мутаций, которые качественно отличаются от генов, ответственных за нормальное распределение интеллекта в популяции[123].

Предменструальное дисфорическое расстройство

Предменструальное дисфорическое расстройство (PMDD) – это депрессивное состояние, возникающее в основном в дни, непосредственно предшествующие менструации, в поздней лютеиновой фазе цикла. Во многих отношениях это крайняя форма предменструального синдрома (ПМС), который в той или иной степени поражает подавляющее большинство женщин. Однако у небольшого процента женщин эмоциональные симптомы печали, раздражительности и тревожного напряжения, а также физические симптомы настолько серьезны, что мешают основному функционированию, нарушают отношения и блокируют выполнение обычных социальных ролей.

Долгое время данная нозология предлагалась в качестве категории расстройств настроения, но несколько проблем привели к сопротивлению его включению в категорию DSM[124]. Распределение тяжести предменструальных симптомов является размерным без явных разрывов, поэтому существовала обоснованная обеспокоенность тем, что любой порог был произвольным и патологизировал бы крайнюю нормальную вариацию. Скептицизм по поводу наличия дисфункции, лежащей в основе PMDD, был подкреплен исследованиями, опровергающими стандартную теорию о том, что у женщин с PMDD наблюдался аномально высокий уровень гормонов, связанных с менструацией. Более того, многомерность ПМС/PMDD означала, что классификация PMDD как расстройства может легко привести к патологизации более легкого ПМС, возможно, укрепляя традиционные стереотипы о том, что эмоциональные колебания, связанные с менструальным циклом, делают женщин непригодными для выполнения определенных обязанностей. Из-за этих противоречий PMDD не был отдельной категорией расстройств, а вместо этого был включен в приложение B DSM-IV “Наборы критериев, предоставленные для дальнейшего изучения”, когда начался пересмотр, ведущий к DSM-5.

PMDD, наконец, был включен в полную критериальную категорию депрессивного расстройства в DSM-5 после того, как группа экспертов пришла к выводу, что имеется достаточно эмпирических данных для поддержки такого движения[125,126]. Доказательства, которые оправдывали изменение PMDD DSM-5 на статус полного расстройства, не были доказательством серьезности, поскольку это уже было установлено по определению. Скорее всего, появились доказательства того, что тяжесть была вызвана дисфункцией, так что крайность в измерении ПМС представляла собой прерывистое и отчетливое состояние. В исследованиях подавления и обратного добавления стероидов в яичниках женщинам, сообщившим о PMDD, и контрольной группе вводили агонисты, которые выводили из кровотока циркулирующий гормон, затем постепенно добавляли обратно гормон в кровоток, имитируя изменение уровня гормонов во время менструального цикла[127,128]. Результатом стало то, что женщины с историей PMDD проявляли выраженную поведенческую и мозговую чрезмерную реактивность на колебания гормонов, в то время как другие женщины этого не делали. Таким образом, у женщин с PMDD были не разные уровни гормонов, а скорее разные реакции на изменение уровня гормонов. Затем исследователи установили, что большая реактивность была обусловлена специфическими генетическими вариациями, которые приводили к сверхэкспрессии одних клеточных реакций и недостаточной экспрессии других[129]. Эти результаты были воспроизведены на животных моделях PMDD[130]. Это исследование выявило лежащую в основе дисфункцию генетического ответа на колебания гормонов, которая подтверждает идею о том, что PMDD является категориальным расстройством.

Расстройство аутистического спектра

Недавнее исследование генетики расстройства аутистического спектра (РАС)[131] показало, что отдельные гены риска развития аутизма связаны с когнитивными преимуществами, а исследования взаимосвязи показывают, что каждый из этих генов был индивидуально положительно отобран: "Используя данные всего генома, мы заметили, что общие аллели, связанные с повышенным риском развития РАС, присутствуют признак положительного отбора. Аллели риска РАС могут положительно повлиять на эти [когнитивные] механизмы, как следствие, улучшая когнитивные способности носителей". Однако, по пока неизвестным причинам, некоторые полигенные комбинации наоборот привели к аутизму: "чрезмерное бремя этих вариантов риска коррелирует с возникновением нарушений развития, включенных в спектр аутизма, как эволюционная стоимость". Таким образом, "согласно нашей интерпретации наших данных, такие аллели с малым эффектом накапливались по всему геному (полигенная адаптация) в интересах большинства, но в ущерб некоторым"[131, с.4,8,9].

Эта работа иллюстрирует важный момент, заключающийся в том, что надежда сторонников измерения на то, что расстройство может быть идентифицировано как крайность в измерении, не имеет оснований в генетической теории. Хотя крайности по этиологическим переменным могут коррелировать с расстройством, в принципе, кажущиеся произвольными стечения в противном случае доброкачественных этиологических переменных могут привести к патологии. Вызывающие дисфункцию комбинации индивидуально положительных черт могут возникать и на негенетических уровнях. Например, может быть несколько личностных черт, которые индивидуально выгодны, но, когда они встречаются вместе и определенным образом взаимодействуют, создают расстройство личности.

СДВГ

Центры по контролю и профилактике заболеваний сообщают, что примерно у каждого пятого старшеклассника в США диагностирован СДВГ, причем большинство из них принимают стимулирующие препараты[132]. Многочисленные свидетельства свидетельствуют о том, что такие показатели завышены из-за значительных ложноположительных диагнозов. Например, среди детей в данном школьном классе у самых маленьких диагностируется гораздо более высокий уровень СДВГ[133,134,135], что свидетельствует о том, что нормальные отклонения в темпах развития ошибочно диагностируются как расстройство. В соответствии с этой интерпретацией, большинство детей с СДВГ выходят из диагноза по мере взросления[136,137,138,139,140]. Это выдвинуло гипотезу о "задержке развития созревания мозга" для объяснения СДВГ, теории, которая неоднозначна между расстройством и ошибочными диагнозами из-за нормальных изменений в темпах развития, происходящих в школьной среде, которая требует поведения, которое медленно развивающиеся дети не готовы обеспечить.

Критики критериев DSM-ICD для СДВГ обычно утверждают, что дети с нормальным уровнем развития, которые от природы более активны, чем другие, ошибочно диагностируются с СДВГ из-за стесненных условий в школе. Результаты многогранной исследовательской программы подтверждают эту возможность. Это касается полиморфизма "семи повторов" гена DRD4, DRD4-7R, который кодирует аспекты структуры дофаминовых рецепторов мозга. Эта вариация значительно чаще встречается у детей с диагнозом СДВГ, чем у других детей[141,142,143,144]. DRD4-7R замедляет поглощение и метаболизм дофамина, тем самым уменьшая ощущение вознаграждения и усиливая реакцию на негативные стимулы[145,146,147,148]. Таким образом, СДВГ в этой группе можно рассматривать как невнимательность и импульсивную активность из-за уменьшения вознаграждения и последующей скуки при сидячем образе жизни, а также поиска новых источников вознаграждения. Это согласуется с тем фактом, что стимуляторы, используемые для успешного лечения СДВГ, усиливают метаболизм дофамина.

Вместо того, чтобы эти открытия подразумевали, что СДВГ, связанный с DRD4-7R, является генетическим заболеванием, исследования показывают прямо противоположное. Случаи появления 7R-вариантов DRD4 в общей популяции слишком распространены, чтобы быть случайными мутациями, и есть убедительные доказательства того, что 7R был выбран естественным путем[149,150]. Полиморфизм 7R также связан с личностными чертами стремления к ощущениям и поиску новизны, которые являются правдоподобно адаптивными[151]. Этот ген имеет более высокую частоту встречаемости в популяциях, возникших в результате географического расселения, связан с принятием риска и, по-видимому, также способствует долголетию[152, 153].

Этот полиморфизм, по-видимому, адаптивно увеличивает исследования и активность, создавая потребность в более интенсивных дофаминовых реакциях, которые сопровождаются новыми стимулами. Однако в такой среде, как современная школьная система, которая требует длительных периодов сосредоточенного и малоподвижного поведения, один и тот же ген является проблематичным. Вместо того, чтобы выявить генетическое заболевание, исследование DRD4-7R выявило вероятную естественную нормальную вариацию метаболизма дофамина, которая рассматривается как расстройство из-за требований нашего общества. Некоторые люди с СДВГ не страдают расстройствами, но их характер не соответствует требованиям, которые мы предъявляем к ним.

Непредубежденность Спитцера в отношении природы дисфункций и их этиологии, безусловно, более правдоподобна и привлекательна, чем пылкий нео-Крепелианский биологизм, выраженный в положении 6 Клермана. Тем не менее любой пессимизм по поводу способности биологических открытий помочь нам понять этиологическую природу и даже помочь лучше определить границу между нормальными изменениями и расстройствами, является преждевременным.

7. ДОЛЖНА БЫТЬ ЯВНАЯ И ПРЕДНАМЕРЕННАЯ ЗАБОТА О ДИАГНОСТИКЕ И КЛАССИФИКАЦИИ

Это утверждение, по-видимому, в первую очередь предназначено как упрек психоанализу. Часто повторяющийся нео-Крепелианский нарратив состоял в том, что диагноз стал неактуальным в американской психиатрии, где доминирует психоанализ. Этот вопрос сыграл определенную роль в подготовке к DSM-III. Несмотря на неоднократные попытки психоаналитического сообщества внести свой вклад в DSM-III, Спитцер отказался включить в нозологию ненаучное предположение о том, что для разных состояний существует единая эдипова этиология, и поэтому он исключил неврозы как формальную категорию[39].

Положение 7 было особенно убедительным на волне прогресса в психофармакологии. Например, некоторые лекарства помогали при паническом расстройстве, но не так хорошо при генерализованном тревожном расстройстве. Это наводило на мысль о том, что лекарства могут работать для коррекции дисфункциональных механизмов, специфичных для этиологии конкретного расстройства. Однако большинство результатов этих лекарств со временем ослабевают.

В течение последующих десятилетий нео-Крепелинианство преобразовало психиатрию в точности так, как это предусмотрено предложением 7. Более того, если рассматривать это в широком смысле, то даже вызовы различным аспектам нео-Крепелинианства не обязательно меняют это восприятие. Проблемы измерения и RDoc порождены постоянной заботой о диагностике, но неудовлетворенностью существующей системой.

8. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДОЛЖНЫ БЫТЬ КОДИФИЦИРОВАНЫ, И ЗАКОННОЙ И ЦЕННОЙ ОБЛАСТЬЮ ИССЛЕДОВАНИЙ ДОЛЖНА БЫТЬ ПРОВЕРКА ТАКИХ КРИТЕРИЕВ РАЗЛИЧНЫМИ МЕТОДАМИ. КРОМЕ ТОГО, КАФЕДРЫ ПСИХИАТРИИ В МЕДИЦИНСКИХ ШКОЛАХ ДОЛЖНЫ ОБУЧАТЬ ЭТИМ КРИТЕРИЯМ, А НЕ ОБЕСЦЕНИВАТЬ ИХ, КАК ЭТО БЫЛО В ТЕЧЕНИЕ МНОГИХ ЛЕТ

Положение 8 дает решительный отпор психоаналитическому доминированию психиатрического образования. Что касается кодификации, то, как только психиатрия обзавелась формальной, сложной диагностической системой, которая была основой для всего, от страхового возмещения до отбора образцов для исследований, неизбежно последовала кодификация.

9. В ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ УСИЛИЯХ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПОВЫШЕНИЕ НАДЕЖНОСТИ И ДОСТОВЕРНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И КЛАССИФИКАЦИИ, СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ СТАТИСТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ

Целесообразность использования статистического анализа для повышения надежности и валидности диагностических критериев неоспорима и стала обычной практикой. Надежность была улучшена в рамках системы DSM, хотя масштабы улучшения остаются спорными[154].

Нео-Крепелианисты, в том числе Клерман, четко представляли эпидемиологию как обеспечивающую первичную статистическую основу для улучшения идентификации и подтверждения истинных медицинских психиатрических состояний и разделения состояний с различной этиологией. По причинам, изложенным ранее, можно утверждать, что до сих пор эпидемиология потерпела неудачу в этом поиске истинной распространенности расстройств из-за массового завышения показателей распространенности из-за ложноположительных результатов.

ВЫВОДЫ

Нозологическая система DSM-ICD имеет много проблем, и я потратил много научных и исследовательских усилий, указывая на некоторые из них. Однако внимательный взгляд на нео-Крепелианское движение и особенно на его спитцеровскую реализацию, из которой родился DSM-III, показывает сложность стремлений, стоящих за руководством, которые необходимо учитывать при его оценке. DSM-III появился в попытке устранить угрозу легитимности психиатрии. Эта дисциплина имеет дело с чувствительными областями человеческих отношений, и ей всегда будет угрожать опасность того, что ее будут рассматривать как социальный контроль, а не как медицину, как напоминает нам недавнее движение за нейроразнообразие. Было бы легко забыть об этих проблемах, но сделать это было бы ошибкой. Я утверждал, что некоторые предлагаемые изменения в нашей нозологии, особенно более сильные формы размерности, по-видимому, не понимают или не решают эту фундаментальную проблему. Скользящая шкала в клинической практике – это хорошо, но произвольно скользящий порог между расстройством и не расстройством по всеобъемлющему набору измерений распределения населения по различным признакам – потенциально пугающая перспектива, которая наверняка пробудит общественное беспокойство по поводу законности психиатрии.

Многие стандартные представления о системе DSM-ICD основаны на неправильных представлениях, которые не соответствуют системе в том виде, в каком ее представлял Спитцер. Например, диагностические категории не считаются дискретными объектами с зонами редкости симптомов между ними; этиология не исключается навсегда из критериев руководства, а исключается только до тех пор, пока наука не достигнет консенсуса; и категории не являются окончательными и высеченными на камне, а вместо этого представляют собой временные группы расстройств, которые, возможно, потребуется в конечном итоге разделить, и, как ожидается, со временем изменятся для достижения большей концептуальной и конструктивной обоснованности[155].

Как общая нозологическая доктрина, выраженная в девяти положениях кредо Клермана, нео-Крепелианство имеет три аспекта. Во-первых, в нем делается концептуальное утверждение о том, что психиатрия в качестве своей основной миссии лечит подлинные психические расстройства в медицинском смысле, которые отличаются от нормальных отклонений, реакций на стресс и проблем в жизни, поскольку они вызваны дисфункциями. Во-вторых, в нем излагается теоретическая идея о том, что множество различных биологически сконструированных психологических способностей, которыми обладают люди, подразумевают вероятность того, что существует множество различных способов, с помощью которых психологическое функционирование может пойти не так, даже если они имеют общие факторы риска. Наконец, в нем излагается методологическая программа, основанная на предположении, что лучший способ достичь понимания психических расстройств – это научные исследования, начинающиеся с клинических синдромов, которые концептуально обоснованы как расстройства. Затем, используя эпидемиологию, статистический анализ и другие научные исследования, основанные на данных, цель состоит в том, чтобы постепенно улучшать и пересматривать диагностические критерии, чтобы получить уточненные категории, которые являются этиологически все более однородными и, таким образом, поддерживают еще более продуктивные исследования. В этом процессе начальной загрузки начальные синдромы преобразуются путем сложения и вычитания в более конструктивные, обоснованные этиологически понятные диагностические категории.

Очевидно, что нео-Крепелианское методологическое видение начальной загрузки не работает или, по крайней мере, работает не так быстро, как хотелось бы. Я утверждал, что отчасти это объясняется тем, что при объединении исследовательских и клинических диагностических критериев предполагаемый процесс был подорван. Как и у большинства благонамеренных действий, у этого были неожиданные побочные эффекты. Я думаю, ожидание состояло в том, что исследователи получат свое понимание на горе науки, спустятся к клиницистам и выдвинут научный закон. Это не сработало таким образом. Множество поистине ошеломляющих решений, которые повлияли на процесс пересмотра DSM-5, особенно в том, что не удалось устранить ложные срабатывания[57,60,156,157], значительно усложнили нео-Крепелинианскую загрузку. Проблема ложных срабатываний стала серьезной, потому что, как только клиническое вмешательство и исследования переместились из убе-

жища в сообщество, потребовались агрессивные шаги, но они не были предприняты для контроля ложных срабатываний, и переход к однородной этиологии дисфункции был подорван.

Я также утверждал, что спитцерианская версия нео-Крепелианства верна в двух точках расхождения. Во-первых, биологические исследования могут многое предложить, но строгий биологизм в отношении этиологии не может быть априори принят как единственная окончательная форма этиологии. Во-вторых, степень дискретности по сравнению с непрерывностью распределения как симптомов, так и скрытых факторов не может быть оценена заранее, поскольку это эмпирическая проблема. До тех пор, пока этиология не будет понята, схема начальной загрузки от синдрома к этиологии основана на интуиции, что что-то пошло не так с тем, как люди должны функционировать. Так было и в физической медицине, но там было более четкое разделение биологического дизайна и социальных требований. Тем не менее процесс начальной загрузки занял тысячелетия для многих расстройств, а для многих других мы еще не достигли этого.

Тем не менее пессимизм не оправдан. В нашем распоряжении есть замечательные новые технологии, которые уже дают глубокие знания. Хотя этиологии являются трудноуловимой добычей, это то, для чего предназначена наука, и что она делает хорошо, а именно: она формулирует конкурирующие теории о предметной области, а затем формулирует тесты, результаты которых добавляют доказательственный вес и объясняющую силу одной конкурирующей теории над другой. Правда, “дисфункция” по-прежнему является широким и расплывчатым понятием, относящимся к в значительной степени неизвестной области. Но так работает наука. Он начинается с терминов, которые ссылаются на типы процессов, определенных с минимальными заданными функциями, а затем постепенно заполняет картину. Например, несмотря на развитие радикально иного понимания кровообращения, чем у Галена, Харви более или менее согласился с Галеном в том, что легкие должны добавлять немного “духа” в кровь и выбрасывать немного “сажи”. Потребовались тысячелетия, чтобы понять, что, грубо говоря, добавленный спирт – это кислород, а сажа — это углекислый газ. Разумное использование различных исследовательских стратегий, как мы надеемся, позволит психиатрии развиваться немного быстрее, чем это.

Библиография

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed. Washington: American Psychiatric Association, 1980.
2. Insel TR, 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.
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. Lilienfeld SO, Treadway MT. Clashing diagnostic approaches: DSM-ICD versus RDoC. Annu Rev Clin Psychol 2016;12:435-63.
5. Clark LA, Cuthbert B, Lewis-Fernández R et al. Three approaches to understanding and classifying mental disorder: ICD-11, DSM-5, and the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC). Psychol Sci Public Interest 2017;18:72-145.
6. Kotov R, Krueger RF, Watson D et al. The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): a dimensional alternative to traditional nosologies. J Abnorm Psychol 2017;126:454-77.
7. Kotov R, Jonas KG, Carpenter WT et al. Validity and utility of Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): I. Psychosis superspectrum. World Psychiatry 2020;19:151-72.
8. Krueger RF, Hobbs KA, Conway CC et al. Validity and utility of Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): II. Externalizing superspectrum. World Psychiatry 2021;20:171-93.
9. Ruggero CJ, Kotov R, Hopwood CJ et al. Integrating the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) into clinical practice. J Consult Clin Psychol 2019;87:1069-84.
10. Borsboom D. A network theory of mental disorders. World Psychiatry 2017;16:5-13.
11. Borsboom D, Cramer AOJ. Network analysis: an integrative approach to the structure of psychopathology. Annu Rev Clin Psychol 2013;9:91-121.
12. Borsboom D, Cramer AOJ, Kalis A. Brain disorders? Not really: why network structures block reductionism in psychopathology research. Behav Brain Sci 2019;42:1-63.
13. McNally RJ. Network analysis of psychopathology: controversies and challenges. Annu Rev Clin Psychol 2021;17:31-53.
14. Kendler KS. Levels of explanation in psychiatric and substance use disorders: implications for the development of etiologically based nosology. Mol Psychiatry 2012;17:11-21.
15. Klerman GL. The evolution of a psychiatric nosology. In: Shershow JC (ed). Schizophrenia: science and practice. Cambridge: Harvard University Press, 1978:99-121.
16. Guze SB. Nature of psychiatric illness: why psychiatry is a branch of medicine. Compr Psychiatry 1978;19:295-307.
17. Guze SB. Biological psychiatry: is there any other kind? Psychol Med 1989;19:315-23.
18. Guze SB. Why psychiatry is a branch of medicine. New York: Oxford University Press, 1992.
19. Spitzer RL, Endicott J. Medical and mental disorder: proposed definition and criteria. In: Spitzer RL, Klein DF (eds). Critical issues in psychiatric diagnosis. New York: Raven Press, 1978:15-39.
20. Klerman GL, Weissman MM, Roundaville BJ et al. Interpersonal psychotherapy of depression. New York: Basic Books, 1984.
21. Foucault M. Madness and civilization: a history of insanity in the Age of Reason. New York: Pantheon, 1965.
22. Laing RD. The politics of experience. London: Penguin Books, 1967.
23. Rosenhan D. On being sane in insane places. Science 1973;179:250-8.
24. Sarbin T. On the futility of the proposition that some people be labeled “mentally ill”. J Consult Psychol 1967;31:447-53.
25. Scheff TJ. Being mentally ill: a sociological theory. Chicago: Aldine, 1966.
26. Scheff TJ. Labeling madness. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1975.
27. Szasz TS. The myth of mental illness: foundations of a theory of personal conduct. New York: Hoeber-Harper, 1961.
28. Ullman LP, Krasner L. A psychological approach to abnormal behavior. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1975.
29. Engel G L. Is grief a disease?: A challenge for medical research. Psychosom Med 1961;23:18-22.
30. Professional Staff of the United States-United Kingdom Cross-National Project. The diagnosis and psychopathology of schizophrenia in New York and London. Schizophr Bull 1974;1:80-102.
31. Strauss JS, Carpenter WT, Bartko JJ. The diagnosis and understanding of schizophrenia: summary and conclusions. Schizophr Bull 1974;1:70-80.
32. Brown BS. The life of psychiatry. Am J Psychiatry 1976;133:489-95.
33. Shorter E. The history of nosology and the rise of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Dialogues Clin Neurosci 2015;17:59-67.
34. Grob GN. From asylum to community: mental health policy in modern America. Princeton: Princeton University Press, 2014.
35. Bowlby J. The nature of the child's tie to his mother. Int J Psychoanal 1958;39:350-73.
36. Feighner Blashfield RK. et al., invisible colleges, and the Matthew effect. Schizophr Bull 1982;8:1-6.
37. Spitzer RL, Endicott J, Robins E. Research Diagnostic Criteria: rationale and reliability. Arch Gen Psychiatry 1978;34:773-82.
38. Feighner JP, Robins E, Guze SB et al. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Arch Gen Psychiatry 1972;26:57-63.
39. Decker HS. The making of DSM-III: a diagnostic manual's conquest of American psychiatry. New York: Oxford, 2013.
40. Klerman G, Schechter G. Ethical aspects of drug treatment. In: Bloch S, Chodof P (eds). Psychiatric ethics. Oxford: Oxford University Press, 1981:117-30.
41. Wakefield JC. Psychological justice: DSM-5, false positive diagnosis, and fair equality of opportunity. Pub Affairs Q 2015;29:32-75.
42. Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health. Mental

health and human rights: setting a rights-based global agenda. A/HRC/44/48. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2020.
43. Wakefield JC. From Ribot and Dupré to Spitzer and RDoC, does the harmful dysfunction analysis possess historical explanatory power? Reply to Steeves Demazeux. Defining mental disorder: Jerome Wakefield and his critics. Cambridge: MIT Press, 2021:27-46.
44. Spitzer RL. Introduction. In: American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed. Washington: American Psychiatric Association, 1980:1-12.
45. World Health Organization . International classification of diseases, 11th revision. https://icd.who.int/en.
46. Wakefield JC. The concept of mental disorder: on the boundary between biological facts and social values. Am Psychol 1992;47:373-88.
47. Wakefield JC. Evolutionary versus prototype analyses of the concept of disorder. J Abnorm Psychol 1999;108:374-99.
48. Wakefield JC. Mental disorder as a black box essentialist concept. J Abnorm Psychol 1999;108:465-72.
49. Wakefield JC. Evolutionary history versus current causal role in the definition of disorder: reply to McNally. Behav Res Ther 2001;39:347-66.
50. Wakefield JC. The concept of mental disorder: diagnostic implications of the harmful dysfunction analysis. World Psychiatry 2007;6:149-56.
51. Wakefield JC. The concepts of biological function and dysfunction: toward a conceptual foundation for evolutionary psychopathology, 2nd ed. In: Buss D (ed). Handbook of evolutionary psychology. Oxford: Oxford University Press, 2016:988-1006.
52. Wakefield JC. Darwin, functional explanation, and the philosophy of psychiatry. In: Andriaens PR, De Block A (eds). Maladapting minds: philosophy, psychiatry, and evolutionary theory. Oxford: Oxford University Press, 2011:143-172.
53. Spitzer RL. Brief comments from a psychiatric nosologist weary from his own attempts to define mental disorder: why Ossorio's definition muddles and Wakefield's "harmful dysfunction" illuminates the issues. Clin Psychol 1997;4:259-61.
54. Spitzer RL. Harmful dysfunction and the DSM definition of mental disorder. J Abnorm Psychol 1999;108:430-2.
55. Wakefield JC. DSM-5 grief scorecard: assessment and outcomes of proposals to pathologize grief. World Psychiatry 2013;12:171-3.
56. Wakefield JC, First MB. Validity of the bereavement exclusion to major depression: does the evidence support the proposed elimination of the exclusion in DSM-5? World Psychiatry 2012;11:3-11.
57. Wakefield JC. The DSM-5 debate over the bereavement exclusion: psychiatric diagnosis and the future of empirically supported practice. Clin Psychol Rev 2013;33:825-45.
58. Wakefield JC. The day the horse fell down: rethinking Freud's argument for the Oedipus complex in the case of Little Hans. New York: Routledge, 2021.
59. Wakefield JC. Diagnostic issues and controversies in DSM-5: return of the false positives problem. Annu Rev Clin Psychol 2016;12:105-32.
60. First MB, Wakefield JC. Diagnostic criteria as dysfunction indicators: bridging the chasm between the definition of mental disorder and diagnostic criteria for specific disorders. Can J Psychiatry 2013;58:663-9.
61. 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.
62. Robins E, Guze SB. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. Am J Psychiatry 1970;126:107-11.
63. Kendler KS, Jablensky A. Kraepelin's concept of psychiatric illness. Psychol Med 2011;41:1119-26.
64. Hyman SE. The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. Annu Rev Clin Psychol 2010;6:155-79.
65. Ghaemi SN. Utility without validity is useless. World Psychiatry 2016;15:35-7.
66. Rounsaville BJ, Spitzer RL, Williams JB. Proposed changes in DSM-III substance use disorders: description and rationale. Am J Psychiatry 1986;143:463-8.
67. Hasin DS, O'Brien CP, Auriacombe M et al. DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. Am J Psychiatry 2013;170:834-51.
68. Chesterton GK. What's wrong with the world. New York: Gassell, 1910.
69. Kraepelin E. Clinical psychiatry: a text-book for students and physicians. New York: Macmillan, 1915.
70. Kraepelin E. Textbook of Psychiatry. Edinburgh: Livingstone, 1921.
71. Flatow I, Kessler R. Survey: Half of U.S. residents will suffer mental illness. NPR, June 10, 2005.
72. Sharfstein S. Prevalence, treatment data raise troubling questions. Psychiatr News 2006;41:3.
73. Regier DA, Kaelber CT, Rae DS et al. Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders: implications for research and policy. Arch Gen Psychiatry 1998;55:109-15.
74. Moffitt TE, Caspi A, Taylor AW et al. How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment. Psychol Med 2010;40:899-909.
75. Rohde P, Lewinsohn PM, Klein DN et al. Key characteristics of major depressive disorder occurring in childhood, adolescence, emerging adulthood, and adulthood. Clin Psychol Sci 2013;1:41-53.
76. Clayton P, Desmarais L, Winokur G. A study of normal bereavement. Am J Psychiatry 1968;125:168-78.
77. Cassidy WL, Flanagan NB, Spellman M et al. Clinical observations in manic-depressive disease: a quantitative study of one hundred manic-depressive patients and fifty medically sick controls. JAMA 1957;164:1535-46.
78. Stone TT, Burris BC. Melancholia: clinical study of 50 selected cases. JAMA 1950;142:165-8.
79. Mojtabai R. Bereavement-related depressive episodes: characteristics, 3-year course, and implications for DSM-5. Arch Gen Psychiatry 2011;68:920-8.
80. 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.
81. Wakefield JC, Schmitz MF. Can the DSM's major depression bereavement exclusion be validly extended to other stressors?: Evidence from the NCS. Acta Psychiatr Scand 2013;128:294-305.
82. Wakefield JC, Schmitz MF. Normal vs. disordered bereavement-related depression: are the differences real or tautological? Acta Psychiatr Scand 2013;127:159-68.
83. Wakefield JC, Schmitz MF, First MB et al. Should the bereavement exclusion for major depression be extended to other losses? Evidence from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 2007;64:433-40.
84. Wakefield JC, Schmitz M. Predictive validation of single-episode uncomplicated depression as a benign subtype of unipolar major depression. Acta Psychiatr Scand 2014;129:445-57.
85. Wakefield JC, Schmitz MF. Uncomplicated depression is normal sadness, not depressive disorder: further evidence from the NESARC. World Psychiatry 2014;13:317-9.
86. Grant BF, Saha TD, Ruan WJ et al. Epidemiology of DSM-5 drug use disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions–III. JAMA Psychiatry 2016;73:39-47.
87. Regier DA, Narrow WE, Kuhl EA et al. The conceptual development of DSM-5. Am J Psychiatry 2009;166:645-50.
88. Wakefield JC. Diagnosing DSM-IV, part 2: Eysenck (1986) and the essentialist fallacy. Behav Res Ther 1997;35:651-66.
89. Plomin R. Genes and behavior: cognitive abilities and disabilities in normal populations. In: Ron M, Robbins T (eds). Disorders of brain and mind, Vol. 2. Cambridge: Cambridge University Press, 2003:3-29.
90. Plomin R. Blueprint: how DNA makes us who we are. Cambridge: MIT Press, 2018.
91. Fodor JA. The modularity of mind. Cambridge: MIT Press, 1983.
92. Carruthers P. The architecture of the mind. Oxford: Oxford University Press, 2006.
93. Pinker S. How the mind works. New York: Norton, 1997.
94. Cosmides L, Tooby J. Cognitive adaptations for social exchange. In: Barkow J, Cosmides L, Tooby J (eds). The adapted mind. Oxford: Oxford University Press, 1992:163-228.
95. Barrett HC, Kurzban R. Modularity in cognition: framing the debate. Psychol Rev 2006;113:628-47.
96. Sperber D. In defense of massive modularity. In Mehler J, Dupoux E (eds). Language, brain, and cognitive development: essays in honor of Jacques Mehler. Cambridge: MIT Press, 2001:47-57.
97. Kendell RE. The classification of depressive illness. Maudsley Monograph No. 18. London: Oxford University Press, 1968.

98. Kendell RE, Gourley J. The clinical distinction between the affective psychoses and schizophrenia. Br J Psychiatry 1970;117:261-6.
99. Kendell RE, Gourley J. The clinical distinction between psychotic and neurotic depression. Br J Psychiatry 1970;117:257-60.
100. Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. Am J Psychiatry 2003;160:4-12.
101. Spitzer RL. Letter to the editor. Schizophr Bull 1982;8:592.
102. Freud S. Analysis of a phobia in a five-year-old boy. In: Strachey J (ed), The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, Vol. 10. London: Hogarth Press, 1955:1-150.
103. Andreasen N. The broken brain: the biological revolution in psychiatry. New York: Harper Collins, 1984.
104. Weir K. The roots of mental illness: how much of mental illness can the biology of the brain explain? APA Monitor 2012;43:30.
105. Hoogman M, Bralten J, Hibar DP et al. Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: a cross-sectional mega-analysis. Lancet Psychiatry 2017;4:310-9.
106. George MS, Ketter TA, Parekh PI et al. Brain activity during transient sadness and happiness in healthy women. Am J Psychiatry 1995;152:341-51.
107. Wakefield JC. Addiction and the concept of disorder, Part 2: Is every mental disorder a brain disorder? Neuroethics 2017;10:55-67.
108. Janoff-Bulman R. Assumptive worlds and the stress of traumatic events: applications of the schema construct. Soc Cogn 1989;7:113-36.
109. Spitzer RL, Williams JB. The definition and diagnosis of mental disorder. In: Grove WR (ed). Deviance and mental illness. Beverly Hills: Sage, 1982:15-31.
110. Campbell EJM, Scadding JG, Roberts RS. The concept of disease. BMJ 1979;2:757-62.
111. Johnson S. Dictionary of the English language. London: Strahan, 1755.
112. Brigham A. Definition of insanity – nature of the disease. Am J Insanity 1844;1:97-116.
113. Johnson H. On the arrangement and nomenclature of mental disorders. London: Longman, Brown, Green, and Longmans, 1843.
114. Spitzer RL, Wilson PT. Nosology and the official psychiatric nomenclature. In: Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BJ (eds). Comprehensive textbook of psychiatry, Vol. 2. Baltimore: Williams & Wilkins, 1975:826-45.
115. Heckers S, Kendler KS. The evolution of Kraepelin's nosological principles. World Psychiatry 2020;19:381-8.
116. Wakefield JC. Limits of operationalization: a critique of Spitzer and Endicott's (1978) proposed operational criteria for mental disorder. J Abnorm Psychol 1993;102:160-72.
117. Wakefield JC. Wittgenstein's nightmare: why the RDoC grid needs a conceptual dimension. World Psychiatry 2014;13:38-40.
118. Lin D, Boyle MP, Dollar P et al. Functional identification of an aggression locus in the mouse hypothalamus. Nature 2011;470:221-6.
119. Fejzo MS, Sazonova OV, Sathirapongsasuti JF et al. Placenta and appetite genes GDF15 and IGFBP7 are associated with hyperemesis gravidarum. Nat Commun 2018;9:1178.
120. Fejzo MS, Fasching PA, Schneider MO et al. Analysis of GDF15 and IGFBP7 in hyperemesis gravidarum support causality. Geburtshilfe Frauenheilkd 2019;79:382-8.
121. Kendler KS. The nature of psychiatric disorders. World Psychiatry 2016;15:5-12.
122. Shakeshaft NG, Trzaskowski M, McMillan A et al. Thinking positively: the genetics of high intelligence. Intelligence 2015;48:123-32.
123. Reichenberg A, Cederlöf M, McMillan A et al. Discontinuity in the genetic and environmental causes of the intellectual disability spectrum. Proc Natl Acad Sci USA 2016;113:1098-103.
124. Zachar P, Kendler KS. A diagnostic and statistical manual of mental disorders history of premenstrual dysphoric disorder. J Nerv Ment Dis 2014;202:346-52.
125. Epperson CN, Steiner M, Hartlage SA et al. Premenstrual dysphoric disorder: evidence for a new category for DSM-5. Am J Psychiatry 2012;169:465-75.
126. Epperson CN. Premenstrual dysphoric disorder and the brain. Am J Psychiatry 2013;170:248-52.
127. Baller EB, Wei S-M, Kohn PD et al. Abnormalities of dorsolateral prefrontal function in women with premenstrual dysphoric disorder: a multimodal neuroimaging study. Am J Psychiatry 2013;170:305-14.
128. Schmidt PJ, Nieman LK, Danaceau MA et al. Differential behavioral effects of gonadal steroids in women with and in those without premenstrual syndrome. N Engl J Med 1998;338:209-16.
129. Dubey N, Hoffman JF, Schuebel K et al. The ESC/E(Z) complex, an effector of response to ovarian steroids, manifests an intrinsic difference in cells from women with premenstrual dysphoric disorder. Mol Psychiatry 2017;22:1172-84.
130. Marrocco J, Einhorn NR, Petty GH et al. Epigenetic intersection of BDNF Val66Met genotype with premenstrual dysphoric disorder transcriptome in a cross-species model of estradiol add-back. Mol Psychiatry 2020;25:572-83.
131. Polimanti R, Gelernter J. Widespread signatures of positive selection in common risk alleles associated to autism spectrum disorder. PLoS Genet 2017;13:e1006618.
132. Visser SN, Danielson ML, Bitsko RH et al. Trends in the parent-report of health care provider-diagnosed and medicated in attention-deficit/hyperactivity disorder: United States, 2003-2011. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2014,53:34-46.e2.
133. Elder TE. The importance of relative standards in ADHD diagnoses: evidence based on exact birth dates. J Health Econ 2010;29:641-56.
134. Evans WN, Morrill MS, Parente ST. Measuring inappropriate medical diagnosis and treatment in survey data: the case of ADHD among school-age children. J Health Econ 2010;29:657-73.
135. Zoëga H, Valdimarsdóttir UA, Hernández-Díaz S. Age, academic performance, and stimulant prescribing for ADHD: a nationwide cohort study. Pediatrics 2012;130:1012-8.
136. Shaw P, Malek M, Watson B et al. Trajectories of cerebral cortical development in childhood and adolescent and adult attention-deficit/hyperactivity disorder. Biol Psychiatry 2013;74:599-606.
137. Moffitt TE, Houts R, Asherson P et al. Is adult ADHD a childhood-onset neurodevelopmental disorder? Evidence from a four-decade longitudinal cohort study. Am J Psychiatry 2015;172:967-77.
138. Klein RG. Thinning of the cerebral cortex during development: a dimension of ADHD. Am J Psychiatry 2011;168:111-3.
139. Hill JC, Schoener EP. Age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder. Am J Psychiatry 1996;153:1143-6.
140. Biederman J, Petty CR, Evans M et al. How persistent is ADHD? A controlled 10-year follow-up study of boys with ADHD. Psychiatry Res 2010;177:299-304.
141. Faraone SV, Doyle AE, Mick E et al. Meta-analysis of the association between the 7-repeat allele of the dopamine D4 receptor gene and attention deficit hyperactivity disorder. Am J Psychiatry 2001;158:1052-7.
142. Rapoport JL. Association of the dopamine receptor D4 (DRD4) gene 7-repeat allele with children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): an update. Am J Med Genet 2007;144B:379-82.
143. Grady DL, Chi H-C, Ding Y-C et al. High prevalence of rare dopamine receptor D4 alleles in children diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder. Mol Psychiatry 2003;8:536-45.
144. Grady DL, Harxhi A, Smith M et al. Sequence variants of the DRD4 gene in autism: further evidence that rare DRD4 7R haplotypes are ADHD specific. Am J Med Genet 2005;136B:33-5.
145. González S, Rangel-Barajas C, Peper M et al. Dopamine D4 receptor, but not the ADHD-associated D4.7 variant, forms functional heteromers with the dopamine D 2S receptor in the brain. Mol Psychiatry 2012;17:650-62.
146. Volkow ND, Wang G, Kollins SH et al. Evaluating dopamine reward pathway in ADHD. JAMA 2009;302:1084-91.
147. Volkow ND, Wang G-J, Newcorn JH et al. Motivation deficit in ADHD is associated with dysfunction of the dopamine reward pathway. Mol Psychiatry 2011;16:1147-54.
148. Gehricke J-G, Swanson JM, Duong S et al. Increased brain activity to unpleasant stimuli in individuals with the 7R allele of the DRD4 gene. Psychiatry Res 2015;231:58-63.
149. Ding Y-C, Chi H-C, Grady DL et al. Evidence of positive selection acting at the human dopamine receptor D4 gene locus. Proc Natl Acad Sci USA 2002;99:309-14.
150. Wang E, Ding Y-C, Flodman P et al. The genetic architecture of selection at the human dopamine receptor D4 (DRD4) gene locus. Am J Hum Genet 2004;74:931-44.
151. Kluger AN, Siegfried Z, Ebstein RP. A meta-analysis of the association between DRD4 polymorphism and novelty seeking. Mol Psychiatry 2002;7:712-7.

152. Dreber A, Apicella CL, Eisenberg DTA et al. The 7R polymorphism in the dopamine receptor D4 gene (DRD4) is associated with financial risk taking in men. Evol Hum Behav 2009;30:85-92.
153. Grady DL, Thanos PK, Corrada MM et al. DRD4 genotype predicts longevity in mouse and human. J Neurosci 2013;33:286-91.
154. Kirk SA, Kutchins H. The selling of DSM: the rhetoric of science in psychiatry. New York: Aldine de Gruyter, 1992.
155. Maj M. The need for a conceptual framework in psychiatry acknowledging complexity while avoiding defeatism. World Psychiatry 2016;15:1-2.
156. Wakefield JC. DSM-5 substance use disorder: how conceptual missteps weakened the foundations of the addictive disorders field. Acta Psychiatr Scand 2015;132:327-34.
157. Wakefield JC. DSM-5, psychiatric epidemiology, and the false positive problem. Epidemiol Psychiatr Sci 2015;24:188-96.

DOI:10.1002/wps.20942

Валидность и практическая применимость иерархической таксономии психопатологии (HiTOP): III. Суперспектр эмоциональной дисфункции

David Watson[1], Holly F. Levin-Aspenson[2], Monika A. Waszczuk[3], Christopher C. Conway[4], Tim Dalgleish[5,6], Michael N. Dretsch[7], Nicholas R. Eaton[8], Miriam K. Forbes[9], Kelsie T. Forbush[10], Kelsey A. Hobbs[11], Giorgia Michelini[12], Brady D. Nelson[8], Martin Sellbom[13], Tim Slade[14], Susan C. South[15], Matthew Sunderland[14], Irwin Waldman[16], Michael Witthöft[17], Aidan G.C. Wright[18], Roman Kotov[3], Robert F. Krueger[11]; HiTOP Utility Workgroup*

[1]Department of Psychology, University of Notre Dame, South Bend, IN, USA; [2]Department of Psychiatry and Human Behavior, Brown University, Providence, RI, USA; [3]Department of Psychiatry, Stony Brook University, Stony Brook, NY, USA; 4Department of Psychology, Fordham University, Bronx, NY, USA; [5]Medical Research Council, Cognition and Brain Sciences Unit, University of Cambridge, Cambridge, UK; [6]Cambridgeshire and Peterborough NHS Foundation Trust, Cambridge, UK; [7]US Army Medical Research Directorate West, Walter Reed Army Institute of Research, Joint Base Lewis-McChord, WA, USA; [8]Department of Psychology, Stony Brook University, Stony Brook, NY, USA; [9]Centre for Emotional Health, Department of Psychology, Macquarie University, Sydney, NSW, Australia; [10]Department of Psychology, University of Kansas, Lawrence, KS, USA; [11]Department of Psychology, University of Minnesota, Minneapolis, MN, USA; [12]Semel Institute for Neuroscience and Human Behavior, University of California Los Angeles, Los Angeles, CA, USA; [13]Department of Psychology, University of Otago, Dunedin, New Zealand; [14]Matilda Centre for Research in Mental Health and Substance Use, University of Sydney, Sydney, NSW, Australia; [15]Department of Psychological Sciences, Purdue University, West Lafayette, IN, USA; [16]Department of Psychology, Emory University, Atlanta, GA, USA; [17]Department for Clinical Psychology, Psychotherapy, and Experimental Psychopathology, University of Mainz, Mainz, Germany; 18Department of Psychology, University of Pittsburgh, Pittsburgh, PA, USA

*Члены рабочей группы по оценке практической применимости HiTOP перечислены в Приложении

Перевод: Ветрова М.В. (Санкт-Петербург), Нахаева М.И. (Санкт-Петербург)
Редактура: к.м.н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)

Watson D, Levin-Aspenson HF, Waszczuk MA et al. Validity and utility of Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): III. Emotional dysfunction superspectrum. ***World Psychiatry*****. 2022;21(1):26-54. doi:10.1002/wps.20943**

Резюме. *Иерархическая таксономия психопатологии (HiTOP) — это количественная нозологическая система, позволяющая решить проблемы традиционного подхода диагностики психических расстройств, включая условность границ между психопатологией и нормой, частое сочетание нескольких расстройств одновременно, существенную гетерогенность внутри расстройств и ненадежность диагностики в разные периоды времени и у разных клиницистов. В данной работе рассматриваются данные о валидности и практической применимости интернализирующего и соматоформного спектров (дименсий) HiTOP, которые вместе составляют основу суперспектра эмоциональной дисфункции. Эти спектры состоят из отдельных однокомпонентных симптомов и дезадаптивных черт, которые в настоящее время включены во множество диагностических классов, включая депрессивные, тревожные, связанные с травмой, пищевые, биполярные и соматические расстройства, а также сексуальную дисфункцию и расстройства личности. Параметры, входящие в суперспектр эмоциональной дисфункции, широко связаны с индивидуальными различиями в негативном аффекте/нейротизме (невротизме). Многие исследования свидетельствуют о том, что дименсии, сгруппированные в суперспектр, имеют ряд общих особенностей: генетическую предрасположенность, факторы риска, связанные с окружающей средой, когнитивные и аффективные нарушения, нейронные субстраты и биомаркеры, характерологические особенности, проявляющиеся в детском возрасте, и реакцию на лечение. Структура этих особенностей, применяемых для проверки достоверности диагностики (или валидаторов), отражает количественную структуру суперспектра, причем некоторые корреляты более специфичны для интернализирующих или соматоформных состояний, а другие являются общими для обоих, подчеркивая тем самым иерархическую структуру домена. По сравнению с традиционными диагнозами, интернализирующий и соматоформный спектры продемонстрировали значительно более высокую практическую применимость: большую надежность, большую объяснительную и предсказательную силу, а также большую клиническую применимость. В настоящее время имеются валидированные меры для применения системы HiTOP на практике, что может сделать диагностическую классификацию более полезной, как в исследованиях, так и в клинике.*

Ключевые слова: *HiTOP, эмоциональная дисфункция, интернализация, соматоформные расстройства, депрессия, тревожные расстройства, расстройства пищевого поведения, сексуальная дисфункция, негативный аффект, нейротизм, клиническая применимость.*

Иерархическая таксономия психопатологии (HiTOP) основана на данных исследований, посвященных вопросам организации психопатологии для построения количественной нозологической системы[1-4]. HiTOP позволяет организовать психопатологию в многоуровневую иерархическую структуру. Иерархические структуры связывают между собой феномены различных уровней специфичности, т.е. более широкий спектр (дименсия) на одном уровне может быть разложен на более специфические субспекторы на более низких уровнях. Более широкий спектр включает в себя общие характеристики, которые создают корреляцию между более конкретными дименсиями; однако эти конкретные переменные все еще содержат свои собственные уникальные аспекты и могут быть дифференцированы на более тонком уровне. Например, диагнозы большого депрессивного расстройства (БДР) и генерализованного тревожного расстройства (ГТР), как правило, встречаются у людей совместно и, следовательно, сильно коррелируют друг с другом[2,5-7]. Следовательно, оба расстройства могут быть включены в более широкую структуру, например, дименсию дистресса[2,4]. Однако БДР и ГТР имеют отличительные особенности, которые должны быть отражены в любой комплексной структуре.

Нижние уровни иерархии HiTOP представляют собой специфические, однородные симптоматические компоненты (например, бессонница) и дезадаптивные черты (например, раздражительность). Эти однородные элементы могут быть объединены в дименсиональные синдромы, некоторые из которых примерно соответствуют традиционным диагнозам, таким как БДР и ГТР. Похожие синдромы объ-

единены в субфакторы, например, дименсия дистресса, включающая БДР и ГТР. Более масштабные сочетания синдромов образуют более широкие спектры, например, интернализирующий спектр. Наконец, эти спектры могут быть объединены в еще более широкие суперспектры, такие как общий фактор психопатологии[2,8-10].

В настоящее время HiTOP включает шесть спектров[2]. Эти спектры могут быть сгруппированны, образуя три суперспектра: психоз (объединяющий расстройства мышления и расстройства самосознания, относящиеся к сепарирующей диссоциации [*англ.* detachment – сепарация, отстраненность, разъединение), экстернализация (включающая расторможенные и антагонистические формы психопатологии) и эмоциональная дисфункция (в модель которой включены общие признаки интернализации и соматоформных расстройств). Хотя эти суперспектры не были сформированы в оригинальной иерархии HiTOP, данная организация подкреплена доказательствами, рассмотренными в серии научных работ, опубликованных в этом журнале. Первая статья[11] была посвящена суперспектру психоза, вторая[12] – экстернализации; в данной статье рассматривается суперспектр эмоциональной дисфункции.

Иерархия HiTOP решает широко известные проблемы традиционных нозологий. Во-первых, традиционные таксономии рассматривают психические расстройства как дискретные категории, тогда как данные показывают, что практически все основные формы психопатологии существуют на континууме с нормой[13-19]. Следовательно, системы, основанные на дихотомических диагнозах, приводят к существенной потере клинически значимой информации[14,20-22]. В частности, многие пациенты не соответствуют критериям какого-либо расстройства, несмотря на клинически значимые нарушения. HiTOP решает эту проблему, оценивая психопатологию как серию непрерывных дименсий. Ни один пациент не исключается из системы, поскольку даже те, у кого имеются подпороговые или атипичные симптомы, могут быть охарактеризованы с помощью всеобъемлющего набора дименсий. Более того, дименсии отражают клинически важные различия в выраженности симптомов у людей, которые соответствуют критериям расстройства[14].

Во-вторых, дихотомические диагнозы демонстрируют ограниченную надежность, как с течением времени, так и у разных клиницистов[23-25]. Например, полевые исследования DSM-5 показали, что многие распространенные диагнозы, включая БДР (каппа = 0,28) и ГТР (каппа = 0,20), – не соответствуют даже нестрогому критерию приемлемой межрейтинговой надежности[25]. Опять же, HiTOP решает эту проблему, моделируя психопатологию дименсионально: многочисленные данные свидетельствуют о том, что одни и те же клинические состояния гораздо более надежно описываются при их непрерывной оценке[22,26-30].

В-третьих, многие диагнозы неоднородны и включают в себя различные характеристики[6,14,31,32]. Эта проблема усугубляется тем, что в современных нозологических системах широко используются политематические диагнозы, то есть для определения наличия расстройства пациент должен соответствовать лишь определенному количеству критериев. Например, в DSM-5[33] пациенту необходимо соответствовать только пяти из девяти критериев для постановки диагноза БДР, что означает, что существует 227 возможных способов получить этот диагноз[32]; это число увеличивается до 16 400, если принять во внимание различные проявления симптомов в рамках критериев (например, бессонница или гиперсомния)[34]. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) представляет собой экстремальный пример комбинаторной проблемы политематических диагнозов, поскольку существует 636 120 возможных вариантов получения этого диагноза по DSM-5[35]. Следовательно, пациенты с одним и тем же диагнозом могут иметь совершенно разные проблемы, и у них может быть мало (если вообще есть) общих симптомов[34,36]. HiTOP решает эту проблему путем декомпозиции более широких синдромов на однородные измерения на более низких уровнях иерархии.

В-четвертых, коморбидность является распространенной проблемой в традиционных таксономиях[5-7,37-43]. Мы уже отмечали сильную коморбидность между БДР и ГТР. Высокая коморбидность предполагает, что однородные состояния были разделены (возможно, произвольно) на несколько диагнозов, в результате чего у людей наблюдается частая встречаемость одновременно нескольких состояний. HiTOP решает эту проблему путем прямого моделирования коморбидных состояний. Действительно, структура HiTOP в основном представляет эмпирические паттерны корреляции/коморбидности, т.е. сильно коррелирующие состояния располагаются рядом друг с другом (например, в одном спектре), тогда как менее сильно связанные явления располагаются дальше друг от друга (например, в разных спектрах). Эта иерархическая система является очень гибкой, что позволяет клиницистам и исследователям фокусироваться на том уровне, который наиболее информативен для оценки интересующей проблемы[2,44].

В данной работе мы рассматриваем суперспектр эмоциональной дисфункции HiTOP. Как уже отмечалось, этот суперспектр представляет собой общие признаки интернализирующего и соматоформного спектров.

ДОКАЗАТЕЛЬСТВА НА УРОВНЕ СТРУКТУРЫ

Интернализирующий спектр (интернализация)

Интернализация – самый большой и самый сложный из спектров HiTOP. Он последовательно возникает как отдельный спектр в структурном анализе. Однако состав этого спектра в значительной степени зависит от конкретных переменных, включенных в анализ. В Таблице 1 обобщены результаты большого количества исследований, в которых интернализация моделировалась с помощью диагностических данных[8,9,45-87]. Очевидно, что интернализация включает в себя очень широкий спектр психопатологии, включая контекст, связанный с депрессивными расстройствами, тревожными расстройствами, обсессивно-компульсивными и связанными с ними расстройствами, а также расстройствами, связанными с травмой и стрессом, расстройствами пищевого поведения и расстройствами личности.

В рамках интернализации было выделено несколько субфакторов. В Таблице 1 представлены результаты, относящиеся к двум наиболее широким и наиболее воспроизводимым субфакторам[2]. Во-первых, субфактор дистресса включает в себя расстройства, связанные с распространенной негативной эмоциональностью6, такие как БДР, дистимическое расстройство, ГТР и ПТСР. Во-вторых, субфактор страха определяется расстройствами, которые включают более специфические, формы дистресса, ограниченные контекстом, и часто включают поведенческое избегание, такие как паническое расстройство, агорафобия, социальная фобия и специфическая фобия. Эти субфакторы дистресса и страха сильно коррелируют между собой, а некоторые исследования показали, что они неразличимы[47,52,67]. Кроме того, некоторые диагнозы, такие как обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР), не попадают четко ни в один из субфакторов.

Все больше данных указывает на то, что патология пищевого поведения образует третий субфактор в рамках интернализации[2,77,78,88], хотя иногда ее включают в субфактор дистресса (см. Таблицу 1). На уровне синдромов этот кластер определяется такими расстройствами, как нервная булимия, нервная анорексия и компульсивное переедание[77,78]. На

Таблица 1. Доказательства структурной нозологии для интернализирующего спектра

	N	Характеристики исследования	DEP	DYS	GAD	PTSD	PAN	AGO	SOC	SPE	OCD	BPD	MAN	SAD	AN	BN	BED	PSY
Интернализация																		
Исследование Данедина (Caspi и др.[8], Krueger и др.[45])	1037	Общая популяция/лонгитюд	+	+	+		+	+	+	+	+							
MIDAS (Forbes и др.[46], Kotov и др.[47])	2900	Амбулаторные пациенты/взрослые	+	+	+	+	+	+	+	+	–	+	+	+	–			
NCS (Levin-Aspenson и др.[48])	8098 & 5877	Общая популяция/взрослые	+	+	+	+	+	+	+	+			+				+/–	
NESARC (Keyes и др.[49], Kim & Eaton[50])	43 093 & 34 653	Общая популяция/взрослые	+	+	+	+	+	+	+	+			+					
Исследование близнецов в Норвегии (Kendler и др.[51], Røysamb и др.[52])	2794	Общая популяция/взрослые	+	+/–	+	+	+	+	+/–	+		+/–			+			
WMH Surveys (Kessler и др.[53])	21 229	Общая популяция/лонгитюд	+	+	+	+	+	+	+	+	+		+	+				
Conway & Brown[54]	4928	Амбулаторные пациенты/взрослые	+	+	+	+	–		+	–	–	–	–					
Conway и др.[55]	25 002	Студенты/взрослые	+	+	+	+	+		+	+	+		–		+	+	+	
Conway и др.[56]	815	Общая популяция/лонгитюд	+	+	+	+	+		+									
Farmer и др.[57]	816	Общая популяция/лонгитюд	+	+	+	+	+		+	+			+	+		+		
Girard и др.[58]	825	Смешанная выборка/взрослые	+	–	–	+	+					+						
King и др.[59]	1329	Общая популяция/молодые взрослые	+		+	+	+		+	–								
Kotov и др.[60]	469	Стационарные пациенты/взрослые	+				+		+		+							
Martel и др.[61]	2512	Общая популяция/ дети	+		+		+	+	+	+	+			+	+	+	+	
Martel и др.[61]	8012	Общая популяция/взрослые	+		+		+	+	+	+	+		+	+				+
Olino и др.[62]	541	Общая популяция/дети	+		+		+	–	–	–				+				
Schaefer и др.[63]	2232	Общая популяция/подростки	+		+	+									+	+		
Scott и др.[64]	156	Общая популяция/молодые	+	+	+	+	+		+	+		+						
Verona и др.[65]	4745	Общая популяция/взрослые	+		+		+			+	+		+					+
Verona и др.[66]	223	Смешанная выборка/молодые	+		+													
Wright & Simms[67]	628	Амбулаторные пациенты/взрослые	+	+	+	+	+		+		–	+						–
Всего положительных показателей			21/21	10,5/12	19/20	14/14	18/19	7/8	15,5/17	12/15	8/10	4,5/6	6/9	5/5	5/5	5/5	3/3	2,5/5

Таблица 1. Доказательства структурной нозологии для интернализирующего спектра

	N	Характеристики исследования	DEP	DYS	GAD	PTSD	PAN	AGO	SOC	SPE	OCD	BPD	MAN	SAD	AN	BN	BED	PSY
Дистресс																		
EDSP (Beesdo-Baumи др.[68], Wittchen и др.[69])	3021	Общая популяция/лонгитюд	+	+	+				+		+		+		+	+	+	
NCS (Cox и др.[70], Krueger[71], Levin- Aspenson и др.[48])	8098 & 5877	Общая популяция/взрослые	+	+	+	+/–	+/–	+/–	–	–			+/–					+/–
NESARC (Eaton и др.[72,73], Keyes и др.[74], Kim & Eaton[50], Lahey и др.[9])	43 093 & 34 653	Общая популяция/взрослые	+	+	+	+	+/–		+/–	–		+	+					
WMH Surveys (de Jonge и др.[75])	21 229	Общая популяция/ лонгитюд	+	+	+	+										+	+	
Blanco и др.[76]	9244	Общая популяция/подростки	+	+	+	+							+	+	+	+	+	
Conway и др.[55]	25 002	Студенты/взрослые	+	+	+	+							–					
Forbush & Watson[77]	16 423	Общая популяция/взрослые	+	+	+	+	–	–	–	–		–	–		–	–	–	
Forbush и др.[78]	1434	Общая популяция/лонгитюд	+	+														
James & Taylor[79]	1197	Общая популяция/взрослые	+	+	+							+						
Kotov и др.[80]	385 & 288	Смешанная выборка/взрослые	+		+	+	+	–	–	–	–		–					
Martel и др.[61]	2512	Общая популяция/дети	+		+						+				+	+	+	
Martel и др.[61]	8012	Общая популяция/взрослые	+		+						+		+					+
Miller и др.[81]	1325	Ветераны/взрослые	+			+												
Miller и др.[82]	214	Ветераны/взрослые	+	+	+							+						
Mitchell и др.[83]	760	Смешанная выборка/взрослые	+	+	+										+/–	+	+	
Slade & Watson[84]	10 641	Общая популяция/взрослые	+	+	+	+												
South и др.[85]	1858	Общая популяция/взрослые	+		+													
Vollebergh и др.[86]	7076	Общая популяция/взрослые	+	+	+													
Wright и др.[87]	8841	Общая популяция/взрослые	+		+	+	+						+					
Всего положительных показателей			19/19	13/13	17/17	9,5/10	3/5	0,5/3	1,5/5	0/4	3/4	3/4	5,5/9	1/1	3,5/5	5/6	5/6	1,5/2
Страх																		
EDSP (Beesdo-Baum и др.[68], Wittchen и др.[69])	3021	Общая популяция/лонгитюд					+	+	+/–	+								
NCS (Cox и др.[70], Krueger[71], Levin-Aspenson и др.[48])	8098 & 5877	Общая популяция/взрослые	+/–	–	+/–	+/–	+	+	+	+			+/–					–
NESARC (Eaton и др.[72,73], Keyes и др.[74], Kim & Eaton[50], Lahey и др.[9])	43 093 & 34 653	Общая популяция/взрослые	–	–	+/–	+	+	+	+	+			–					

Таблица 1. Доказательства структурной нозологии для интернализирующего спектра

	N	Характеристики исследования	DEP	DYS	GAD	PTSD	PAN	AGO	SOC	SPE	OCD	BPD	MAN	SAD	AN	BN	BED	PSY
WMH Surveys (de Jonge и др.[75])	21 229	Общая популяция/лонгитюд					+	+	+	+								
Blanco и др.[76]	9244	Общая популяция/подростки					+	+	+	+								
Conway и др.[55]	25 002	Студенты/взрослые					+		+	+	+							
Forbush & Watson[77]	16 423	Общая популяция/взрослые	–	–	–	–	+	+	+	+		–	–		–	–	–	
Forbush и др.[78]	1434	Общая популяция/лонгитюд							+	+								
James & Taylor[79]	1197	Общая популяция/взрослые					+		+									
Kotov и др.[80]	385 & 288	Смешанная выборка/взрослые	–		–	–	–	+	+	+	+		–					
Martel и др.[61]	2512	Общая популяция/дети					+	+	+	+				+				
Martel и др.[61]	8012	Общая популяция/взрослые					+	+	+	+				+				
Miller и др.[81]	1325	Ветераны/взрослые					+	+			+							
Miller и др.[82]	214	Ветераны/взрослые					+	+		+	+							
Mitchell и др.[83]	760	Смешанная выборка/взрослые					+	+		+	+							
Slade & Watson[84]	10 641	Общая популяция/взрослые					+	+	+		+							
South и др.[85]	1858	Общая популяция/взрослые					+		+	+								
Vollebergh и др.[86]	7076	Общая популяция/взрослые					+	+	+	+								
Wright и др.[87]	8841	Общая популяция/взрослые					+	+	+									
Всего положительных показателей			0,5/4	0/3	1/4	1,5/4	17/18	15/15	15,5/16	15/15	6/6	0/1	0,5/4	2/2	0/1	0/1	0/1	0/1

уровне симптомов структурные/психометрические данные подтверждают существование восьми конкретных измерений: недовольство своим телом, переедание, когнитивное ограничение (*прим.* – когнитивный контроль над приемом пищи с целью снижения или поддержания веса), применение слабительного, чрезмерные физические нагрузки, ограничения, наращивание мышц и негативное отношение к ожирению. Эти восемь измерений были воспроизведены в различных группах населения[89-92].

Также появились данные о четвертом субфакторе сексуальных проблем[2,93-95]. Этот кластер определяется многочисленными симптомами сексуальной дисфункции, включая низкое сексуальное желание, расстройства сексуального возбуждения, оргазмическую дисфункцию и дистресс, связанный с сексом.

Наконец, в ряде исследований было установлено, что показатели мании/биполярного расстройства относятся к интернализирующему спектру и часто помогают определить его субфактор дистресса. Однако другие исследования связывают манию со спектром мыслительных расстройств[8,47,49]. Соответственно, в настоящее время мания является промежуточным конструктом в HiTOP, имеющим важные связи как с интернализирующим, так и с мыслительным расстройством. Мания включает в себя несколько отдельных симптомов, в том числе эмоциональную лабильность, эйфорическую активацию, гиперактивное познание, безрассудную самоуверенность и раздражительность[96-100]. Эти симптоматические дименсии имеют отличительные корреляты, и, вероятно, более тонкий анализ покажет, что они расположены в разных спектрах HiTOP.

Соматоформный спектр

Соматоформный спектр в настоящее время является наиболее условным из спектров HiTOP[2]. Результаты ранних исследований показывают, что соматоформная психопатология была включена в интернализацию, основываясь на данных о том, что соматизация, ипохондрия и неврастения сосуществуют с депрессией и тревогой, таким образом формируя более широкий интернализирующий фактор[101,102]. Однако последующие исследования показали, что при наличии достаточного набора показателей соматоформный спектр действительно отделен от интернализирующего, а также от других спектров HiTOP[46,47,47,102,103,105,107-117]. Эти, казалось бы, расходящиеся наборы результатов можно легко примирить. Несколько исследований[46,104,106] убедительно продемонстрировали, что интернализация и соматоформное расстройство действительно образуют единый спектр на очень широких уровнях иерархии, но по мере продвижения вниз по уровням абстракции соматоформное расстройство отделяется от интернализирующего спектра.

В Таблице 2 перечислены 16 исследований[46,47,102,103,106-117], проведенных в разных странах с использованием широкого спектра популяций и методов измерения, которые подтвердили наличие соматоформного фактора более высокого порядка. Индикаторы в основном представляли собой набор симптомов телесного дистресса (например, боль, желудочно-кишечные расстройства, сердечно-легочные расстройства, хроническая усталость, функциональные неврологические расстройства),

Таблица 2. Доказательства структурной нозологии для соматоформного спектра

	N	Тип выборки	Метод оценки	Общее недомогание	Боль	Неврологические симптомы	Желудочно-кишечные симптомы	Усталость	Сердечно-легочные симптомы	Соматическая тревога	Ипохондрия
Cano-García и др.[107]	1255	Пациенты терапевтического отделения	PHQ-15		+		+	+	+		
Budtz-Lilly и др.[108]	2480	Пациенты терапевтического отделения	BDS Scale	+	+		+		+		
Deary[109]	315	Смешанная	Опросник DSM-III-R	+	+		+	+		+	
Gierk и др.[110]	2510	Общая популяция	SSS-8		+		+	+	+		
Leonhart и др.[111]	2517 456, 1329	Рутинная клиническая практика Больница общего профиля	PHQ-15		+		+	+	+		
Marek и др.[103]	810 533	Пациенты, перенесшие операцию на позвоночнике Пациенты с имплантом-стимулятором спинного мозга	MMPI-2-RF	+	+	+	+			–	
McNulty & Overstreet[112]	925 1199	Пациенты амбулаторного психиатрического отделения Пациенты психиатрического стационара	MMPI-2-RF	+,+	+,+	+,+	+,+			+,–	
MIDAS (Forbes и др.[46], Kotov и др.[47])	2900	Пациенты амбулаторного психиатрического отделения	SCID-I	+	+						+
Schmalbach и др.[113]	2386	Общая популяция	Шкала BDS	+	+		+		+		
Sellbom[105]	895 42 290	Пациенты амбулаторного психиатрического отделения Inmates	MMPI-2-RF	+,+	+,+	+,+	+,+			+,–	
Simms и др.[102]	5433	Пациенты терапевтического отделения	CIDI	+		+					+
Thomas & Locke[114]	399	Пациенты с эпилепсией/НЭП	MMPI-2-RF	+	+	+	+				

+: показатель включен в анализ и имеет нагрузку ≥.30, –: показатель включен в анализ, но имеет нагрузку <. 30, MIDAS – Методы улучшения диагностической оценки и предоставления услуг, PHQ-15 – Опросник состояния здоровья пациента, Шкала BDS – Шкала оценки синдрома телесного дистресса, SSS-8 – Шкала оценки соматических симптомов, MMPI-2-RF – Реструктурированная форма Миннесотского многоаспектного личностного опросника, SCID-I – Структурированное клиническое интервью для расстройств оси I DSM-IV, CIDI – Составное международное диагностическое интервью, НЭП – неэпилептические припадки. Общее недомогание включает недифференцированные соматоформные симптомы, соматическую депрессию, когнитивные симптомы; боль включает фибромиалгию, опорно-двигательные симптомы; неврологические симптомы включают неврастению, конверсионное расстройство; соматическая тревога включает физиологические симптомы тревоги (не тревогу за здоровье).

сходный с синдромом телесного дистресса, предложенным Fink и соавт.[118,119]. Хотя более широкая категориальная диагностическая конструкция ипохондрического синдрома нагружала соматоформный фактор в двух исследованиях, в которые она была включена, эта конструкция является многофакторной по своей природе[120]; поэтому было бы важно определить степень включения в этот соматоформный фактор следующих компонентов: когнитивная загруженность психическими переживаниями, ощущения в теле, поиск подтверждений наличия болезни и ипохондрическое беспокойство. Действительно, во всех этих исследованиях отсутствуют конкретные показатели, отражающие тревогу за здоровье, которая, очевидно, включает в себя аспекты как интернализирующей (т.е. тревожные опасения и страхи), так и соматоформной (т.е. соматическая озабоченность и убежденность в болезни) патологии. Будущие исследования должны прояснить место тревоги в отношении здоровья в этой иерархии.

Роль дезадаптивных черт

Негативный аффект/нейротизм (невротизм) (NA/N) является фундаментальной областью черт в исследованиях личности и патологии личности. Он также является ключевым компонентом альтернативной модели понимания личностных расстройств в DSM-5, а также применяется для классификации признаков при постановке диагноза личностного расстройства в новой МКБ-11[121]. В компоненте NA/N пересекаются и связываются воедино склонность к различным негативным эмоциональным переживаниям – поскольку эти переживания сильно коррелируют – и, таким образом, данный компонент представляет собой центральную характеристику интернализации. Действительно, кросс-секционные данные показывают, что индивидуальные различия в широко концептуализированной интернализирующей психопатологии и в NA/N очень сильно коррелируют и, по существу, взаимозаменяемы[121-123].

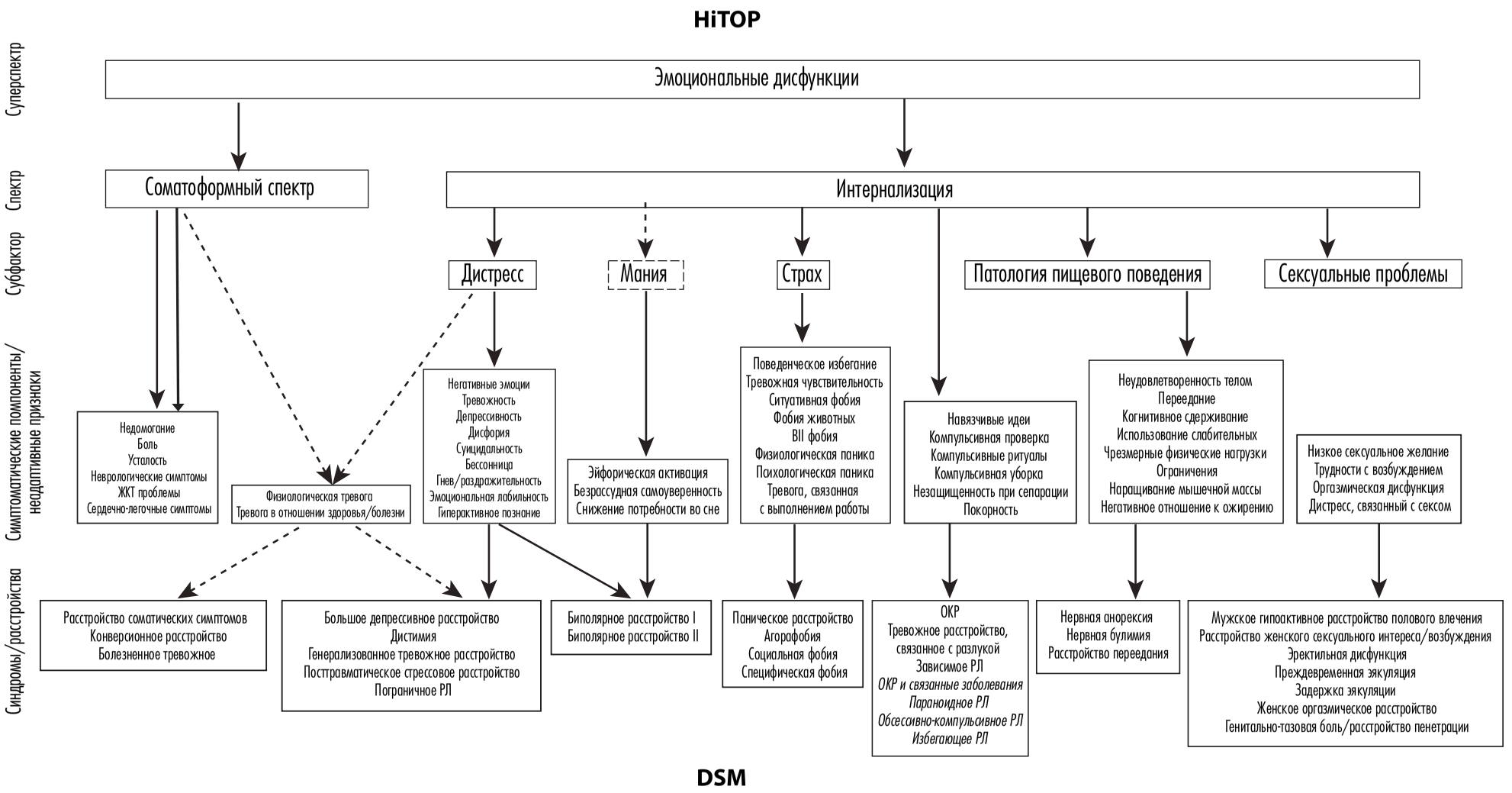

Рисунок 1. Концептуальная модель суперспектра эмоциональной дисфункции. Пунктирные линии обозначают предполагаемое включение. Компоненты симптомов и диагнозы с неоднозначным или непоследовательным структурным расположением выделены курсивом. HiTOP – иерархическая таксономия психопатологий, РЛ – расстройство личности, BII фобия – боязнь травм в результате в/в инъекций, ОКР – обсессивно-компульсивное расстройство.

NA/N – это дименсия более высокого порядка, которая включает в себя множество более специфических аспектов, которые также сильно связаны с различными формами интернализации. К специфическим аспектам NA/N относятся тревожность, депрессивность, гнев/раздражительность, чувство незащищенности/неуверенности при сепарации (*прим.* – страх быть отвергнутым и/или разлученным со значимыми другими людьми, связанный со страхами чрезмерной зависимости и полной утраты автономии) и эмоциональная лабильность[2,124-126], а также такие социально-когнитивные уязвимые черты, как чувствительность к тревоге, самокритичность, руминация, безнадежность и перфекционизм. Примечательно, что выявлены специфические взаимосвязи между данными социальными когнитивными уязвимыми чертами с интернализирующими синдромами[127-130]. Например, чувствительность к тревоге связана с паническим и другими синдромами, но отсутствует взаимосвязь между общей NA/N дименсией с интернализацией[128]. Кроме того, другие основные личностные домены действуют синергично с NA/N, влияя на вероятность возникновения специфических форм интернализации. Например, экстраверсия и сознательность снижают влияние NA/N на специфические синдромы интернализации, например депрессию[131,132].

Наличие NA/N черт также предсказывают будущие эпизоды интернализирующего расстройств[133-135]. Действительно, NA/N может быть одновременно концептуализирована как уязвимость для интернализирующего расстройства, так как имеет общие с интернализирующим расстройством причины возникновения и находится в том же спектре человеческих вариаций, что и интернализирующее расстройство[136,137]. Эти связи могут возникнуть в результате динамических процессов, в которых NA/N усиливает стресс, способствуя развитию интернализирующей симптоматики, что по механизму обратной связи усиливает общую реактивность на стресс, приводя к дальнейшему усилению проявления NA/N тенденций[138,139].

Сильная связь между NA/N и интернализацией привела к тому, что основное внимание уделяется формулированию общих механизмов и конкретных точек преемственности[137]. Исследования близнецов показывают, что тесное фенотипическое совпадение NA/N и интернализирующей психопатологии обусловлено общими генетическими факторами риска[140,141]. Новые молекулярные данные также указывают на генетическую основу связей между NA/N и интернализацией[142]. С более близкой точки зрения, общие нейроциркуляторные связи, объединяющие невротизм с эмоциональной дисрегуляцией, могут представлять собой некоторые механизмы, лежащие в основе тесных связей между NA/N и интернализацией[143].

В заключение важно отметить, что компонент NA/N тесно связан с жалобами на здоровье и соматическими симптомами[144]; более того, некоторые модели включают соматические жалобы в качестве специфического аспекта данного домена[125,145]. Также было показано, что компонент NA/N существенно связан с частыми жалобами на здоровье[144], необъяснимыми с медицинской точки зрения симптомами[146-149], тревогой в отношении здоровья и ипохондрией[120,150-156], и соматизацией/соматическим расстройством[157-160.]

NA/N широко связан с симптомами, признаками и расстройствами, входящими в соматоформный спектр, и, следовательно, частично объясняет его наличие в нозологических структурных исследованиях. Поскольку NA/N также тесно связан с интернализирующим спектром, он позволяет объяснить существование суперспектра эмоциональной дисфункции[161], который отражает важные общие черты между соматоформной и интернализирующей психопатологией.

Общая модель

На Рисунке 1 представлена предлагаемая модель суперспектра эмоциональной дисфункции и составляющих его спектров. В данной работе рассмотрены разделы, посвященные интернализации и соматоформному расстройству, которые опираются на опубликованные данные о современной модели HiTOP2, в частности, отдельно освящены те области, место которых в этом суперспектре неоднозначно или условно. Модель также включает иллюстративные симптомы и дименсии черт характера, которые заполняют нижние уровни иерархии; они взяты из работы Kotov и соавт.[2] и последующих исследований.

Интернализация постоянно появляется как отдельная дименсия в структивных моделях, но ее границы неясны. Например, интернализация значимо характеризует патологию личности, связанную с NA/N[121-123]. Однако расстройства личности, затрагивающие спектр интернализации (например, пограничное и избегающее), часто переходят и в другие спектры (экстернализация и отстраненность, соответственно[46,58]).

Таблица 1 демонстрирует существенные доказательства целесообразности разделения интернализации на субфакторы дистресса и страха, но доказательства различия между дистрессом и страхом не являются универсальными[46,52,55,56,67]. В некоторых исследованиях были найдены доказательства наличия дополнительных субфакторов интернализации, включая сексуальные проблемы[93-95] и патологию пищевого поведения[77,78], хотя патология пищевого поведения может формировать отдельную структурную дименсию[55]. Соматоформный спектр определяется широким спектром соматических жалоб, а также озабоченностью симптомами в теле. Соматоформные проблемы в значительной степени коррелируют с интернализирующей психопатологией[52], и, как в случае с интернализацией, соматоформная психопатология сильно связана с индивидуальными различиями в NA/N[144]. Тем не менее соматоформный спектр можно отличить от интернализирующей при наличии достаточного набора показателей[46,103,105].

ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ВАЛИДНОСТИ

Поведенческая генетика

Исследования близнецов показывают, что интернализирующая сфера умеренно наследуется и находится под общим генетическим влиянием[51,140,141,162-167]. Значительная часть этих генетических влияний также является общей для экстернализации, но оставшаяся часть уязвимых характеристик специфична для интернализирующего спектра. Важно отметить, что в этих исследованиях интернализирующий спектр обычно определяется как эмоциональные проблемы, а наиболее сильное генетическое влияние характерно для БДР и ГТР[163]. В рамках этой более узкой концептуализации интернализации существуют доказательства наличия отдельного генетического влияния на дистресс и страх[168-170].

Ни в одном исследовании не изучалось генетическое и средовое влияние на все симптомы и черты, входящие в состав интернализации. Однако на основании имеющихся исследований, посвященных различным комбинациям расстройств, можно составить представление о том, как генетически связаны различные синдромы интернализации HiTOP. Многочисленные формы патологии пищевого поведения имеют общую генетическую уязвимость[171-173]. Более того, исследования близнецов указывают на наличие общего генетического риска развития патологии пищевого поведения и эмоциональных проблем, включая симптомы тревоги и депрессии[51,174-177]. Существует также значительная

генетическая корреляция между нервной анорексией и ОКР[178]. Наконец, исследования близнецов и семей указывают на частичное генетическое совпадение между манией и униполярной депрессией[179-181], хотя генетическая связь между манией и шизофренией значительно сильнее[182-185]. В целом, существует значительное генетическое совпадение между различными состояниями в рамках интернализации – за исключением мании – хотя нет исследований генетического совпадения с сексуальными проблемами.

Напротив, исследования близнецов показывают, что значительная часть генетических влияний на симптомы соматоформного спектра не зависит от проблем интернализации[186,187]. Например, общий генетический фактор способствует развитию четырех соматических симптомов: рецидивирующей головной боли, синдрома раздраженного кишечника, хронической усталости и хронической распространенной боли[188], независимо от генетических факторов, характерных для БДР и ГТР. Тем не менее соматоформный и интернализирующий спектры могут иметь общие генетические основы на более высоком уровне общности[51,186-191].

В целом исследования близнецов подтверждают наличие общих генетических влияний на интернализирующий спектр, которые частично отличаются от генетической этиологии соматоформного спектра. Будущие исследования близнецов должны оценивать более широкий спектр переменных для всесторонней проверки генетической архитектуры.

Молекулярная генетика

Полногеномные ассоциативные исследования (GWAS) выявляют генетические варианты по всему геному и позволяют вычислить молекулярно-генетические корреляции между признаками[192]. Было установлено, что многие генетические варианты, каждый из которых имеет небольшой размер эффекта, вносят свой вклад в общий риск интернализации. Например, выявлена высокая генетическая корреляция между депрессией и генерализованной тревогой, NA/N, ангедонией и ПТСР (rg>0,70)[193-196], а также гораздо меньшая, но значительная генетическая корреляция с биполярным расстройством, ОКР и нервной анорексией (rg=0,17–0,36)[197].

Геномное моделирование структурных уравнений (SEM) является другим методом исследования общих генетических влияний на связанные заболевания. Она позволяет извлечь общие генетические параметры из набора молекулярно-генетических корреляций и, таким образом, является полезным инструментом для проверки геномной архитектуры психопатологии. Используя этот подход, Waldman и соавт.[198] выявили генетический интернализирующий фактор, характеризующийся общим генетическим влиянием на депрессию, тревогу и ПТСР. Однако на биполярное расстройство, ОКР и нервную анорексию повлиял генетический фактор проблем мышления, а не интернализации. Lee и соавт.[197] обнаружили, что на ОКР и нервную анорексию влияет отдельный генетический фактор, не связанный с депрессией, тогда как биполярное расстройство имеет уникальную значимую связь с шизофренией (rg=0,70). Наконец, Levey и соавт.[199] выявили генетический фактор интернализации, который отражает общие генетические влияния на депрессию, NA/N, ПТСР и тревогу.

В целом геномный SEM поддерживает узкий интернализирующий фактор, который отражает общие генетические влияния на дистресс и расстройства страха. Нервная анорексия и ОКР в этих исследованиях имеют отдельный генетический фактор, что соответствует умеренной генетической корреляции между этими состояниями (rg=0,45)[200]. Кроме того, генетическая уязвимость к биполярному расстройству, по-видимому, более тесно связана с расстройством мышления, чем с интернализацией. Однако высокое генетическое совпадение между шизофренией и биполярным расстройством более характерно для биполярного расстройства I, чем для биполярного расстройства II (rg=0,71 против 0,51), тогда как депрессия более тесно коррелирует с биполярным расстройством II, чем с биполярным расстройством I (rg=0,69 против 0,30)[201]. Аналогично, случаи биполярного расстройства с психозом имеют более высокий генетический риск развития шизофрении, но более низкий риск развития ангедонии, тогда как случаи биполярного расстройства с попыткой самоубийства имеют повышенный генетический риск развития депрессии и ангедонии[202].

Молекулярно-генетические исследования также предоставляют доказательства генетического различия между факторами дистресса и страха. Депрессия и генерализованная тревога имеют значительное генетическое совпадение (rg=0,80), но частично генетически отличаются от расстройств, связанных со страхом, таких как специфическая фобия и паника (rg=0,34 и 0,63 соответственно)[203]. Более того, на депрессию и тревогу влияли два разных, но генетически коррелирующих фактора (rg=0,80), в то время как компоненты NA/N были разделены между ними[204]. Аналогичным образом, молекулярно-генетическая архитектура NA/N состоит из двух генетически коррелирующих факторов, соответствующих дистрессу и страху[142,205,206].

По мере получения дополнительной сводной статистики GWAS можно будет проверить более тонкие модели интернализации. Более того, хотя GWAS по расстройствам соматоформного спектра не существует, умеренные генетические корреляции между хронической болью и депрессией, тревогой и NA/N (rg=0,40–0,59) позволяют предположить, что между интернализирующим и соматоформным спектрами может существовать значительное генетическое перекрытие, которое отражается в суперспектре эмоциональной дисфункции[207,208]. В заключение, на генетические корреляции могут влиять разнородные психиатрические диагнозы, используемые в GWAS. Применение гомогенных симптомоатических дименсий могут устранить эту гетерогенность и повысить эффективность обнаружения генов[209-211].

Средовые факторы риска

Различия в факторах окружающей среды определяют развитие всех форм эмоциональных расстройств[212]. Об этом свидетельствует обширная литература, но исследования в основном сосредоточены на одном диагнозе или небольшом кластере расстройств. Лишь недавно начались исследования по изучению воздействия окружающей среды на количественные параметры, которые выходят за рамки традиционных диагностических границ.

Немногие риски оказывают такое сильное влияние, как плохое обращение в детстве. Жестокое обращение и пренебрежение обуславливают длительную уязвимость к развитию всех типов эмоциональных и соматических жалоб. Keys и соавт.[49] создали модель для объяснения данного неспецифического влияния в национальном эпидемиологическом обзорном исследовании употребления алкоголя и сопутствующих заболеваний США (NESARC). Они показали, что случаи плохого обращения в детстве являются предикторами индивидуальных различий спектра интернализации, который отражает общность диагнозов тревоги и депрессии, поставленных на основании интервью. Данная модель также допускает возможность влияния фактора плохого обращения на уникальный элемент каждого диагноза, который не зависит от всех других интернализационных состояний. Однако все эти специфические для диагноза эффекты были относительно незначимыми, что привело авторов к выводу, что связь между жестоким обращением и эмоцио-

нальными жалобами может быть представлена исключительно связью жестокого обращения с интернализирующим спектром. Несколько проспективных исследований подтвердили этот вывод[8,213-216].

Факторы стресса в подростковом возрасте часто являются проксимальными триггерами для первых проявлений диагностируемых эмоциональных проблем. Социальные потрясения, такие как виктимизация со стороны сверстников, особенно актуальны в этот период. Forbes и соавт.[217] предположили, что влияние виктимизации на спектр интернализации может объяснить ее далеко идущие последствия. Они обнаружили, что опыт виктимизации, такой как словесные оскорбления и агрессия в отношениях, был прочно связан с целым рядом эмоциональных проблем, оцениваемых участниками самостоятельно. Они отметили, что данные различные эффекты были почти полностью опосредованы общим интернализирующим фактором. Другие исследования в области проблем развития подтвердили эту же закономерность в ряде различных проблем, включая романтические проблемы, семейные разногласия и финансовые трудности[218]. Более того, оказывается, что различия в интернализирующем спектре предсказывают возникновение будущих значительных стрессовых факторов, приводя в движение порочный круг воздействия стресса и ухудшения эмоциональных проблем[1,219].

Другие аспекты социального окружения продемонстрировали трансдиагностическое влияние на эмоциональные жалобы. Например, расовая дискриминация связана со склонностью к интернализирующему дистрессу, но она не связана с каким-либо конкретным типом эмоциональной патологии[220]. Аналогичным образом, неудовлетворенность браком тесно связана с количественным интернализирующей дименсией, а не с отдельными формами психопатологии[85]. Другие составляющие социальной среды также имеют тенденцию оказывать более сильное влияние на интернализацию, чем на составляющие ее диагностические категории[1].

То, что стрессовые факторы окружающей среды являются патогенными, не является чем-то революционным. Ключевым моментом является то, что они, по-видимому, образуют риск развития широкого спектра эмоциональных состояний, поскольку действуют в основном на уровне интернализирующего спектра высшего порядка, а не на уровне конкретных его проявлений. Это не обязательно будет наблюдаться для всех факторов окружающей среды, эмоциональных фенотипов или популяций, но на сегодняшний день это устойчивая тенденция.

Необходимы дополнительные исследования, чтобы распространить эту парадигму на весь спектр фенотипов эмоциональной дисфункции. Особенно важно изучить экологические вариации, связанные с соматоформным спектром. События окружающей среды вовлечены в возникновение соматоформных расстройств[221], но исследований на эту тему с применением количественного моделирования мало. Для выяснения причинно-следственной природы наблюдаемых эффектов также необходимы близнецовые, усыновительские и квазиэкспериментальные исследования.

Когнитивные и аффективные нарушения

Интернализирующий спектр связан с когнитивными трудностями, которые можно охарактеризовать как когнитивную негибкость и поведенческую расторможенность. Кроме того, аффективные трудности – такие как повышенная чувствительность к вознаграждению и/или повышенная чувствительность к наказанию – переплетаются с нарушениями ингибиторного контроля, контроля внимания и принятия решений, и способствуют развитию большинства интернализирующих расстройств. В целом эти когнитивно-аффективные проблемы, вероятно, отражают ограниченную способность подавлять навязчивые и персеверативные мысли и эмоции, управляющие такими реакциями, как стремление к вознаграждению и/или отвращение к наказанию, тем самым способствуя возникновению аберрантных эмоциональных реакций и дезадаптивному принятию решений.

Когнитивные и аффективные нарушения характерны для расстройств, входящих в субфактор дистресса. БДР связано с когнитивными нарушениями, затрагивающие такие домены как психомоторная скорость, внимание, беглость речи, визуальное обучение и память, а также исполнительное функционирование[222-226]. Эти проблемы становятся более серьезными по мере прогрессирования расстройства. Аналогичным образом, ПТСР связано с временными изменениями в выраженности проблем в области внимания, памяти и исполнительного функционирования[227,228]. ПТСР также связано со смущением внимания в сторону стимулов, связанных с травмой[229], общим дефицитом ингибиторного контроля[230] и снижением способности обработки получения вознаграждения[231]. Эти проблемы свидетельствуют о снижении когнитивной гибкости и расторможенности поведения[36].

Когнитивные и аффективные нарушения, свидетельствующие о когнитивной негибкости и поведенческой расторможенности, наблюдаются при всех расстройствах в рамках субфактора страха, хотя и в разной степени тяжести. Существуют доказательства легких форм нарушений исполнительного функционирования и памяти при паническом расстройстве, социальной фобии, специфических фобиях и ГТР[232-236], в то время как трудности, обнаруженные при ОКР, как правило, более серьезны[236]. ОКР сильно ассоциируется со снижением когнитивной гибкости, а также с трудностями в других когнитивных сферах[237-239]. Неудивительно, что расстройства, связанные с тревогой, связаны с трудностями в социальном познании[239,240].

Расстройства в рамках субфактора патологии пищевого поведения характеризуются нарушениями внимания при ингибиторном контроле (прим. – способность подавлять не относящуюся к задаче когнитивную обработку), ошибочным вниманием к стимулам, связанным с расстройством, и переключением внимания; эти общие показатели снижения когнитивной и поведенческой гибкости[241-243], вероятно, лежат в основе проблем с эмоциональной регуляцией и принятием решений. Существуют дополнительные доказательства того, что у людей с расстройствами пищевого поведения нарушены визуально-пространственные способности, вербальное функционирование, обучение и память[244]. Другие данные свидетельствуют о том, что расстройства пищевого поведения связаны с трудностями в интегративной обработке информации, а именно когнитивным стилем обработки восприятия, называемым слабой центральной когерентностью[245].

Данные, касающиеся объективных показателей когнитивного функционирования у лиц с сексуальными расстройствами, ограничены. Однако есть данные о персеверативных когнитивных схемах[246,247], которые, вероятно, связаны с когнитивной негибкостью и/или поведенческой расторможенностью. Дети, подростки и студенты колледжей с общими интернализирующими симптомами демонстрируют замедленный когнитивный темп[248,249], что связано с соответствующим снижением скорости обработки информации[249]. Интернализация также связана со снижением когнитивной гибкости у подростков[250], что согласуется с трудностями в исполнительных функциях по различным субфакторам интернализации.

Биполярные расстройства I и II связаны с когнитивными проблемами в области внимания, памяти и исполнительных функций[224,251-253]. Как и в случае с другими интернализую-

щими субфакторами, существуют доказательства того, что биполярное расстройство II связано со снижением тормозного контроля[254]. Однако, в отличие от большинства интернализированных состояний, биполярное расстройство связано с повышенной чувствительностью к вознаграждению[254,255].

Наконец, лишь немногие исследования изучали когнитивные нарушения при соматоформных расстройствах. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что соматоформный спектр связан с нарушениями внимания и памяти, а также со снижением контроля внимания по отношению к угрожающим стимулам[256,257]. Ограниченные имеющиеся данные позволяют предположить, что этот фактор связан с расторможенностью поведения, однако необходимы дополнительные исследования.

Нейронные субстраты: нейровизуализация

По всему спектру изученной литературы по нейровизуализации варьирует в зависимости от субфактора и способа, включая последовательности функций магнитно-резонансной томографии (МРТ) (т.е. активация, зависящая от уровня кислорода в крови, связь) и структуры (т.е. объемное, диффузионное тензорное изображение), а также исследования с использованием ядерной визуализации для выявления региональных метаболических состояний – т.е. позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) и однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (ОФЭКТ).

Эти данные указывают на целый ряд функциональных нарушений (т.е. снижение или усиление активности и связности) или аберраций (т.е. снижение целостности белого вещества и уменьшение объема) в нейроанатомических областях и путях. На тяжесть этих нарушений и отклонений влияют вопросы, связанные с методологией, сопутствующей патологией, фазой/тяжестью заболевания, генетикой, фармакологией и патофизиологией. Тем не менее большинство исследований показывают различия от легкой до умеренной степени по сравнению с контрольной группой или другими клиническими группами. В целом полученные результаты подчеркивают общую базовую нейробиологию изученного спектра, которая обычно включает в себя лобно-полосатую и лобно-лимбическую цепь, участвующие в нарушенной саморегуляции поведения и обработке эмоций в ответ на существенное вознаграждение или наказание.

Литература по субфактору дистресса хорошо известна. Пограничное расстройство личности и ПТСР имеют общие нейропатологические пути, а именно те, которые включены в когнитивную лимбическую схему[258]. БДР связано с уменьшением объема как кортикальных, так и лимбических областей[259]. ПТСР и БДР демонстрируют измененную активацию в областях, связанных с познанием и эмоциями[260,261]. ПТСР связано с изменениями в трактах белого вещества, участвующих в исполнительных функциях, изучении контекста и памяти, обработки информации и эмоциональном контроле[262]. БДР и ПТСР оба демонстрируют уменьшение объема мозга в определенных областях, при этом ПТСР демонстрирует большее снижение в целом[263]. При БДР также наблюдается значительное сокращение участков белого вещества, участвующих в познании, памяти и эмоциях[264]. Для ГТР существуют функциональные и структурные свидетельства изменений в лобно-лимбической нейроциркуляции[265]. В целом полученные данные свидетельствуют о нарушении лобно-лимбико-полосатой схемы при этом субфакторе.

Имеются существенные доказательства нарушения функционирования и структурных различий внутри субфактора страха. Большинство данных получено в результате исследований ОКР и социальной тревожности, за которыми следуют фобии, с меньшим количеством доказательств другие тревожные расстройства. В целом, по-видимому, наблюдается последовательная гиперактивация областей, участвующих в когнитивно-эмоциональных реакциях на угрозу[266-272]. Изменения в связности характерны для фобических расстройств (например, панического расстройства и социальной фобии); хотя они могут включать нарушения (например, гипосвязанность) в различных взаимозависимых нейронных сетях, чаще всего происходят изменения в лобно-полосатой цепи[273,274]. Изменения в сенсомоторной сети наблюдаются в основном при паническом расстройстве. Ограниченные структурные данные свидетельствуют о нарушении целостности белого вещества и различиях в объеме коры и подкорки[269,275].

Субфактор патологии пищевого поведения характеризуется нарушенной саморегуляцией и аберрантной обработкой вознаграждения[276-279]. Исследования показывают нарушенную связь и аномальную региональную активацию в ответ на вознаграждение[278]. Имеются также свидетельства лежащей в основе нейроэндокринной дисфункции[280]. С точки зрения структурных доказательств существуют несоответствия в результатах объемных исследований и небольшого, но растущего колличества литературы, указывающей на скомпрометированные участки белого вещества[281-283]. В целом полученные результаты свидетельствуют о нарушении функционирования лобно-полосатых цепей, участвующих в когнитивно-эмоциональном контроле.

Существует мало исследований нейровизуализации, связанных с сексуальными проблемами. Тем не менее несколько работ согласуются в том, что показывают измененную нейронную активность, а именно гипоактивацию областей, связанных с познанием, мотивацией и вегетативным возбуждением, и повышенную активацию самореферентной нейронной сети[284,285]. В некоторых исследованиях изучались структурные различия или целостность белого вещества в этом субфакторе.

Субфактор мании является промежуточным между интернализацией и расстройством мышления, разделяя ряд нервных аномалий с психотическими расстройствами[11]. Однако, в соответствии с темой, наблюдаемой при интернализации, биполярное расстройство связано с нарушением лобно-лимбической схемы, о чем свидетельствуют измененные тракты белого вещества и аномальная региональная активация[286-289].

Имеются свидетельства структурных и функциональных аберраций в соматоформном спектре. Из-за методологических трудностей литература не так сильна, как в таких областях, как дистресс и фобии. Тем не менее полученные данные свидетельствуют о нарушениях или изменениях в лобно-полосато-лимбической сети[290].

Нейронные субстраты: нейрофизиология

Нейрофизиологические показатели обеспечивают более прямые показатели нервной активности, обладающие большей временной чувствительностью. Интернализующие состояния чаще всего изучались с помощью электроэнцефалографии (ЭЭГ), включая как спектральную мощность, так и вызванные потенциалы (ВП), которые индексируют ряд различных когнитивных, эмоциональных и мотивационных процессов.

Асимметрия фронтальной ЭЭГ – это относительная разница в альфа-мощности между правой и левой лобными областями[291,292]. Было показано, что альфа-активность указывает на подавление активности коры головного мозга, а более низкие показатели асимметрии фронтальной ЭЭГ (правая альфа минус левая альфа), как полагают, отражают относительно меньшую левую, чем правую активность коры головного мозга. Асимметрия фронтальной ЭЭГ в основном

интерпретировалась с помощью модели[293] подхода-вывода, так что считается, что меньшая относительная активность левой коры головного мозга отражает снижение мотивации подхода и повышение мотивации выхода.

Субфактор дистресса продемонстрировал наиболее существенную связь с асимметрией фронтальной ЭЭГ[294], хотя доказательства противоречивы[295]. Симптомы БДР и депрессии были связаны с более низкой относительной асимметрией левой фронтальной ЭЭГ, как в состоянии покоя, так и во время эмоциональных и мотивационных задач[296-302]. Паническое расстройство[303] и ОКР[304] также были связаны с более низкой относительной асимметрией левой фронтальной ЭЭГ. Напротив, начало биполярного расстройства предсказывается большей относительной асимметрией левой фронтальной ЭЭГ[305].

Позитивное вознаграждение (ПВ), также известное как негативная обратная связь, является компонентом ВП, отражающим обучение с подкреплением и активацию системы вознаграждений[306]. ПВ продемонстрировало наиболее устойчивую связь с субфактором дистресса[307,308]. Симптомы БДР и депрессии были связаны с более притупленным ПВ как у подростков, так и у взрослых[309-316]. Симптомы ГТР также были связаны с более притупленным ПВ[317]. Там ПВ было связано с риском и семейным анамнезом БДР[318,319], и было показано, что оно предсказывает серьезные депрессивные эпизоды, впервые возникшее депрессивное расстройство и более серьезные симптомы депрессии в перспективе[320,321].

Негативность, связанная с ошибками (ERN), представляет собой компонент ВП, который возникает в ответ на ошибку в действии и предназначен для отражения возросшей потребности в когнитивном контроле и чувствительности к угрозам[322]. Повышенная ERN был связан как с субфакторами страха, так и с дистрессом[323]. ОКР, ГТР и социальная тревожность – все они характеризовались повышенной ERN[324-330]. ERN был связан с риском и семейным анамнезом ОКР[325,331,332], и было показано, что он предсказывает развитие тревожных расстройств с первым началом и ГТР в перспективе[333,334]. В пределах соматоформного спектра первоначальные данные свидетельствуют о том, что беспокойство о здоровье связано с повышенной ERN[335].

РЗ – это широко изученный компонент ВП, который предназначен для индексации распределения внимания. Дистресс, расстройства пищевого поведения и соматоформные расстройства – все это было связано со снижением РЗ[336-341]. Эти результаты свидетельствуют о том, что изменения РЗ могут быть общими для интернализирующего и соматоформного спектров. Поскольку о снижении уровня РЗ также широко сообщалось при психозах и экстернализирующей психопатологии[11,12], они могут просто представлять собой маркер общей психопатологии[342]. Однако повышенный уровень РЗ также был связан с интернализирующим спектром, особенно с его субфакторами[343-346] страха и патологии пищевого поведения.

Поздний положительный потенциал (LPP) – это более поздний компонент ВП, отражающий продуманное и постоянное внимание к мотивационно значимым стимулам. Субфактор дистресса был связан со снижением LPP к эмоциональным стимулам[347-351], тогда как субфактор страха был связан с повышением LPP к вызывающим отвращение и неприятным стимулам[349,352-355].

Другие биомаркеры

Расстройства в пределах интернализирующего и соматоформного спектров имеют несколько общих периферических биомаркеров, связанных со стрессовой реактивностью. Во-первых, нейротрофический фактор головного мозга (BDNF), оцениваемый в сыворотке и плазме крови, индексирует выживаемость нейронов, синаптическую передачу сигналов и синаптическую консолидацию. Метаанализы подтверждают снижение экспрессии BDNF при депрессии, биполярном расстройстве, суицидальном поведении и патологии пищевого поведения[356-361].

Во-вторых, продуктивность кортизола является биомаркером функции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы. Повышенный уровень кортизола был связан с дистрессом[362-365,] страхом[233,366] и соматоформными состояниями[367]. Однако также сообщалось о снижении уровня кортизола[368,369], особенно при ПТСР[370]. Неоднозначные результаты существуют для патологии пищевого поведения[371,372] и могут быть объяснены неоднородностью состава выборки и тяжестью симптомов.

В-третьих, повышенный уровень провоспалительных маркеров в периферических тканях проявляется при расстройствах эмоциональной дисфункции. Метаанализ выявил повышенный уровень С-реактивного белка, интерлейкина (IL)-6 и фактора некроза опухоли (TNF)-α при депрессии[373-376]; IL-6, IL-1β, TNF-α и интерферона (IFN)-γ при ПТСР[377,378]; IL-6 и TNF-α при биполярном расстройстве373; и IL-6 и TNF-α при нервной анорексии[379]. Однако не было никаких существенных ассоциаций с нервной булимией[379]. Хотя это выходит за рамки диагностических границ, воспаление, тем не менее, может быть связано с конкретными симптомами, такими как проблемы со сном, изменения аппетита и усталость[380,381].

Наконец, ось кишечник-мозг-микробиота тесно связана с реакцией на стресс, и при депрессии, тревоге, ПТСР, биполярном расстройстве, психопатологии, связанной с едой и болью, было выявлено различное количество групп кишечных бактерий[382,383]. И состояние некоторых групп бактерий было изменено. Например, наблюдается снижение численности Faecalibacterium у пациентов с БДР[384], биполярным расстройством[385], ГТР[386] и синдромом раздраженного кишечника[387].

В целом исследования периферических биомаркеров указывают на общие биологические признаки расстройств в суперспектре эмоциональной дисфункции. Однако существующие исследования ограничены методологическими ограничениями, включая небольшие размеры выборки и сосредоточенность на ограниченном числе расстройств. Более того, вовлеченные биомаркеры также связаны с другими формами психопатологии, такими как шизофрения[388]. Исследования, оценивающие различные формы психопатологии, необходимы для уточнения специфичности и неспецифичности этих биологических коррелятов.

Особенности детского темперамента

Модели детского темперамента последовательно выделяют три аспекта, которые отражают тенденции к негативной эмоциональности, общительности (или оперативности) и неэффективному контролю (или низкой импульсивности и расторможенности). Эти измерения тесно связаны с основными чертами нормативной личности и патологией неадаптивной личности[389-392].

Учитывая, что отношение негативная эмоциональность/низкий контроль является ядром интернализирующей психопатологии, неудивительно, что негативная эмоциональность в детстве предсказывает последующую интернализацию[389,393]. Эта предполагаемая связь была обнаружена не только для основных интернализующих аспектов, таких как симптомы депрессии и тревоги, но также для патологии пищевого поведения[394-396] и соматических симптомов[397]. Однако другие данные свидетельствуют о том, что негативная эмоциональность молодежи представляет собой неспецифический риск для последующей психопатологии в целом[8], особенно экстернализирующей психопатологии[398,399].

Индивидуальные различия и исследования генетики поведения предполагают, что низкий уровень общительности (боязливость, социальная замкнутость, поведенческое избегание) в сочетании с высоким уровнем негативной эмоциональности могут быть сочетанием черт, которые отличают интернализацию от экстернализации психопатологии[397,400,401]. Интересно, что такое сочетание высокой негативной эмоциональности и низкой общительности может предсказывать тревогу, но не депрессию[402]. Например, национальное репрезентативное когортное исследование 4983 австралийских детей в возрасте от 5 до 13 лет показало, что высокая негативная эмоциональность в раннем детстве представляла собой широкий риск последующей психопатологии, но низкая общительность только однозначно предсказывала более высокий уровень тревожности[403]. Это согласуется с результатами исследований, показывающими, что поведенческое торможение – сочетание негативной эмоциональности и низкого подхода – является надежным предиктором тревожности[404,405]. Напротив, было обнаружено, что высокая негативная эмоциональность и высокая коммуникабельность (и экстраверсия) предсказывают последующее очищающее поведение в подростковом возрасте[394], что более согласуется с моделями, наблюдаемыми при экстернализирующих расстройствах[403,406].

Третья область темперамента, (низкий) контроль усилий, по-видимому, имеет противоречивую ассоциацию, которая не является специфичной для интернализации после контроля за одновременными уровнями экстернализирующей психопатологии[404]. Аналогичным образом, было обнаружено, что как высокий, так и низкий контроль усилий (настойчивость) в раннем детстве предсказывают патологию пищевого поведения в подростковом возрасте[407,408]. Эта область, по-видимому, является более конкретным и надежным предиктором последующей экстернализации[12].

Течение болезни

Данные Национального исследования сопутствующей патологии США показывают, что тревожные расстройства, как правило, возникают в более раннем возрасте (50% к 11 годам), чем депрессивные расстройства (50% к 32 годам). Однако это различие в значительной степени обусловлено расстройствами внутри субфактора страха[409-411]. Возраст начала соматоформных расстройств, по-видимому, находится между ними (50% к 19[412] годам). Показатели как тревожных, так и депрессивных диагнозов снижаются в среднем возрасте (например, >55 лет[413]).

Хотя традиционно не рекомендуется ставить диагноз до достижения совершеннолетия, пограничное расстройство личности часто возникает в позднем детстве или раннем подростковом возрасте[414]. Что касается расстройств пищевого поведения, то нервная анорексия, по-видимому, имеет средний возраст начала между 16 и 19 годами, а нервная булимия – чуть позже, между 17 и 25 годами[415].

Интернализирующие и соматоформные диагнозы следуют эпизодическому, часто хроническому течению. В рамках иерархической структуры существует три основных способа концептуализации курса: гомотипический (т.е. курс в рамках одного условия), гетеротипический (т.е. отношения между различными условиями с течением времени) и скрытая ответственность (т.е. курс, демонстрируемый общим базовым фактором). Психиатрические исследования традиционно подчеркивали гомотипический ход. Например, используя набор данных NESARC, в котором две волны разделены примерно тремя годами, Lahey и соавт.[416] обнаружили умеренную или сильную гомотипическую непрерывность шести интернализирующих диагнозов (тетрахорический r=0,41–0,56). Bruce и соавт.[410] показали, что вероятность выздоровления была лишь умеренной для ГТР, социальной фобии и панического расстройства с агорафобией, но высокой для БДР и панического расстройства без агорафобии; однако риск рецидива был высоким для всех расстройств в течение 12-летнего периода. Shea и Yen[417] обнаружили, что БДР показало высокие показатели как ремиссии, так и рецидива в течение двухлетнего наблюдения; напротив, у тревожных расстройств были очень низкие показатели выздоровления даже через пять лет. Аналогичные результаты обнаруживаются в эпидемиологических образцах, хотя, по-видимому, все больше людей выздоравливают без рецидивов[418].

Два исследования больших клинических выборок выявили высокие показатели ремиссии (85–99%) пограничного расстройства личности в течение 10–16 лет с умеренной частотой рецидивов (10–36%)[419,420]. Обзор показал, что анорексия и нервная булимия демонстрируют высокую частоту ремиссии (70–84%) в течение 10–16 лет, при этом те, кто этого не достиг, часто переходят к расстройству пищевого поведения иного вида[421].

Высокие показатели сопутствующей патологии поднимают вопросы о том, как эта ковариация проявляется во времени. Гетеротипическая непрерывность, конечно, ставит вопрос в терминах того, приводит ли данная форма психопатологии (например, БДР) в один момент времени к другой (например, ГТР) в более поздний момент[422]. Lahey и соавт.[416] обнаружили, что гетеротипическая преемственность широко распространена внутри и между интернализирующими и экстернализирующими диагнозами, хотя и несколько сильнее внутри спектров. Фактически гетеротипическая непрерывность была сопоставима по величине с гомотипической непрерывностью, при этом значительные гетеротипические эффекты сохранялись после корректировки на все другие диагнозы. Аналогичным образом, гетеротипические траектории развития являются скорее правилом, чем исключением в детском и подростковом возрасте, при этом детские симптомы, такие как нарушение регуляции эмоций и раздражительность, считаются маркерами широкой уязвимости для последующих психических заболеваний[423,424]. В связи с этим Moffitt и соавт.[425] обнаружили, что ни ГТР, ни БДР предпочтительно не предшествовали друг другу, и эффекты упорядочения были симметричными. В немногих исследованиях изучалась стабильность соматоформных расстройств, но четырехлетняя стабильность в раннем взрослом возрасте была высокой при рассмотрении гетеротипической непрерывности[426].

Учитывая эту широко распространенную гетеротипическую преемственность, становится важным наметить направление общей ответственности, приписываемой спектрам более высокого порядка. В раннем взрослом возрасте (в возрасте 18–25 лет) продольная преемственность диагнозов лучше всего объяснялась стабильностью общего интернализующего фактора[427]. То же самое, по-видимому, верно и в более позднем взрослом возрасте, поскольку скрытые интернализующие факторы были значительно коррелированы между 41 и 56 годами (r=0,51) и 61 годом (r=0,43); эти ассоциации в значительной степени могут быть объяснены генетическими факторами[428]. В связи с этим существенная гетеротипическая преемственность симптомов депрессии и тревоги, а также различных симптомов патологии пищевого поведения в значительной степени объяснялась стабильными общими генетическими влияниями[173,429,430]. Наконец, Wright и др.[431] обнаружили, что оцененный в ходе интервью интернализующий фактор, основанный на расстройствах, сильно предсказал интернализующий фактор, основанный на симптомах (бета = 0,60), оцененный с помощью ежедневного дневника 1,4 года спустя. В целом имеющиеся данные свидетельствуют о том, что спектры представляют собой основные пути течения болезни и являются причиной развития множества состояний на протяжении всей жизни.

Реакция на лечение

Учитывая высокие показатели сопутствующей патологии и повсеместный положительный ответ на когнитивно-поведенческую терапию (КПТ) при различных интернализующих расстройствах[432-434], особое внимание уделяется тестированию методов лечения, которые были разработаны для трансдиагностики (т.е. нацелены на множественные расстройства). Метаанализ основанных на трансдиагностической теории протоколов КПТ для интернализации продемонстрировал среднюю и высокую эффективность для тревожных и депрессивных расстройств, которая сохранялась при последующем наблюдении[432-435] после лечения. КПТ особенно сильно влияет на молодежь, когда родители более активно участвуют в лечении[436].

Полученные данные свидетельствуют об отсутствии существенных различий между трансдиагностическими протоколами КПТ и протоколами КПТ, специфичными для расстройств, что подтверждает эффективность трансдиагностической КПТ для интернализации[434,435]. Более того, хоть и существовала озабоченность по поводу включения определенных диагнозов (например, ОКР и ПТСР) в трансдиагностические методы лечения КПТ, Norton и др.[437] показали, что трансдиагностические методы лечения тревожных расстройств DSM-IV не были связаны с дифференциальным исходом по диагнозу.

Подобно трансдиагностической КПТ, унифицированный протокол (УП) для трансдиагностического лечения эмоциональных расстройств был специально разработан для лечения сопутствующих интернализующих расстройств[438,439]. Исследования показывают, что УП эквивалентен по эффективности методам лечения “золотого стандарта”, предназначенным для лечения отдельных расстройств[438,440]. УП намного эффективнее, чем лечение одного расстройства, потому, что клиницистам нужно изучить только один протокол для лечения интернализующих расстройств. Предварительные данные об эффективности показывают, что во всех диагностических категориях УП приводит к значительному улучшению повседневной деятельности, настроения, депрессии, беспокойства и сексуального функционирования[441-444]. Преимущества лечения по УП сохранялись в течение 6–12 месяцев наблюдения[443-445]. Трансдиагностические вмешательства в настоящее время расширяются до гибких модульных протоколов у взрослых[446], отражая эффективные модульные трансдиагностические методы лечения по всему спектру интернализации у молодежи[447].

Межличностная психотерапия (МПТ) эффективна для лечения определенных интернализующих расстройств, таких как депрессия и нервная булимия[448,449], хотя результаты были менее выраженными и проявлялись медленнее для последнего состояния[449]. В одном обзоре указано, что МПТ превосходит КПТ в лечении депрессии[448]. Варианты МПТ, включая межличностную и социальную ритм-терапию (МИСРТ), полезны в качестве острого и поддерживающего лечения как однополярной, так и биполярной депрессии[450-452], но не были широко изучены в других формах интернализации. Таким образом, существует поддержка МПТ в качестве средства лечения некоторых, но не всех форм интернализации, причем большинство исследований показывают, что это может быть полезным средством для лечения дистресса и расстройств пищевого поведения с ограниченной эффективностью при расстройствах, основанных на страхе, таких как социальная фобия[453].

Ограниченные имеющиеся данные указывают на то, что методы лечения, используемые для интернализации расстройств (т.е. КПТ и антидепрессанты), также эффективны при соматических симптомах расстройства[221,454]. Хотя результаты неоднозначны, так было установлено, что КПТ оказывает длительное действие в течение 12 месяцев после лечения[455-458].

Обращаясь к фармакологическим методам лечения, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) и ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН) эффективны для лечения ряда интернализующих расстройств по сравнению с плацебо[459,460]; однако СИОЗС связаны с повышенным риском сексуальной дисфункции[93]. Метаанализ показал, что атипичные нейролептики были значительно более эффективными для лечения униполярной и биполярной депрессии и ПТСР по сравнению с плацебо[461-464]. Другой метаанализ использования нейролептиков без маркировки показал, что кветиапин приводил к значительному улучшению симптомов ГТР, в то время как рисперидон значительно уменьшал симптомы ОКР[465]. Крупное клиническое исследование показало, что оланзапин значительно увеличивал прибавку в весе при лечении нервной анорексии по сравнению с плацебо[466]. Однако атипичные нейролептики имели ограниченные преимущества для улучшения качества жизни у людей с депрессией[467] и не влияли на психологические симптомы у людей с нервной анорексией[466]. В целом существенные данные указывают на то, что СИОЗС и СИОЗСН полезны для лечения большинства интернализующих состояний, при этом накапливаются доказательства того, что атипичные нейролептики могут быть полезными вспомогательными лекарствами. Имеющиеся доказательства эффективности фармакологических методов лечения соматоформных расстройств представляются неоднозначными и низкого качества[468].

Резюме достоверности доказательств

В Таблице 3 обобщены доказательства достоверности, рассмотренные в предыдущих разделах. Примечательно, что практически все ассоциации носят трансдиагностический характер. То есть изученные переменные не просто связаны с одной формой психопатологии, а скорее связаны с множеством состояний в суперспектре эмоциональной дисфункции (и, во многих случаях, также с другими формами психопатологии). Исследования показали, что множество измерений, попадающих в суперспектр, разделяют генетические диатезы, факторы риска окружающей среды (например, жестокое обращение в детстве, финансовые трудности, расовая дискриминация), когнитивные и аффективные дефициты (например, когнитивная негибкость, поведенческая расторможенность), нейронные субстраты (например, нарушение лобно-полосатой и лобно-лимбической схемы, притупление REWP, усиление ERN) и другие биомаркеры (например, маркеры провоспаления), а также предшествующие темпераменты в детстве (например, высокая негативная эмоциональность, низкая оперативность). Поэтому неудивительно, что измерения в этом спектре реагируют на одни и те же трансдиагностические методы лечения (включая КПТ и СИОЗС) и существенно связаны друг с другом как одновременно, так и в перспективе.

Эти данные о достоверности вполне согласуются со структурными доказательствами, рассмотренными ранее. То есть многие переменные связаны как с интернализирующими, так и с соматоформными состояниями, и эти общие факторы могут быть отражены в суперспектре эмоциональной дисфункции; другие переменные более четко связаны с одним спектром, чем с другим, что объясняет их появление как отдельных спектров на более низком уровне иерархии. Аналогичным образом, некоторые переменные демонстрируют относительно неспецифические ассоциации со всеми основными формами интернализации, что помогает объяснить их согласованность как структурный аспект; напротив, другие переменные демонстрируют более

Таблица 3. Валидаторы интернализирующего и соматоформного спектров							
	Интернализация						
	Соматоформные	Общие	Дистресс	Страх	Сексуальные проблемы	Патология пищевого поведения	Мания
Генетические							
Наследуемость семьи/близнецов	+++	+++	+++	+++		+++	++
Молекулярно-генетические	+	++	++	++		+	+
Окружающая среда							
Жестокое обращение в детстве		+++					
Подростковые стрессоры	+	+++					
Расовая дискриминация		+++					
Удовлетворенность отношениями		+++					
Когниции							
Когнитивный дефицит	+	+++	+++	+++	++	+++	+++
Аффективный дефицит	++	+++	+++	+++	++	+++	+
Нейробиологические							
Структурные	+	++	+++	+++		++	++
Функциональные							
Нейровизуализация	+	+++	+++	+++	+	+++	++
Электрофизиология	+	++	+++	+++		+	+
Биомаркеры							
Сниженная экспрессия BDNF	+	+++	++	+		++	++
Изменения уровня кортизола	++	+++	++	++	+	++	++
Провоспалительные маркеры	++	+++	++	++	+	++	++
Микробиота кишечника и мозга	++	+++	++	++		++	++
Что предшествует/течение							
Высокая негативная аффективность	+	+++	+++	+++	+	+++	
Низкая социальная активность		+++		++		–	
Низкий уровень саморегуляции		+					
Возраст начала заболевания	+		+++	+++		+++	+++
Хроническое течение/стабильность	+		+++	+++		+++	+++
Лечение							
Реакция на КПТ	++	+++	+++	+++	+		
Реакция на УП		+++	++	++	+		
Реакция на МПТ		++	++	+		+++	+
Реакция на СИОЗС	+	+++	+++	+++	–	+++	
Реакция на СИОЗСН	+	++	++	++		++	
Реакция на атипичные антипсихотики		++	++	++		+	+

+: некоторые доказательства эффекта, ++: некоторое воспроизведение, +++: многократно повторяющееся воспроизведение, -: противоположный эффект, НФГМ – нейротрофический фактор головного мозга, КПТ – когнитивно-поведенческая терапия, УП – унифицированный протокол, МПТ – межличностная психотерапия, СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, СИОЗСН – ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина. Подфакторы с неоднозначным или непоследовательным структурным расположением (в данном случае мания) выделены курсивом.

сильные связи с некоторыми типами интернализации, чем с другими, что согласуется с появлением различных субфакторов внутри интернализации.

Важно отметить два предостережения. Во-первых, несколько валидаторов были также связаны с другими спектрами (например, суперспектр психоза также реагирует на нейролептики, экстернализирующий суперспектр также связан с жестоким обращением в детстве, и все три суперспектра положительно связаны с маркерами провоспаления)[11,12], так что специфичность этих ассоциаций является неопределенной. Во-вторых, некоторые условия интернализации показывают отличный профиль для определенных валидаторов, что подчеркивает ценность нижних уровней иерархии HiTOP. Мания, в частности, отличается генетической предрасположенностью, аффективным дефицитом и эпизодическим течением.

ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ЭФФЕКТИВНОСТИ

Спектры интернализации и соматоформных расстройств демонстрируют большую полезность, чем традиционные диагнозы, в отношении надежности, объяснительной силы и возможностей клинического использования. Как обсуждалось ранее, надежность диагностики эмоциональной дисфункции, как правило, не впечатляет. Полевые испытания DSM-5 показали, что межгрупповая надежность (коэффициент каппа) колебалась от 0,20 (ГТР) и 0,28 (БДР) до 0,61 (комплексное соматическое симптоматическое расстройство) и 0,67 (ПТСР)[25]. В этих полевых испытаниях пациенты использовали 5-балльную шкалу, чтобы сообщить о ключевых симптомах депрессии, беспокойства, сна, суицидальности и соматических расстройств. Пространственная оценка значительно повысила надежность отдельных симп-

томов, корреляции при повторном тестировании варьировались от 0,64 до 0,78 (среднее значение = 0,70); комбинированные симптомы были еще более надежными[27]. Это подчеркивает устойчивую закономерность, согласно которой описания психопатологии в измерениях более надежны, чем в категориях. Следует отметить, что в некоторых исследованиях, таких как полевое исследование диагнозов по МКБ-11[469], сообщается о более высокой межэкспертной достоверности диагнозов, но в них использовались менее строгие схемы, которые могут завышать оценки надежности[23].

В лонгитюдных исследованиях спектры латентной интернализации показали высокую долговременную стабильность в детстве (тест-ретест r=0,85 в течение 3 лет)[62], юношеском взрослом возрасте (r=0,69 в течение 3 лет)[45] и среднем взрослом возрасте (r=0,74 старше 9 лет)[470]. Аналогичным образом субфакторы стресса и страха показали впечатляющую стабильность в течение двух месяцев (r=0,81 и 0,87 соответственно)[80], одного года (r=0,85 и 0,89)[86] и трех лет (r=0,60 и 0,64)[73]. Сопоставимые данные недоступны для других условий в пределах суперспектра. В целом метаанализ оценил надежность интернализации измерений в 0,82, что является существенным улучшением по сравнению с категориальными диагнозами[22].

Способность объяснить функциональные нарушения, факторы риска, исходы и ответ на лечение является важной характеристикой диагностической полезности. метаанализ показал значительно более высокую объяснительную силу для интернализируемых измерений (средняя корреляция r=0,51), чем для категорий (среднее r=0,32) у нескольких валидаторов[22]. Несколько исследований напрямую сравнивали описания интернализации психопатологии в соответствии с HiTOP и DSM и обнаружили, что параметры HiTOP объясняют в два раза большую вариабельность функциональных нарушений[471] и вероятность назначения антидепрессантов[472]. Кроме того, по сравнению с диагнозами DSM, параметры HiTOP объясняли в шесть раз большую вариабельность нарушений, связанных с патологией пищевого поведения[88], и предсказывали в два раза большую вариабельность клинических исходов через 6–12 месяцев[473]. Таким образом, HiTOP – характеристика проблем интернализации может существенно повысить клиническую полезность.

Клиническая полезность нозологии включает в себя дополнительные соображения, такие как облегчение концептуализации случая, общение со специалистами и потребителями, выбор лечения и улучшение результатов лечения[474,475]. Существующие исследования ограничены тем, что они полагаются на рейтинги практикующих врачей, глобальную оценку системы, а не на отдельные спектры или классы расстройств, и уделяют основное внимание расстройствам личности. Тем не менее недавние исследования последовательно показали, что практики дают более высокие оценки размерным описаниям, чем категориальные диагнозы по большинству показателей полезности[476-479]. В полевых испытаниях DSM-5 размерные измерения были положительно оценены 80% клиницистов[480]. Тем не менее важно конкретно исследовать клиническую полезность интернализирующего и соматоформного спектров и изучить объективные критерии клинической полезности, такие как измеряемое улучшение результатов лечения.

Клиническая приемлемость HiTOP неудивительна, поскольку она основана на устоявшейся практике концептуализации пациентов в соответствии с выраженностью симптомов и признаков. HiTOP продвигает эту практику, предоставляя строгую систему измерений и проверенные инструменты для их оценки. Он также признает необходимость принятия категоричных решений (например, лечить или подождать) в клинической практике[481].

Несколько диапазонов баллов (например, отсутствие, легкая, умеренная и тяжелая психопатология) были определены для поддержки клинических решений. Консорциум HiTOP разрабатывает дополнительные диапазоны для конкретных клинических вопросов (например, показания для предотвращения самоубийств) с использованием стратегий, которые были разработаны в других областях медицины для оптимальной категоризации количественных показателей[482,483].

При этом HiTOP опирается на прочную основу исследований и практики. Измерительные показатели эмоциональной дисфункции являются одними из наиболее широко используемых инструментов в психиатрии, включая рейтинговую шкалу Гамильтона для депрессии[484], шкалу депрессии Бека[485], шкалу тревоги Бека[486], опросник здоровья пациента[487] и Колумбийскую шкалу оценки тяжести суицида[488]. Однако такие меры были разработаны для оценки конкретных клинических состояний, и ни одна из них не охватывает всесторонне интернализирующий или соматоформный спектры.

ИЗМЕРЕНИЯ

Было создано несколько общих показателей симптомов для оценки множества параметров интернализации более высокого и более низкого порядка. Первоначальная и расширенная формы Перечня симптомов депрессии и тревоги (IDAS и IDAS-II соответственно) содержат шкалы самоотчета, оценивающие симптомы депрессии, тревоги, ПТСР, ОКР и мании[100,489]. Шкалы IDAS-II индексируют HiTOP-совместимые факторы дистресса, навязчивых идей/страха и позитивного настроения/мании с высокой внутренней согласованностью и стабильностью в течение коротких интервалов[100]. Интервью для симптомов настроения и тревоги нацелено на параметры, аналогичные IDAS-II, но с форматом интервью, чтобы зафиксировать сильные стороны клинической оценки[80,471,490]. Эти инструменты могут быть дополнены версиями опросника симптомов патологии пищевого поведения с самооценкой[90] и с оценкой врача[491], которые обеспечивают всестороннюю оценку симптомов расстройства пищевого поведения. Широко используемые показатели сексуального функционирования проблематичны[492], что указывает на необходимость более тщательной оценки.

Всеобщие личностные опросники продемонстрировали сильное совпадение с показателями симптомов интернализации[105,493]. Опросник личности для DSM-5 (PID-5)[494], График неадаптивной и адаптивной личности[495] и Дименсиональная оценка патологии личности – Базовый опросник[496] содержат аспекты личностных черт (например, депрессивность, эмоциональная лабильность), которые указывают на более высокие значения НА/Н домена. PID-5 точно соответствует альтернативной модели расстройств личности DSM-5, а также предложенным пяти доменам признаков МКБ-11[494,497,498]. Миннесотский многофазный личностный опросник-2-реструктурированная форма (MMPI-2 RF)[499] и опросник оценки личности (PAI)[500] обеспечивают клиническое измерение (с репрезентативными для населения нормами) интернализирующего и соматоформного спектров с хорошо проверенными шкалами, которые фиксируют уровень более высокого порядка (например, MMPI-2-RF эмоциональная/интернализирующая дисфункция и соматические жалобы) и большая часть уровня более низкого порядка (например, MMPI-2-RF: низкие положительные эмоции, стресс/беспокойство, тревога, недомогание, неврологические жалобы; PAI: депрессия-когнитивная, тревога-физиологическая, соматическая конверсия)[2,501,502].

Доказательства отчетливого соматоформного спектра[47,103,105] указывают на необходимость детального измерения

симптомов соматизации. Систематический обзор анкет самоотчетов по общим соматическим симптомам выявил в общей сложности 40 показателей, большинство из которых были сочтены непригодными для использования в будущем[503]. Однако авторы пришли к выводу, что Анкета здоровья пациента – 15[504] и Контрольный список симптомов – 90, Шкала соматизации[505] были наиболее подходящими шкалами, учитывая их достоверность, внутреннюю согласованность, охват содержания, воспроизводимую структуру и краткосрочную стабильность[503]. Шкала телесного дистресса (BDS)[108] – это более поздняя мера синдрома телесного дистресса[118,119], которая охватывает широкий спектр соматоформных аспектов. Однако ни один из этих показателей не охватывает тревожность по поводу здоровья, которую можно оценить с помощью индекса Уайтли[506] или более полного многомерного опросника ипохондрических черт[120].

ВЫВОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Модель HiTOP подчеркивает ограничения традиционных исследований кейс-контроль, в которых пациентов с расстройством сравнивают с людьми без расстройства[11]. Основная проблема с этим дизайном заключается в том, что случаи будут отличаться от контроля по многим переменным, кроме оцениваемого расстройства. В частности, эти исследования игнорируют общую проблему диагностической коморбидности[2]. В свете этой сопутствующей патологии неясно, действительно ли полученные данные связаны с целевым расстройством как таковым, или же они вместо этого связаны с другой сопутствующей патологией или даже неспецифическими признаками, которые являются общими для них (например, спектр интернализации более высокого порядка).

HiTOP подчеркивает важность оценки сильно коррелированных состояний «ближнего соседа», которые демонстрируют особенно сильную сопутствующую патологию. Например, Kessler и соавт.[507] изучили 12-месячные диагнозы DSM-III-R в двух крупных национальных выборках: Национальном исследовании сопутствующих заболеваний (NCS)[508] и исследовании развития среднего возраста в США (MIDUS)[509]. Из тех, у кого диагностирован ГТР, 58,1% (выборка NCS) и 69,7% (выборка MIDUS) также имели БДР. Таким образом, в типичном исследовании кейс-контроль многие – возможно, большинство – пациентов с ГТР также будут соответствовать критериям БДР. Без оценки БДР невозможно узнать, действительно ли какие-либо наблюдаемые результаты связаны с ГТР.

Однако идентификация широких спектров и суперспектров в модели HiTOP указывает на то, что проблема гораздо более распространена, так что большинство форм психопатологии возникают одновременно вне зависимости от случая и положительно коррелируют друг с другом. Например, анализ диагнозов NCS показал, что 87,6% людей с агорафобией, 83,4% людей с простой фобией и 81,0% людей с социальной фобией соответствовали критериям по крайней мере одного расстройства в течение жизни; кроме того, примерно половина этих лиц (54,0%, 52,5% и 48,0 соответственно) соответствовали критериям трех или более дополнительных расстройств[510]. Из тех, кто соответствовал критериям агорафобии, у 46,5% также была диагностирована социальная фобия, у 45,9% – БДР, у 45,6% – простая фобия и у 36,3% – критерии злоупотребления психоактивными веществами. Как правило, у тех, у кого диагностировано данное расстройство, также может наблюдаться повышенный уровень многих других форм психопатологии[422,511].

Следовательно, исследования должны широко оценивать психопатологию, чтобы получить интерпретируемые результаты. Например, если оценивается только агорафобия, неясно, связаны ли какие-либо из наблюдаемых исходов с этим расстройством, другим интернализирующим состоянием или широким интернализирующим фактором, отражающим общие черты этих расстройств. Кроме того, без оценки условий, выходящих за рамки интернализации, неясно, действительно ли результаты относятся к этому спектру или даже в более широком смысле связаны с психопатологией.

К счастью, HiTOP предоставляет высокоэффективную основу для разработки наиболее информативных исследований. Как правило, важно сосредоточить оценку на тех участках иерархии, которые наиболее близки к интересующему условию; другие части конструкции могут быть выбраны более экономно. Чтобы облегчить разработку более комплексного дизайна, мы рекомендуем выборку населения (возможно, избыточную выборку тех, кто может сообщить о повышенных уровнях психопатологии) с очень широкими критериями включения. Что касается измерения, мы рекомендуем использовать типы инструментов, совместимых с HiTOP, которые были описаны ранее; единые шкалы более эффективны, надежны, достоверны и информативны, чем традиционные категориальные диагнозы.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ

HiTOP обеспечивает гибкий подход к лечению. Его иерархическая структура моделирует размеры психопатологии на возрастающих уровнях общности, начиная от узких, однородных симптомов и признаков и заканчивая широким спектром и суперспектром. Клиницисты могут сосредоточиться на любом уровне, наиболее информативном для концептуализации случая и лечения. В связи с этим следует отметить, что более широкие измерения, занимающие верхние уровни иерархии, совпадают с растущим вниманием к трансдиагностическим подходам к лечению, которые обсуждались ранее[432-446]. Среди этих трансдиагностических терапий УП[438-445] особенно актуальна для форм психопатологии, обсуждаемых в этой статье. УП был разработан для «использования при тревожных и аффективных расстройствах, а также других расстройствах, в которых значительную роль играют тревога и эмоциональная дисрегуляция, таких как многие соматоформные и диссоциативные расстройства»[512, p.89]; следовательно, он предназначен для лечения всего спектра психопатологий, входящих в суперспектр эмоциональной дисфункции. УП уделяет особое внимание тому, чтобы помочь пациентам лучше справляться с негативными эмоциями; в последние годы он сосредоточился непосредственно на снижении уровней NA/N[513, 514].

Таким образом, HiTOP обеспечивает некоторые особенно эффективные мишени для трансдиагностического лечения. Однако некоторые клиницисты могут с осторожностью относиться к работе с размерами. Поэтому мы обратимся к двум общим вопросам, которые были подняты в отношении мер измерения в лечении. Во-первых, пороги необходимы для практического принятия клинических решений. Это правда, что в какой-то момент оценку часто необходимо разделить на две части, чтобы информировать о клинических решениях. Однако следует отметить, что традиционные диагнозы не оптимизированы для какого-либо конкретного клинического действия[4,11]. Таким образом, многомерные оценки имеют явное преимущество, заключающееся в том, что их можно уменьшить несколькими способами для оптимизации различных типов клинических решений. Например, Stasik-O'Brien и соавт.[515] разработали три разных предельных значения для показателей IDAS: пороговое значение для скрининга (более мягкое и обеспечивающее максимальную чувствительность), диагностическое пороговое значение (более консервативное и как можно более конкретное) и сбалансированное пороговое значение (что оптимизирует дифференциацию между людьми с расстройством и без него).

Второй аргумент состоит в том, что многомерные модели препятствуют передаче клинически важной информации. Однако было обнаружено, что диаграммы количественных измерений улучшают клиническую коммуникацию, а не препятствуют ей[36,516]. Это связано с тем, что при прочих равных условиях однородные измерения легче интерпретировать, чем разнородные категории, и, таким образом, они обеспечивают более четкие и надежные источники информации. Если кому-то говорят, что у пациента высокие баллы по узкому, специфическому симптому, такому как ангедония, то довольно ясно, что это значит. Напротив, если кто-то проинформирован о том, что у пациента диагностировано посттравматическое стрессовое расстройство, гораздо менее ясно, что это означает, учитывая заметную гетерогенность расстройства.

НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ

HiTOP требует дальнейшего развития в нескольких областях. Во-первых, структура в настоящее время не завершена. Некоторые важные формы психопатологии (например, аутизм, нейрокогнитивные расстройства) в настоящее время не включены в модель из-за недостаточности доказательств. В более общем плане DSM-5 включает 19 диагностических классов. В настоящее время HiTOP включает восемь из них полностью, шесть только частично (то есть моделируя некоторые, но не все условия в классе), а пять не включают вообще[517].

Во-вторых, необходимо уточнить размещение некоторых условий. Например, мания интерстициальна и имеет важные связи как с интернализацией, так и с расстройством мышления. Как отмечалось ранее, представляется вероятным, что некоторые параметры маниакальных симптомов (например, эмоциональная лабильность, эйфорическая активация) попадают в разные части иерархии HiTOP. Поэтому эти конкретные размеры необходимо моделировать в будущих исследовательских работах.

В-третьих, будущие исследования должны изучить суперспектр самой эмоциональной дисфункции. Существование этого суперспектра остается предварительным и основано на ограниченных доказательствах. Кроме того, как обсуждалось ранее, некоторые исследования показали, что соматоформная симптоматика может быть связана с интернализацией[2]. Поэтому для будущих исследований важно объяснить природу связей между интернализацией и соматоформной патологией.

Кроме того, HiTOP в значительной степени отражает ассоциации между различными формами психопатологии, которые оценивались в один и тот же момент времени. Таким образом, это статическая модель параллельных ассоциаций. Необходимы дополнительные лонгитюдные исследования, чтобы определить, как различные формы психопатологии динамически соотносятся друг с другом с течением времени. Эти динамические отношения, вероятно, сложны. Например, ранние исследования предполагали, что симптомы и расстройства тревоги гораздо чаще предшествовали симптомам и расстройствам депрессии, чем наоборот[5,518]. Однако более поздний метаанализ показал, что «депрессивные расстройства могут быть продромальными факторами социальной и специфической фобии, тогда как другие тревожные и депрессивные расстройства являются двунаправленными факторами риска друг для друга»[519, p.1155.]

Наконец, как показано в Таблицах 1 и 2, модель HiTOP была создана с использованием данных, собранных по разным возрастным группам и из большого количества стран. Однако возможности обобщения этой структуры ограничены. Будет важно проверить, можно ли обобщить иерархическую структуру на более широкий круг стран и возрастных групп.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

HiTOP предлагает многомерную иерархическую концептуализацию психопатологии. Он решает проблемы неоднородности, сопутствующих заболеваний, плохого охвата и ненадежности, тем самым обеспечивая более достоверные и информативные клинические описания, чем традиционные нозологические системы. Он был тщательно протестирован и уже показывает значительную полезность.

В настоящее время доступны проверенные меры для оценки измерений, относящихся к интернализирующему и соматоформному спектрам. Хотя необходимы дальнейшие исследования, модель готова для использования учеными и клиницистами.

ПРИЛОЖЕНИЕ

В состав рабочей группы Hi TOP Utility входят, помимо авторов этой статьи, Kamran Afzali, Marina A. Bornovalova, William T. Carpenter, Natacha Carragher, David C. Cicero, Danielle M. Dick, Anna R. Docherty, Michael B. First, Eiko I. Fried, Michael N. Hallquist, Katherine Jonas, Katherine M. Keyes, Robert D. Latzman, Kristian E. Markon, Les C. Morey, Stephanie N. Mullins-Sweatt, Kristin Naragon-Gainey, Thomas M. Olino, Praveetha Patalay, Christopher J. Patrick, Aaron L. Pincus, Ulrich Reininghaus, Craig Rodriguez-Seijas, Lauren A. Rutter, Giovanni A. Salum, Alexander J. Shackman, Andrew E. Skodol, Tim Slade, Kathryn Tabb, Jennifer L. Tackett, Ashley L. Watts, Amanda A. Uliaszek, Thomas A. Widiger, David H. Zald, Johannes Zimmermann, и Richard E. Zinbarg.

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ

Более подробную информацию о консорциуме HiTOP можно найти по адресу
http://medicine.stonybrookmedicine.edu/HITOP. R. Kotov и R. Krueger являются соавторами этой статьи.

Библиография

1. Martel MM, Pan PM, Hoffman MS et al. A general psychopathology factor (p factor) in children: structural model analysis and external validation through familial risk and child global executive function. J Abnorm Psychol 2017;126:137-48.
2. Olino TM, Bufferd SJ, Dougherty LR et al. The development of latent dimensions of psychopathology across early childhood: stability of dimensions and moderators of change. J Abnorm Child Psychol 2018;46:1373-83.
3. Schaefer JD, Moffitt TE, Arsenault L et al. Adolescent victimization and earlyadult psychopathology: approaching causal inference using a longitudinal twin study to rule out noncausal explanations. Clin Psychol Sci 2018;6:352-71.
4. Scott LN, Victor SE, Kaufman EA et al. Affective dynamics across internalizing and externalizing dimensions of psychopathology. Clin Psychol Sci 2020;8:412-27.
5. Verona E, Sachs-Ericsson N, Joiner TE Jr. Suicide attempts associated with externalizing psychopathology in an epidemiological sample. Am J Psychiatry 2004;161:444-51.
6. Verona E, Javdani S, Sprague J. Comparing factor structures of adolescent psychopathology. Psychol Assess 2011;23:545-51.
7. Wright AG, Simms LJ. A metastructural model of mental disorders and pathological personality traits. Psychol Med 2015;45:2309-19.
8. Beesdo-Baum K, Höfler M, Gloster AT et al. The structure of common mental disorders: a replication study in a community sample of adolescents and young adults. Int J Methods Psychiatr Res 2009;18:204-20.
9. Wittchen HU, Beesdo-Baum K, Gloster AT et al. The structure of mental disorders re-examined: is it developmentally stable and robust against additions? Int J Methods Psychiatr Res 2009;18:189-203.
10. Cox BJ, Clara IP, Enns MW. Posttraumatic stress disorder and the structure of common mental disorders. Depress Anxiety 2002;15:168-71.
11. Krueger RF. The structure of common disorders. Arch Gen Psychiatry 1999; 56:921-6.
12. Eaton NR, Krueger RF, Keyes KM et al. Borderline personality disorder comorbidity: relationship to the internalizing-externalizing structure of common mental disorders. Psychol Med 2011;41:1041-50.

13. Eaton NR, Krueger RF, Keyes KM et al. The structure and predictive validity of the internalizing disorders. J Abnorm Psychol 2013;122:86-92.
14. Keyes KM, Eaton NR, Krueger RF et al. Thought disorder in the meta-structure of psychopathology. Psychol Med 2013;43:1673-83.
15. de Jonge P, Wardenaar KJ, Lim CC et al. The cross-national structure of mental disorders: results from the World Mental Health Surveys. Psychol Med 2018;48:2073-84.
16. Blanco C, Wall MM, Jian-Ping H et al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2015;54:45-52.
17. Forbush KT, Watson D. The structure of common and uncommon mental disorders. Psychol Med 2013;43:97-108.
18. Forbush KT, South SC, Krueger RF et al. Locating eating pathology within an empirical diagnostic taxonomy: evidence from a community-based sample. J Abnorm Psychol 2010;119:282-92.
19. James LM, Taylor J. Revisiting the structure of mental disorders: borderline personality disorder and the internalizing/externalizing spectra. Br J Clin Psychol 2008;47:361-80.
20. Kotov R, Perlman G, Gámez W et al. The structure and short-term stability of the emotional disorders: a dimensional approach. Psychol Med 2015;45:168798.
21. Miller MW, Fogler JM, Wolf EJ et al. The internalizing and externalizing structure of psychiatric comorbidity in combat veterans. J Trauma Stress 2008;21:58-65.
22. Miller MW, Wolf EJ, Reardon A et al. Personality and the latent structure of PTSD comorbidity. J Anxiety Disord 2012;26:599-607.
23. Mitchell KS, Wolf EJ, Reardon AF et al. Association of eating disorder symptoms with internalizing and externalizing dimensions of psychopathology among men and women. Int J Eat Disord 2014;47:860-9.
24. Slade T, Watson D. The structure of common DSM-IV and ICD-10 mental disorders in the Australian general population. Psychol Med 2006;36:1593600.
25. South SC, Krueger RF, Iacono WG. Understanding general and specific connections between psychopathology and marital distress: a model based approach. J Abnorm Psychol 2011;120:935-47.
26. Vollebergh WA, Iedema J, Bijl RV et al. The structure and stability of common mental disorders: the NEMESIS Study. Arch Gen Psychiatry 2001;58:597-603.
27. Wright AG, Krueger RF, Hobbs MJ et al. The structure of psychopathology: toward an expanded quantitative empirical model. J Abnorm Psychol
28. Samuel DB. A review of the agreement between clinicians' personality disorder diagnoses and those from other methods and sources. Clin Psychol Sci Pract 2015;22:1-19.
29. Shea MT, Stout R, Gunderson J et al. Short-term diagnostic stability of schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. Am J Psychiatry 2002;159:2036-41.
30. Watson D. Investigating the construct validity of the dissociative taxon: stability analyses of normal and pathological dissociation. J Abnorm Psychol 2003;112:298-305.
31. Watson D. Subtypes, specifiers, epicycles, and eccentrics: toward a more parsimonious taxonomy of psychopathology. Clin Psychol Sci Pract 2003; 10:233-8.
32. Zimmerman M, Ellison W, Young D et al. How many different ways do patients meet the diagnostic criteria for major depressive disorder? Compr Psychiatry 2015;56:29-34.
33. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Washington: American Psychiatric Publishing, 2013.
34. Fried EI, Nesse RM. Depression is not a consistent syndrome: an investigation of unique symptom patterns in the STAR*D study. J Affect Disord 2015;172:96-102.
35. Galatzer-Levy IR, Bryant RA. 636,120 ways to have posttraumatic stress disorder. Perspect Psychol Sci 2013;8:651-62.
36. Watson D, Ellickson-Larew S, Stanton K et al. Personality provides a general structural framework for psychopathology: commentary on "Translational applications of personality science for the conceptualization and treatment of psychopathology". Clin Psychol Sci Pract 2016;23:309-13.
37. Andrews G. Slade T, Issakidis C. Deconstructing current comorbidity: data from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. Br J Psychiatry 2002;181:306-14.
38. Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorders in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1998;33:58795.
39. Brown TA, Campbell LA, Lehman CL et al. Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. J Abnorm Psychol 2001;110:585-99.
40. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA et al. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders. Arch Gen Psychiatry 2004;61:807-16.
41. Kessler RC, Chiu WT, Demler O et al. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005;62:617-27.
42. Ormel J, Raven D, van Oort F et al. Mental health in Dutch adolescents: a TRAILS report on prevalence, severity, age of onset, continuity and co-morbidity of DSM disorders. Psychol Med 2015;45:345-60.
43. Teesson M, Slade T, Mills K. Comorbidity in Australia: findings of the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing. Aust N Z J Psychiatry 2009;43:606-14.
44. Clark LA, Watson D. Distress and fear disorders: an alternative empirically based taxonomy of the 'mood' and 'anxiety' disorders. Br J Psychiatry 2006;189:481-3.
45. Krueger RF, Caspi A, Moffitt TE et al. The structure and stability of common mental disorders (DSM-III-R): a longitudinal-epidemiological study. J Abnorm Psychol 1998;107:216-27.
46. Forbes MK, Kotov R, Ruggero CJ et al. Delineating the joint hierarchical structure of clinical and personality disorders in an outpatient psychiatric sample. Compr Psychiatry 2017;79:19-30.
47. Kotov R, Ruggero CJ, Krueger RF et al. New dimensions in the quantitative classification of mental illness. Arch Gen Psychiatry 2011;68:1003-11.
48. Levin-Aspenson HF, Khoo S, Kotelnikova Y. Hierarchical taxonomy of psychopathology across development: associations with personality. J Res Pers 2019;81:72-8.
49. Keyes KM, Eaton NR, Krueger RF et al. Childhood maltreatment and the structure of common psychiatric disorders. Br J Psychiatry 2012;200:107-15.
50. Kim H, Eaton NR. The hierarchical structure of common mental disorders: connecting multiple levels of comorbidity, bifactor models, and predictive validity. J Abnorm Psychol 2015;124:1064-78.
51. Kendler KS, Aggen SH, Knudsen GP et al. The structure of genetic and environmental risk factors for syndromal and subsyndromal common DSM-IV Axis I and all Axis II disorders. Am J Psychiatry 2011;168:29-39.
52. Røysamb E, Tambs K, Ørstavik RE et al. The joint structure of DSM-IV Axis I and Axis II disorders. J Abnorm Psychol 2011;120:198-209.
53. Kessler RC, Ormel J, Petukhova M et al. Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization World Mental Health Surveys. Arch Gen Psychiatry 2011;68:90-100.
54. Conway CC, Brown TA. Evaluating dimensional models of psychopathology in outpatients diagnosed with emotional disorders: a cautionary tale. Depress Anxiety 2018;35:898-902.
55. Conway CC, Mansolf M, Reise SP. Ecological validity of a quantitative classification system for mental illness in treatment-seeking adults. Psychol Assess 2019;31:730-40.
56. Conway CC, Starr LR, Espejo EP et al. Stress responsivity and the structure of common mental disorders: transdiagnostic internalizing and externalizing dimensions are associated with contrasting stress appraisal biases. J Abnorm Psychol 2016;125:1079-89.
57. Farmer RF, Seeley JR, Kosty DB et al. Hierarchical organization of axis I psychiatric disorder comorbidity through age 30. Compr Psychiatry 2013;54:523-32.
58. Girard JM, Wright AG, Beeney JE et al. Interpersonal problems across levels of the psychopathology hierarchy. Compr Psychiatry 2017;79:53-69.
59. King SM, Saunders GR, Elkins IJ et al. Where do gambling problems fit in the structure of psychopathology during emerging adulthood? Int Gambl Stud 2020;20:1-13.
60. Kotov R, Chang S-W, Fochtmann LJ et al. Schizophrenia in the internalizingexternalizing framework: a third dimension? Schizophr Bull 2011;37:116878.
61. Martel MM, Pan PM, Hoffman MS et al. A general psychopathology factor (p factor) in children: structural model analysis and external validation through familial risk and child global executive function. J Abnorm Psychol 2017;126:137-48.

62. Olino TM, Bufferd SJ, Dougherty LR et al. The development of latent dimensions of psychopathology across early childhood: stability of dimensions and moderators of change. J Abnorm Child Psychol 2018;46:1373-83.
63. Schaefer JD, Moffitt TE, Arsenault L et al. Adolescent victimization and earlyadult psychopathology: approaching causal inference using a longitudinal twin study to rule out noncausal explanations. Clin Psychol Sci 2018;6:35271.
64. Scott LN, Victor SE, Kaufman EA et al. Affective dynamics across internalizing and externalizing dimensions of psychopathology. Clin Psychol Sci 2020;8:412-27.
65. Verona E, Sachs-Ericsson N, Joiner TE Jr. Suicide attempts associated with externalizing psychopathology in an epidemiological sample. Am J Psychiatry 2004;161:444-51.
66. Verona E, Javdani S, Sprague J. Comparing factor structures of adolescent psychopathology. Psychol Assess 2011;23:545-51.
67. Wright AG, Simms LJ. A metastructural model of mental disorders and pathological personality traits. Psychol Med 2015;45:2309-19.
68. Beesdo-Baum K, Höfler M, Gloster AT et al. The structure of common mental disorders: a replication study in a community sample of adolescents and young adults. Int J Methods Psychiatr Res 2009;18:204-20.
69. Wittchen HU, Beesdo-Baum K, Gloster AT et al. The structure of mental disorders re-examined: is it developmentally stable and robust against additions? Int J Methods Psychiatr Res 2009;18:189-203.
70. Cox BJ, Clara IP, Enns MW. Posttraumatic stress disorder and the structure of common mental disorders. Depress Anxiety 2002;15:168-71.
71. Krueger RF. The structure of common disorders. Arch Gen Psychiatry 1999; 56:921-6.
72. Eaton NR, Krueger RF, Keyes KM et al. Borderline personality disorder comorbidity: relationship to the internalizing-externalizing structure of common mental disorders. Psychol Med 2011;41:1041-50.
73. Eaton NR, Krueger RF, Keyes KM et al. The structure and predictive validity of the internalizing disorders. J Abnorm Psychol 2013;122:86-92.
74. Keyes KM, Eaton NR, Krueger RF et al. Thought disorder in the metastructure of psychopathology. Psychol Med 2013;43:1673-83.
75. de Jonge P, Wardenaar KJ, Lim CC et al. The cross-national structure of mental disorders: results from the World Mental Health Surveys. Psychol Med 2018;48:2073-84.
76. Blanco C, Wall MM, Jian-Ping H et al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2015;54:45-52.
77. Forbush KT, Watson D. The structure of common and uncommon mental disorders. Psychol Med 2013;43:97-108.
78. Forbush KT, South SC, Krueger RF et al. Locating eating pathology within an empirical diagnostic taxonomy: evidence from a community-based sample. J Abnorm Psychol 2010;119:282-92.
79. James LM, Taylor J. Revisiting the structure of mental disorders: borderline personality disorder and the internalizing/externalizing spectra. Br J Clin Psychol 2008;47:361-80.
80. Kotov R, Perlman G, Gámez W et al. The structure and short-term stability of the emotional disorders: a dimensional approach. Psychol Med 2015;45:168798.
81. Miller MW, Fogler JM, Wolf EJ et al. The internalizing and externalizing structure of psychiatric comorbidity in combat veterans. J Trauma Stress 2008;21:58-65.
82. Miller MW, Wolf EJ, Reardon A et al. Personality and the latent structure of PTSD comorbidity. J Anxiety Disord 2012;26:599-607.
83. Mitchell KS, Wolf EJ, Reardon AF et al. Association of eating disorder symptoms with internalizing and externalizing dimensions of psychopathology among men and women. Int J Eat Disord 2014;47:860-9.
84. Slade T, Watson D. The structure of common DSM-IV and ICD-10 mental disorders in the Australian general population. Psychol Med 2006;36:1593600.
85. South SC, Krueger RF, Iacono WG. Understanding general and specific connections between psychopathology and marital distress: a model based approach. J Abnorm Psychol 2011;120:935-47.
86. Vollebergh WA, Iedema J, Bijl RV et al. The structure and stability of common mental disorders: the NEMESIS Study. Arch Gen Psychiatry 2001;58:597603.
87. Wright AG, Krueger RF, Hobbs MJ et al. The structure of psychopathology: toward an expanded quantitative empirical model. J Abnorm Psychol 2013;122:281-94.
88. Forbush KT, Hagan KE, Kite BA et al. Understanding eating disorders within internalizing psychopathology: a novel transdiagnostic, hierarchical-dimensional model. Compr Psychiatry 2017;79:40-52.
89. Coniglio KA, Becker KR, Tabri N et al. Factorial integrity and validation of the Eating Pathology Symptoms Inventory (EPSI). Eat Behav 2018;31:1-7.
90. Forbush KT, Wildes JE, Pollack LO et al. Development and validation of the Eating Pathology Symptoms Inventory (EPSI). Psychol Assess 2013:25:859-78.
91. Forbush KT, Wildes JE, Hunt TK. Gender norms, psychometric properties, and validity for the Eating Pathology Symptoms Inventory. Int J Eat Disord 2014;47:85-91.
92. Tang X, Forbush KT, Lui PP. Development and validation of the Chinese-language version of the Eating Pathology Symptoms Inventory. Int J Eat Disord 2015;48:1016-23.
93. Forbes MK, Baillie AJ, Eaton NR et al. A place for sexual functions in an empirical taxonomy of psychopathology. J Sex Res 2017;54:465-85.
94. Forbes MK, Baillie AJ, Schniering CA. Where do sexual dysfunctions fit into the meta-structure of psychopathology? A factor mixture analysis. Arch Sex Behav 2016;45:1883-96.
95. Forbes MK, Schniering CA. Are sexual problems a form of internalizing psychopathology? A structural equation modeling analysis. Arch Sex Behav 2013;42:23-34.
96. Ruggero CJ, Kotov K, Watson D et al. Beyond a single index of mania symptoms: structure and validity of subdimensions. J Affect Disord 2014;161:8-15.
97. Stanton K, Gruber J, Watson D. Basic dimensions defining mania risk: a structural approach. Psychol Assess 2017;29:304-19.
98. Stanton K, Khoo S, Watson D et al. Unique and transdiagnostic features of hypomania/mania and unipolar depression. Clin Psychol Sci 2019;7:471-87.
99. Watson D, Naragon-Gainey K. Personality, emotions, and the emotional disorders. Clin Psychol Sci 2014;2:422-42.
100. Watson D, O'Hara MW, Naragon-Gainey K et al. Development and validation of new anxiety and bipolar symptom scales for an expanded version of the IDAS (the IDAS-II). Assessment 2012;19:399-420.
101. Krueger RF, Chentsova-Dutton YE, Markon KE et al. A cross-cultural study of the structure of comorbidity among common psychopathological syndromes in the general health care setting. J Abnorm Psychol 2003;112:43747.
102. Simms LJ, Prisciandaro JJ, Krueger RF et al. The structure of depression, anxiety and somatic symptoms in primary care. Psychol Med 2012;42:15-28.
103. Marek RJ, Anderson JL, Tarescavage AM et al. Elucidating somatization in a dimensional model of psychopathology across medical settings. J Abnorm Psychol 2020;129:162-76.
104. Michelini G, Barch DM, Tian Y et al. Delineating and validating higher-order dimensions of psychopathology in the Adolescent Brain Cognitive Development (ABCD) study. Transl Psychiatry 2019;9:261.
105. Sellbom M. Mapping the MMPI-2-RF specific problems scales onto extant psychopathology structures. J Pers Assess 2017;99:341-50.
106. Forbes MT, Sunderland M, Rapee RM et al. A detailed hierarchical model of psychopathology: from individual symptoms up to the general factor of psychopathology. Clin Psychol Sci 2021;9:139-68.
107. Cano-García FJ, Muñoz-Navarro R, Abad AS et al. Latent structure and factor invariance of somatic symptoms in the patient health questionnaire (PHQ15). J Affect Disord 2020;261:21-9.
108. Budtz-Lilly A, Fink P, Ørnbøl E et al. A new questionnaire to identify bodily distress in primary care: the 'BDS checklist.' J Psychosom Res 2015;78:536-45.
109. Deary IJ. A taxonomy of medically unexplained symptoms. J Psychosom Res 1999;47:51-9.
110. Gierk B, Kohlmann S, Kroenke K et al. The somatic symptom scale-8 (SSS-8): a brief measure of somatic symptom burden. JAMA Intern Med 2014;174:399407.
111. Leonhart R, De Vroege L, Zhang L et al. Comparison of the factor structure of the Patient Health Questionnaire for somatic symptoms (PHQ-15) in Germany, the Netherlands, and China. A transcultural structural equation modeling (SEM) study. Front Psychiatry 2018;9:240.
112. McNulty JL, Overstreet SR. Viewing the MMPI-2-RF structure through the Personality Psychopathology Five (PSY-5) lens. J Pers Assess 2014;96:151-7.

113. Schmalbach B, Roenneberg C, Hausteiner-Wiehle C et al. Validation of the German version of the Bodily Distress Syndrome 25 checklist in a representative German population sample. J Psychosom Res 2020;132:109991.
114. Thomas ML, Locke DE. Psychometric properties of the MMPI-2-RF Somatic Complaints (RC1) Scale. Psychol Assess 2010;22:492-503.
115. Walentynowicz M, Witthöft M, Raes F et al. Sensory and affective components of symptom perception: a psychometric approach. J Exp Psychopathol 2018;9:1-13.
116. Witthöft M, Hiller W, Loch N et al. The latent structure of medically unexplained symptoms and its relation to functional somatic syndromes. Int J Behav Med 2013;20:172-83.
117. Witthöft M, Fischer S, Jasper F et al. Clarifying the latent structure and correlates of somatic symptom distress: a bifactor model approach. Psychol Assess 2016;28:109-15.
118. Fink P. Syndromes of bodily distress or functional somatic syndromes – Where are we heading. Lecture on the occasion of receiving the Alison Creed award 2017. J Psychosom Res 2017;97:127-30.
119. Petersen MW, Schröder A, Jørgensen T et al. The unifying diagnostic construct of bodily distress syndrome (BDS) was confirmed in the general population. J Psychosom Res 2020;128:109868.
120. Longley SL, Watson D, Noyes R Jr. Assessment of the hypochondriasis domain: the Multidimensional Inventory of Hypochondriacal Traits (MIHT). Psychol Assess 2005:17:3-14.
121. Mulder R. The evolving nosology of personality disorder and its clinical utility. World Psychiatry 2021;20:361-2.
122. Griffith JW, Zinbarg RE, Craske MG et al. Neuroticism as a common dimension in the internalizing disorders. Psychol Med 2010;40:1125-36.
123. Sellbom M, Carragher N, Sunderland M et al. The role of maladaptive personality domains across multiple levels of the HiTOP structure. Personal Ment Health 2020;14:30-50.
124. Soto CJ, John OP. The next Big Five Inventory (BFI-2): developing and assessing a hierarchical model with 15 facets to enhance bandwidth, fidelity, and predictive power. J Pers Soc Psychol 2017;113:117-143.
125. Watson D, Nus E, Wu KD. Development and validation of the Faceted Inventory of the Five-Factor Model (FI-FFM). Assessment 2019;26:17-44.
126. Watters CA, Bagby RM. A meta-analysis of the five-factor internal structure of the Personality Inventory for DSM-5. Psychol Assess 2018;30:125560.
127. Mahaffey BL, Watson D, Clark LA et al. Clinical and personality traits in emotional disorders: evidence of a common framework. J Abnorm Psychol 2016;125:758-67.
128. Naragon-Gainey K, Watson D. What lies beyond neuroticism? An examination of the unique contributions of social-cognitive vulnerabilities to internalizing disorders. Assessment 2018;25:143-58.
129. Stanton K, Rozek DC, Stasik-O'Brien SM et al. A transdiagnostic approach to examining the incremental predictive power of emotion regulation and basic personality dimensions. J Abnorm Psychol 2016;125:960-75.
130. Zinbarg RE, Mineka S, Bobova L et al. Testing a hierarchical model of neuroticism and its cognitive facets: latent structure and prospective of first onsets of anxiety and unipolar mood disorders during 3 years in late adolescence. Clin Psychol Sci 2016;4:805-24.
131. Naragon-Gainey K, Simms LJ. Three-way interaction of neuroticism, extraversion, and conscientiousness in the internalizing disorders: evidence of disorder specificity in a psychiatric sample. J Res Pers 2017;70:16-26.
132. Vasey MW, Harbaugh C.N, Lonigan CJ et al. Dimensions of temperament and depressive symptoms: replicating a three-way interaction. J Res Pers 2013;47:908-21.
133. Brandes CM, Tackett JL. Contextualizing neuroticism in the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology. J Res Pers 2019;81:238-45.
134. Goldstein BL, Kotov R, Perlman G et al. Trait and facet-level predictors of first-onset depressive and anxiety disorders in a community sample of adolescent girls. Psychol Med 2018;48:1282-90.
135. Jeronimus BF, Kotov R, Riese H et al. Neuroticism's prospective association with mental disorders halves after adjustment for baseline symptoms and psychiatric history, but the adjusted association hardly decays with time: a meta-analysis on 59 longitudinal/prospective studies with 443 313 participants. Psychol Med 2016;46:2883-906.
136. DeYoung CG, Chmielewski M, Clark LA et al. The distinction between symptoms and traits in the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP). J Pers (in press).
137. Ormel J, Jeronimus BF, Kotov R et al. Neuroticism and common mental disorders: meaning and utility of a complex relationship. Clin Psychol Rev 2013;33:686-97.
138. Goldstein BL, Perlman G, Eaton NR et al. Testing explanatory models of the interplay between depression, neuroticism, and stressful life events: a dynamic trait-stress generation approach. Psychol Med 2020;50:2780-9.
139. Howe GW, Cimporescu M, Seltzer R et al. Combining stress exposure and stress generation: does neuroticism alter the dynamic interplay of stress, depression, and anxiety following job loss? J Pers 2017:85:553-64.
140. Hettema JM, Neale MC, Myers JM et al. A population-based twin study of the relationship between neuroticism and internalizing disorders. Am J Psychiatry 2006;163:857-64
141. South SC, Krueger RF. Marital quality moderates genetic and environmental influences on the internalizing spectrum. J Abnorm Psychol 2008;117:82637.
142. Nagel M, Jansen PR, Stringer S et al. Meta-analysis of genome-wide association studies for neuroticism in 449,484 individuals identifies novel genetic loci and pathways. Nat Genet 2018;50:920-7.
143. Silverman MH, Wilson S, Ramsay IS et al. Trait neuroticism and emotion neurocircuitry: fMRI evidence for a failure in emotion regulation. Dev Psychopathol 2019;31:1085-99.
144. Watson D, Pennebaker JW. Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of negative affectivity. Psychol Rev 1989;96:234-54.
145. Watson D, Clark LA, Harkness AR. Structures of personality and their relevance to psychopathology. J Abnorm Psychol 1994;103:18-31.
146. Deary IJ, Scott S, Wilson JA. Neuroticism, alexithymia and medically unexplained symptoms. Pers Indiv Diff 1997;22:551-64.
147. De Gucht V, Fischler B, Heiser W. Neuroticism, negative affect, and positive affect as determinants of medically unexplained symptoms. Pers Indiv Diff 2004;36:1655-67.
148. Menon V, Shanmuganathan B, Thamizh JS et al. Personality traits such as neuroticism and disability predict psychological distress in medically unexplained symptoms: a three-year experience from a single centre. Personal Ment Health 2018;12:145-54.
149. van Dijk SD, Hanssen D, Naarding P et al. Big Five personality traits and medically unexplained symptoms in later life. Eur Psychiatry 2016;38:23-30.
150. Bailey R, Wells A. Is metacognition a causal moderator of the relationship between catastrophic misinterpretation and health anxiety? A prospective study. Behav Res Ther 2016;78:43-50.
151. Cox BJ, Borger SC, Admundson GJ et al. Dimensions of hypochondriasis and the five-factor model of personality. Pers Indiv Diff 2000;29:99-108.
152. Ferguson E. Hypochondriacal concerns and the five factor model of personality. J Pers 2000;68:705-24.
153. Hollifield M, Tuttle L, Paine S et al. Hypochondriasis and somatization related to personality and attitudes toward self. Psychosomatics 1999;40:387-95.
154. Noyes R Jr, Stuart SP, Langbehn DR et al. Test of an interpersonal model of hypochondriasis. Psychosom Med 2003;65:292-300.
155. Noyes R Jr, Stuart S, Longley SL et al. Hypochondriasis and fear of death. J Nerv Ment Dis 2002;190:503-9.
156. Noyes R Jr, Watson DB, Letuchy EM et al. Relationship between hypochondriacal concerns and personality dimensions and traits in a military population. J Nerv Ment Dis 2005;193:110-8.
157. De Gucht V. Stability of neuroticism and alexithymia in somatization. Compr Psychiatry 2003;44:466-71.
158. Duddu V, Isaac MK, Chaturvedi SK. Somatization, somatosensory amplification, attribution styles and illness behaviour: a review. Int Rev Psychiatry 2006;18:25-33.
159. Kushwaha V, Chadda RK, Mehta M. Psychotherapeutic intervention in somatisation disorder: results of a controlled study from India. Psychol Health Med 2013;18:445-50.
160. Sheehan B, Banerjee S. Review: somatization in the elderly. Int J Geriatr Psychiatry 1999;14:1044-9.
161. Longley S, Calamari JE, Noyes R et al. Health anxiety (hypochondriasis): an emotional disorder in an alternative taxonomy. Curr Psychiatry Rev 2014;10:3-13.

162. Cosgrove VE, Rhee SH, Gelhorn HL et al. Structure and etiology of co-occurring internalizing and externalizing disorders in adolescents. J Abnorm Child Psychol 2011;39:109-23.
163. Kendler K, Myers J. The boundaries of the internalizing and externalizing genetic spectra in men and women. Psychol Med 2014;44:647-55.
164. Lahey BB, Van Hulle CA, Singh AL et al. Higher-order genetic and environmental structure of prevalent forms of child and adolescent psychopathology. Arch Gen Psychiatry 2011;68:181-9.
165. Mosing MA, Gordon SD, Medland SE et al. Genetic and environmental influences on the co-morbidity between depression, panic disorder, agoraphobia, and social phobia: a twin study. Depress Anxiety 2009;26:1004-11.
166. Tackett JL, Lahey BB, Van Hulle C et al. Common genetic influences on negative emotionality and a general psychopathology factor in childhood and adolescence. J Abnorm Psychol 2013;122:1142-53.
167. Waldman ID, Poore HE, van Hulle C et al. External validity of a hierarchical dimensional model of child and adolescent psychopathology: tests using confirmatory factor analyses and multivariate behavior genetic analyses. J Abnorm Psychol 2016;125:1053-66.
168. Hettema JM, Prescott CA, Myers JM et al. The structure of genetic and environmental risk factors for anxiety disorders in men and women. Arch Gen Psychiatry 2005;62:182-9.
169. Kendler K, Prescott CA, Myers J et al. The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women. Arch Gen Psychiatry 2003;60:929-37.
170. Waszczuk MA, Zavos HM, Gregory AM et al. The phenotypic and etiological structure of depression and anxiety disorder symptoms in childhood, adolescence and young adulthood. JAMA Psychiatry 2014;71:905-16.
171. Bulik CM, Thornton LM, Root TL et al. Understanding the relation between anorexia nervosa and bulimia nervosa in a Swedish national twin sample. Biol Psychiatry 2010;67:71-7.
172. O'Connor SM, Beam CR, Luo X et al. Genetic and environmental associations between body dissatisfaction, weight preoccupation, and binge eating: evidence for a common factor with differential loadings across symptom type. Int J Eat Disord 2016;50:157-61.
173. Waszczuk MA, Waaktaar T, Eley TC et al. Etiological influences on continuity and co-occurrence of eating disorders symptoms across adolescence and emerging adulthood. Int J Eat Disord 2019;52:554-63.
174. Kendler K, Walters EE, Neale MC et al. The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women: phobia, generalized anxiety disorder, panic disorder, bulimia, major depression, and alcoholism. Arch Gen Psychiatry 1995;52:374-83.
175. Silberg JL, Bulik CM. The developmental association between eating disorders symptoms and symptoms of depression and anxiety in juvenile twin girls. J Child Psychol Psychiatry 2005;46:1317-26.
176. Thornton LM, Welch E, Munn-Chernoff MA et al. Anorexia nervosa, major depression, and suicide attempts: shared genetic factors. Suicide Life Threat Behav 2016;46:525-34.
177. Wade TD, Fairweather-Schmidt AK, Zhu G et al. Does shared genetic risk contribute to the co-occurrence of eating disorders and suicidality? Int J Eat Disord 2015;48:684-91.
178. Cederlöf M, Thornton LM, Baker J et al. Etiological overlap between obsessive-compulsive disorder and anorexia nervosa: a longitudinal cohort, multigenerational family and twin study. World Psychiatry 2015;14:3338.
179. McGuffin P, Rijsdijk F, Andrew M et al. The heritability of bipolar affective disorder and the genetic relationship to unipolar depression. Arch Gen Psychiatry 2003;60:497-502.
180. Smoller JW, Finn CT. Family, twin, and adoption studies of bipolar disorder. Am J Med Genet C Semin Med Genet 2003;123C:48-58.
181. Song J, Bergen SE, Kuja-Halkola R et al. Bipolar disorder and its relation to major psychiatric disorders: a family-based study in the Swedish population. Bipolar Disord 2015;17:184-93.
182. Cardno AG, Owen MJ. Genetic relationships between schizophrenia, bipolar disorder, and schizoaffective disorder. Schizophr Bull 2014;40:504-15.
183. Kläning U, Trumbetta SL, Gottesman II et al. A Danish twin study of schizophrenia liability: investigation from interviewed twins for genetic links to affective psychoses and for cross-cohort comparisons. Behav Genet 2016; 46:193-204.
184. Lichtenstein P, Yip BH, Björk C et al. Common genetic determinants of schizophrenia and bipolar disorder in Swedish families: a population-based study. Lancet 2009;373:234-39.
185. Pettersson E, Larsson H, Lichtenstein P. Common psychiatric disorders share the same genetic origin: a multivariate sibling study of the Swedish population. Mol Psychiatry 2016;21:717-21.
186. Gillespie N, Zhu G, Heath A et al. The genetic aetiology of somatic distress. Psychol Med 2000;30:1051-61.
187. Hansell N, Wright M, Medland S et al. Genetic co-morbidity between neuroticism, anxiety/depression and somatic distress in a population sample of adolescent and young adult twins. Psychol Med 2012;42:1249-60.
188. Kato K, Sullivan PF, Evengård B et al. A population-based twin study of functional somatic syndromes. Psychol Med 2009;39:497-505.
189. Ask H, Waaktaar T, Seglem KB et al. Common etiological sources of anxiety, depression, and somatic complaints in adolescents: a multiple rater twin study. J Abnorm Child Psychol 2016;44:101-14.
190. Ball HA, Siribaddana SH, Sumathipala A al. Genetic and environmental contributions to the overlap between psychological, fatigue and somatic symptoms: a twin study in Sri Lanka. Twin Res Hum Genet 2011;14:53-63.
191. Khan WU, Michelini G, Battaglia M. Twin studies of the covariation of pain with depression and anxiety: a systematic review and re-evaluation of critical needs. Neurosci Biobehav Rev 2020;111:135-48.
192. Wray NR, Lee SH, Mehta D et al. Research review: polygenic methods and their application to psychiatric traits. J Child Psychol Psychiatry 2014;55:106887.
193. Howard DM, Adams MJ, Clarke T-K et al. Genome-wide meta-analysis of depression identifies 102 independent variants and highlights the importance of the prefrontal brain regions. Nature Neurosci 2019;22:343.
194. Levey DF, Gelernter J, Polimanti R et al. Reproducible genetic risk loci for anxiety: results from 200,000 participants in the Million Veteran Program. Am J Psychiatry 2020;177:223-32.
195. Stein MB, Levey DF, Cheng Z et al. Genomic characterization of posttraumatic stress disorder in a large US military veteran sample. bioRxiv 2019;764001.
196. Ward J, Lyall LM, Bethlehem RA et al. Novel genome-wide associations for anhedonia, genetic correlation with psychiatric disorders, and polygenic association with brain structure. Transl Psychiatry 2019;9:1-9.
197. Lee PH, Anttila V, Won H et al. Genomic relationships, novel loci, and pleiotropic mechanisms across eight psychiatric disorders. Cell 2019;179:1469-82. e11.
198. Waldman ID, Poore HE, Luningham JM et al. Testing structural models of psychopathology at the genomic level. World Psychiatry 2020;19:350-9.
199. Levey DF, Stein MB, Wendt FR et al. GWAS of depression phenotypes in the Million Veteran Program and meta-analysis in more than 1.2 million participants yields 178 independent risk loci. medRxiv 2020; 20100685.
200. Watson HJ, Yilmaz, Z, Thornton LM et al. Genome-wide association study identifies eight risk loci and implicates metabo-psychiatric origins for anorexia nervosa. Nat Genet 2019;51:1207-14.
201. Stahl EA, Breen G, Forstner AJ et al. Genome-wide association study identifies 30 loci associated with bipolar disorder. Nat Genet 2019;51:793-803.
202. Coombes B, Markota M, Mann J et al. Dissecting clinical heterogeneity of bipolar disorder using multiple polygenic risk scores. Transl Psychiatry 2020; 10:314.
203. Morneau-Vaillancourt G, Coleman JR, Purves KL et al. The genetic and environmental hierarchical structure of anxiety and depression in the UK Biobank. Depress Anxiety 2020;37:512-20.
204. Thorp JG, Campos AI, Grotzinger AD et al. Symptom-level genetic modelling identifies novel risk loci and unravels the shared genetic architecture of anxiety and depression. medRxiv 2020; 20057653.
205. Hill WD, Weiss A, Liewald DC et al. Genetic contributions to two special factors of neuroticism are associated with affluence, higher intelligence, better health, and longer life. Mol Psychiatry 2020; 25:3034-52.
206. Nagel M, Watanabe K, Stringer S et al. Item-level analyses reveal genetic heterogeneity in neuroticism. Nat Commun 2018;9:905.
207. Johnston KJ, Adams MJ, Nicholl BI et al. Genome-wide association study of multisite chronic pain in UK Biobank. PLoS Genet 2019;15:e1008164.

208. Leppert B, Millard LA, Riglin L et al. A cross-disorder PRS-pheWAS of 5 major psychiatric disorders in UK Biobank. PLoS Genet 2020;16:e1008185.
209. O'Sullivan JW, Ioannidis J. Reproducibility in the UK Biobank of genomewide significant signals discovered in earlier genome-wide association studies. medRxiv 2020;20139576.
210. Okbay A, Baselmans BM, De Neve J-E et al. Genetic variants associated with subjective well-being, depressive symptoms, and neuroticism identified through genome-wide analyses. Nat Genet 2016; 48:624-33.
211. Otowa T, Hek K, Lee M et al. Meta-analysis of genome-wide association studies of anxiety disorders. Mol Psychiatry 2016;21:1391-9.
212. Kendler K, Myers JM, Maes HH et al. The relationship between the genetic and environmental influences on common internalizing psychiatric disorders and mental well-being. Behav Genet 2011;41:641-50.
213. Abbott CS, Forbes MK, Anker JJ. Association of childhood adversity with differential susceptibility of transdiagnostic psychopathology to environmental stress in adulthood. JAMA Network Open 2018;1:e185354.
214. Conway CC, Hammen C, Brennan PA. Expanding stress generation theory: test of a transdiagnostic model. J Abnorm Psychol 2012;121:754-66.
215. Conway CC, Raposa EB, Hammen C et al. Transdiagnostic pathways from early social stress to psychopathology: a 20-year prospective study. J Child Psychol Psychiatry 2018;59:855-62.
216. Vachon DD, Krueger RF, Rogosch FA et al. Assessment of the harmful psychiatric and behavioral effects of different forms of child maltreatment. JAMA Psychiatry 2015;72:1135-42.
217. Forbes MK, Magson NR, Rapee RM. Evidence that different types of peer victimization have equivalent associations with transdiagnostic psychopathology in adolescence. J Youth Adolesc 2020;49:590-604.
218. Snyder HR, Young JF, Hankin BL. Strong homotypic continuity in common psychopathology-, internalizing-, and externalizing-specific factors over time in adolescents. Clin Psychol Sci 2017;5:98-110.
219. Jenness JL, Peverill M, King KM et al. Dynamic associations between stress ful life events and adolescent internalizing psychopathology in a multiwave longitudinal study. J Abnorm Psychol 2019;128:596-609.
220. Rodriguez-Seijas C, Stohl M, Hasin DS et al. Transdiagnostic factors and mediation of the relationship between perceived racial discrimination and mental disorders. JAMA Psychiatry 2015;72:706-13.
221. Witthöft M, Hiller W. Psychological approaches to origins and treatments of somatoform disorders. Annu Rev Clin Psychol 2010;6:257-83.
222. Joormann J, Gotlib IH. Emotion regulation in depression: relation to cognitive inhibition. Cogn Emot 2010;24:281-98.
223. Knight MJ, Baune BT. Cognitive dysfunction in major depressive disorder. Curr Opin Psychiatry 2018;31:26-31.
224. MacQueen GM, Memedovich KA. Cognitive dysfunction in major depression and bipolar disorder: assessment and treatment options. Psychiatry Clin Neurosci 2017;71:18-27.
225. Scult MA, Paulli AR, Mazure ES et al. The association between cognitive function and subsequent depression: a systematic review and meta-analysis. Psychol Med 2017;47:1-17.
226. Snyder HR. Major depressive disorder is associated with broad impairments on neuropsychological measures of executive function: a meta-analysis and review. Psychol Bull 2013;139:81-132.
227. Malarbi S, Abu-Rayya HM, Muscara F et al. Neuropsychological functioning of childhood trauma and post-traumatic stress disorder: a meta-analysis. Neurosci Biobehav Rev 2017;72:68-86.
228. Schuitevoerder S, Rosen JW, Twamley EW et al. A meta-analysis of cognitive functioning in older adults with PTSD. J Anxiety Disord 2013;27:550-8.
229. Buckley TC, Blanchard EB, Neill WT. Information processing and PTSD: a review of the empirical literature. Clin Psychol Rev 2000;20:1041-65.
230. Hayes JP, VanElzakker MB, Shin LM. Emotion and cognition interactions in PTSD: a review of neurocognitive and neuroimaging studies. Front Integr Neurosci 2012;6:89.
231. Nawijn L, van Zuiden M, Frijling JL et al. Reward functioning in PTSD: a systematic review exploring the mechanisms underlying anhedonia. Neurosci Biobehav Rev 2015;51:189-204.
232. Alves MR, Pereira VM, Machado S et al. Cognitive functions in patients with panic disorder: a literature review. Braz J Psychiatry 2013;35:193-200.
233. Cremers HR, Roelofs K. Social anxiety disorder: a critical overview of neurocognitive research. Wiley Interdiscip Rev Cogn Sci 2016;7:218-32.
234. Eysenck MW, Derakshan N. New perspectives in attentional control theory. Pers Individ Diff 2011;50:955-90.
235. Muller J, Roberts JE. Memory and attention in obsessive-compulsive disorder: a review. J Anxiety Disord 2005;19:1-28.
236. O'Sullivan K, Newman EF. Neuropsychological impairments in panic disorder: a systematic review. J Affect Disord 2014;167:268-84.
237. Benzina N, Mallet L, Burguière E et al. Cognitive dysfunction in obsessivecompulsive disorder. Curr Psychiatry Rep 2016;18:80.
238. Gruner P, Pittenger C. Cognitive inflexibility in obsessive-compulsive disorder. Neuroscience 2017;345:243-55.
239. Hezel DM, McNally RJ. A theoretical review of cognitive biases and deficits in obsessive-compulsive disorder. Biol Psychol 2016;121:221-32.
240. Plana I, Lavoie MA, Battaglia M et al. A meta-analysis and scoping review of social cognition performance in social phobia, posttraumatic stress disorder and other anxiety disorders. J Anxiety Disord 2014;28:169-77.
241. Kanakam N, Treasure J. A review of cognitive neuropsychiatry in the taxonomy of eating disorders: state, trait, or genetic? Cogn Neuropsychiatry 2013; 18:83-114.
242. Kittel R, Brauhardt A, Hilbert A. Cognitive and emotional functioning in binge-eating disorder: a systematic review. Int J Eat Disord 2015;48:535-54.
243. Roberts ME, Tchanturia K, Stahl D et al. A systematic review and metaanalysis of set-shifting ability in eating disorders. Psychol Med 2007;37:107584.
244. Lena SM, Fiocco AJ, Leyenaar JK. The role of cognitive deficits in the development of eating disorders. Neuropsychol Rev 2004;14:99-113.
245. Lopez C, Tchanturia K, Stahl D et al. Central coherence in eating disorders: a systematic review. Psychol Med 2008;38:1393-404.
246. Fisher TD, Davis CM, Yarber WL (eds). Handbook of sexuality-related measures. New York: Routledge, 2013.
247. Peixoto MM, Nobre P. Cognitive schemas activated in sexual context: a comparative study with homosexual and heterosexual men and women, with and without sexual problems. Cogn Ther Res 2015;39:390-402.
248. Becker SP, Langberg JM, Luebbe AM et al. Sluggish cognitive tempo is associated with academic functioning and internalizing symptoms in college students with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. J Clin Psychol 2014;70:388-403.
249. Jacobson LA, Geist M, Mahone EM. Sluggish cognitive tempo, processing speed, and internalizing symptoms: the moderating effect of age. J Abnorm Child Psychol 2018;46:127-35.
250. Bloemen AJ, Oldehinkel AJ, Laceulle OM et al. The association between executive functioning and psychopathology: general or specific? Psychol Med 2018;48:1787-94.
251. Bora E, Pantelis C. Meta-analyses of cognitive impairment in first-episode bipolar disorder: comparisons with first-episode schizophrenia and healthy controls. Schizophr Bull 2015;41:1095-104.
252. Rock PL, Roiser JP, Riedel WJ et al. Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis. Psychol Med 2014;44:2029-40.
253. Solé B, Martínez-Arán A, Torrent C et al. Are bipolar II patients cognitively impaired? A systematic review. Psychol Med 2011;41:1791-803.
254. Alloy LB, Olino T, Freed RD et al. Role of reward sensitivity and processing in major depressive and bipolar spectrum disorders. Behav Ther 2016;47:600-21.
255. Johnson SL, Edge MD, Holmes MK et al. The behavior activation system and mania. Annu Rev Clin Psychol 2012;8:243-67.
256. de Vroege L, Timmermans A, Kop WJ et al. Neurocognitive dysfunctioning and the impact of comorbid depression and anxiety in patients with somatic symptom and related disorders: a cross-sectional clinical study. Psychol Med 2018;48:1803-13.
257. Lim SL, Kim JH. Cognitive processing of emotional information in depression, panic, and somatoform disorder. J Abnorm Psychol 2005;114:50-61.
258. Amad A, Radua J, Vaiva G et al. Similarities between borderline personality disorder and post traumatic stress disorder: evidence from resting-state meta-analysis. Neurosci Biobehav Rev 2019;105:52-9.
259. Schmaal L, Hibar DP, Sämann PG et al. Cortical abnormalities in adults and adolescents with major depression based on brain scans

from 20 cohorts worldwide in the ENIGMA Major Depressive Disorder Working Group. Mol Psychiatry 2017;22:900-9.
260. Stevens JS, Jovanovic T. Role of social cognition in post-traumatic stress disorder: a review and meta-analysis. Genes Brain Behav 2019;18:e12518.
261. Tang S, Lu L, Zhang L et al. Abnormal amygdala resting-state functional connectivity in adults and adolescents with major depressive disorder: a comparative meta-analysis. EBioMedicine 2018;36:436-45.
262. Siehl S, King JA, Burgess N et al. Structural white matter changes in adults and children with posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. Neuroimage Clin 2018;19:581-98.
263. Bromis K, Calem M. Reinders AA et al. Meta-analysis of 89 structural MRI studies in posttraumatic stress disorder and comparison with major depressive disorder. Am J Psychiatry 2018;175:989-98.
264. Jiang J, Zhao Y-J, Hu X-Y et al. Microstructural brain abnormalities in medication-free patients with major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis of diffusion tensor imaging. J Psychiatry Neurosci 2017;42:150-63.
265. Madonna D, Delvecchio G, Soares JC et al. Structural and functional neuroimaging studies in generalized anxiety disorder: a systematic review. Braz J Psychiatry 2019;41:336-62.
266. Binelli C, Subirà S, Batalla A et al. Common and distinct neural correlates of facial emotion processing in social anxiety disorder and Williams syndrome: a systematic review and voxel-based meta-analysis of functional resonance imaging studies. Neuropsychologia 2014;64:205-17.
267. Doruyter AG, Dupont P, Stein DJ et al. Nuclear neuroimaging in social anxiety disorder: a review. J Nucl Med 2018;59:1794-800.
268. Duval ER, Javanbakht A, Liberzon I. Neural circuits in anxiety and stress disorders: a focused review. Ther Clin Risk Manag 2015;11:115-26.
269. Frydman I, de Salles Andrade JB, Vigne P et al. Can neuroimaging provide reliable biomarkers for obsessive-compulsive disorder? A narrative review. Curr Psychiatry Rep 2016;18:90.
270. Gentili C, Benvenuti SM, Lettieri G et al. ROI and phobias: the effect of ROI approach on an ALE meta-analysis of specific phobias. Hum Brain Mapp 2019;40:1814-28.
271. Parmar A, Sarkar S. Neuroimaging studies in obsessive compulsive disorder: a narrative review. Indian J Psychol Med 2016;38:386-94.
272. Thorsen AL, Hagland P, Radua J et al. Emotional processing in obsessivecompulsive disorder: a systematic review and meta-analysis of 25 functional neuroimaging studies. Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging 2018;3:563-71.
273. Gürsel DA, Avram M, Sorg C et al. Frontoparietal areas link impairments of large-scale intrinsic brain networks with aberrant fronto-striatal interactions in OCD: a meta-analysis of resting-state functional connectivity. Neurosci Biobehav Rev 2018;87:151-60.
274. Kim YK, Yoon HK. Common and distinct brain networks underlying panic and social anxiety disorders. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2018;80:115-22.
275. Bas-Hoogendam JM, van Steenbergen H, Tissier RL et al. Subcortical brain volumes, cortical thickness and cortical surface area in families genetically enriched for social anxiety disorder – A multiplex multigenerational neuroimaging study. EBioMedicine 2018;36:410-28.
276. Berner LA, Winter SR, Matheson BE et al. Behind binge eating: a review of food-specific adaptations of neurocognitive and neuroimaging tasks. Physiol Behav 2017;176:59-70.
277. Donnelly B, Touyz S, Hay P et al. Neuroimaging in bulimia nervosa and binge eating disorder: a systematic review. J Eat Disord 2018;6:3.
278. Frank GKW. Neuroimaging and eating disorders. Curr Opin Psychiatry 2019; 32:478-83.
279. McClelland J, Dalton B, Kekic M et al. A systematic review of temporal discounting in eating disorders and obesity: behavioural and neuroimaging findings. Neurosci Biobehav Rev 2016;71:506-28.
280. Berner LA, Brown TA, Lavender JM et al. Neuroendocrinology of reward in anorexia nervosa and bulimia nervosa: beyond leptin and ghrelin. Mol Cell Endocrinol 2019;497:110320.
281. Frank GK. Advances from neuroimaging studies in eating disorders. CNS Spectr 2015;20:391-400.
282. Mitelman SA. Transdiagnostic neuroimaging in psychiatry: a review. Psychiatry Res 2019;277:23-38.
283. Steward T, Menchon JM, Jiménez-Murcia S et al. Neural network alterations across eating disorders: a narrative review of fMRI studies. Curr Neuropharmacol 2018;16:1150-63.
284. Cacioppo S. Neuroimaging of female sexual desire and hypoactive sexual desire disorder. Sex Med Rev 2017;5:434-44.
285. Poeppl TB, Langguth B, Laird AR et al. Meta-analytic evidence for neural dysactivity underlying sexual dysfunction. J Sex Med 2019;16:614-7.
286. Chen CH, Suckling J, Lennox BR et al. A quantitative meta-analysis of fMRI studies in bipolar disorder. Bipolar Disord 2011;13:1-15.
287. Duarte JA, de Araújo e Silva JQ, Goldani AA et al. Neurobiological underpinnings of bipolar disorder focusing on findings of diffusion tensor imaging: a systematic review. Braz J Psychiatry 2016;38:167-75.
288. Toma S, MacIntosh BJ, Swardfager W et al. Cerebral blood flow in bipolar disorder: a systematic review. J Affect Disord 2018;241:505-13.
289. Wise T, Radua J, Nortje G et al. Voxel-based meta-analytical evidence of structural disconnectivity in major depression and bipolar disorder. Biol Psychiatry 2016;79:293-302.
290. Boeckle M, Schrimpf M, Liegl G et al. Neural correlates of somatoform disorders from a meta-analytic perspective on neuroimaging studies. Neuroimage Clin 2016;11:606-13.
291. Allen JJ, Coan JA, Nazarian M. Issues and assumptions on the road from raw signals to metrics of frontal EEG asymmetry in emotion. Biol Psychol 2004;67:183-218.
292. Coan JA, Allen JJ. Frontal EEG asymmetry as a moderator and mediator of emotion. Biol Psychol 2004;67:7-49.
293. Davidson RJ. Affective style and affective disorders: perspectives from affective neuroscience. Cogn Emot 1998;12:307-30.
294. Thibodeau R, Jorgensen RS, Kim S. Depression, anxiety, and resting frontal EEG asymmetry: a meta-analytic review. J Abnorm Psychol 2006;115:715-29.
295. van der Vinne N, Vollebregt MA, van Putten MJ et al. Frontal alpha asymmetry as a diagnostic marker in depression: fact or fiction? A meta-analysis. Neuroimage Clin 2017;16:79-87.
296. Feldmann L, Piechaczek CE, Grünewald BD et al. Resting frontal EEG asymmetry in adolescents with major depression: impact of disease state and comorbid anxiety disorder. Clin Neurophysiol 2018;129:2577-85.
297. Grünewald BD, Greimel E, Trinkl M et al. Resting frontal EEG asymmetry patterns in adolescents with and without major depression. Biol Psychol 2018;132:212-6.
298. Kemp AH, Griffiths K, Felmingham KL et al. Disorder specificity despite comorbidity: resting EEG alpha asymmetry in major depressive disorder and post-traumatic stress disorder. Biol Psychol 2010;85:350-4.
299. Shankman SA, Nelson BD, Sarapas C et al. A psychophysiological investigation of threat and reward sensitivity in individuals with panic disorder and/ or major depressive disorder. J Abnorm Psychol 2013;122:322-38.
300. Stewart JL, Bismark AW, Towers DN et al. Resting frontal EEG asymmetry as an endophenotype for depression risk: sex-specific patterns of frontal brain asymmetry. J Abnorm Psychol 2010;119:502-12.
301. Stewart JL, Coan JA, Towers DN et al. Frontal EEG asymmetry during emotional challenge differentiates individuals with and without lifetime major depressive disorder. J Affect Disord 2011;129:167-74.
302. Stewart JL, Coan JA, Towers DN et al. Resting and task-elicited prefrontal EEG alpha asymmetry in depression: support for the capability model. Psy chophysiology 2014;51:446-55.
303. Wiedemann G, Pauli P, Dengler W et al. Frontal brain asymmetry as a biological substrate of emotions in patients with panic disorders. Arch Gen Psychiatry 1999;56:78-84.
304. Ischebeck M, Endrass T, Simon D et al. Altered frontal EEG asymmetry in obsessive-compulsive disorder. Psychophysiology 2014;51:596-601.
305. Nusslock R, Harmon-Jones E, Alloy LB et al. Elevated left mid-frontal cortical activity prospectively predicts conversion to bipolar I disorder. J Abnorm Psychol 2012;121:592-601.
306. Proudfit GH. The reward positivity: from basic research on reward to a biomarker for depression. Psychophysiology 2015;52:449-59.
307. Keren H, O'Callaghan G, Vidal-Ribas P et al. Reward processing in depression: a conceptual and meta-analytic review across fMRI and EEG studies. Am J Psychiatry 2018;175:1111-20.
308. Moran TP, Schroder HS, Kneip C et al. Meta-analysis and psychophysiology: a tutorial using depression and action-monitoring event-related potentials. Int J Psychophysiol 2017;111:17-32.

309. Bress JN, Meyer A, Hajcak G. Differentiating anxiety and depression in children and adolescents: evidence from event-related brain potentials. J Clin Child Adolesc Psychol 2015;44:238-49.
310. Bress JN, Smith E, Foti D et al. Neural response to reward and depressive symptoms in late childhood to early adolescence. Biol Psychol 2012;89:15662.
311. Brush CJ, Ehmann PJ, Hajcak G et al. Using multilevel modeling to examine blunted neural responses to reward in major depression. Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging 2018;3:1032-9.
312. Burkhouse KL, Gorka SM, Afshar K et al. Neural reactivity to reward and internalizing symptom dimensions. J Affect Disord 2017;217:73-9.
313. Foti D, Carlson JM, Sauder CL et al. Reward dysfunction in major depression: multimodal neuroimaging evidence for refining the melancholic phenotype. NeuroImage 2014;101:50-8.
314. Foti D, Hajcak G. Depression and reduced sensitivity to non-rewards versus rewards: evidence from event-related potentials. Biol Psychol 2009;81:18.
315. Liu WH, Wang LZ, Shang HR et al. The influence of anhedonia on feedback negativity in major depressive disorder. Neuropsychologia 2014;53:213-20.
316. Whitton AE, Kakani P, Foti D et al. Blunted neural responses to reward in remitted major depression: a high-density event-related potential study. Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging 2016;1:87-95.
317. Kessel EM, Kujawa A, Proudfit GH et al. Neural reactivity to monetary rewards and losses differentiates social from generalized anxiety in children. J Child Psychol Psychiatry 2014;56:792-800.
318. Foti D, Kotov R, Klein DN et al. Abnormal neural sensitivity to monetary gains versus losses among adolescents at risk for depression. J Abnorm Child Psychol 2011;39:913-24.
319. Kujawa A, Proudfit GH, Klein DN. Neural reactivity to rewards and losses in offspring of mothers and fathers with histories of depressive and anxiety disorders. J Abnorm Psychol 2014;123:287-97.
320. Bress JN, Foti D, Kotov R et al. Blunted neural response to rewards prospectively predicts depression in adolescent girls. Psychophysiology 2013;50:7481.
321. Nelson BD, Perlman G, Klein DN et al. Blunted neural response to rewards as a prospective predictor of the development of depression in adolescent girls. Am J Psychiatry 2016;173:1223-30.
322. Weinberg A, Meyer A, Hale-Rude E et al. Error-related negativity (ERN) and sustained threat: conceptual framework and empirical evaluation in an adolescent sample. Psychophysiology 2016;53:372-85.
323. Moser JS, Moran TP, Schroder HS et al. On the relationship between anxiety and error monitoring: a meta-analysis and conceptual framework. Front Hum Neurosci 2013;7:466.
324. Barker TV, Troller-Renfree S, Pine DS et al. Individual differences in social anxiety affect the salience of errors in social contexts. Cogn Affect Behav Neurosci 2015;15:723-35.
325. Carrasco M, Harbin SM, Nienhuis JK et al. Increased error-related brain activity in youth with obsessive-compulsive disorder and unaffected siblings. Depress Anxiety 2013;30:39-46.
326. Endrass T, Riesel A, Kathmann N et al. Performance monitoring in obsessivecompulsive disorder and social anxiety disorder. J Abnorm Psychol 2014; 123:705-14.
327. Harrewijn A, Schmidt LA, Westenberg PM et al. Electrocortical measures of information processing biases in social anxiety disorder: a review. Biol Psychol 2017;129:324-48.
328. Weinberg A, Klein DN, Hajcak G. Increased error-related brain activity dis tinguishes generalized anxiety disorder with and without comorbid major depressive disorder. J Abnorm Psychol 2012;121:885-96.
329. Weinberg A, Olvet DM, Hajcak G. Increased error-related brain activity in generalized anxiety disorder. Biol Psychol 2010;85:472-80.
330. Xiao Z, Wang J, Zhang M et al. Error-related negativity abnormalities in generalized anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2011;35:265-72.
331. Riesel A, Endrass T, Kaufmann C et al. Overactive error-related brain activity as a candidate endophenotype for obsessive-compulsive disorder: evidence from unaffected first-degree relatives. Am J Psychiatry 2011;168:317-24.
332. Riesel A, Klawohn J, Grützmann R et al. Error-related brain activity as a transdiagnostic endophenotype for obsessive-compulsive disorder, anxiety and substance use disorder. Psychol Med 2019;49:1207-17.
333. Meyer A, Hajcak G, Torpey-Newman DC et al. Enhanced error-related brain activity in children predicts the onset of anxiety disorders between the ages of 6 and 9. J Abnorm Psychol 2015;124:266-74.
334. Meyer A, Nelson B, Perlman G et al. A neural biomarker, the error-related negativity, predicts the first onset of generalized anxiety disorder in a large sample of adolescent females. J Child Psychol Psychiatry 2018;59:1162-70.
335. Riesel A, Goldhahn S, Kathmann N. Hyperactive performance monitoring as a transdiagnostic marker: results from health anxiety in comparison to obsessive-compulsive disorder. Neuropsychologia 2017;96:1-8.
336. Berryman C, Wise V, Stanton TR et al. A case-matched study of neurophysiological correlates to attention/working memory in people with somatic hypervigilance. J Clin Exp Neuropsychol 2017;39:84-99.
337. Kemp AH, Pe Benito L, Quintana DS et al. Impact of depression heterogeneity on attention: an auditory oddball event related potential study. J Affect Disord 2010;123:202-7.
338. Morsel AM, Morrens M, Dhar M et al. Systematic review of cognitive event related potentials in euthymic bipolar disorder. Clin Neurophysiol 2018; 129:1854-65.
339. Nan C, Wang G, Wang H et al. The P300 component decreases in a bimodal oddball task in individuals with depression: an event-related potentials study. Clin Neurophysiol 2018;129:2525-33.
340. Yu Y, Jiang C, Xu H et al. Impaired cognitive control of emotional conflict in trait anxiety: a preliminary study based on clinical and nonclinical individuals. Front Psychiatry 2018;9:120.
341. Yue L, Tang Y, Kang Q et al. Deficits in response inhibition on varied levels of demand load in anorexia nervosa: an event-related potentials study. Eat Weight Disord 2020;25:231-40.
342. Bernat EM, Ellis JS, Bachman MD et al. P3 amplitude reductions are associated with shared variance between internalizing and externalizing psychopathology. Psychophysiology 2020;57:e13618.
343. Chami R, Cardi V, Lautarescu A et al. Neural responses to food stimuli among individuals with eating and weight disorders: a systematic review of eventrelated potentials. Int Rev Psychiatry 2019;31:318-31.
344. Harrewijn A, van der Molen MJ, van Vliet IM et al. Behavioral and EEG responses to social evaluation: a two-generation family study on social anxiety. Neuroimage Clin 2018;17:549-62.
345. Javanbakht A, Liberzon I, Amirsadri A et al. Event-related potential studies of post-traumatic stress disorder: a critical review and synthesis. Biol Mood Anxiety Disord 2011;1:5.
346. Lobo I, Portugal LC, Figueira I et al. EEG correlates of the severity of posttraumatic stress symptoms: a systematic review of the dimensional PTSD literature. J Affect Disord 2015;183:210-20.
347. Hill KE, South SC, Egan RP et al. Abnormal emotional reactivity in depression: contrasting theoretical models using neurophysiological data. Biol Psychol 2019;141:35-43.
348. Klawohn J, Santopetro NJ, Meyer A et al. Reduced P300 in depression: evidence from a flanker task and impact on ERN, CRN, and Pe. Psychophysiology 2020;57:e13520.
349. Nelson BD, Perlman G, Hajcak G et al. Familial risk for distress and fear disorders and emotional reactivity in adolescence: an event-related potential investigation. Psychol Med 2015;45:2545-56.
350. Weinberg A, Hajcak G. Electrocortical evidence for vigilance-avoidance in generalized anxiety disorder. Psychophysiology 2011;48:842-51.
351. Whalen DJ, Gilbert KE, Kelly D et al. Preschool-onset major depressive disorder is characterized by electrocortical deficits in processing pleasant emotional pictures. J Abnorm Child Psychol 2020;48:91-108.
352. Michalowski JM, Melzig CA, Weike AI et al. Brain dynamics in spider-phobic individuals exposed to phobia-relevant and other emotional stimuli. Emotion 2009;9:306-15.
353. Miltner WH, Trippe RH, Krieschel S et al. Event-related brain potentials and affective responses to threat in spider/snake-phobic and nonphobic subjects. Int J Psychophysiol 2005;57:43-52.
354. Moser JS, Huppert JD, Duval E et al. Face processing biases in social anxiety: an electrophysiological study. Biol Psychol 2008;78:93-103.
355. Pauli P, Dengler W, Wiedemann G et al. Behavioral and neurophysiological evidence for altered processing of anxiety-related words in panic disorder. J Abnorm Psychol 1997;106:213-20.
356. Brandys MK, Kas MJ, van Elburg AA et al. A meta-analysis of circulating BDNF concentrations in anorexia nervosa. World J Biol Psychiatry 2011;12:444-54.
357. Brunoni AR, Lopes M, Fregni F. A systematic review and meta-analysis of clinical studies on major depression and BDNF levels: implications for the role of neuroplasticity in depression. Int J Neuropsychopharmacol 2008;11:1169-80.

358. Fernandes BS, Molendijk ML, Köhler CA et al. Peripheral brain-derived neurotrophic factor (BDNF) as a biomarker in bipolar disorder: a meta-analysis of 52 studies. BMC Med 2015;13:289.
359. Monteleone P, Maj M. Dysfunctions of leptin, ghrelin, BDNF and endocannabinoids in eating disorders: beyond the homeostatic control of food intake. Psychoneuroendocrinology 2013;38:312-30.
360. Munkholm K, Vinberg M, Kessing LV. Peripheral blood brain-derived neurotrophic factor in bipolar disorder: a comprehensive systematic review and meta-analysis. Mol Psychiatry 2016;21:216-28.
361. Salas-Magaña M, Tovilla-Zárate CA, González-Castro TB et al. Decrease in brain-derived neurotrophic factor at plasma level but not in serum concentrations in suicide behavior: a systematic review and meta-analysis. Brain Behav 2017;7:e00706.
362. Blake MJ, Trinder JA, Allen NB. Mechanisms underlying the association between insomnia, anxiety, and depression in adolescence: implications for behavioral sleep interventions. Clin Psychol Rev 2018;63:25-40.
363. Dietrich A, Ormel J, Buitelaar JK et al. Cortisol in the morning and dimensions of anxiety, depression, and aggression in children from a general population and clinic-referred cohort: an integrated analysis. The TRAILS study. Psychoneuroendocrinology 2013;38:1281-98.
364. Juruena MF, Eror F, Cleare AJ et al. The role of early life stress in HPA axis and anxiety. In: Kim Y-K (ed). Anxiety disorders: rethinking and understanding new discoveries. New York: Springer, 2020:141-53.
365. Vreeburg SA, Hoogendijk WJ, van Pelt J et al. Major depressive disorder and hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity: results from a large cohort study. Arch Gen Psychiatry 2009;66:617-26.
366. Furtado M, Katzman MA. Neuroinflammatory pathways in anxiety, posttraumatic stress, and obsessive compulsive disorders. Psychiatry Res 2015; 229:37-48.
367. Gerber M, Endes K, Brand S et al. In 6-to 8-year-old children, hair cortisol is associated with body mass index and somatic complaints, but not with stress, health-related quality of life, blood pressure, retinal vessel diameters, and cardiorespiratory fitness. Psychoneuroendocrinology 2017;76:1-10.
368. Powell DJ, Liossi C, Moss-Morris R et al. Unstimulated cortisol secretory activity in everyday life and its relationship with fatigue and chronic fatigue syndrome: a systematic review and subset meta-analysis. Psychoneuroendocrinology 2013:38:2405-22.
369. Zorn JV, Schür RR, Boks MP et al. Cortisol stress reactivity across psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. Psychoneuroendocrinology 2017;77:25-36.
370. Pan X, Wang Z, Wu X et al. Salivary cortisol in post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry 2018;18:324.
371. Monteleone AM, Treasure J, Kan C et al. Reactivity to interpersonal stress in patients with eating disorders: a systematic review and meta-analysis of studies using an experimental paradigm. Neurosci Biobehav Rev 2018;87:133-50.
372. Naish KR, Laliberte M, MacKillop J et al. Systematic review of the effects of acute stress in binge eating disorder. Eur J Neurosci 2019;50:2415-29.
373. Goldsmith DR, Rapaport MH, Miller BJ. A meta-analysis of blood cytokine network alterations in psychiatric patients: comparisons between schizophrenia, bipolar disorder and depression. Mol Psychiatry 2016;21:1696-709.
374. Haapakoski R, Mathieu J, Ebmeier KP et al. Cumulative meta-analysis of interleukins 6 and 1β, tumour necrosis factor α and C-reactive protein in patients with major depressive disorder. Brain Behav Immun 2015;49:206-15.
375. Köhler CA, Freitas TH, Maes M et al. Peripheral cytokine and chemokine alterations in depression: a meta-analysis of 82 studies. Acta Psychiatr Scand 2017;155:373-87.
376. Osimo EF, Baxter LJ, Lewis G et al. Prevalence of low-grade inflammation in depression: a systematic review and meta-analysis of CRP levels. Psychol Med 2019;49:1958-70.
377. Passos IC, Vasconcelos-Moreno MP, Costa LG et al. Inflammatory markers in post-traumatic stress disorder: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. Lancet Psychiatry 2015;2:1002-12.
378. Renna ME, O'Toole MS, Spaeth PE et al. The association between anxiety, traumatic stress, and obsessive-compulsive disorders and chronic inflammation: a systematic review and meta-analysis. Depress Anxiety 2018;35:1081-94.
379. Dalton B, Bartholdy S, Robinson L et al. A meta-analysis of cytokine concentrations in eating disorders. J Psychiatr Res 2018;103:252-64.
380. Jokela M, Virtanen M, Batty GD et al. Inflammation and specific symptoms of depression. JAMA Psychiatry 2016;73:87-8.
381. Miller AH. Beyond depression: the expanding role of inflammation in psychiatric disorders. World Psychiatry 2020;19:108.
382. Cryan JF, O'Riordan KJ, Cowan CS et al. The microbiota-gut-brain axis. Physiol Rev 2019;99:1877-2013.
383. Van Ameringen M, Turna J, Patterson B et al. The gut microbiome in psychiatry: a primer for clinicians. Depress Anxiety 2019;36:1004-25.
384. Jiang H, Ling Z, Zhang Y et al. Altered fecal microbiota composition in patients with major depressive disorder. Brain Behav Immun 2015;48:186-94.
385. Evans SJ, Bassis CM, Hein R et al. The gut microbiome composition associates with bipolar disorder and illness severity. J Psychiatr Res 2017;87:23-9.
386. Jiang H-Y, Zhang X, Z-H Yu et al. Altered gut microbiota profile in patients with generalized anxiety disorder. J Psychiatr Res 2018;104:130-6.
387. Pittayanon R, Lau JT, Yuan Y et al. Gut microbiota in patients with irritable bowel syndrome – a systematic review. Gastroenterology 2019;157:97-108.
388. Pinto JV, Moulin TC, Amaral OB. On the transdiagnostic nature of peripheral biomarkers in major psychiatric disorders: a systematic review. Neurosci Biobehav Rev 2017;83:97-108.
389. Clark LA. Temperament as a unifying basis for personality and psychopathology. J Abnorm Psychol 2005;114:505-21.
390. Mervielde I, De Clercq B, De Fruyt F et al. Temperament, personality, and developmental psychopathology as childhood antecedents of personality disorders. J Pers Disord 2005;19:171-201.
391. Tackett JL, Balsis S, Oltmanns TF et al. A unifying perspective on personality pathology across the life span: developmental considerations for the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Dev Psychopathol 2009;21:687-713.
392. Widiger TA, De Clercq B, De Fruyt F. Childhood antecedents of personality disorder: an alternative perspective. Dev Psychopathol 2009;21:771-91.
393. Letcher P, Smart D, Sanson A et al. Psychosocial precursors and correlates of differing internalizing trajectories from 3 to 15 years. Soc Dev 2009;18:61846.
394. Brown M, Hochman A, Micali N. Emotional instability as a trait risk factor for eating disorder behaviors in adolescents: sex differences in a large-scale prospective study. Psychol Med 2019;50:1783-94.
395. Lilenfeld LR, Wonderlich S, Riso LP et al. Eating disorders and personality: a methodological and empirical review. Clin Psychol Rev 2006;26;299-320.
396. Steiner H, Kwan W, Shaffer TG et al. Risk and protective factors for juvenile eating disorders. Eur Child Adolesc Psychiatry 2003;12:i38-46.
397. Leve LD, Kim HK, Pears KC. Childhood temperament and family environment as predictors of internalizing and externalizing trajectories from ages 5 to 17. J Abnorm Child Psychol 2005;33:505-20.
398. Martel MM, Smith TE, Lee CA. Personality development and externalizing psychopathology. In: McAdams DP, Shiner RL, Tackett JL (eds). Handbook of personality development. New York: Guilford, 2019:534-50.
399. Morizot J. The contribution of temperament and personality traits to criminal and antisocial behavior development and desistance. In: Morizot J, Kazemian L (eds). The development of criminal and antisocial behavior: theory, research, and practical applications. Cham: Springer, 2015:137-65.
400. Oldehinkel AJ, Hartman CA, De Winter AF et al. Temperament profiles associated with internalizing and externalizing problems in preadolescence. Dev Psychopathol 2004;16:421-40.
401. Rhee SH, Lahey BB, Waldman ID. Comorbidity among dimensions of childhood psychopathology: converging evidence from behavior genetics. Child Dev Perspect 2015;9:26-31.
402. Smart D, Hayes A, Sanson A et al. Mental health and wellbeing of Australian adolescents: pathways to vulnerability and resilience. Int J Adolesc Med Health 2007;19:263-8.
403. Forbes MK, Rapee RM, Camberis AL et al. Unique associations between childhood temperament characteristics and subsequent psychopathology symptom trajectories from childhood to early adolescence. J Abnorm Child Psychol 2017;45:1221-33.

404. Dodd HF, Hudson JL, Rapee RM. Temperament in youth internalizing disorders. In: McKay D, Abramowitz JS, Storch EA (eds). Treatments for psychological problems and syndromes. Hoboken: Wiley, 2017:504-24.
405. Vreeke LJ, Muris P. Relations between behavioral inhibition, Big Five personality factors, and anxiety disorder symptoms in non-clinical and clinically anxious children. Child Psychiatry Hum Dev 2012;43:884-94.
406. Nielsen IKM. The impact of temperamental dimensions on change in symptoms of oppositional defiant disorder from preschool to first grade. Master's Thesis, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, 2014.
407. Le Grange D, O'Connor M, Hughes EK et al. Developmental antecedents of abnormal eating attitudes and behaviors in adolescence. Int J Eat Disord 2014;47:813-24.
408. Martin GC, Wertheim EH, Prior M et al. A longitudinal study of the role of childhood temperament in the later development of eating concerns. Int J Eat Disord 2000;27:150-62.
409. Beesdo K, Bittner A, Pine DS et al. Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. Arch Gen Psychiatry 2007;64:903-12.
410. Bruce SE, Yonkers KA, Otto MW et al. Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia and panic disorder: a 12-year prospective study. Am J Psychiatry 2005;162:117987.
411. Ruscio AM, Hallion LS, Lim CC et al. Cross-sectional comparison of the epidemiology of DSM-5 generalized anxiety disorder across the globe. JAMA Psychiatry 2017;74:465-75.
412. Jacobi F, Wittchen H-U, Hölting C et al. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German National Health Interview and Examination Survey (GHS). Psychol Med 2004;34:597-611.
413. Narrow WE, Rae DS, Robins LN et al. Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States. Arch Gen Psychiatry 2002;59:115-23.
414. Johnson JG, Cohen P, Kasen S et al. Cumulative prevalence of personality disorders between adolescence and adulthood. Acta Psychiatr Scand 2008; 118:410-3.
415. Wade TD, Keski-Rahkonen A, Hudson JI. Epidemiology of eating disorders. In: Tsuang MT, Tohen M, Jones PB (eds). Textbook of psychiatric epidemiology, 3rd ed. New York: Wiley, 2011:343-60.
416. Lahey BB, Zald DH, Hakes JK et al. Patterns of heterotypic continuity associated with the cross-sectional correlational structure of prevalent mental disorders in adults. JAMA Psychiatry 2014;71:989-96.
417. Shea MT, Yen S. Stability as a distinction between Axis I and Axis II disorders. J Pers Disord 2003;17:373-86.
418. Eaton WW, Shao H, Nestadt G et al. Population-based study of first onset and chronicity in major depressive disorder. Arch Gen Psychiatry 2008;65:513-20.
419. Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH et al. Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. Arch Gen Psychiatry 2011;68:82737.
420. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB et al. Attainment and stability of sustained symptomatic transmission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study. Am J Psychiatry 2012;169:476-83.
421. Keel PK, Brown TA. Update on course and outcome in eating disorders. Int J Eat Disord 2010;43:195-204.
422. Caspi A, Houts RM, Ambler A et al. Longitudinal assessment of mental health disorders and comorbidities across 4 decades among participants in the Dunedin Birth Cohort Study. JAMA Netw Open 2020;3:e203221.
423. Allegrini AG, Cheesman R, Rimfeld K et al. The p factor: genetic analyses support a general dimension of psychopathology in childhood and adolescence. J Child Psychol Psychiatry 2020;61:30-9.
424. Forbes MK, Tackett JL, Markon KE et al. Beyond comorbidity: toward a dimensional and hierarchical approach to understanding psychopathology across the life span. Dev Psychopathol 2016;28:971-86.
425. Moffitt TE, Harrington HL, Caspi A et al. Depression and generalized anxiety disorder: cumulative and sequential comorbidity in a birth cohort followed to age 32. Arch Gen Psychiatry 2007;64:651-60.
426. Lieb R, Zimmerman P, Friis RH et al. The natural course of DSM-IV somatoform disorders and syndromes among adolescents and young adults: a prospective-longitudinal community study. Eur Psychiatry 2002;17:321-31.
427. Fergusson DM, Horwood LJ, Boden JM. Structure of internalising symptoms in early adulthood. Br J Psychiatry 2006;189:540-6.
428. Gustavson D, Franz C, Panizzon M et al. Internalizing and externalizing psychopathology in middle age: genetic and environmental architecture and stability of symptoms over 15 to 20 years. Psychol Med 2020;50:1530-8.
429. Waszczuk MA, Zavos HM, Gregory AM et al. The stability and change of etiological influences on depression, anxiety symptoms and their co-occurrence across adolescence and young adulthood. Psychol Med 2016;46:161-75.
430. Wertz J, Zavos H, Matthews T et al. Why some children with externalizing problems develop internalizing problems: testing two pathways in a genetically sensitive cohort study. J Child Psychol Psychiatry 2015;56:738-46.
431. Wright AG, Beltz AM, Gates KM et al. Examining the dynamic structure of daily internalizing and externalizing behavior at multiple levels of analysis. Front Psychol 2015;6:1914.
432. Butler AC, Chapman JE, Forman EM et al. The empirical status of cognitivebehavioral therapy: a review of meta-analyses. Clin Psychol Rev 2006;26:1731.
433. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ et al. The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. Cogn Ther Res 2012;36:427-40.
434. Newby JM, McKinnon A, Kuyken W et al. Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. Clin Psychol Rev 2015;40:91-110.
435. García-Escalera J, Chorot P, Valiente RM et al. Efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression in adults, children and adolescents: a meta-analysis. Rev de Psicopatol y Psicol Clin 2016;21:147-75.
436. Sun M, Rith-Najarian LR, Williamson TJ et al. Treatment features associated with youth cognitive behavioral therapy follow-up effects for internalizing disorders: a meta-analysis. J Clin Child Adolesc Psychol 2019;48(Suppl. 1):S269-83.
437. Norton PJ. An open trial of a transdiagnostic cognitive-behavioral group therapy for anxiety disorder. Behav Ther 2008;39:242-50.
438. Barlow DH, Farchione TJ, Sauer-Zavala S et al. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide. New York: Oxford University Press, 2017.
439. Barlow DH, Harris BA, Eustis EH et al. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. World Psychiatry 2020;19:245-6.
440. Steele SJ, Farchione TJ, Cassiello-Robbins C et al. Efficacy of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of comorbid psychopathology accompanying emotional disorders compared to treatments targeting single disorders. J Psychiatr Res 2018;104:211-6.
441. de Ornelas Maia AC, Braga A, Azevedo A et al. Transdiagnostic treatment using a unified protocol: application for patients with a range of comorbid mood and anxiety disorders. Trends Psychiatry Psychother 2013;35:134-40.
442. de Ornelas Maia AC, Sanford J, Boettcher H et al. Improvement in quality of life and sexual functioning in a comorbid sample after the unified protocol transdiagnostic group treatment. J Psychiatr Res 2017; 93:30-6.
443. Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK et al. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. Behav Ther 2012;43:666-78.
444. Sauer-Zavala S, Bentley KH, Steele SJ et al. Treating depressive disorders with the Unified Protocol: a preliminary randomized evaluation. J Affect Disord 2020;264:438-45.
445. Bullis JR, Fortune MR, Farchione TJ et al. A preliminary investigation of the long-term outcome of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. Compr Psychiatry 2014;55:1920-7.
446. Black M, Hitchcock C, Bevan AO et al. The HARMONIC trial: study protocol for a randomised controlled feasibility trial of Shaping Healthy Minds – a modular transdiagnostic intervention for mood, stressor-related and anxiety disorders in adults. BMJ Open 2018;8:e024546.
447. Chorpita BF, Daleiden EL, Park AL et al. Child STEPs in California: a cluster randomized effectiveness trial comparing modular treatment

with community implemented treatment for youth with anxiety, depression, conduct problems, or traumatic stress. J Consult Clin Psychol 2017;85:13-25.
448. de Mello MF, de Jesus Mari J, Bacaltchuk J et al. A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2005;255:75-82.
449. Fairburn CG, Bailey-Straebler S, Basden S et al. A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. Behav Res Ther 2015;70:64-71.
450. Elkin I, Shea MT, Watkins JT et al. National Institute of Mental Health Treatment Of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. Arch Gen Psychiatry 1989;46:971-82.
451. Frank E. Interpersonal and social rhythm therapy prevents depressive symptomatology in bipolar I patients. Bipolar Disord 1999;1(Suppl.):113.
452. Frank E, Kupfer DJ, Wagner EF et al. Efficacy of interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment of recurrent depression: contributing factors. Arch Gen Psychiatry 1991;48:1053-9.
453. Stangier U, Schramm E, Heidenreich T et al. Cognitive therapy vs interpersonal psychotherapy in social anxiety disorder: a randomized controlled trial. Arch Gen Psychiatry 2011;68:692-700.
454. Kroenke K. Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric co-morbidity and management. Int J Methods Psychiatr Res 2003; 12:34-43.
455. Kleinstäuber M, Witthöft M, Hiller W. Efficacy of short-term psychotherapy for multiple medically unexplained physical symptoms: a meta-analysis. Clin Psychol Rev 2011;31:146-60.
456. Kroenke K, Swindle R. Cognitive-behavioral therapy for somatization and symptom syndromes: a critical review of controlled clinical trials. Psychother Psychosom 2000;69:205-15.
457. Olatunji BO, Kauffman BY, Meltzer S et al. Cognitive-behavioral therapy for hypochondriasis/health anxiety: a meta-analysis of treatment outcome and moderators. Behav Res Ther 2014;58:65-74.
458. van Dessel N, den Boeft M, van der Wouden JC et al. Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained symptoms (MUPS) in adults. Cochrane Database Syst Rev 2014;11:CD011142.
459. Jakubovski E, Johnson JA, Nasir M et al. Systematic review and meta-analysis: dose-response curve of SSRIs and SNRIs in anxiety disorders. Depress Anxiety 2019;36:198-212.
460. Locher C, Koechlin H, Zion SR et al. Efficacy and safety of selective serotonin reuptake inhibitors, serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors, and placebo for common psychiatric disorders among children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry 2017;74:1011-20.
461. Cipriani A, Barbui C, Salanti G et al. Comparative efficacy and acceptability of antimanic drugs in acute mania: a multiple-treatments meta-analysis. Lancet 2011;378:1306-15.
462. Pae CU, Lim HK, Peindl K et al. The atypical antipsychotics olanzapine and risperidone in the treatment of posttraumatic stress disorder: a meta-analysis of randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trials. Int Clin Psychopharmacol 2008;23:1-8.
463. Perlis RH, Welge JA, Vornik LA et al. Atypical antipsychotics in the treatment of mania: a meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. J Clin Psychiatry 2006;67:509-16.
464. Zhou X, Keitner GI, Qin B et al. Atypical antipsychotic augmentation for treatment-resistant depression: a systematic review and network meta-analysis. Int J Neuropsychopharmacol 2015;18:pyv060.
465. Maher AR, Maglione M, Bagley S et al. Efficacy and comparative effectiveness of atypical antipsychotic medications for off-label uses in adults. JAMA 2011;306:1359-69.
466. Attia E, Steinglass JE, Walsh BT et al. Olanzapine versus placebo in adult outpatients with anorexia nervosa: a randomized clinical trial. Am J Psychiatry 2019;176:449-56.
467. Spielmans GI, Berman MI, Linardatos E et al. Adjunctive atypical antipsychotic treatment for major depressive disorder: a meta-analysis of depression, quality of life, and safety outcomes. PLoS Med 2013;10:e1001403.
468. Kleinstäuber M, Witthöft M, Steffanowski A et al. Pharmacological interventions for somatoform disorders in adults. Cochrane Database Syst Rev 2014;11:CD010628.
469. Reed GM, Sharan P, Rebello TJ et al. The ICD-11 developmental field study of reliability of diagnoses of high-burden mental disorders: results among adult patients in mental health settings of 13 countries. World Psychiatry 2018;17:174-86.
470. Eaton NR, Krueger RF, Oltmanns TF. Aging and the structure and long-term stability of the internalizing spectrum of personality and psychopathology. Psychol Aging 2011;26:987-93.
471. Waszczuk MA, Kotov R, Ruggero C et al. Hierarchical structure of emotional disorders: from individual symptoms to the spectrum. J Abnorm Psychol 2017;126:613-34.
472. Waszczuk MA, Zimmerman M, Ruggero C et al. What do clinicians treat: diagnoses or symptoms? The incremental validity of a symptom-based, dimensional characterization of emotional disorders in predicting medication prescription patterns. Compr Psychiatry 2017;79:80-8.
473. Forbush KT, Chen PY, Hagan KE et al. A new approach to eating-disorder classification: using empirical methods to delineate diagnostic dimensions and inform care. Int J Eat Disord 2018;51:710-21.
474. Dalgleish T, Black M, Johnson D et al. Transdiagnostic approaches to mental health problems: current status and current directions. J Consult Clin Psychol 2020;88:179-95.
475. Keeley JW, Reed GM, Roberts MC et al. Developing a science of clinical utility in diagnostic classification systems: field study strategies for ICD-11 mental and behavioral disorders. Am Psychol 2016;71:3-16.
476. Glover NG, Crego C, Widiger TA. The clinical utility of the Five Factor Model of personality disorder. Personal Disord 2012;3:176-84.
477. Lowe JR, Widiger TA. Clinicians' judgments of clinical utility: a comparison of the DSM-IV with dimensional models of general personality. J Pers Disord 2009;23:211-29.
478. Morey LC, Skodol AE, Oldham JM. Clinician judgments of clinical utility: a comparison of DSM-IV-TR personality disorders and the alternative model for DSM-5 personality disorders. J Abnorm Psychol 2014;123:398-405.
479. Samuel DB, Widiger TA. Clinicians' use of personality disorder models within a particular treatment setting: a longitudinal comparison of temporal consistency and clinical utility. Personal Ment Health 2011;5:12-28.
480. Moscicki EK, Clarke DE, Kuramoto SJ et al. Testing DSM-5 in routine clinical practice settings: feasibility and clinical utility. Psychiatr Serv 2013;64:95260.
481. Ruggero CJ, Kotov R, Hopwood CJ al. Integrating the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) into clinical practice. J Consult Clin Psychol 2019;87:1069-84.
482. Nichols JH, Christenson RH, Clarke W et al. Executive summary. The National Academy of Clinical Biochemistry Laboratory Medicine Practice Guideline: evidence-based practice for point-of-care testing. Clin Chim Acta 2007;379:1428.
483. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ ACPM/AGS/APhA/ ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol 2018;71:e127248.
484. Hamilton MA. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960;23:56-62.
485. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory II. San Antonio: Psychological Corporation, 1996.
486. Beck AT, Epstein N, Brown G et al. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Consult Clin Psychol 1988;56:893-7.
487. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB et al. The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. Gen Hosp Psychiatry 2010;32:345-59.
488. Posner K, Brown GK, Stanley B et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. Am J Psychiatry 2011;168:1266-77.
489. Watson D, O'Hara MW, Simms LJ et al. Development and validation of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS). Psychol Assess 2007;19:253-68.
490. Dornbach-Bender A, Ruggero CJ, Waszczuk MA et al. Mapping emotional disorders at the finest level: convergent validity and joint structure based on alternative measures. Compr Psychiatry 2017;79:31-9.
491. Forbush KT, Bohrer BK, Hagan KE et al. Development and initial validation of the Eating Pathology Symptoms Inventory-Clinician Rated Version (EPSICRV). Psychol Assess 2020;32:943-55.

492. Forbes MK, Baillie AJ, Schniering CA. Critical flaws in the Female Sexual Function Index and the International Index of Erectile Function. J Sex Res 2014;51:485-91.
493. Kotov R, Gamez W, Schmidt F et al. Linking “Big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis. Psychol Bull 2010;136:768-821.
494. Krueger RF, Derringer J, Markon KE et al. Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. Psychol Med 2012;42:187990.
495. Calabrese WR, Rudick MM, Simms LJ et al. Development and validation of Big Four personality scales for the schedule for nonadaptive and adaptive personality-second edition (SNAP-2). Psychol Assess 2012;24:751-63.
496. Livesley WJ, Jackson DN. Manual for the Dimensional Assessment of Personality Pathology Basic Questionnaire. Port Huron: Sigma Press, 2009.
497. Sellbom M, Solomon-Krakus S, Bach B et al. Validation of Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) algorithms to assess ICD-11 personality trait domains in a psychiatric sample. Psychol Assess 2020;32:40-9.
498. Wright AG, Thomas KM, Hopwood CJ et al. The hierarchical structure of DSM-5 pathological personality traits. J Abnorm Psychol 2012;121:951-7.
499. Ben-Porath YS, Tellegen A. Minnesota Multiphasic Personality Inventory2-Restructured Form. Bloomington: Pearson Assessments, 2008.
500. Morey LC. Professional manual for the Personality Assessment Inventory, 2nd ed. Lutz: Psychological Assessment Resources, 2007.
501. Lee TT, Sellbom M, Hopwood CJ. Contemporary psychopathology assessment: mapping major personality inventories onto empirical models of psychopathology. In: Bowden SC (ed). Neuropsychological assessment in the age of evidence-based practice: diagnostic and treatment evaluations. New York: Oxford University Press, 2017:65-94.
502. Sellbom M. The MMPI-2-Restructured Form (MMPI-2-RF): assessment of personality and psychopathology in the twenty-first century. Annu Rev Clin Psychol 2019;15:149-77.
503. Zijlema WL, Stolk RP, Löwe B et al. How to assess common somatic symptoms in large-scale studies: a systematic review of questionnaires. J Psychosom Res 2013;74:459-68.
504. Kroenke K, Spitzer RL, Degruy FV et al. A symptom checklist to screen for somatoform disorders in primary care. Psychosomatics 1998;39:263-72.
505. Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale – preliminary report. Psychopharmacol Bull 1973;9:13-28.
506. Pilowsky I. Dimensions of hypochondriasis. Br J Psychiatry 1967;113:89-93.
507. Kessler RC, DuPont RL, Berglund P et al. Impairment in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression at 12 months in two national surveys. Am J Psychiatry 1999;156:1915-23.
508. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1994;51:8-19.
509. Kessler RC, Mickelson KD, Zhao S. Patterns and correlates of self-help group membership in the United States. Soc Policy 1997;27:27-46.
510. Magee WJ, Eaton WW, Wittchen H-U et al. Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1996;53:159-68.
511. Plana-Ripoll O, Musliner KL, Dalsgaard S et al. Nature and prevalence of combinations of mental disorders and their association with excess mortality in a population-based cohort study. World Psychiatry 2020;19:339-49.
512. Ellard KK, Fairholme CP, Boisseau CL et al. Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: protocol development and initial outcome data. Cogn Behav Pract 2010;17:88-101.
513. Barlow DH, Sauer-Zavala S, Carl JR et al. The nature, diagnosis and treatment of neuroticism: back to the future. Clin Psychol Sci 2014;2:344-65.
514. Sauer-Zavala S, Wilner JG, Barlow DH. Addressing neuroticism in psychological treatment. Personal Disord 2017;8:228-36.
515. Stasik-O’Brien SM, Brock RL, Chmielewski M et al. Clinical utility of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS). Assessment 2019; 26:944-60.
516. Lengel CJ, Helle AC, DeShong HL et al. Translational applications of personality science for the conceptualization and treatment of psychopathology. Clin Psychol Sci Pract 2016;23:288-308.
517. Kotov R, Krueger RF, Watson D et al. The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): a quantitative nosology based on consensus of evidence. Annu Rev Clin Psychol 2021;17:83-108.
518. Alloy L, Kelly M, Mineka S et al. Comorbidity in anxiety and depressive disorders: a helplessness/ hopelessness perspective. In: Maser JD, Cloninger CR (eds). Comorbidity of mood and anxiety disorders. Washington: American Psychiatric Press, 1990:499-543.
519. Jacobson NC, Newman MG. Anxiety and depression as bidirectional risk factors for one another: a meta-analysis of longitudinal studies. Psychol Bull 2017;143:1155-200.

DOI:10.1002/wps.20943

Пережить бесконечные невзгоды: психическое здоровье афганцев

Silove D, Ventevogel P. Living through interminable adversity: the mental health of the Afghan people. *World Psychiatry*. **2022;21(1):55-56. doi:10.1002/wps.20955**

Возвращение режима талибов к власти после двадцати лет войны представляет собой еще один кризис в долгой истории вооруженных конфликтов и вторжений в Афганистан. Сменяющие друг друга поколения афганцев подвергались систематическому насилию, что приводило к повсеместным нарушениям прав человека и массовому перемещению населения. К этим стрессовым факторам добавляются неблагоприятные условия по всей стране, связанные с бедностью, засухой, нехваткой продовольствия и пандемией COVID-19. Таким образом, есть веские причины для беспокойства по поводу того, что эта совокупность переживаемых угроз и стресса будет иметь долгосрочные последствия для психического здоровья населения.

Пять миллионов афганцев в настоящее время вынуждены покинуть свои дома – три миллиона в своей стране и более двух миллионов в соседних Пакистане и Иране. Афганцы давно ищут убежища в западных странах, причем самая большая группа из примерно 170 000 человек обосновалась в Германии. Во время беспорядков 2021 года 120 000 афганцев были переброшены по воздуху из Кабула, и более 60 000 бежали в соседние страны. По данным Управления Верховного комиссара ООН по делам беженцев, в ближайшем будущем страну могут покинуть еще до полумиллиона афганцев[1].

Службы охраны психического здоровья в странах переселения должны ожидать повышенный спрос на помощь как со стороны давно осевших, так и вновь прибывших афганских беженцев, страдающих рядом распространенных психических расстройств, связанных с травматическим стрессом, потерей и горем. Службы во многих странах накопили важный опыт работы с афганцами, а в некоторых странах имеется значительный штат обученных и опытных афганских специалистов и общественных деятелей, которые могут гарантировать, что службы учитывают культуру и историю выходцев из их родины[2]. Правительства принимающих стран должны проявлять инициативу в предоставлении расширенного финансирования и обучении поставщиков услуг, чтобы удовлетворить неизбежный рост потребностей в психическом здоровье общин афганских беженцев. Стратегическую поддержку следует также оказывать общественным организациям, возглавляемым афганцами, которые могут помочь вновь прибывшим беженцам адаптироваться и обустроиться в новой среде.

На основании международных данных можно ожидать, что примерно 10% населения, подвергшегося массовому насилию и/или вынужденному переселению, нуждаются в немедленном лечении психических расстройств, а еще 20% нуждаются в психосоциальной поддержке[3]. Однако эти цифры представляют собой только средние значения, а исследования, проведенные в Афганистане до нынешнего кризиса, выявили удивительно высокий уровень распространенности психопатологических симптомов среди взрослых и детей по всей стране. По всей вероятности, повышенная распространенность симптоматики связана с кумулятивным воздействием стресса, связанного с повторяющимися периодами конфликтов и социальных потрясений, переживаемых населением в течение нескольких десятилетий[4,5]. Высокий уровень ранее существовавшего дистресса среди населения, в свою очередь, увеличивает риск того, что у многих афганцев, после того, как они столкнутся с проблемами современного кризиса, будут проявляться явные симптомы психических расстройств, таких как посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), тревога и депрессия. На популяционном уровне повторяющиеся социальные потрясения, потери и неурядицы подрывают сплоченность на уровне сообщества, родственных групп и семей, потенциально усугубляя психосоциальные проблемы, такие как насилие со стороны близкого партнера, жестокое обращение и безнадзорность в детстве.

Женщины в Афганистане подвержены высокому риску психосоциального дистресса, о чем свидетельствуют результаты последовательных опросов о психическом здоровье. На протяжении многих десятилетий для женщин были исключены возможности получения высшего образования, профессиональной подготовки, трудоустройства и участия в общественной и политической жизни страны. Предыдущее правительство добилось определенного прогресса в устранении гендерного неравенства, но первые признаки, такие как запрет для девочек на посещение средней школы, позволяют предположить, что новый режим может обратить эти успехи вспять. Эта серьезная неудача сильно подорвет моральный дух женщин, повысив риск развития у них психических расстройств, таких как депрессия. Для защиты и поощрения прав человека женщинам в Афганистане срочно необходима международная защита, инициатива, которую должны решительно поддерживать международные психиатрические организации и организации по охране психического здоровья.

В Афганистане существует долгая история дискриминации и виктимизации групп этнических и религиозных меньшинств. Предыдущее правительство добилось определенного успеха в борьбе с предубеждениями против меньшинств, способствуя их доступу к образованию, трудовой занятости и роли в правительстве. Сообщения о зверствах и актах репрессий против меньшинств в последние месяцы вызывают опасения, что эти группы будут подвергаться жестким формам дискриминации. Если эта тенденция сохранится, вполне вероятно, что произойдет рост числа представителей групп меньшинств, покидающих страну, чтобы присоединиться к соотечественникам в соседних и западных странах. Вмешательства в области психического здоровья, предоставляемые этим меньшинствам, должны учитывать культуру и религию этих групп, а также учитывать наследие недоверия и избегания, которое сложилось при взаимодействии с государственными службами. Вовлечение лидеров и представителей каждого сообщества в процесс планирования и предоставления услуг имеет важное значение для преодоления понятных первоначальных колебаний в доступе и использовании услуг по охране психического здоровья.

Условия вооруженного конфликта и социальных потрясений сильно ограничили усилия по созданию надежных служб охраны психического здоровья в Афганистане. Кроме того, стигматизация, недостаточная осведомленность и географические ограничения доступа по-прежнему создают трудности для обеспечения справедливого использования услуг. Тем не менее в последнее время был достигнут важный прогресс. Важной вехой стало включение психического здоровья в базовый пакет медицинских услуг (Basic Package of Health Services) и основной пакет больничных

услуг[6] (Essential Package of Hospital Services) в Афганистане в последние годы. Сотни психосоциальных консультантов были направлены в государственные медицинские учреждения по всей стране[7]. Кроме того, было проведено обучение специалистов первичной медико-санитарной помощи, чтобы они могли проводить базовую оценку психического здоровья и лечение[8].

Недавний опрос показал, что на начальном этапе этой программы были достигнуты скромные, но значимые успехи в оказании помощи лицам с тяжелыми психическими расстройствам, а также в несколько более ограниченной степени лицам с распространенными психическими расстройствами[9]. Было бы серьезной неудачей, если бы этот импульс был потерян сейчас, когда к власти пришел новый режим. Таким образом, у международного сообщества есть веские причины продолжать поддерживать местные и международные учреждения, которые уже предоставляют службы психического здоровья и психосоциальной поддержки в стране.

Афганистан часто называют «кладбищем» империй, этот ярлык, вероятно, усилился в связи с недавним кризисом и порождает пессимистическое отношение к ценности поддержки развития служб в стране. В то же время международные организации в области психического здоровья имеют долгую историю работы в неблагоприятных и политически сложных условиях. Важным принципом, который необходимо соблюдать, является то, что крепкое психическое здоровье имеет основополагающее значение для построения сильного и устойчивого общества, независимо от неблагоприятных условий, которые могут существовать в стране в то время.

Что касается политики переселения афганских беженцев, следует помнить о некоторых простых уроках прошлого. Заключение перемещенных лиц в лагерях беженцев или в условиях длительного отсутствия безопасности лишь усугубляет их психическое здоровье и психосоциальные проблемы. Быстрое переселение и ранняя поддержка путем предоставления услуг по охране психического здоровья, учитывающих культурные особенности, обеспечивают наилучшую гарантию интеграции перемещенных лиц в принимающие страны.

Афганские беженцы уже продемонстрировали позитивный вклад, который они могут внести в укрепление своих общин и общин, в которых они искали убежища. Неукротимый дух афганского народа продолжает вдохновлять тех, кто работает с ним в области психического здоровья, демонстрируя на практике силу взаимной поддержки и общительности, которые беженцы могут проявлять даже после длительных периодов невзгод.

Мнения, выраженные в данной статье, принадлежат авторам и не обязательно представляют решения, политику или взгляды организаций, в которых они работают.

Derrick Silove[1], Peter Ventevogel[2]

[1]School of Psychiatry, University of New South Wales, Sydney, NSW, Australia;

[2]Public Health Section, United Nations High Commissioner for Refugees, Geneva, Switzerland

Перевод: Леонов Е.В. (Рязань)

Редактура: к.м.н. Захарова Н.В. (Москва)

Библиография

1. United Nations High Commissioner for Refugees. Operational Data Portal. Afghanistan situation. https://data2.unhcr.org/en/situations/afghanistan.
2. Alemi Q, James S, Cruz R et al. J Immigr Minor Health 2014;16:1247-61.
3. Steel Z, Chey T, Silove D et al. JAMA 2009;302:537-49.
4. Cardozo BL, Bilukha OO, Crawford CA et al. JAMA 2004;292:575-84.
5. Panter-Brick C, Goodman A, Tol W et al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2011;50:349-63.
6. Newbrander W, Ickx P, Feroz F et al. Glob Public Health 2014;9(Suppl. 1):S6- 28.
7. HealthNet TPO. Supporting mental health in Afghanistan. https://www.healthnettpo.org/en/news/supporting-mental-health-afghanistan.
8. Ventevogel P, van de Put W, Faiz H et al. PLoS Med 2012;9:e1001225.
9. Kovess-Masfety V, Karam E, Keyes K et al. Int J Health Policy Manag (in press).

DOI:10.1002/wps.20955

Утилитарность субъективного мнения пациентов психиатрического профиля

Roe D, Slade M, Jones N. The utility of patient-reported outcome measures in mental health. ***World Psychiatry*****. 2022;21(1):56-57. doi:10.1002/wps.20924**

На протяжении десятилетий основным источником информации об исходах заболевания, на которых базировалась клиническая практика и политика, выступали оценки клиницистов. Субъективные оценки пациентов, имеющих опыт получения услуг в области психического здоровья, сфокусированные не только на состоянии здоровья, но и важнейших субъективных конструктах жизни – целеполагании, качества жизни и социальной интеграции, обозначаются термином «Оценка исхода с точки зрения пациента» (Patient reported outcome measures, PROM). Мнение о качестве полученной специализированной помощи, включающее показатели удовлетворенности общения с персоналом, ответа на терапию, настроенность на выздоровление, оценивается отдельно и обозначается как «Оценка субъективного опыта пациента» (Patient reported experience measures, PREM).

Мы выступаем за систематическое внедрение совместно разработанных пациентоориентированных оценок PROM и PREM, определение проблем, связанных с их реализацией, и расстановку будущих приоритетов. Под «совместно разработанными» мы подразумеваем полноправное и равноценное сотрудничество пациентов и специалистов-исследователей на каждом этапе разработки и внедрения этих инструментов. Вклад профессионалов может как ограничиваться рекомендательными замечаниями, что потенциально снизит предвзятость результатов в пользу врачебных приоритетов, так и полноценной курацией всего процесса создания пациентами специальных опросников. Кроме того, мы

особо выделяем различия между инструментами PROM/PREM, созданными пациентами и врачами.

Аргументы целесообразности внедрения в рутинную практику инструментов PROM/PREM включают этические, клинические и институциональные аспекты.

Этическое обоснование заключается в том, что жизненный опыт обязательно занимает центральное место и согласуется как с видением выздоровления, так и с глобальным правозащитным движением, направленным на расширение участия и лидерства пользователей психиатрических услуг[1]. Данные, оцененные пациентами, должны быть основным источником информации для принятия клинических решений, а данные, оцененные клиницистами, должны позиционироваться как второстепенные или дополнительные.

Клинические эмпирические исследования выявляют значительные расхождения между оценками клиницистов и пользователей услуг по широкому кругу вопросов, таких как здравоохранение и социальные потребности. Использование PROM/PREM помогает выявить эти несоответствия и признать несколько точек зрения. Медицинская помощь, оказываемая в условиях систематической интеграции PROM/PREM в службу поддержки, повышает структурную подотчетность, поддерживает возможность регулярных консультаций с пользователями услуг относительно их прогресса в достижении целей, определенных ими самими, а не поставленными врачом. Этот непрерывный диалог, в свою очередь, приводит к улучшению коммуникации и терапевтического альянса – ключевых компонентов персонализированной психиатрии[2].

На институциональном уровне PROM/PREM делают общественно-политические процессы более открытыми. Движения пользователей услуг подвергли критике первенство, отдаваемое взглядам клинициста, что приводит к эпистемологической несправедливости по отношению к взглядам пользователей услуг, которые теряют приоритет или делегитимизируются[3]. Совместно разработанные PROM/PREM могут собирать другую, более экологически обоснованную и, следовательно, более актуальную информацию, чем показатели, оцениваемые клиницистами, что может способствовать более точному измерению того, что имеет значение, а не того, что легче всего измерить. Собранная пациентами информация, выходящая за рамки традиционных клинических областей, также делает институциональные процессы видимыми и может способствовать трансформации системы. Если цель служб охраны психического здоровья состоит в том, чтобы помочь людям жить жизнью по их собственному выбору, то улучшение процесса сбора информации о результатах лечения, о которых сообщают пациенты, и оценках их опыта являются лучшим показателем успеха службы.

Международные обзоры показывают, что PROM/PREM используются недостаточно[4]. Препятствиями на пути к реализации являются проблемы отношения, доступности, использования и осуществимости. Клиническая амбивалентность может отражать невысказанные патерналистские убеждения, что пользователи услуг не могут точно расставлять приоритеты и сообщать о своем собственном опыте. Участие пользователей услуг в разработке и выборе мер, оцениваемых пациентами, ограничено[5] и повторяет традиционные процессы лишения прав и возможностей. Несмотря на недавние инициативы по глобальной гармонизации[6], по-прежнему отсутствует консенсус в отношении того, какие методы измерения следует использовать. Наконец, опыт стран, рано разработавших инфраструктуру регулярного мониторинга результатов, таких как Австралия (https://www.amhocn.org), Канада (https://www.ccim.on.ca), Израиль (https://www.health.gov.il) и Нидерланды (https://www.phamous.nl), помогает определить значительные препятствия для рутинного сбора и использования информации, включая ограниченный доступ к полным PROM/PREM и трудности с сегментированием данных для конструктивного использования всеми заинтересованными сторонами.

Мы предлагаем четыре направления для поддержки внедрения PROM/PREM. Во-первых, необходимо гораздо больше внимания уделять совместно разработанным PROM/PREM. Участие пользователей услуг и коллег-исследователей помогает обеспечить оценку наиболее важных областей результатов и опыта, а также обеспечить деликатность используемого языка и его ориентированность на человека. Области оценки могут включать области, традиционно пренебрегаемые, такие как поддержка прекращения приема лекарств. Меры оценки, которые не разрабатываются совместно, могут просто предоставлять версию меры, оцененную пациентом, которая, тем не менее, отражает приоритеты клинициста, а не пациента. Отсутствие значимого участия пользователей услуг и лидерства в разработке PROM/PREM рискует подорвать заявления, которые мы делаем здесь, о ценности и важности интеграции PROM/PREM.

Во-вторых, не менее важно, чтобы пользователи услуг играли основную роль в выборе и установлении приоритетных мер оценки их клинического прогресса, чтобы избежать использования мер, которые они могут счесть неэффективными. Под неэффективными мерами можно понимать просьбу оценить прогресс в сферах, представляющих низкую личную ценность, или, что еще хуже, необходимость самооценки по конструкциям, воспринимаемым в качестве укрепляющих, а не критикующих эпистемологические и властные иерархии в психиатрических службах. В дополнение к участию пользователей услуг в выборе показателей появляются новые подходы к учету индивидуальных различий в ценностях, которые пользователи услуг связывают с различными областями опыта и результатов лечения. Примером может служить оценка клинической поддержки выздоровления INSPIRE (https://www.research-intorecovery.com/inspire), в которой пользователи услуг оценивают поддержку восстановления только в областях, которые имеют для них значение, и получают балл, отражающий личные ценности и приоритеты. Другие подходы включают шкалу достижения целей и индивидуальную оценку результатов лечения[7].

В-третьих, широкое использование приложений для психического здоровья предоставляет новые возможности для простого сбора, анализа и представления экологически обоснованных PROM/PREM, которые могут поддерживать самоуправление, совместное принятие решений и процессы восстановления[8]. Точно так же подходы машинного обучения к агрегированию больших данных могут коренным образом изменить понимание различных траекторий выздоровления и сложных моделей множественных влияний, что приведет к оптимизации лечения и лучшему прогнозированию результатов[9]. Это может помочь реализовать потенциал постоянно обучающихся систем охраны психического здоровья, которые адаптируются, вносят новшества и улучшают услуги за счет постоянного использования данных и анализа информации, полученной в дискуссиях между ключевыми заинтересованными сторонами.

Наконец, необходимо достичь международного консенсуса в отношении выбора PROM/PREM, что подразумевает решение сложных вопросов: как собирать и использовать агрегированные массивы данных, одновременно поддерживая значимость индивидуальной оценки? Как обеспечить доступность соответствующих PROM/PREM и реальное вовлечение для разнородной группы, которая может значительно различаться по целому ряду параметров? Как сбалансировать приоритеты между психометрической надежностью, которая может приводит к меньшей оценке более субъективных областей, и реальностью, в которой многие аспекты состояния человека трудно измерить, но они могут

быть значимыми для служб охраны психического здоровья? Учитывая, что PROM/PREM в первую очередь разрабатываются в более экономически развитых странах, а затем транслируются в остальные страны, как можно скорректировать этноцентрическое доминирование ценностей Глобального Севера (Global North values) с учетом культурных и геополитических различий?

Эти будущие ориентиры для реализации PROM/PREM могут помочь воплотить в жизнь процессы рутинного сбора, управления и обмена результатами для более справедливого и качественного обеспечения медицинской помощи. Долгосрочные перспективы применения PROM и PREM состоят в том, чтобы размещать пользователей услуг именно там, где они должны быть в системе охраны психического здоровья: в ее центре.

David Roe[1,2], Mike Slade[3], Nev Jones[4]

[1]Department of Community Mental Health, University of Haifa, Israel;
[2]Department of Clinical Medicine, Psychiatry, Aalborg University, Aalborg, Denmark;
[3]School of Health Sciences, Institute of Mental Health, University of Nottingham, Nottingham, UK;
[4]School of Social Work, University of Pittsburgh, Pittsburgh, PA, USA

Перевод: Леонов Е.В. (Рязань)
Редактура: к.м.н. Захарова Н.В. (Москва)

Библиография

1. World Health Organization. Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: World Health Organization, 2021.
2. Bhugra D, Tasman A, Pathare S et al. Lancet Psychiatry 2017;4:775-818.
3. Slade M, Sweeney A. World Psychiatry 2020;19:389-90.
4. De Bienassis K, Kristensen S, Hewlett E et al. Int J Qual Health Care 2021;33: mzab002.
5. McNeill M, Noyek S, Engeda E et al. Qual Life Res 2020;30:983-95.
6. McKenzie E, Matkin L, Sousa Fialho L et al. Psychiatr Serv (in press).
7. Pesola F, Williams J, Bird V et al. Int J Methods Psychiatr Res 2015;24:257-65.
8. Shadmi E, Gelkopf M, Garber Epstein P et al. Psychiatr Serv 2017;68:1312-4.
9. Chekroud A, Bondar J, Delgadillo J et al. World Psychiatry 2021;20:154-70.

DOI:10.1002/wps.20924

Роль самосострадания в психотерапии

Neff K, Germer C. The role of self-compassion in psychotherapy. ***World Psychiatry*****. 2022;21(1):58-59. doi:10.1002/wps.20925**

Все психотерапевты должны понимать, что самосострадание является сильным ресурсом для улучшения самочувствия. Когда мы выражаем сочувствие к себе самому, это позволяет нам справляться с трудностями в жизни, не сбивая нас с правильного пути. В этой статье мы предлагаем взглянуть на преимущества самосострадания и рассматриваем, как психотерапевты могут интегрировать его в лечение.

Мы можем определить самосострадание как состоящее из 3 основных компонентов: доброты, человечности и внимательности к себе[1].

Многие люди пытаются относиться с состраданием к своим друзьям и близким, когда они совершают ошибки, чувствуют себя неполноценными или терпят неудачу. Мы склонны быть более суровым по отношению к себе, говорить жестокие вещи, которые мы бы не сказали другу. Самосострадание меняет это, позволяя признать свои недостатки, принимать себя таким, какой ты есть. Доброта, характеризующая самосострадание, означает, что мы, эмоционально неустойчивые в силу собственной боли, останавливаясь, должны сказать: “Это правда трудно сейчас. Как я могу позаботиться о себе в этот момент?”. Когда мы отвечаем себе с доброжелательностью, мы создаем позитивные эмоции, помогающие нам справиться со всеми трудностями.

Чувство человечности свойственно самосостраданию, помогает нам чувствовать себя связанными с другими, а не отделенными от них. Когда у нас в жизни наступает черная полоса, мы склонны думать, что у всех все хорошо и только у меня одного все плохо. Это изоляция создает дискомфорт, который еще сильнее усиливается во время собственных страданий. Самосострадание понимает, что трудности – это часть жизни человека, это опыт, которым мы делимся. В отличие от жалости к себе, самосострадание является относительным понятием переживания страданий.

Чтобы у нас было сострадание к себе, мы должны внимательно относиться к своим переживаниям. Мы не сможем показать свое сострадание, если мы не признаемся себе, что нам плохо. В то же время, если мы боремся и сопротивляемся тому факту, что мы страдаем, наше внимание полностью поглощается нашей болью, и мы не можем выйти за рамки самих себя и принять точку зрения, необходимую для того, чтобы проявить сострадание. Осознанность позволяет нам признать, что наши мысли и чувства – это всего лишь мысли и чувства.

Появляется большее количество исследований, которые показывают эффективность самосострадания в психотерапии для облегчения страдания в ряде клинических расстройств, включающие депрессию, социальное беспокойство, расстройства пищевого поведения, деменцию и расстройства личности[2]. В корреляционных исследованиях признак самосострадания постоянно связан со сниженной психопатологией[3]. Метаанализы исследований вмешательств, таких как терапия[4], сфокусированная на страдании, показали, что лечение значительно снижает психологический стресс среди клиентов с различными диагнозами[5]. Метаанализ применения самосострадания в клинических группах населения обнаружил сильное снижение малоадаптивного пищевого поведения и руминации, а также умеренное снижение стресса, тревоги, депрессии и самокритичности[6].

Привнесение самосострадания в кабинет терапии может помочь клиницистам быть более эффективными. Психотерапия – сложная профессия, потому что психотерапевты слушают болезненные переживания других в течение всего дня. Поскольку людям трудно чувствовать эмоции других как свои собственные, терапевты неизбежно страдают эмпатическими расстройствами, которые могут привести к стрессу и выгоранию. Исследования показывают, что самосострадание снижает выгорание среди терапевтов. Если терапевты принимают свою боль, они не только будут менее тревожны, но их сострадание будет ощущаться клиентами через сонастроенность с ними[7]. Со временем общение с психотерапевтом, проявляющим сострадание к себе, скорее

всего, изменит то, как клиенты думают о себе и как они чувствуют себя[8]. Поэтому, если терапевты хотят, чтобы их клиенты стали более сострадательными к себе, первым шагом для них является развитие сострадания к себе.

Психотерапевты также могут непосредственно обучать клиентов тому, как реагировать на свои трудности более сострадательным образом. Например, после того, как клиент признается, что ему было грустно после ссоры со своим сыном, терапевт может продолжить, спросив: “Как вы думаете, что вам нужно сейчас?” или “Если бы у вас был друг в той же ситуации, что и вы, что бы вы могли посоветовать ему?”. Эти вопросы направляют клиента исследовать, как он может с состраданием реагировать на свою эмоциональную боль, тем самым создавая возможность сострадания к себе.

Разговор также открывает возможность практиковать дома то, что было разобрано на сеансе. К счастью, существует несколько методов, доступных клиницистам, которые могут быть адаптированы для отдельных клиентов, чтобы практиковать самосострадание. Например, программа обучения осознанному состраданию к себе содержит семь формальных медитаций и двадцать неформальных практик, которые можно использовать в повседневной жизни, и доступна в формате рабочих пособий[9]. Терапия, ориентированная на сострадание[4], также предоставляет ряд методов, которые помогают клиентам как проявлять, так и получать сострадание. Однако психотерапевты должны знать, что у некоторых клиентов поначалу может возникнуть негативная реакция на сострадание к себе. Страдание, возникающее, когда люди проявляют сострадание к себе или получают сострадание от других, известно как “обратный поток”[1]. Обратный поток может принимать форму мыслей, таких как “Я непривлекателен”; эмоций, таких как грусть или стыд; боли и неприятные ощущения в теле; и поведения, такого как замкнутость или агрессия.

Обратный поток – неотъемлемая часть процесса трансформации сострадания к себе. Сострадание активизирует старые воспоминания и делает их доступными для регенерации – оно дает возможность получить доброту и понимание, которых не хватало, когда первоначально произошли болезненные переживания. Это деликатный процесс, и терапевтам нужно идти медленно и убедиться, что их клиенты не перегружены, особенно, когда обратная тяга состоит из травматических воспоминаний.

Это поможет понять, если подумать о метафоре Обратного Потока, которая предлагается нам в рамках Тренинга Осознанного Сострадания к себе. Когда огонь лишен кислорода, он взорвется при подаче свежего воздуха через открытую дверь. Когда наши сердца переполнены страданиями – ненавистью к себе, неуверенностью в себе – добрые слова могут открыть дверь наших сердец, вызвав взрыв сложных чувств. Эти чувства не создаются практикой сострадания к себе; мы просто чувствуем их, когда они выходят за дверь. Это естественная и необходимая часть процесса заживления. Однако по мере развития возможности сострадания к себе клиенты могут развить чувство безопасности, необходимое для изучения своего внутреннего и внешнего мира.

В заключение, самосострадание – очень эффективный инструмент, помогающий облегчать страдания в психотерапии и сделать жизнь пациента и психотерапевта лучше.

Kristin Neff[1], Christopher Germer[2]

[1]Department of Educational Psychology, University of Texas at Austin, Austin, TX, USA;

[2]Department of Psychiatry, Harvard Medical School, Cambridge, MA, USA

Перевод: Моргун Е.О. (Москва)

Редактура: к.м.н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)

Библиография

1. Neff KD. Self Identity 2003;2:85-102.
2. Germer C, Neff K. Teaching the mindful self-compassion program: a guide
for professionals. New York: Guilford, 2019.
3. MacBeth A, Gumley A. Clin Psychol Rev 2012;32:545-52.
4. Gilbert P. Compassion focused therapy: distinctive features. Hove: Rout- ledge, 2010.
5. Kirby JN, Tellegen CL, Steindl SR. Behav Ther 2017;48:778-92.
6. Ferrari M, Hunt C, Harrysunker A et al. Mindfulness 2019;10:1455-73.
7. Richardson CM, Trusty WT, George KA. Couns Psychol Q 2020;33:187-98.
8. Miller K, Kelly A. Can J Behav Sci 2020;52:159.
9. Neff KD, Germer CK. The Mindful Self-Compassion workbook: a proven
way to accept yourself, find inner strength, and thrive. New York: Guilford, 2018.

DOI:10.1002/wps.20925

В поддержку поддерживающей психотерапии

Markowitz JC. In support of supportive psychotherapy. ***World Psychiatry*****. 2022;21(1):59-60. doi:10.1002/wps.20949**

Люди увлекаются мелочами, но иногда важны основы. Психотерапевты, как и их пациенты, сталкиваются с дискомфортом и могут избегать сильных эмоций[1]. Но концентрация на сильных эмоциях лежит в основе психотерапии. Именно это должна делать хорошая терапия, и особенно хорошая поддерживающая психотерапия.

По крайней мере, до того, как когнитивная поведенческая терапия заполонила весь мир, поддерживающая психотерапия была названа наиболее распространенной формой психотерапии[2]. Но что такое поддерживающая психотерапия? Она подразумевает под собой много значений. Термин первоначально обозначал менее известную альтернативу психоанализу в прошлом веке, лечение, предлагаемое пациентам, которые не могли терпеть интерпретации или бесструктурность свободной ассоциации, лежа на кушетке. Другими словами, все, кроме психоанализа, было поддерживающей психотерапией. Поддерживающая психотерапия по-разному описывается как попытка укрепить, а не изменить психическую защиту.

Тридцать лет назад мы разработали ограниченную во времени, выполненную вручную форму поддерживающей психотерапии, ориентированную на воздействие. На протяжении многих лет мы и другие исследователи тестировали эту краткосрочную поддерживающую психотерапию (BSP) в девяти рандомизированных контролируемых исследованиях для лечения расстройства настроения и, в меньшей степени, тревожного расстройства.

Недавно мы собрали результаты этих испытаний и обнаружили, что BSP работала так же хорошо, как и рекомендуемые методы лечения, в семи из девяти испытаний, и за-

служила доверие[3]. На самом деле это большая новость: BSP показала очень хорошие результаты, учитывая, что лояльность исследователя часто влияет на результаты испытаний[4]. В целом данные указывают на то, что BSP, возможно, не смогла устранить дилемму менее активного состояния психотерапевтического контроля[3]. В то время как ожидаемое и "стандартное лечение" часто являются несправедливо слабыми контрольными группами, BSP может быть слишком мощным вмешательством, чтобы служить менее активным контролем. Напротив, это заслуживает включения ее в руководство по практике лечения депрессии. В других исследованиях использовалось общее лечение под названием "поддерживающая терапия" (не BSP) с менее положительными результатами.

Что такое BSP? Это элементарное лечение: оно доводит психотерапию до ее эмоциональной природы. Основываясь на работах таких гигантов психотерапии, как К. Роджерс[4] и Дж. Франк[5], BSP включает в себя составные элементы "общих факторов", которые являются частью всех эффективных методов лечения и на которые приходится большинство результатов всех психотерапий[7]. Этими общими факторами являются: аффективная активность, чувство понимания терапевтом и развитие терапевтического альянса, обеспечение основы для понимания и терапевтического ритуала, проявление оптимизма в отношении улучшения и поощрение успешных опытов[6]. Прежде всего, BSP фокусируется на эмоциях пациента и на эмоциональной толерантности. Эмоциональная толерантность действительно может составлять основной успешный опыт лечения многих пациентов. Если психотерапию в целом можно разделить на терапию, ориентированную на воздействие, и терапию, основанную на воздействии, BSP, безусловно, относится ко второму лагерю: единственное воздействие здесь — это собственное эмоциональное состояние.

Терапевты BSP являются активными слушателями, часто молчаливыми, но ободряющими, позволяя пациентам вести сеансы, вмешиваясь только для того, чтобы направить пациентов к признанию и терпимости эмоций. Эта позиция включает в себя любопытство, сочувствие, поиск взаимопонимания в эмоциональном состоянии пациента. Поддерживая зрительный контакт, терапевт отражает пациента с помощью невербальной синхронности. Признавая, что пациенты страдают не только от внешних раздражителей, но и от стресса, вызванного неприятными внутренними эмоциями, терапевты помогают пациентам распознать и назвать свои чувства ("Что именно тебя расстраивает? Что это за эмоция?"). Терапевт не избегает сильного воздействия эмоций, а ищет их и терпит, демонстрируя на собственном примере мантру лечения о том, что эмоции сильны, но не опасны. Регулирование эмоциями с пониманием того, что неприятные ощущения человека являются значимой реакцией на жизненные обстоятельства, является клинически полезным. Эта терапия проста в своем подходе, но ее сложно хорошо провести.

В то время как пациент ведет большую часть разговора, терапевт мысленно набрасывает эмоциональный портрет человека. Кто этот человек? Как он/она реагирует на конкретные ситуации и с какими эмоциями? Депрессивные и тревожные пациенты часто избегают межличностных конфронтаций, им трудно отстаивать свои желания и изо всех сил пытаться сказать "нет". Помогая выявить эмоционально нагруженные желания и особенно негативные эмоции, такие как гнев и печаль, терапевт нормализует их: "Разумно ли злиться, если вам не нравится то, что он делает?". Это дает пациенту молчаливое согласие понимать, терпеть, принимать и, возможно, выражать такие эмоции.

Опасность, связанная с более причудливыми, сложными в технике психотерапиями, заключается в том, что они могут стать механическими, интеллектуализированными, лишенными эмоций упражнениями. Одной из причин роста так называемой когнитивно-поведенческой терапии стало признание того, что лечение, основанное на воздействии, ослабляет эффект. Напротив, BSP фокусируется почти исключительно на достижении аффекта: вызывает эмоцию, позволяет пациенту побыть с ней, в конечном итоге закрепляет ее при подходящем случае. Нормализация сильных и субъективно "плохих" негативных аффектов, таких как гнев и тревога, приносит пациентам терапевтическое облегчение ("О, я злюсь не просто так!"). Эмоции делают сеансы запоминающимися. Эмоция объединяет результаты работы в виде чувственного понимания, а не интеллектуализации.

В то время, когда психиатрия сталкивается с проблемами обучения и компенсации трудностей, когда вспышка новизны может затенить более глубокий смысл, слишком многие психотерапевты потакают неудобным пациентам, уклоняясь от исследования аффекта[8]. Возможно, пришло время вернуться к поддерживающей психотерапии. Новое руководство по BSP[9] обеспечивает основу для этого подхода "назад к основам".

Более того, даже терапевты, которые, возможно, не захотят проводить BSP как таковую, могли бы извлечь выгоду из возвращения к пониманию основ психотерапии: научиться разбираться в эмоциях, прислушиваться к ним и подтверждать их, а также использовать "общие факторы" в надлежащем балансе. Опять же, эти общие факторы являются неотъемлемой частью любой эффективной психотерапии и важны для фармакотерапии в продвижении лечебного альянса, необходимого для того, чтобы пациенты согласились принимать лекарства. Психотерапевты, приходящие в BSP с опытом обучения, основанного на воздействии, отмечают, как понимание этих поддерживающих методов расширяет их психотерапевтический кругозор и подход. Таким образом, поддерживающий подход может улучшить и заострить внимание на понимании основных навыков, лежащих в основе других методов лечения.

Существуют и другие методы лечения, ориентированные на воздействие, включая межличностную психотерапию, хорошо проводимую психодинамическую психотерапию и терапию, основанную на ментализации. BSP – это сокращенная основа этих подходов. Позволяя пациенту руководить и сосредотачиваясь на его/ее эмоциях, она обеспечивает им максимальную автономию. Терапевт не назначает никаких домашних заданий и не применяет никакой структуры, выходящей за рамки аффекта. BSP – подвижное, распространяемое, недорогое вмешательство, ориентированное на воздействие, и заслуживает повторного рассмотрения.

John C. Markowitz
New York State Psychiatric Institute, New York, NY, USA

Перевод: Моргун Е.О. (Москва)
Редактура: к.м.н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)

Библиография

1. Markowitz JC, Milrod B. Am J Psychiatry 2011;168:124-8.
2. Markowitz JC. Focus 2014;12:285-9.
3. Markowitz JC. Am J Psychother (in press).
4. Falkenström F, Markowitz JC, Jonker H et al. J Clin Psychiatry 2013;74:482-91. 5. Rogers CR. Client-centered therapy. Boston: Houghton Mifflin, 1951.
6. Frank J. Am J Psychother 1971;25:350-61.
7. Wampold BE. The great psychotherapy debate: models, methods, and findings. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 2001.
8. Markowitz JC, Milrod BL. Psychiatr Serv (in press).
9. Markowitz JC. Brief supportive psychotherapy: a treatment manual and clinical approach. New York: Oxford University Press (in press).

DOI:10.1002/wps.20949

Разработка и распространение интегрированной помощи молодежи в сфере психического здоровья

Patrick D. McGorry, Cristina Mei, Andrew Chanen, Craig Hodges, Mario Alvarez-Jimenez, Eóin Killackey
Orygen, National Centre of Excellence in Youth Mental Health; Centre for Youth Mental Health, University of Melbourne, Parkville, VIC, Australia

Перевод: к.м.н. Павлова-Воинкова Е.Е. (Санкт-Петербург)
Редактура: к.м.н. Потанин С.С. (Москва)

McGorry PD, Mei C, Chanen A et al. Designing and scaling up integrated youth mental health care. *World Psychiatry*. 2022;21(1):61-76. doi: 10.1002/wps.20938

Резюме. *Нарушения психического здоровья являются главной угрозой здоровью, жизнеспособности и будущему потенциалу молодежи во всем мире. Наблюдаются признаки роста уязвимости и потребности в помощи, тенденции, которая усилилась на фоне пандемии COVID-19. Мы имеем дело с глобальным кризисом общественного здравоохранения, который требует не только глубокого и всестороннего понимания возможных целей профилактики, но и срочных реформ и инвестиций для обеспечения соответствующей клинической помощи. Несмотря на самый высокий уровень потребности и потенциальные преимущества от ее получения, своевременная и качественная психиатрическая помощь малодоступна подросткам и молодежи. Как справиться с этим глобальным кризисом? С начала века появился ряд совместно разработанных стратегий и инноваций в области психического здоровья молодежи. Они включают цифровые программы и новые модели оказания первичной помощи, новые услуги для потенциально тяжелых психических заболеваний, которые должны быть адаптированы к местным условиям с учетом наличия экономических и трудовых ресурсов, культуральных факторов и моделей финансирования здравоохранения. Отправной точкой для прогресса в этой области является появление широкого спектра интегрированных услуг первичной помощи в сфере психического здоровья молодежи. Они представляют собой проект и плацдарм для запоздалого глобального системного реформирования. Хотя уровень ресурсов может отличаться в зависимости от условий, потребности молодых людей в области психического здоровья в значительной степени универсальны и лежат в основе базовых принципов и особенностей проекта. К ним относится создание доступной, комфортной для первичного обращения («soft entry») программы первичной помощи для молодежи с цифровой поддержкой, где молодые люди ценятся и являются важными партнерами в разработке, эксплуатации, управлении и оценке службы. Глобальный прогресс, на сегодня достигнутый во внедрении интегративных моделей оказания помощи молодежи в сфере психического здоровья, показал, что эти сервисы отвечают реальным и важным потребностям молодежи, молодые люди получают от них пользу, а также что и молодежь, и их семьи ими очень довольны. Тем не менее мы все еще находимся в начале пути, и данные программы первичной помощи необходимо распространять по всему миру, дополнив профилактическими мероприятиями, цифровыми программами и, что особенно важно, более специализированными услугами при тяжелых и хронических заболеваниях, адаптированными к переходному возрасту (примерно от 12 до 25 лет). Растущая волна психических расстройств среди молодежи во всем мире требует, чтобы этот фокус стал приоритетным для глобального здравоохранения.*

Ключевые слова: *психическое здоровье молодежи, интегрированная психиатрическая помощь, программы первичной помощи, глобальное психическое здоровье, раннее вмешательство, профилактика, цифровые программы.*

Люди в возрасте 10–24 лет составляют четверть населения мира[1]. Нарушения психического здоровья представляют угрозу номер один для их здоровья, благополучия и продуктивности, при этом 50% психических расстройств впервые развиваются в возрасте до 15 лет, а 75% – к 25 годам[2]. Психические расстройства чрезвычайно распространены среди молодых людей, в возрасте 25 лет их имеют более 50%[3-5].

По-видимому, ситуация меняется к худшему. После начала пандемии COVID-19[6] отмечается особенно выраженное ухудшение психического здоровья молодых людей, 74% сообщили, что их психическое здоровье ухудшилось за этот период[7]. Задолго до пандемии убедительные доказательства роста психических нарушений среди молодежи, в том числе тревоги, симптомов депрессии, психологического дистресса и самоубийства[8-12].

Доля психических нарушений составляет ошеломляющие 45% от общего бремени болезней среди лиц в возрасте 10–24 лет[13], а смертность в результате самоубийства является второй наиболее распространенной причиной смерти[14]. Последствия этого огромны и затрагивают молодых людей, их семьи и общество, а также влияют на экономику на местном, национальном и глобальном уровнях.

Подростковый возраст и переход к взрослой жизни являются динамичным сензитивным периодом развития. Нарушения психического здоровья на данном жизненном этапе ведут к нарушениям ключевых сфер жизни, таких как формирование личности и отношений, образование и профессиональные достижения, финансовая независимость и достижение автономии.

Ключевые демографические изменения превратили эту угрозу в то, что было названо «идеальным штормом»[15]. Хотя за последнее столетие детская смертность резко снизилась, рождаемость снижается, а продолжительность жизни человека увеличивается. Это сильно увеличивает зависимость общества от здоровья и продуктивности молодежи. Мы просто не можем позволить себе потерю продуктивности, вызванную предотвратимыми, нелеченными или плохо леченными психическими заболеваниями у молодых людей. Нам как никогда необходимо предотвращать или сокращать преждевременную смертность и инвалидизацию молодых людей, чтобы они имели возможность принять на себя бремя зависимого пожилого населения.

Кроме того, поскольку психические расстройства у молодых людей являются мощным, но в значительной степени игнорируемым фактором риска соматических заболеваний в более позднем возрасте[16], эффективное лечение психических расстройств у молодежи может снизить общее бремя болезней среди пожилых людей. Эффективное реагирование на этот «идеальный шторм» принесет огромные выгоды не только молодежи, но и всем людям на протяжении всей жизни и всему обществу.

ЗАДАЧА РАЗВИТИЯ

Путь от детства к зрелой взрослой жизни сейчас более сложен и долог, чем когда-либо прежде, из-за измене-

ния социальной конструкции перехода, увеличения продолжительности жизни, более позднего возраста вступления в брак и рождения детей, а также множества других дестабилизирующих социальных факторов, технологических и экономических изменений в обществе, включая глобализацию, растущее неравенство и изменение климата[17,18]. Все это внесло новые черты в период развития, который обозначается как «ранняя взрослость»[19].

Сами молодые люди подтверждают, насколько отличается быть молодым человеком, переживающим переход к взрослой жизни сейчас, чем даже 20 лет назад, что ведет к глубокому пониманию того, как следует реагировать обществу и системе здравоохранения[20]. Путь молодых людей к зрелости сопровождается повышенным уровнем нестабильности и риска[20], что объясняет, почему мы столкнулись с этим кризисом общественного здравоохранения.

Этот путь включает в себя несколько ключевых этапов, начинается еще до рождения, причем раннее детство является особенно важным этапом, когда ключевые факторы риска и защиты влияют на жизненные шансы и траектории возможностей. Однако период от полового созревания до зрелой взрослой жизни также имеет огромное значение из-за резких внешних изменений, знаменующих биологическую зрелость, и отразившимися менее заметными изменениями в структуре и функциях мозга, в психологическом, а также социальном и профессиональном развитии[17].

Задачи развития самосознания, сепарации от родительской семьи и установления собственной жизни и создания собственной семьи пугает, а стресс, разочарование, риск и утрата являются условиями экосистемы взросления. Философ J. Campbell охарактеризовал «Путь героя» как мономиф, имеющий глубокое отношение к человеческому существованию[21], и эта метафора полезна для нормализации уровня трудностей и угроз, с которыми мы все сталкиваемся в борьбе за зрелость. Это создает пространство для «позитивной психологии», которая предлагает занять позицию силы по отношению к страданиям и трудностям во время перехода к взрослой жизни. Это также позволяет нам принять и увидеть ценность в мягкой и гибкой границе между психическим здоровьем и психическим нездоровьем во время этой схватки и утверждать, что роль «строительных лесов» выполняет не только семья и окружение молодого человека, но и специалисты в области психического здоровья и лечение психических «травм» и болезней.

Эта концепция ведет от опасений по поводу того, что обычный опыт маркируется как ненормальный, к признанию острой потребности в помощи и поддержке, включая квалифицированную медицинскую и профессиональную помощь в определенных условиях. Наконец, несмотря на то, что она предполагает столкновение с угрозами и трудностями, принимает и признает их масштабы и возможность поражения, сохраняется надежда на успех в конечном счете даже в самые мрачные времена. Все это ценные элементы позитивного современного подхода к охране психического здоровья молодежи.

ЭКОНОМИЧЕСКИЙ ИМПЕРАТИВ

С социально-экономической точки зрения ранняя взрослость является критическим периодом для «психического богатства». Психическое богатство определяется как когнитивные и эмоциональные ресурсы человека, которые обеспечивают основу для успеха в образовательной и профессиональной деятельности, высокого качества жизни и значительного вклада в общественную жизнь[22,23]. Накопленное в ранней взрослости психическое богатство оказывает влияние на всю последующую жизнь и, в случае нарушений, может закрепить цикл бедности, бездомности или преступности[24,25]. Психические нарушения в молодости, таким образом, влияют на социальную сплоченность и производительность всего сообщества.

Общество вкладывает значительные средства в воспитание молодых людей от рождения до начала продуктивной жизни. Если они становятся инвалидами или умирают во время этого перехода, или даже если они просто не способны и не успевают реализовать свой потенциал, происходит серьезное и повсеместное снижение производительности. Всемирный экономический форум впервые признал это в 2011 году, когда было обнаружено, что психические заболевания вносят наибольший вклад в потерю валового внутреннего продукта из всех неинфекционных заболеваний, составляя 35% глобального экономического бремени, за ними следуют сердечно-сосудистые заболевания (33%), рак (18%) и диабет (4%)[26].

По оценкам Всемирного экономического форума к 2030 году только психические расстройства приведут к потерям мирового экономического производства в размере 16 триллионов долларов США. Особенность негативных последствий связана с их началом в молодом возрасте, и, следовательно, распространением на десятилетия продуктивной взрослой жизни. Большинство молодых людей не получают своевременную и качественную помощь, основанную на доказательных данных, поэтому большая часть бремени психических заболеваний, которые можно было предотвратить, не предотвращается, что приводит к хроническим, стойким и инвалидизирующим вариантам заболевания на протяжении продуктивных десятилетий взрослой жизни и наносит огромный ущерб, ослабляя экономику и общество.

С точки зрения участия в экономической жизни ландшафт занятости быстро меняется, и молодые люди сталкиваются с кардинальными изменениями в сфере занятости из-за экономического развития автоматизации, глобализации и кооперации[27]. Семьдесят процентов молодых людей в настоящее время выходят на рынок труда в ролях, которые, вероятно, устареют или радикально изменятся в течение следующего десятилетия[27]. Молодежь в сфере занятости подвержена «текучке» кадров и находится в крайне ненадежных условиях. Неравенство неуклонно растет во всем мире и даже увеличилось во время пандемии COVID-19[28].

В будущем рынок труда будет в большей степени заинтересован в квалифицированной рабочей силе[27], а это означает, что наличие образование и успехи в этой области будут иметь решающее значение. Сорок восемь процентов людей, у которых развивается тяжелая форма психического заболевания, не заканчивают среднюю школу[29], а на уровне высшего образования этот разрыв еще больше. По сравнению со своими сверстниками молодые люди с психическими заболеваниями почти в два раза чаще не получают образования, работу или профессиональную подготовку[30], что сокращает как трудовые ресурсы, так и налоговую базу. Наряду со старением населения сокращение трудовых ресурсов молодежи и налоговой базы, вероятно, увеличит нагрузку на работающее население, повысит расходы на здравоохранение в долгосрочной перспективе[31] и замедлит экономический рост.

Несмотря на то, что экономические последствия психических заболеваний очевидны и убедительны, адекватными инвестициями в психическое здоровье, в том числе для молодежи, во всем мире серьезно пренебрегают, особенно в странах, не относящихся к западным, образованным, промышленно развитым, богатым и демократическим[32,33]. Такое положение дел отражает сочетание факторов, включая за-

болеваемость и смертность от инфекционных заболеваний, широко распространенную бедность, а также отсутствие политической свободы и стабильности, а также ограниченность инфраструктуры. Будет интересно проанализировать влияние пандемии COVID-19 на эту сторону вопроса.

Экономика психического здоровья выходит за рамки потребности в финансировании. Бездействие или недостаточные инвестиции влекут за собой ряд предотвратимых и долговременных издержек, включая потерю производительности, потерю заработка и зависимость от социального обеспечения, которые негативно влияют на общество в целом[34-36]. Ранняя диагностика и лечение – одна из проверенных стратегий смягчения социальных и экономических последствий психических расстройств, которую можно расширить[37]. Плата за бездействие ложится тяжелым бременем на правительства и экономику, демонстрируя, что лица, определяющие политику, не могут позволить себе недостаточно финансировать сферу психического здоровья молодежи. Анализ доходности инвестиций позволяет лицам, принимающим решения, сравнить инвестиции в систему охраны психического здоровья молодежи[37] с инвестициями в другие области системы здравоохранения и экономики.

ТЕКУЩЕЕ СОСТОЯНИЕ СФЕРЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ МОЛОДЕЖИ

Чтобы понять, почему такая очевидная возможность общественного здравоохранения до недавнего времени игнорировалась, нам необходимо изучить историю и эволюцию психиатрической помощи. Лишь сравнительно недавно психиатрическая помощь взрослым перешла от эры отдельных психиатрических учреждений к объединенному направлению общей медицинской помощи. Это далеко не завершенный процесс во всем мире. Даже там, где он имеет место, он часто недостаточно разработан, недофинансирован и по-прежнему сосредоточен почти исключительно на чрезвычайно острых или широко распространенных состояниях, то есть на людях среднего возраста с хроническими, стойкими и инвалидизирующими заболеваниями.

Молодежи, среди которой развивается основная масса новых случаев заболевания, не уделялось первостепенного внимания, также как в случае рака и других основных неинфекционных заболеваний. Молодые люди и их семьи скорее обнаруживали, что им нужно было «доказать хронический характер», чтобы «заслужить» и оправдать доступ к программе помощи, представляющей из себя смесь «легкого пренебрежения из заниженных ожиданий», «медицинской иллюзии»[38], культуры игнорирования и низкого морального дух. Раннее вмешательство – большая проблема психиатрии[39-41].

Если теперь мы обратимся к детской психиатрии, то ее истоки совершенно иные. Эта субспециальность изначально возникла из детского консультационного движения и была ориентирована на детей младшего возраста. Хотя в последние десятилетия ее внимание было обращено на подростков и теперь она называется «детской и подростковой психиатрией», она придерживается педиатрической модели, в которой граница с медицинской помощью для взрослых устанавливается на уровне 18 лет исходя из юридических, а не медицинских показаний, без учета особенностей развития.

Эпидемиология психических заболеваний и потребности молодежи в психиатрии требуют совершенно иного подхода[42,43]. Психические заболевания являются зеркальным отражением соматических, при этом наибольшая потребность в помощи возникает в период максимального физического здоровья, по крайней мере, в современных глобализированных обществах. Кроме того, в то время как взрослая психиатрия боролась за паритет в рамках системы здравоохранения, детская и подростковая психиатрия столкнулась с еще более сложной задачей – просто утвердиться, и остается недостаточно развитой и недостаточно финансируемой. Даже в процветающем Европейском Союзе службы охраны психического здоровья детей и подростков немногочисленны или малозаметны, за очень небольшим исключением[44].

Результатом незначительной и противоречивой эволюции этих двух традиций в психиатрии является то, что подростки и молодые люди, несмотря на их наибольший уровень потребности, имеют наихудший доступ к своевременной и качественной специализированной психиатрической помощи. То же самое относится и к первичной помощи, которая, как и специализированная, плохо организована и с культуральной точки зрения не приспособлена для выявления и реагирования на психические расстройства у молодых людей, которые, как правило, не обращаются в традиционные службы первичной медицинской помощи[45]. Молодые люди прекрасно объясняют, почему нынешние службы здравоохранения и охраны психического здоровья им не нравятся и не работают на них[20].

Иными словами, система здравоохранения была разработана для удовлетворения потребностей людей с соматическими заболеваниями, что означает, что основное внимание уделяется маленьким детям и пожилым людям. Психиатрическая помощь была «втиснута» в эту систему без особых дальновидности, логики или справедливости. Недавние исследования[46,47] показали, что педиатрическая модель помощи просто не работает в отношении психического здоровья. Мало того, что большинство молодых людей вообще не получают доступа к помощи или получают его после длительных задержек, но даже у тех, кто получает помощь, редко происходит надлежащий переход из «детской» во «взрослую» сеть[48]. Доступность и качество помощи, оказываемой возрастной группе 19–25 лет также очень низкие.

Различное происхождение и культуральные особенности этих систем оказания помощи, недостаточное финансирование и тот факт, что переход происходит в самый неподходящий момент времени, в совокупности являются причиной низкого уровня доступности помощи молодежи и обращаемости. Молодые люди и их семьи вынуждены ориентироваться в новой и часто совершенно иной системе, прежде чем оказываются готовы, в момент, когда они меньше всего способны это сделать. Препятствия для доступа к надлежащей помощи или нежелание пользоваться услугами, не отвечающими их уровню развития, являются серьезными причинами того, что большинство молодых людей не имеют доступа к психиатрической помощи или не получают ее, когда это необходимо.

Успех модели раннего психоза и «подтверждение концепции» раннего вмешательства[49] способствовали более широкому применению ранней диагностики и специализированного лечения всего спектра расстройств, развивающихся у молодых людей[50-52]. Модель раннего психоза обеспечивает своевременное, всестороннее, основанное на доказательных данных вмешательство на самых ранних стадиями психотических заболеваний с построением необходимых «строительных лесов» и поддержкой, которые делают шансы на выздоровление максимальные. Убедительные данные подтверждают ее экономическую эффективность[53,54], а включение специализированного образования и услуг по трудоустройству, таких как индивидуальное трудоустройство и поддержка[55], обеспечивает долгосрочную экономическую выгоду[37].

Модель раннего психоза продемонстрировала, как и в случае с другими неинфекционными заболеваниями, что раннее выявление и превентивное лечение в соответствии со стадией улучшают прогноз и снижают уровень инвалидности и безработицы. Со времен первой службы, созданной в начале 1990-х годов, к настоящему времени во многих странах мира созданы службы оказания помощи при первом психотического эпизода[52,56-61].

Хотя принципы раннего вмешательства, совместного планирования и холистической биопсихосоциальной помощи можно экстраполировать с первого психотического эпизода на весь спектр психических заболеваний у молодых людей, когда мы приступили к этой задаче в 2001 г., было ясно, что масштаб неудовлетворенных потребностей и эпидемиология психических заболеваний требовали более сложного многоуровневого или поэтапного подхода. В любом отдельно взятом регионе или зоне охвата обслуживанием заболеваемость психозами ничтожно мала по сравнению с общей заболеваемостью психическими расстройствами. Сюда входят тревожные расстройства, расстройства настроения, расстройства пищевого поведения, расстройства личности и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, а также сочетания этих заболеваний. Специализированные службы в одиночку неизбежно не могут справиться с масштабом проблемы.

Раннее вмешательство требует быстрого и беспрепятственного доступа к медицинской помощи, и все это указывает на существенную ценность многостадийной модели оказания первичной помощи[43]. Некоторое время назад Всемирная организация здравоохранения признала, что точка приложения психиатрической помощи во всем мире должна сместиться и сосредоточиться на первичной помощи[62]. Есть много преимуществ, чтобы использовать ее как входной портал: снижение стигматизации, большая пропускная способность и мощность, а также реальная осуществимость в большинстве систем здравоохранения, включая условия с низкими и средними ресурсами (экономическими и трудовыми). Однако проблема, с которой мы сразу же столкнулись в странах с высоким уровнем ресурсов, таких как Австралия, состояла в том, что общая практика и стандартная первичная помощь не рассматривались молодыми людьми как условия для обращения за помощью при психических заболеваниях и связанных с ними расстройствах. Эти службы не были ориентированы на молодежь, оказались недостаточно квалифицированы или обеспечены ресурсами для реагирования[20].

ПОСТРОЕНИЕ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ В 21 ВЕКЕ

В ответ на ограничения и недостатки традиционной системы охраны психического здоровья[20] на рубеже веков появился широкий спектр подходов к охране психического здоровья молодежи, которые активно развиваются во многих учреждениях с высокими ресурсами[63-65]. Новые модели интегрированной первичной помощи молодежи в области психического здоровья получили распространение по всему миру[65]. В настоящее время внимание сфокусировано на возрастной группе 12–25 лет, а опасная переходная точка приходится на 18 лет.

Этот фокус требует, чтобы проект отвечал уровню развития и молодежной культуре, признавал сложность и эволюцию биопсихосоциальных проблем, учитывал кризисы развития, модели флуктуирующих симптомов и сопутствующие заболевания, наблюдаемые в этой возрастной группе[42,43]. Это означает, что служба должны быть совместно разработанной, доступной, комфортной для первичного обращения («soft entry») (т. е. отсутствовали бы преграды для обращения или они были бы очень незначительными), на базе сообщества, свободного от осуждения и стигматизации, где молодые люди чувствуют себя комфортно и могут открыться, а также должны быть привлечены их семьи и друзья[66].

Это также означает, что центр тяжести должен быть расположен в сообществе с расширенной моделью первичной помощи, что должен быть принят подход клинического стадирования[67] и что вторичная или более специализированная психиатрическая помощь должна быть реструктурирована и согласована, чтобы обеспечить более интенсивную, устойчивую, долгосрочную помощь.

В 2010 году для поддержки этого процесса глобального реформирования была создана международная сеть, включающая ученых, специалистов в области здравоохранения, педагогов, молодежь, семьи и других лидеров мнений – Международная ассоциация психического здоровья молодежи (the International Association for Youth Mental Health, www.iaymh.org). В 2019 году Всемирный экономический форум начал официальное партнерство с Orygen для работы с заинтересованными сторонами по всему миру над разработкой Глобальной рамочной программы по охране психического здоровья молодежи (a Global Framework for Youth Mental Health)[68]. Этот процесс включает литературные обзоры научных данных, всемирные опросы, очные семинары и подробные онлайн и очные консультации с молодыми людьми и другими ключевыми заинтересованными сторонами из разных стран и регионов. Был согласован ряд принципов и предложена структура для различных ресурсов здравоохранения.

Ключевые принципы, которые лежат в основе оказания помощи молодежи в области психического здоровья, включают: а) профилактику и раннее вмешательство; б) участие молодежи, уважение, расширение прав и возможностей и совместное проектирование; в) вовлечение сообщества, обучение и консультации; г) комфортное первичное обращение («soft entry»), свободное от стигматизации или финансовых барьеров; д) выбор вариантов доступа, лечения и ухода; е) участие и поддержка семьи; ж) научные доказательства в качестве ключевого ориентира. То, как модели оказания помощи могут быть развернуты в различных условиях, отражено в Таблице 1.

Достичь глобального консенсуса в отношении принципов реформирования охраны психического здоровья молодежи оказалось относительно легко. Воплощение этих принципов на практике является более сложным шагом, но в последние годы во многих частях мира наблюдается обнадеживающий прогресс. Эти достижения можно описать общей программой, включающей следующие ключевые элементы: а) повышение осведомленности; б) профилактические программы; в) привлечение волонтеров, молодежи и работников-сверстников; г) цифровые программы психического здоровья; д) учебные заведения и рабочие места; е) интегрированная первичная помощь молодежи в области психического здоровья; ж) специализированная психиатрическая помощь молодежному сообществу; з) попечение по месту жительства.

ПОВЫШЕНИЕ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ

Первым шагом к уменьшению бремени психических заболеваний у молодых людей является повсеместное информирование общественности о природе и характере психических заболеваний и о том, как их можно предотвратить, распознать и принять меры безопасно, эффективно, в кратчайшие сроки в момент необходимости. В последние годы во многих странах были

Таблица 1. Предоставление специализированной психиатрической помощи молодежи в различных условиях

	Сообщество	Первичная помощь	Вторичная помощь	Третичная помощь
Высокий уровень ресурсов	Просветительские программы для населения, программы скрининга и раннего выявления Профилактические программы (например, антисуицидальные, антибуллинговые) Программы, направленные на повышение осведомленности и раннее выявление в школах, университетах и на рабочих местах Цифровые программы в области психического здоровья	Интегрированные программы здравоохранения и социальной помощи, устроенные по принципу «единого окна» для молодежи в возрасте 12–25 лет платформы Службы психического здоровья в школах и университетах Оказание помощи с применением цифровых технологий и телемедицина, интегрированные с первичной помощью	Мультидисциплинарные системы охраны психического здоровья молодежи, обеспечивающие очную и онлайн-помощь, тесно связаны с программами первичной помощи и сообществами Дополнительные интегрированные цифровые программы	Набор специализированных, совместно разработанных стационарных услуг и услуг по месту жительства для молодежи в зависимости от остроты и стадии заболевания Неотложная помощь на дому и ассертивное лечение по месту жительства
Средний уровень ресурсов	Общественное образование, профилактика и программы в школах Цифровые программы в области психического здоровья	Интегрированные программы здравоохранения и социальной помощи, устроенные по принципу «единого окна» Службы психического здоровья в школах и университетах Оказание помощи с применением цифровых технологий и телемедицина, интегрированные с первичной помощью	Мультидисциплинарные группы психического здоровья по месту жительства (очные или онлайн) Дополнительные интегрированные цифровые программы	Стационарные услуги вне учреждений для взрослых и неотложная помощь на дому, если это невозможно
Низкий уровень ресурсов	Общественное образование, профилактика и школьные программы Цифровые программы в области психического здоровья	Программы с участием волонтеров, сверстников или непрофессионалов (концепция «Friendship Bench») Цифровые программы и телемедицина	Медицинские работники первичной медицинской помощи, в том числе врачи общей практики и волонтеры, прошедшие подготовку, ориентированные на молодежь и развитие навыков психического здоровья, оказывающие помощь в учреждениях первичной медицинской помощи по месту жительства с использованием очных, телемедицинских и цифровых вариантов оказания помощи	Неотложная помощь на дому

успешно реализованы программы информирования населения, борьбы со стигматизацией и укрепления психического здоровья, хотя большинство из них были общими или ориентированными на взрослых[69,70].

Во всем мире есть много примеров кампаний по повышению осведомленности молодежи, направленные на популяризацию темы психического здоровья и просвещения в отношении ранних признаков психических заболеваний. Программа «Mental Health First Aid»[71] разработала версию для подростков[72], оценка которой недавно была проведена[73,74]. Участники получают долгосрочную пользу, но пользу для молодых людей было трудно продемонстрировать, а фокус внимания на лицах моложе 18 лет является существенным ограничением. «headspace Day» в Австралии – еще один пример (https://headspace.org.au/about-us/our-campaigns/). Одним из лучших примеров является ReachOut, которая одной из первых использовала возможности Интернета для охвата молодежи. Совсем недавно Batyr дополнила онлайн-подход очными мероприятиями в образовательных учреждениях. Jack.org в Канаде возглавляется молодежью и проводит общенациональные программы и кампании по повышению осведомленности и укреплению психического здоровья молодежи. В Великобритании YoungMinds создает молодежное движение для повышения осведомленности о психическом здоровье и поддержки, доступной для детей и молодежи. В следующих разделах описаны эти программы с некоторыми дополнительными подробностями.

Reach Out

ReachOut, основанная в Австралии в 1998 году, представляет собой вебслужбу по укреплению психического здоровья, раннему вмешательству и профилактике для молодых людей в возрасте от 12 до 25 лет[75]. Совместная разработка при участии молодежи сыграли ключевую роль в ее развитии и реализации[76].

ReachOut направлена на повышение грамотности молодых людей в области психического здоровья, повышение жизнестойкости, развитие социальных связей и поощрение активного обращения к самопомощи, форумам поддержки и ресурсам специализированной медицинской помощи[75,77]. Она также предлагает поддержку и ресурсы для родителей и школ. Ежегодно в Австралии сервисом пользуются более 2 млн человек[78].

Почти три четверти молодых людей, имеющих доступ к ReachOut, испытывают высокий или очень высокий уровень психологического стресса[75]. Недавняя оценка показала, что служба доступна и актуальна для молодых людей, способствует активному обращению за помощью и значительно снижает уровень депрессии, тревоги, стресса и риск суицида[78,79].

Batyr

Основанная в 2011 году организация batyr является профилактической организацией в области психического здоровья в Австралии, целью которой является снижение стигматизации и поощрение обращения за помощью. Программа batyr опирается на совокупность данных, подчеркивающих связь между открытостью информации, стигматизацией и благополучием[80].

batyr проводит образовательные семинары по психическому здоровью в школах (batyr@school), университетах (batyr@uni) и на рабочих местах (batyr@work). Ведущие проходят обучение в рамках программы «the Being Herd» – бесплатного двухдневного семинара, целью которого является дать возможность молодым людям (18–30 лет) поделиться своим опытом жизни с психическим заболеванием.

На сегодняшний день в рамках программы «the Being Herd» обучено более 700 молодых людей, и отмечена ее связь с улучшением самочувствия обучающихся, а также снижением самостигматизации и стигматизации со стороны других[80]. Программа batyr@school охватила более 200 000 молодых людей в 352 средних школах Австралии.

Неопубликованное рандомизированное контролируемое исследование показало, что batyr@school способствует снижению стигматизации, улучшению отношения и активному обращению за профессиональной психиатрической помощью[81]. Эти результаты сохранялись через три месяца после проведения программы[81]. Как учащиеся средних школ, так и студенты университетов отмечают, что программы batyr очень увлекательны (82 и 85% соответственно) и повышают вероятность обращения за психологической помощью (70 и 78% соответственно).

Jack.org

После осознания отсутствия программ по обучению молодых активистов в области психического здоровья в Канаде в 2010 году была создан Jack.org как молодежная инициатива по укреплению психического здоровья и профилактике психических расстройств, ориентированная на молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет.

Организация стремится повысить грамотность в области психического здоровья, снизить стигматизацию и увеличить обращаемость за помощью с использованием трех основных программ: Jack Talks (презентации о психическом здоровье, проводимые сверстниками), Chapters (общинные рабочие группы, возглавляемые молодежью) и Summits (молодежные конференции). Также доступны онлайн-ресурсы для обучения молодых людей тому, как поддерживать своих сверстников.

В 2019 году Jack.org охватила более 170 000 молодых людей, подготовленные и сертифицированные спикеры представили 446 выступлений Jack Talks. 87% участников Jack Talks отмечают, что презентации помогли им более позитивно относиться к психическому здоровью.

YoungMinds

YoungMinds – это британская благотворительная организация, деятельность которой направлена на обеспечение всем нуждающимся молодым людям необходимой психологической поддержки. Она предлагает онлайн-поддержку, семинары и очное обучение для молодых людей, родителей, школ и специалистов.

В 2019–2020 гг. почти 2,5 млн пользователей из Великобритании посетили веб-сайт YoungMinds, и 11 959 родителей и опекунов связались со службой поддержки, при этом 77% родителей отметили, что они изменили подход к поддержке своего ребенка, следуя полученным советам[82]. Показано, что телефон доверия оказался полезным для 88% из тех, кто им воспользовался[83]. В 2019–2020 гг. YoungMinds провела внутреннее обучение в 70 школах и организациях, при этом 97% слушателей высоко оценили курс[82]. Ежегодно обучение проходят более 10 000 специалистов.

YoungMinds также предлагает флагманскую трехлетнюю программу для молодых людей в возрасте от 14 до 25 лет, имеющих опыт жизни с психическим заболеванием, которые проводят кампании по повышению осведомленности о психическом здоровье молодежи. 97% активистов отметили, что они стали лучше осведомлены о своем психическом здоровье, а 83% стали чувствовать себя более уверенно, говоря о проблемах психического здоровья[82].

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРОГРАММЫ

Профилактика более эффективна, чем лечение. Выделено много факторов риска и защитных факторов психического здоровья[84]. Тем не менее есть данные о росте заболеваемости и распространенности психических заболеваний среди молодежи и уровня самоубийств, особенно среди молодых женщин[12,85]. В ухудшении психического здоровья и благополучия молодых людей предполагается роль социальных сетей и новых технологий, изменения климата и ряда социально-экономических факторов[18,86].

Конкретные программы, нацеленные на некоторые из этих факторов риска, например, антибуллинговые программы[87], безопасный чат для снижения риска самоубийства с помощью онлайн-программ[88] и программы повышения психологической устойчивости в школах[89,90], представляют собой определенную ценность[91]. Однако другие факторы риска не так податливы и носят более широкий социальный и экономический характер по своей природе и масштабу (например, изменение климата и социальные сети).

Профилактика – это концепция, которая распространяется на весь спектр и включает все этапы оказания помощи. Fusar-Poli и соавт.[92] недавно представили в этом журнале модель спектра профилактики психического здоровья Института медицины США (the US Institute of Medicine)[93], подчеркнув различие между универсальной, селективной и адресной профилактикой и подтвердив, что адресная профилактика является в последнее годы наиболее многообещающим направлением и имеет большой потенциал[94].

Как и в случае с другими основными неинфекционными заболеваниями, такими как рак, ценны все аспекты профилактики и превентивного лечения. Однако остается неясным, что можно сделать в обозримом будущем с точки зрения всеобщей профилактики[95,96]. Профилактика может быть действенной во всем спектре, и ненужные ложные дихотомии между классической первичной профилактикой и лечением просто подрывают консенсус и динамику[92].

КОМФОРТНОЕ ОБРАЩЕНИЕ («SOFT-ENTRY»): ИННОВАЦИИ С ПРИВЛЕЧЕНИЕМ ВОЛОНТЕРОВ, МОЛОДЕЖИ И СВЕРСТНИКОВ

Крайняя нехватка специалистов в области психического здоровья в условиях ограниченных ресурсов и их относительная нехватка из-за высокой потребности и неадекватного финансирования в условиях средних и высоких ресурсов привели к развитию ценных инноваций.

Наиболее известным примером является «the Friendship Bench»[97], разработанная и реализованная в Зимбабве. Эта концепция была расширена как «Friendship Bridge», оказавшаяся гибким способом привлечения маргинальных молодых людей из самых разных культур. Аналогичным образом, в некоторых странах с высоким уровнем ресурсов программы охраны психического здоровья молодежи привлекли студентов и других молодых волонтеров для содействия обращению за помощью, сделали его более неформальным и доступным (например, https://www.ease.nl и https:/ /headspace.dk).

Появление оплачиваемых работников из числа сверстников в области охраны психического здоровья молодежи имеет схожие цели и преимущества[98,99]. При соответствующей подготовке волонтеры и работники-сверстники могут не только помочь удовлетворить существенную потребность в помощи на начальных этапах, но и сделать опыт обращения за помощью менее сложным и более комфортным, особенно при первом обращении, предложить сострадательную поддержку и проводить простые терапевтические вмешательства.

Этот компонент охраны психического здоровья молодежи, который можно развивать во всех сообществах, в действительности не замещает дефицит рабочей силы, а имеет существенную ценность независимо от уровня финансирования и ресурсов здравоохранения.

ЦИФРОВЫЕ ПРОГРАММЫ В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Молодые люди являются цифровыми аборигенами, и цифровой мир является фундаментальным элементом их жизни. В то время как создание интегрированных служб охраны психического здоровья молодежи улучшило доступ молодых людей к психиатрической помощи (см. ниже), объем спроса и кадровые проблемы выдвинули на первый план необходимость разработки дополнительных программ, которые могут адекватно удовлетворить масштабы и разнообразие потребностей. Предоставление высококачественной помощи в сфере психического здоровья с помощью цифровых технологий считается ключом к этому начинанию, что подчеркнула пандемия COVID-19[100].

Интеграция цифровых технологий в программы оказания помощи молодежи имеет ряд преимуществ, в том числе повышение эффективности обслуживания и доступа к помощи[100,101], потенциально способна заполнить пробелы в лечении в условиях разных ресурсов. Хотя использование цифровых технологий в условиях ограниченных и средних ресурсов является приемлемым, выполнимым и потенциально эффективным[102], необходимо учитывать такие факторы, как язык, культура, уровень образования, доступность технологий, цифровая грамотность и инфраструктура[103].

Наблюдается быстрый рост цифровых исследований в области психического здоровья[104], и несмотря на проблемы с внедрением новых цифровых технологий[105,106] их интеграция в клинические службы может повысить обращаемость[107].

Для лечения тревожных расстройств и депрессии у молодых людей доступен ряд цифровых приложений[108]. К ним относятся текстовые сообщения (например, ReachOut, Rise Up), компьютерные игры (например, SPARX), онлайн-программы (например, MOST, MoodGYM), видеоигры (например, Maya), онлайн-курсы, чат-группы (например, Master Your Mood) и мобильные приложения (например, Mayo Clinic Anxiety Coach). Вмешательства, включающие супервизию или регулярный контакт с терапевтом, более эффективны, чем несупервизируемые образовательные программы. Повышение обращаемости и удержание – вопросы, требующие внимания[108].

В следующих разделах описаны многообещающие программы, сочетающие очную помощь в области психического здоровья с цифровыми вмешательствами.

Модерируемая онлайн-социальная терапия (Moderated Online Social Therapy, MOST)

Модерируемая онлайн-социальная терапия (Moderated Online Social Therapy, MOST), разработанная в Австралии мультидисциплинарной командой клинических психологов, дизайнеров, авторов литературы для молодежи, художников-комиксистов и разработчиков программного обеспечения, представляет собой безукоризненное цифровое решение, использующее дизайн, ориентированный на пользователя. Она безопасна, эффективна и ценится клиницистами, молодежью и семьями.

Программа предлагает молодым людям непрерывный доступ к доказательной психотерапии, а также к взаимной поддержке и поддержке специалистов с любого устройства, подключенного к Интернету. Терапия в рамках программы была адаптирована и улучшена на основе отзывов молодежи и данных об использовании за десять лет, чтобы гарантировать, что точка зрения молодежи услышана, а спектр вмешательств соответствует требованиям их повседневной жизни. Эта терапия встроена в поддерживающее онлайн-сообщество других молодых людей, работающих над своим психическим здоровьем с целью превращения опыта лечения из изоляции в совместную миссию.

MOST сочетает в себе управляемые терапевтические вмешательства, целенаправленные копинговые стратегии и отслеживание состояния психического здоровья вместе с социальной сетью сверстников, что обеспечивает обогащающую терапевтическую среду, в которой молодые люди могут безопасно работать для достижения своих целей, идти на позитивный риск в межличностных отношениях, а также расширять и отрабатывать навыки преодоления трудностей для достижения долгосрочного благополучия. Терапевты работают вместе с клиницистами лицом к лицу, предлагая комплексную поддержку молодым людям и обеспечивая расширенную адаптацию технологии. Профессиональные консультанты-специалисты дополнительно поддерживают молодых людей в работе и учебе.

MOST органично сочетает цифровую поддержку и поддержку других людей, что способствует быстрому выявлению и реагированию на любые признаки риска или рецидива в период между запланированными врачебными консультациями. Это развивающаяся модель, и в ходе последовательных итераций она была адаптирована для целого ряда групп: первый психотический эпизод[109-111], состояния сверхвысокого риска развития психоза[112], депрессия[113], социальная тревожность[114], плохое психическое здоровье[115], суицидальный риск[116] и родственников[117,118].

Недавнее рандомизированное контролируемое исследование110 с участием молодых людей с психозом показало, что применение Horyzons (вариант MOST для подростков с психозами) было ассоциировано с 5,5-кратным увеличением вероятности найти работу или поступить на учебу, а также с вдвое меньшим числом посещений служб неотложной помощи и случаев госпитализации в связи с психозом по сравнению с обычным лечением в течение 18 месяцев после выписки из специализированной службы по лечению подростковых психозов.

Synergy

Также в Австралии представлена цифровая программа Synergy, целью которой является улучшение здоровья, социальных и физических исходов у молодых людей за счет предоставления персонализированной и измеримой помощи[119]. Платформа встроена в службы охраны психического здоровья молодежи и может быть настроена в соответствии с местными потребностями.

Программа, разработанная совместно с конечными пользователями[120, 121], облегчает ряд ключевых процессов, включая многомерную оценку, определение клинической стадии, обратную связь с результатами оценки, совместное принятие решений и мониторинг изменений во времени[119]. В настоящее время проводятся клинические испытания Synergy[122].

The «digital clinic»

В США the «digital clinic» предлагает гибридную модель помощи в области психического здоровья, дополняя и расширяя услуги медицинского центра Beth Israel Deaconess в Бостоне с помощью приложения для смартфона[107]. Клиника уделяет особое внимание терапевтическому альянсу, измеримости результатов лечения и совместному принятию решений[107].

Компоненты приложения были специально разработаны для устранения

основных барьеров между пациентами и клиницистами, которые снижают охват и обращаемость, с использованием программы цифровой помощи[107]. Эти компоненты включают программы «Цифровые возможности для достижения результатов в службах восстановления» (the Digital Opportunities for Outcomes in Recovery Services, DOORS)[123] и «Цифровой навигатор» (Digital Navigator)[124,125], которые обеспечивают обучение цифровой грамотности пациентов с серьезными психическими заболеваниями и клиницистов соответственно.

Приложение mindLAMP (Learn, Assess, Manage, Prevent) – цифровая медицинская программа, используемая клиникой и разработанная при участии конечных пользователей, настраивается для каждого пациента и может способствовать развитию психиатрической помощи молодежи[126]. Основные функции приложения включают обучение, оценку с помощью опросов и сенсоров, цифровое фенотипирование, инструменты самоконтроля, обмен данными с пациентами и поддержку врачей.

Приложение mindLAMP может быть адаптировано для внедрения при любом состоянии ресурсов[126] и в настоящее время используется исследователями и клиницистами более чем в 20 центрах по всему миру. Предварительные результаты исследования mindLAMP показали осуществимость и потенциальную полезность цифрового фенотипирования в качестве дополнения клинической помощи, хотя было обнаружено, что лица моложе 25 лет выполняют меньше действий в приложении, чем люди старшего возраста[127].

ШКОЛЫ, ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ И РАБОЧИЕ МЕСТА

Образовательные учреждения дают возможность укрепить психическое здоровье и благополучие, информировать учащихся и преподавателей о психических заболеваниях, а также о том, как их распознавать и как реагировать на них, а также предлагает первичную помощь в качестве первоначальных мер[128–130]. Эта логика распространяется не только на школы, но и на университеты и другие высшие учебные заведения во многих странах, где широко признаются возможности проактивной охраны психического здоровья молодежи[131–133].

Эти учреждения лучше всего рассматривать как сообщества, включающие большое число, но не всех молодых людей, в которых можно сформировать уникальную систему оказания помощи на первичном уровне и связать ее с другими ресурсами, включая специализированную помощь и цифровые программы в области психического здоровья.

ИНТЕГРИРОВАННАЯ ПЕРВИЧНАЯ ПОМОЩЬ МОЛОДЕЖИ В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Интегрированное здравоохранение[134] является широко одобренным подходом к оптимизации медицинского обслуживания ввиду его способности удовлетворять многочисленные медицинские и социальные потребности с использованием единой программы оказания помощи. Его адаптация для молодых людей была в авангарде реформы охраны психического здоровья молодежи в течение двух десятилетий в условиях высоких ресурсов. Она должна лечь в основу глобальной реформы, как вариант первичной помощи в области психического здоровья[62], быть средством и компонентом поэтапной помощи[65] и обязательна в условиях любых ресурсов[62,68].

Хотя ранее имелись образцы такого подхода[135], переломный момент для глобального распространения можно отметить до 2004 года, когда правительство Австралии согласилось финансировать новую программу расширенной первичной помощи под названием headspace. Эта программа была разработана Orygen и партнерами, включая национальные профессиональные организации, представляющие общую практику и психологию[136]. Вскоре последовали и другие страны, в частности Ирландия и Канада[50,137–139].

Эта волна инноваций в области охраны психического здоровья молодежи в настоящее время распространяется по всему миру, по крайней мере, в 12 других странах принята интегрированная модель первичной помощи молодежи, которая адаптирована к местным культуральным особенностям, моделям финансирования здравоохранения, обеспеченности трудовыми ресурсами и часто ограничивается ими. В частности, успех модели headspace привел к ее распространению в Дании, Израиле, Нидерландах и Исландии. Подобные программы под другим брендом также были созданы в Ирландии, Канаде, Сингапуре и США. Новая Зеландия и Франция несколько ранее независимо друг от друга разработали аналогичную модель оказания помощи.

К общим чертам этих моделей можно отнести следующее. Во-первых, существует физическое, соответствующее уровню развития и культуральным особенностям отделение программ по охране психического здоровья для молодежи от аналогичных для детей младшего допубертатного возраста и для пожилых людей, с запоздалым смещением верхней возрастной границы с 18 до 25 лет.

Во-вторых, участие молодежи и совместная разработка являются универсальным фактором успеха, что не только изменило культуру, но и повысило уровень доверия, а также значительно минимизировало стигматизацию, связанную с обращением за помощью. Этому способствовало создание надежных, свободных от стигмы брендов, чего раньше не удавалось достичь в области охраны психического здоровья.

В-третьих, аспект интегрированной помощи по принципу «единого окна», организованной в одной локации с высокой степенью прозрачности в самом сердце местного сообщества, позволяет оказывать более качественную мультидисциплинарную помощь и защитить сферу в будущем от риска прекращения финансирования, которому подвержены более рассредоточенные циклические модели, имеющие фрагментированные потоки финансирования. Такой подход мобилизует поддержку местного сообщества, в том числе со стороны местных политических представителей, и привлекает в качестве поддержки другие службы и агентства.

В-четвертых, общей чертой в различных условиях является гибкий или «легкий» подход к диагностике, особенно на ранних стадиях психического расстройства, и позиция, основанная на потребностях и сильных сторонах, которая подходит для первичной помощи, что соответствует стадийной модели. Наконец, решающим фактором успеха, который способствующий улучшению результатов, является обеспечение точности модели посредством аккредитации, постоянного мониторинга и повышения качества, а также лицензирования товарных знаков. Это ограничивает ухудшение аспектов помощи, основанных на доказательных данных, которые часто оправдывают адаптацией к местным условиям.

Общие проблемы связаны с запуском программ, трудовыми ресурсами, профессиональным методами работы и отсутствием надежных каналов финансирования для поддержки программы оказания помощи. Автономный запуск не позволяет гарантировать качество программы. В ряде случаев до сих пор можно наблюдать попытки изо всех сил привлечь и удержать весь спектр профессионалов и в большей степени, чем следует, полагаться на молодых волонтеров и работников-сверстников, участие которых бесцен-

но в любом подходе к охране психического здоровья молодежи.

Даже если в программе обеспечен хороший баланс между волонтерами/работниками из числа молодежи и специалистами в области психического здоровья на уровне первичной помощи, успех обеспечения комфортного первичного обращения («soft entry»), позволяющего молодым людям с любым уровнем потребностей получить доступ, означает, что когорта молодых людей с более сложными и стойкими психическими расстройствами значительно больше привлечена к обращению в службу. Вместе с тем, в настоящее время программе не хватает потенциала, ряда навыков и опыта, чтобы полностью удовлетворить потребности и улучшить исходы в этой группе молодых людей. Мы использовали термин «недостающая середина» для обозначения этой когорты, поскольку из-за недостаточного финансирования и недостаточного внимания специалистов психиатрической помощи, даже в условиях с высокими ресурсами, они не могут получить доступ к следующему уровню помощи, если они не достигнут порога острого и тяжелого заболевания или хронизация[140].

Тем не менее предоставление доступа к первичной помощи на ранней стадии, по крайней мере, подчеркивает существование этой важной группы молодых людей, являющейся источником будущих тяжелобольных, и создает возможность для более раннего профилактического лечения. Скрытый список ожидания людей, нуждающихся в помощи, выходит из тени, и в конечном итоге им нужно ответить.

Примеры программ интегрированной первичной помощи молодежи в области психического здоровья более подробно описаны в следующих разделах.

Новая Зеландия: молодежные центры по типу «единого окна» (Youth One Stop Shops) и Piki

В 1994 г. в Новой Зеландии впервые были созданы «Молодежные центры по типу единого окна» («Youth One Stop Shops»). Они предоставляют молодым людям (в возрасте 10–25 лет) ряд доступных, ориентированных на молодежь медицинских, социальных и других услуг в комплексной форме.

Оценка 14 служб в 2009 г. показала, что количество случаев оказания помощи варьировалось от 2000 до 15 000 на район, в среднем составило 11 430[141]. Хотя объективные данные об улучшении доступности и здоровья отсутствуют, молодые люди (94%) и заинтересованные стороны (89%) отмечали, что считают услугу эффективной для улучшения здоровья и благополучия[141].

После успеха пилотного проекта Piki, молодежной службы психического здоровья для молодых людей в возрасте от 18 до 25 лет, правительство Новой Зеландии недавно взяло на себя обязательство развернуть службы первичной помощи, ориентированные на молодежь, в области психического здоровья и лечения зависимостей для молодых людей в возрасте от 12 до 24 лет. На сегодняшний день анонсированы службы в 13 локациях. Данные услуги будут предлагаться в различных местах, в том числе в молодежных центрах по типу «единого окна» («Youth One Stop Shops») и общественных центрах.

Франция: Дома подростков (Maisons des Adolescents)

«Дома подростков» (Maisons des Adolescents, MDA), созданные в 1999 г. в Гавре во Франции представляют собой комплекс медицинских услуг для молодых людей с проблемами физического здоровья, психологическими или социальными проблемами. Хотя целевым возрастным диапазоном является возраст от 11 до 21 года, центры могут расширить его до 25 лет[135]. Работая под общим брендом в 104 центрах и имея национальный офис в Ренне, каждый центр ежегодно оказывает помощь от 700 до 1000 молодых людей, а среднее количество посещений составляет от двух до трех.

Молодые люди отмечают, что программа способствует их благополучию, а специалисты удовлетворены тем, что она отвечает индивидуальным потребностям[142]. Программы разнообразны по содержанию, которое они предлагают, включая «пространство здоровья и профилактики» для выслушивания и оценки, мобильные бригады для работы в больнице, а также посещения на дому и в сообществе, художественные и культурные программы, профессиональную поддержку, консультации специалистов и встречи внутри сети.

Недавно были предприняты шаги по улучшению регулирования и стандартизации программы для оптимизации оказываемой помощи, определения приоритетных потребностей и адаптации подхода к новым социальным проблемам. Как и в случае с другими программами, есть свидетельства противоречия между позицией просто «выслушивать» и более терапевтическими вмешательствами.

Австралия: headspace

headspace получила финансирование и была разработана в 2005 году правительством Австралии в ответ на обширную кампанию по защите реформирования и инвестирования в национальную программу по охране психического здоровья молодежи, проведение которой было мотивировано низким уровнем осведомленности, доступности и качества услуг в области психического здоровья для молодых австралийцев. Кампания получила двухпартийную политическую поддержку, и государственное финансирование разработки и реализации программы первоначально в 2006 г. было обеспечено только в десяти австралийских сообществах[66]. Постепенно она была расширена до 136 центров через серию раундов государственного финансирования с целью к концу 2023 года охватить 164 сообщества[143].

Ежегодно более 130 000 молодых австралийцев получают доступ к целому ряду услуг через систему headspace, и более половины молодых людей, посещающих ее, испытывают высокий или очень высокий уровень психологического стресса[144]. К концу 2020 года в рамках headspace оказана помощь 626 000 молодым людям, обработано более 3,6 млн обращений[145].

Программа headspace предоставляет помощь по типу «единого окна», ориентированную на молодежь, позволяющую молодым людям получить доступ к целому ряду медицинских и социальных программ для психического, физического и сексуального здоровья, профессиональную и образовательную поддержку, а также доступ к просвещению и терапевтическим вмешательствам при наркомании и алкоголизме[43,66]. Национальная онлайн служба поддержки (eheadspace), в рамках которой молодые люди могут общаться со специалистом в области психического здоровья онлайн или по телефону, также существует в течение продолжительного времени.

headspace также реализует программы психического здоровья в школах по всей стране в партнерстве с Beyondblue (www.beyondblue.org.au) с целью повышения грамотности и навыков в области психического здоровья среди учителей и предлагают поддержку после суицидной попытки[145]. Доступна онлайн-поддержка по вопросам трудоустройства и обучения в дополнение к очной профессиональной поддержке (индивидуальная поддержка при трудоустройстве).

headspace работает по расширенной модели первичной помощи, обеспечивая мультидисциплинарную командную структуру с тесными связями и поддержкой местного сообщества (например, школами и специализированной психиатрической помощью). Это форма франшизы с национальным

брендом, которая требует соблюдения измеримого шаблона обслуживания. До 2016 года национальный офис headspace поручал одному ведущему агентству предоставлять услуги в рамках более широкого местного консорциума на каждом объекте. В настоящее время 31 автономная региональная сеть первичной помощи выполняет эту функцию от имени правительства Австралии, а национальный офис оценивает соблюдение программы и контролирует лицензию и торговую марку.

headspace прошел две отдельные независимые оценки[146,147], которые показали значительное улучшение доступности помощи для молодежи, в том числе для маргинальных групп, в частности молодых людей из коренных народов илесбиянок, геев, бисексуалов, трансгендеров и интерсексуалов (ЛГБТИ). Более 60% молодых людей испытывают краткосрочные улучшения148, а последующее исследование среди участников показало устойчивые преимущества и высокий уровень удовлетворенности ими молодых людей и семей[149]. Проводится третья оценка.

Нынешняя модель финансирования headspace является умеренной и осуществляет только краткосрочную помощь, однако открытый доступ предоставляется всем молодым людям, включая «недостающую середину», большую группу молодых людей, которые нуждаются в более интенсивном, постоянном и сложном лечении, но не могут его получить. В штате Виктория в настоящее время специализированные услуги приведены в соответствие с возрастным диапазоном 12–25 лет и будут существенно расширены[150]. Программы помощи при первом эпизоде психоза, связанные с headspace, существуют в ряде регионов Австралии, также охватывают подростков и молодых взрослых и могут быть трансдиагностически расширены, чтобы восполнить этот пробел.

Растущий уровень неудовлетворенных потребностей, широкая известность и надежность бренда и доступность обращения в настоящее время привели к увеличению списков ожидания[151]. Нехватка трудовых ресурсов, относительная слабость финансирования программы и резервной специализированной системы оказания медицинской помощи – проблемы, требующие решения сейчас. К счастью, политическая и общественная поддержка headspace привела к увеличению инвестиций в федеральный бюджет на 2021 год.

headspace как радикальная и популярная реформа, работа над которой все еще продолжается, имела своих критиков, которые в определенной степени помогли устранить недостатки и улучшить программу оказания помощи[39,152-154]. Наконец, пандемия COVID-19 создала очевидные проблемы, вызвав повышенную потребность в медицинской помощи при ее ограниченной доступности[7]. Последнее было компенсировано поддержкой федеральным правительством телемедицины и мобильной связи.

Ирландия: Jigsaw

В 2006 году в контексте национальной реформы, вызванной уровнем самоубийств среди молодежи и под влиянием австралийской headspace the One Foundation создал национальный фонд психического здоровья молодежи Ирландии headstrong. Jigsaw стал общедоступным брендом службы, а затем и единым брендом всей организации[139,155].

До его разработки у молодых людей в Ирландии был очень ограниченный доступ к услугам в области психического здоровья, особенно при нарушениях легкой и умеренной степени, а финансируемые государством службы охраны психического здоровья детей и подростков испытывали серьезную нехватку ресурсов и могли оказывать помощь только небольшому числу молодых людей с более тяжелыми психическими заболеваниями, и даже не до 18 лет.

Подход Jigsaw включает в себя бесплатную индивидуальную поддержку специалистами и краткосрочные клинические вмешательства, которые доступны молодым людям, когда и где это необходимо. Дополнительными функциями являются общественные и школьные программы.

Программа выросла с пяти пилотных центров в 2010 г.[155] до 14 служб в 2020 г. (включая одну цифровую) и открытием дополнительных сервисов в 2021 г. С 2007 г. в рамках программы предоставлен доступ к помощи более чем 44 000 молодых людей. Программа отличается высокой доступностью и значительно уменьшает психологический дистресс (у 62% в возрасте 17–25 лет наблюдается достоверное и клинически значимое улучшение) при высоком уровне удовлетворенности молодых людей и их родителей[156-158].

В течение ряда лет Jigsaw финансировалась только из благотворительных источников, но в конце концов к ней присоединилось национальное правительство, и в 2015 году она была включена в годовой план обслуживания национальной Исполнительной службы здравоохранения и получила значительное базовое финансирование. Это финансирование растет из года в год, чтобы поддержать расширение услуг, и в настоящее время Исполнительный служба здравоохранения финансирует большую часть расходов, связанных с предоставлением услуг.

Как и в Австралии, в настоящее время задача заключается в преодолении разрыва между Jigsaw, которая является точкой входа в систему охраны психического здоровья молодежи с краткосрочными и ограниченными возможностями, и специализированными службами охраны психического здоровья для молодежи, которые нуждаются в серьезном реформировании и инвестициях для взаимодействия, в первую очередь первичная медицинская помощь. Усилению роли врачей общей практики препятствует отсутствие всеобщего медицинского обслуживания и государственного финансирования первичной медико-санитарной помощи в Ирландии.

Канада: ACCESS Open Minds, Foundry, Youth Wellness Hubs Ontario, Aire ouverte

Реформа в области психического здоровья молодежи в Канаде проходила по обычной схеме с каталитическим руководством благотворительной деятельности. The Graham Boeckh Foundation в партнерстве с Канадскими институтами исследований в области здравоохранения (the Canadian Institutes for Health Research) выделил значительные средства на создание ACCESS Open Minds, общеканадской сети, оказывающей помощь в области психического здоровья молодежи в 16 различных сообществах (семь провинций и одна территория) с акцентом на группах высокого риска (например, коренные народы)[137,159].

Программа ACCESS Open Minds адаптирована к местным условиям с учетом географического, политического и культурного разнообразия Канады. Ключевые элементы преобразования системы оказания помощи на каждом объекте включают: систематическое планирование обслуживания; раннее выявление случая; быстрый доступ; интегрированное молодежное пространство; помощь, отвечающая потребностям; активное участие молодежи и их семьей; обучение медицинского персонала; и наращивание исследовательского потенциала и контроля качества[137].

С мая 2016 г. по август 2020 г. в общей сложности 7539 молодых людей получили услуги, отмечены быстрая доступность, высокий уровень удовлетворенности, небольшой или средний эффект в отношении улучшения состояния, симптомов, а также социаль-

ного и профессионального функционирования[160].

Предлагается широкий спектр клинических и социальных услуг. В отличие от других программ здесь состояние большинства молодых людей характеризуется как средней тяжести или тяжелое[160], и именно в этой подгруппе в большей степени отмечается улучшение благодаря проводимым вмешательствам. Ключевой особенностью был успех, достигнутый среди коренных народов, ЛГБТИ и этнических меньшинств, которые отметили доверие и легкую доступность[160]. В настоящее время проводится оценка ACCESS Open Minds[161].

Широкая пропаганда и поддержка со стороны Graham Boeckh Foundation привели к нескольким инициативам интегрированных сервисов для молодежи в провинциях Канады. К ним относятся Foundry в Британской Колумбии, Youth Wellness Hubs в Онтарио и Aire ouverte в Квебеке.

Foundry, основанная в 2015 году, представляет собой сеть сервисных центров в Британской Колумбии, предлагающих низкопороговый (т. е. предусматривающий самообращение, бесплатное и без предварительной записи) доступ к услугам в области психического здоровья, наркозависимости, общему и сексуальному здоровью, а также социальным услугам. С каждым молодым человеком работает группа специалистов, и услуги должным образом ориентированы на потребности молодого человека с использованием поэтапного подхода к оказанию помощи.

Каждый центр Foundry находится в ведении ведущего агентства, которое объединяет местных партнеров, поставщиков услуг, молодежь и лиц, оказывающих помощь. В течение первых двух с половиной лет 4783 молодых человека получили доступ к помощи в шести пунктах обслуживания. Восемьдесят один процент молодых людей, обратившихся в службу, имели высокий или очень высокий уровень дистресса[162]. Программа обеспечила улучшение исходов и значительно улучшение доступа для маргинальных подгрупп, включая коренное население, ЛГБТИ и других, и продолжает расширение на всю провинцию.

Открытие молодежных оздоровительных центров в Онтарио было инициировано после разработки трех комплексных служб по охране психического здоровья для молодежи, запущенных в Торонто в рамках YouthCan IMPACT, рандомизированного контролируемого исследования программы интегрированных услуг по охране психического здоровья молодежи, финансируемой из федерального бюджета в сравнении со стандартным амбулаторным лечением подростков при больницах[163].

В 2017 году правительство Онтарио расширило программу комплексных услуг для молодежи на шесть дополнительных сообществ. Первоначальная служба делала упор на интеграцию существующих услуг в области психического здоровья, употребления психоактивных веществ, общих медицинских и социальных услуг, предоставляемых в натуральной форме, при скромном увеличении финансирования со стороны правительства и благотворительных организаций. Эти услуги были объединены под эгидой Youth Wellness Hubs Ontario с формированием сети из десяти интегрированных молодежных служб, которые были включены в стратегический план правительства Онтарио в области психического здоровья и получили постоянное финансирование[164]. Продолжается работа по расширению программы и демонстрации ее осуществимости, целесообразности и результатов в различных районах Онтарио.

В провинции Квебек также была создана сеть интегрированных служб («Aire ouverte») для молодых людей в возрасте 12–25 лет. Аналогично вышеописанным, эти службы направлены на обеспечение низкопорогового и легкого доступа к целому ряду медицинских и социальных услуг. В настоящее время в провинции существует три центра, другие должны открыться.

Дания: headspace Denmark

headspace Denmark была создана в 2013 году по инициативе неправительственной организации Det Sociale Netværk. Датская программа, основанная на австралийской модели и имеющая аналогичную торговую марку, была адаптирована в соответствие с местными потребностями.

headspace Denmark – это бесплатная служба поддержки и консультирования, в которой в основном заняты обученные волонтеры, в том числе из числа молодежи, работающие в парах. В настоящее время служба не предлагает лечения. Вместо этого она предоставляет молодому человеку «кого-то, с кем можно поговорить». Приблизительно каждый пятый молодой человек, обращающийся в headspace Denmark перенаправляется в другие службы для получения лечения или специализированной помощи.

Сейчас в Дании существует 28 центров в 26 муниципалитетах (в дополнение к общенациональному анонимному видео- и текстовому чату). В настоящее время правительство вовлечено и финансирует службу. Ожидается, что за счет постоянного государственного софинансирования в 2022 году headspace Denmark расширится до 32 центров, что сделает ее общенациональной очной службой с 50% охватом и укрепит ее позиции в качестве крупнейшего профилактического проекта по охране психического здоровья для уязвимой молодежи в Дании. В настоящее время проводится формализованная оценка headspace Denmark.

Приобщение клинических служб и, как и везде, построение связей со специализированной медицинской помощью для молодежи будет иметь решающее значение.

Исландия: Bergid headspace

Компания Bergid headspace была создана в Исландии при поддержке S. Bergsdottir. С 2019 года эта общедоступная служба поддержки и консультирования работает в Рейкьявике, при этом выездное консультирование доступно в других регионах Исландии, а также онлайн. К концу 2020 года его услугами воспользовались в общей сложности 390 молодых людей.

Проводится сбор данных, в том числе анкетирование на основании самоотчетов. Среднее количество посещенных сеансов – четыре, но молодые люди часто возвращаются для последующих сеансов оказания помощи. Средний возраст обратившихся за помощью составляет 19 лет, и 90% проживают в столичном районе Рейкьявика.

Израиль: headspace Israel

headspace Israel была создана в 2014 году в связи с низкой обращаемостью за помощью и отсутствием государственных медицинских услуг для молодежи при развитии психического заболевания. И снова благотворительность, на этот раз из австралийских источников, сыграла важную роль в создании службы. Центры появились сначала в Бат-Яме, а затем в Иерусалиме.

headspace Israel – это ориентированная на молодежь многопрофильная программа расширенной первичной помощи (по типу «единого окна») с тесными связями с местными специализированными службами, школами и другими общественными организациями.

В первый год своей работы headspace Israel успешно повысила уровень доступности и осведомленности об услугах в области психического здоровья молодежи: 652 молодых

человека воспользовались услугами в Бат-Яме.

Нидерланды: @ease

@ease, появившаяся в январе 2018 года в Маастрихте и Амстердаме, представляет собой службу поддержки и консультирования молодых людей без предварительной записи, осуществляемые в основном подготовленными волонтерами (включая студентов-психологов и других молодых людей).

С момента создания @ease распространилась до Роттердама, Гренингена и Херлена. Она была дополнена онлайн-чатом, а также поддержкой психиатров и других специалистов, и на сегодняшний день более 1000 молодых людей получили доступ к помощи.

США: allcove

В США программа allcove, разработанная Стэнфордским психиатрическим центром психического здоровья и благополучия молодежи (the Stanford Psychiatry Center for Youth Mental Health and Wellbein), открыла первые два центра в 2021 году. Созданные в сотрудничестве с округом Санта-Клара, первые два центра allcove находятся в Сан-Хосе и Пало-Альто.

Вдохновленная и поддерживаемая headspace Australia и Foundry, эта интегрированная программа в области психического здоровья в США для молодых людей в возрасте 12–25 лет будет включать в себя помощь на ранних этапах, первичную медицинскую помощь, помощь по борьбе с наркозависимостью, поддержку сверстников и семьи, а также поддержку в области образования и трудоустройства.

Штат Калифорния выделил начальное финансирование еще пяти центров в Сан-Матео, Сакраменто, Лос-Анджелесе (два центра) и округах Ориндж. Потенциальное расширение в пяти других штатах также продолжается.

Сингапур: Community Health Assessment Team (CHAT)

CHAT, созданная в 2009 году на основе Сингапурской программы раннего вмешательства при первом психотическом эпизоде (the Singapore Early Psychosis Intervention Programme), представляет собой национальную программу оценки психического здоровья молодежи и информационно-просветительской работы на базе Института психического здоровья (the Institute of Mental Health)[165].

Программа CHAT ориентирована на молодых людей в возрасте от 16 до 30 лет и обеспечивает бесплатную персонализированную помощь в нестигматизирующей среде. В состав службы входят смежные медицинские работники, врачи, административная поддержка, активисты, послы CHAT (волонтерская молодежная группа сверстников), служба по предоставлению информации, webCHAT (служба онлайн-скрининга) и кратковременная поддержка на местах молодых людей, у которых ограничен доступ к специализированным услугам[166].

За первое десятилетие работы 3343 молодых человека (54% всех направленных) прошли полную оценку психического здоровья в CHAT. У сорока семи процентов отмечается уменьшение дистресса на 25% или более, а 20% продемонстрировали снижение на 6–25%[166].

Великобритания

Хотя до сих пор в Великобритании не проводилось систематических реформ в области охраны психического здоровья молодежи, те же проблемы повлияли на разработку предоставления услуг через систему Youth Access centres на местном уровне.

В некоторых районах Великобритании, в частности в Норфолке и Бирмингеме, специализированные службы по охране психического здоровья были реструктурированы, чтобы привело к определенным успехам в области психического здоровья молодежи[167-169]. Дальнейшая реформа находится на рассмотрении национального правительства.

Гонконг

Успех ранних реформ по оказанию помощи при первом эпизоде психоза в Гонконге[170-172] побудил академическое и клиническое руководство более широко изучить вопросы реформирования сферы психического здоровья молодежи, и для подготовки к этому был проведен ряд опросов.

Недавние социальные волнения и растущее давление на молодых людей подчеркнули острую потребность в улучшении поддержки и доступности помощи в области психического здоровья.

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ СООБЩЕСТВО ПО ОКАЗАНИЮ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

В условиях с высоким уровнем ресурсов специализированная помощь в сфере психического здоровья по месту жительства, предназначенная для молодежи, является важной резервной системой для интегрированных программ первичной помощи. Основным препятствием, которое необходимо преодолеть, является педиатрическая модель служб охраны психического здоровья детей и подростков, для которой характерны низкий уровень ресурсов и переход во «взрослую» сеть в 18 лет, что обсуждалось выше.

Недавний прорыв в штате Виктория (Австралия)[150] позволит привести специализированные службы охраны психического здоровья в соответствие с возрастным диапазоном сети headspace (12–25 лет) и даст возможность общей клинической системе управления беспрепятственно действовать на обоих уровнях. Согласованность и вертикальная интеграция облегчат применение клинического стадийного подхода к лечению и способствуют повышению эффективности лечения и улучшению исходов.

ПОПЕЧЕНИЕ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА

В условиях с высоким уровнем ресурсов необходимы и возможны варианты стационарного лечения для молодых людей, начиная от неотложной стационарной помощи с альтернативой в виде интенсивной терапии на дому или «стационара на дому» и заканчивая подострыми или терапевтическими программами, ориентированными на выздоровление, и долгосрочное проживание в сообществе.

Продолжается работа по финансированию и проектированию этих объектов в сотрудничестве с молодежью и семьями. Такие условия должны существовать независимо от аналогичных для маленьких детей и пожилых людей, и при их разработке и реализации должны учитываться гендерные и культуральные особенности, а также соответствие уровню развития молодых людей.

КОНФЛИКТ ПАРАДИГМ

Любое действие, направленное на изменение парадигмы, столкнется с серьезными проблемами и сопротивлением, и они действительно возникли по мере развертывания реформы в сфере психического здоровья молодежи. Некоторые из этих проблем носят концептуальный и политический характер, другие – практический. Психиатрия изо всех сил пытается преодолеть внутренний пессимизм и отсутствие веры в себя, которые увековечены стигмой, дискриминацией и низким статусом в сфере здравоохранения и медицинских исследований.

Недостаточное финансирование и представление о том, что психиатри-

ческая помощь является в лучшем случае игрой с нулевой суммой, а в худшем – «тающим пирогом», приводит к тому, что различные области психиатрии конкурируют друг с другом и подрывают прогресс каждой из них[39,41,173]. Крайне тяжело обеспечить единство целей и мобилизацию командных усилий в области психического здоровья для завоевания плацдармов и достижения целей любого рода. Сомнения возникают даже тогда, когда собраны убедительные или многообещающие научные данные, по причинам и путями, которых мы не наблюдаем в других областях здравоохранения[40]. Скептицизм является жизненно важной силой в эмпирической и прагматической области, такой как медицина, но он контрпродуктивен и вреден, если чрезмерен или мотивирован неуверенностью, личным интересом или саморазрушительным мышлением.

Новую парадигму охраны психического здоровья молодежи можно рассматривать как угрозу статус-кво или, наоборот, как способ укрепления как детской, так и взрослой психиатрии. Есть признаки того, что детская и подростковая психиатрия, по крайней мере, начинает использовать эту возможность. Тем не менее недавние реформы в этой области процветают не только благодаря логике и научным данным, несомненно важны защита и руководство. Им не помешали сомнения, замаскированные под искреннюю критику.

Ключевым фактором успеха на сегодняшний день является потребительский спрос и поддержка. Решительное глобальное лидерство ряда клинических и академических пионеров также является важной особенностью. В настоящее время значительно усиливают импульс экономические аргументы, поскольку психиатрическая помощь, в основном из-за того, что в какой период жизни она требуется, остается единственной областью здравоохранения, где возможна большая отдача от инвестиций.

ВЫВОДЫ

Охрана психического здоровья молодежи потенциально способна стать новой трансформационной парадигмой, которая может вдохновить общество на то, чтобы ценить психиатрическую помощь и развить гораздо большую веру в нее. Энергия и оптимизм в связи с положительным опытом обращения за помощью, улучшение результатов лечения и возврат инвестиций являются мощными силами для перемен. Мы привели доводы в пользу того, что оказание помощи молодежи в области психического здоровья должно рассматриваться как оказание помощи в критический переходный период жизни. Это в конечном итоге предполагает создание нового профессионального поля, а не просто новых моделей оказания помощи.

Главной особенностью появляющихся программ оказания помощи молодежи является смещение и сосредоточение на этапе переходного развития от пубертата до возраста независимой взрослости, что охватывает период примерно от 12 до 25 лет, хотя эти границы являются гибкими и изменчивыми. Участие молодых людей и их семей в разработке концепции, дизайна и реализации программ, а также мощная общественная и политическая поддержка, которую они получили, являются важными составляющими успеха. Реформу обычно возглавляли клиницисты, академики и филантропы. Политики, однако, ожидая выхода области охраны психического здоровья из пессимизма и застоя, часто стремились поддержать эти оптимистичные подходы к раннему вмешательству и охране психического здоровья молодежи.

Особенности, которые уменьшают барьеры на этапе обращения за помощью и способствуют ее нормализации и привлекательности, такие как привлечение добровольцев и работников из числа сверстников, меньшая сосредоточенность на формальном диагнозе и акцент на поощрении самостоятельного обращения при легких и потенциально преходящих состояниях, могут создавать напряжение с профессионалами из более специализированных структур. Недостаточные ресурсы служб в сфере психического здоровья молодежи и понятные оборонительные умонастроения усиливают это напряжение. На самом деле, если мы сможем собрать необходимые ресурсы для создания гибкой и проактивной стадийной системы оказания помощи молодежи на основе новых трудовых ресурсов, включая новую субспециальность «психиатрию молодого возраста»[174], то это напряжение спадет и станет видно, что это ложная дихотомия, одна из многих в сфере психического здоровья.

Новые инфраструктуры в сфере охраны психического здоровья молодежи позволяют определить ранние стадии и границы потенциально серьезных психических заболеваний у молодых людей и впервые отобразить их в трансдиагностическом ландшафте. Они позволяют исследовать и апробировать новые методы лечения, а также изучить и проверить их безопасность, применимость и эффективность в трансдиагностических условиях[175].

Критики утверждали, что эта стратегия наносит вред из-за навешивания ярлыков и чрезмерной медикализации подростковой тревоги и ненужного лечения. Фактически при подходе, основанном на потребностях, в котором акцент делается не на диагнозе, а лечение проводится в соответствии с клинической стадией, при этом его интенсивность определяется соображениями баланса риска и безопасности, верным является обратное, а убедительные данные, полученные в рамках описанных программ, четко указывают на потребность в помощи, которую предъявляют молодые люди.

Значительная неудовлетворенность потребностей молодых людей в области психического здоровья во всем мире требует, чтобы охрана психического здоровья молодежи была возведена в абсолютный приоритет в системе здравоохранения. Глобальная реформа и адекватные инвестиции в сферу психического здоровья молодежи не только существенно улучшат здоровье и жизнь молодых людей, но окупятся и будут способствовать психическому благополучию всего общества.

БЛАГОДАРНОСТИ

Авторы выражают благодарность коллегам из служб охраны психического здоровья молодежи, предоставившим обновленные данные: S. Adelsheim, S. Barbic, L. Benoit, S. Bergsdottir, E. Chen, J. Duffy, T. Hammershoy, W. Helfrich, J. Henderson, S. Hetrick, S. Iyer, R. Klaassen, S. Leijdesdorff, A. Malla, S. Mathias, S. Mejrup, A. O'Reilly, J. Risom, D. Rickwood, S. Rosevear, J. Torous, J. Trethowan, T. van Amelsvoort и S. Verma.

Библиография

1. Das Gupta M, Engelman R, Levy J et al. State of world population 2014: the power of 1.8 billion adolescents, youth and transformation of the future. New York: United Nations Population Fund, 2014.
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. Copeland W, Shanahan L, Costello EJ et al. Cumulative prevalence of psychiatric disorders by young adulthood: a prospective cohort analysis from the Great Smoky Mountains Study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2011;50:252-61.
4. Caspi A, Houts RM, Ambler A et al. Longitudinal assessment of mental health disorders and comorbidities across 4 decades among participants in the Dunedin birth cohort study. JAMA Netw Open 2020;3:e203221.
5. Gibb SJ, Fergusson DM, Horwood LJ. Burden of psychiatric disorder in young adulthood and life outcomes at age 30. Br J Psychiatry 2010; 197:122-7.
6. Czeisler MÉ, Lane RI, Petrosky E et al. Mental health, substance use, and suicidal

ideation during the COVID-19 pandemic – United States, June 24-30, 2020. Morb Mortal Wkly Rep 2020;69:1049-57.
7. headspace. Coping with COVID: the mental health impact on young people accessing headspace services. Melbourne: headspace National Youth Mental Health Foundation, 2020.
8. Mojtabai R, Olfson M, Han B. National trends in the prevalence and treatment of depression in adolescents and young adults. Pediatrics 2016;138:e20161878.
9. Weinberger AH, Gbedemah M, Martinez AM et al. Trends in depression prevalence in the USA from 2005 to 2015: widening disparities in vulnerable groups. Psychol Med 2018;42:1308-15.
10. Slee A, Nazareth I, Freemantle N et al. Trends in generalised anxiety disorders and symptoms in primary care: UK population-based cohort study. Br J Psychiatry 2021;218:158-64.
11. Wiens K, Bhattarai A, Pedram P et al. A growing need for youth mental health services in Canada: examining trends in youth mental health from 2011 to 2018. Epidemiol Psychiatr Sci 2020;29: e115.
12. Twenge JM, Cooper AB, Joiner TE et al. Age, period, and cohort trends in mood disorder indicators and suicide-related outcomes in a nationally representative dataset, 2005-2017. J Abnorm Psychol 2019;128:185-99.
13. Gore FM, Bloem PJN, Patton GC et al. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. Lancet 2011; 377:2093-102.
14. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 10 leading causes of death, United States 2019. https://webappa.cdc.gov.
15. Moffitt TE, Caspi A. Psychiatry's opportunity to prevent the rising burden of age-related disease. JAMA Psychiatry 2019;76:461-2.
16. Richmond-Rakerd LS, D'Souza S, Milne BJ et al. Longitudinal associations of mental disorders with physical diseases and mortality among 2.3 million New Zealand citizens. JAMA Netw Open 2021;4:e2033448.
17. Worthman CM, Trang K. Dynamics of body time, social time and life history at adolescence. Nature 2018;554:451-7.
18. Berry HL. Enabling a youth- and mental healthsensitive greener post-pandemic recovery. World Psychiatry 2021;20:152-3.
19. Arnett JJ, Žukauskiene R, Sugimura K. The new˙ life stage of emerging adulthood at ages 18-29 years: implications for mental health. Lancet Psychiatry 2014;1:569-76.
20. Gibson K. What young people want from mental health services: a youth informed approach for the digital age. Melbourne: Routledge, 2021.
21. Campbell J. The hero with a thousand faces, 3rd ed. Novato: New World Library, 2008.
22. Government Office for Science. Mental capital and wellbeing: making the most of ourselves in the 21st century. London: Government Office for Science, 2008.
23. McDaid D, Park AL, Currie C et al. Investing in the wellbeing of young people: making the economic case. In: McDaid D, Cooper C (eds). Economics of wellbeing. Wellbeing: a complete reference guide, Vol. 5. Chichester: Wiley, 2014:181-214.
24. Scutella R, Chigavazira A, Killackey E et al. Journeys Home Research Report No. 4. Melbourne: Melbourne Institute of Applied Economic and Social Research, 2014.
25. Teplin LA, McClelland GM, Abram KM et al. Crime victimization in adults with severe mental illness: comparison with the National Crime Victimization Survey. Arch Gen Psychiatry 2005; 62:911-21.
26. Bloom DE, Cafiero ET, Jane-Llopis E et al. The global economic burden of non-communicable disease. Geneva: World Economic Forum, 2011.
27. Foundation for Young Australians. The new work order: ensuring young Australians have skills and experience for the jobs of the future, not the past. Melbourne: Foundation for Young Australians, 2017.
28. Goldin I, Muggah R. COVID-19 is increasing multiple kinds of inequality. Here's what we can do about it. Geneva: World Economic Forum, 2020.
29. Jablensky A, McGrath J, Herrman H et al. People living with psychotic illness: an Australian study 1997-98. Canberra: Commonwealth of Australia, Department of Health and Aging, 1999.
30. O'Dea B, Glozier N, Purcell R et al. A cross-sectional exploration of the clinical characteristics of disengaged (NEET) young people in primary mental healthcare. BMJ Open 2014;4:e006378.
31. Rechel B, Doyle Y, Grundy E et al. How can health systems respond to population ageing? Geneva: World Health Organization, 2009.
32. Patel V, Saxena S, Lund C et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. Lancet 2018;392:1553-98.
33. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med 2006;3:e442.
34. Doran CM, Kinchin I. A review of the economic impact of mental illness. Aust Health Rev 2019;43:43-8.
35. Insel TR. Assessing the economic costs of serious mental illness. Am J Psychiatry 2008;165:663-5.
36. McDaid D, Park AL, Wahlbeck K. The economic case for the prevention of mental illness. Annu Rev Public Health 2019;40:373-89.
37. Mental Health Australia and KPMG. Investing to save: the economic benefits for Australia of investment in mental health reform. Mental Health Australia, 2018.
38. McGorry PD, Mei C. Why do psychiatrists doubt the value of early intervention? The power of illusion. Australas Psychiatry 2020;28:331-4.
39. McGorry P, Rickwood D, Radovini A et al. Response to Looi et al. – Tilting at windmills: a giant quest. Aust N Z J Psychiatry 2020;54:670-2.
40. McGorry PD, Nelson B, Wood SJ et al. Transcending false dichotomies and diagnostic silos to reduce disease burden in mental disorders. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2020; 55:1095-103.
41. Chanen A, Yung A, Killackey E et al. The value of early intervention in creating the new mental health system: response to Allison et al. Aust N Z J Psychiatry 2020;54:667-9.
42. McGorry PD. The specialist youth mental health model: strengthening the weakest link in the public mental health system. Med J Aust 2007;187:S53-6.
43. McGorry PD, Goldstone SD, Parker AG et al. Cultures for mental health care of young people: an Australian blueprint for reform. Lancet Psychiatry 2014;1:559-68.
44. Signorini G, Singh SP, Boricevic-Marsanic V et al. Architecture and functioning of child and adolescent mental health services: a 28-country survey in Europe. Lancet Psychiatry 2017;4:715- 24.
45. Rickwood DJ, Deane FP, Wilson CJ. When and how do young people seek professional help for mental health problems? Med J Aust 2007;187:S35-9.
46. Islam Z, Ford T, Kramer T et al. Mind how you cross the gap! Outcomes for young people who failed to make the transition from child to adult services: the TRACK study. BJPsych Bull 2016;40:142-8.
47. Signorini G, Singh SP, Marsanic VB et al. The interface between child/adolescent and adult mental health services: results from a European 28-country survey. Eur Child Adolesc Psychiatry 2018;27:501-11.
48. Singh SP, Paul M, Ford T et al. Process, outcome and experience of transition from child to adult mental healthcare: multiperspective study. Br J Psychiatry 2010;197:305-12.
49. Correll CU, Galling B, Pawar A et al. Comparison of early intervention services vs treatment as usual for early-phase psychosis: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. JAMA Psychiatry 2018;75:555-65.
50. Malla A, Iyer S, McGorry P et al. From early intervention in psychosis to youth mental health reform: a review of the evolution and transformation of mental health services for young people. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2016; 51:319-26.
51. Chanen A, Sharp C, Hoffman P. Prevention and early intervention for borderline personality disorder: a novel public health priority. World Psychiatry 2017;16:215-6.
52. McGorry PD. Early intervention in psychosis: obvious, effective, overdue. J Nerv Ment Dis 2015; 203:310-8.
53. Mihalopoulos C, Harris M, Henry L et al. Is early intervention in psychosis cost-effective over the long term? Schizophr Bull 2009;35:909-18.
54. Aceituno D, Vera N, Prina AM et al. Cost-effectiveness of early intervention in psychosis: systematic review. Br J Psychiatry 2019;215:388-94.
55. Killackey E, Allott K, Jackson HJ et al. Individual placement and support for vocational recovery in first-episode psychosis: randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2019;214:76-82.
56. Lester H, Birchwood M, Bryan S et al. Development and implementation of early intervention services for young people with psychosis: case study. Br J Psychiatry 2009;194:446-50.
57. Kane JM, Robinson DG, Schooler NR et al. Comprehensive versus usual community care for first-episode psychosis: 2-year outcomes from the NIMH RAISE early treatment program. Am J Psychiatry 2015;173:362-72.

58. Hughes F, Stavely H, Simpson R et al. At the heart of an early psychosis centre: the core components of the 2014 Early Psychosis Prevention and Intervention Centre model for Australian communities. Australas Psychiatry 2014;22:228-34.
59. Nordentoft M, Melau M, Iversen T et al. From research to practice: how OPUS treatment was accepted and implemented throughout Denmark. Early Interv Psychiatry 2015;9:156-62.
60. Iyer S, Jordan G, MacDonald K et al. Early intervention for psychosis: a Canadian perspective. J Nerv Ment Dis 2015;203:356-64.
61. Csillag C, Nordentoft M, Mizuno M et al. Early intervention in psychosis: from clinical intervention to health system implementation. Early Interv Psychiatry 2018;12:757-64.
62. Funk M, Ivbijaro G. Integrating mental health into primary care: a global perspective. Geneva: World Health Organization/WONCA, 2008.
63. McGorry PD, Mei C. Early intervention in youth mental health: progress and future directions. Evid Based Ment Health 2018;21:182-4.
64. Settipani CA, Hawke LD, Cleverley K et al. Key attributes of integrated community-based youth service hubs for mental health: a scoping review. Int J Ment Health Syst 2019;13:52.
65. Hetrick SE, Bailey AP, Smith KE et al. Integrated (one-stop shop) youth health care: best available evidence and future directions. Med J Aust 2017; 207:S5-18.
66. Rickwood D, Paraskakis M, Quin D et al. Australia's innovation in youth mental health care: the headspace centre model. Early Interv Psychiatry 2019;13:159-66.
67. McGorry PD, Hickie IB (eds). Clinical staging in psychiatry: making diagnosis work for research and treatment. Cambridge: Cambridge University Press, 2019.
68. Killackey E, Hodges C, Browne V et al. A global framework for youth mental health: investing in future mental capital for individuals, communities and economies. Geneva: World Economic Forum, 2020.
69. Pirkis J, Hickie I, Young L et al. An evaluation of beyondblue, Australia's national depression initiative. Int J Ment Health Promotion 2005;7:35-53.
70. Henderson C, Robinson E, Evans-Lacko S et al. Relationships between anti-stigma programme awareness, disclosure comfort and intended help-seeking regarding a mental health problem. Br J Psychiatry 2017;211:316-22.
71. Jorm AF, Kitchener BA, Reavley NJ. Mental Health First Aid training: lessons learned from the global spread of a community education program. World Psychiatry 2019;18:142-3.
72. Hart LM, Mason RJ, Kelly CM et al. 'teen Mental Health First Aid': a description of the program and an initial evaluation. Int J Ment Health Syst 2016;10:3.
73. Hart LM, Cropper P, Morgan AJ et al. teen Mental Health First Aid as a school-based intervention for improving peer support of adolescents at risk of suicide: outcomes from a cluster randomised crossover trial. Aust N Z J Psychiatry 2019;54:382-92.
74. Hart LM, Morgan AJ, Rossetto A et al. Helping adolescents to better support their peers with a mental health problem: a cluster-randomised crossover trial of teen Mental Health First Aid. Aust N Z J Psychiatry 2018;52:638-51.
75. Collin PJ, Metcalf AT, Stephens-Reicher JC et al. ReachOut.com: the role of an online service for promoting help-seeking in young people. Adv Ment Health 2011;10:39-51.
76. Oliver KG, Collin P, Burns J et al. Building resilience in young people through meaningful participation. Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health 2006;5:1-7.
77. Burns J, Morey C, Lagelée A et al. Reach Out! Innovation in service delivery. Med J Aust 2007; 187:S31-4.
78. Kahl BL, Miller H, Cairns K et al. A measurable impact: helping young people to be and stay well. Sydney: ReachOut Australia, 2020.
79. Kahl BL, Miller HM, Cairns K et al. Evaluation of ReachOut.com, an unstructured digital youth mental health intervention: prospective cohort study. JMIR Ment Health 2020;7:e21280.
80. Lindstrom G, Sofija E, Riley T. "Getting better at getting better": how sharing mental health stories can shape young people's wellbeing. Community Ment Health J 2021;57:1604-13.
81. Hudson J, Ingram V. Stigma-reduction and helpseeking in Australian classrooms. https://www. batyr.com.au.
82. YoungMinds. Impact report 2019/20. London: YoungMinds, 2020.
83. YoungMinds. Parents helpline evaluation report. London: YoungMinds, 2017.
84. Arango C, Díaz-Caneja CM, McGorry PD et al. Preventive strategies for mental health. Lancet Psychiatry 2018;5:591-604.
85. Stefanac N, Hetrick S, Hulbert C et al. Are young female suicides increasing? A comparison of sex-specific rates and characteristics of youth suicides in Australia over 2004-2014. BMC Public Health 2019;19:1389.
86. Twenge JM. Why increases in adolescent depression may be linked to the technological environment. Curr Opin Psychol 2020;32:89-94.
87. Fraguas D, Díaz-Caneja CM, Ayora M et al. Assessment of school anti-bullying interventions: a meta-analysis of randomized clinical trials. JAMA Pediatr 2021;175:44-55.
88. Robinson J, Hill N, Thorn P et al. #chatsafe: a young person's guide for communicating safely online about suicide. Melbourne: Orygen, 2018.
89. Dray J, Bowman J, Campbell E et al. Systematic review of universal resilience-focused interventions targeting child and adolescent mental health in the school setting. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2017;56:813-24.
90. Fenwick-Smith A, Dahlberg EE, Thompson SC. Systematic review of resilience-enhancing, universal, primary school-based mental health promotion programs. BMC Psychol 2018;6:30.
91. Le LK, Esturas AC, Mihalopoulos C et al. Costeffectiveness evidence of mental health prevention and promotion interventions: a systematic review of economic evaluations. PLoS Med 2021; 18:e1003606.
92. Fusar-Poli P, Correll CU, Arango C et al. Preven tive psychiatry: a blueprint for improving the mental health of young people. World Psychiatry 2021;20:200-21.
93. US Institute of Medicine. Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research. Washington: National Academies Press, 1994.
94. McGorry PD, Hartmann JA, Spooner R et al. Beyond the "at risk mental state" concept: transitioning to transdiagnostic psychiatry. World Psychiatry 2018;17:133-42.
95. Patton GC, Raniti M, Reavley N. Rediscovering the mental health of populations. World Psychiatry 2021;20:151-2.
96. Rose G. The strategy of preventive medicine. Oxford: Oxford University Press, 1992.
97. Chibanda D, Weiss HA, Verhey R et al. Effect of a primary care-based psychological intervention on symptoms of common mental disorders in Zimbabwe: a randomized clinical trial. JAMA 2016;316:2618-26.
98. Simmons MB, Batchelor S, Dimopoulos-Bick T et al. The Choice Project: peer workers promoting shared decision making at a youth mental health service. Psychiatr Serv 2017;68:764-70.
99. Simmons MB, Coates D, Batchelor S et al. The CHOICE pilot project: challenges of implementing a combined peer work and shared decisionmaking programme in an early intervention service. Early Interv Psychiatry 2018;12:964-71.
100. Torous J, Jän Myrick K, Rauseo-Ricupero N et al. Digital mental health and COVID-19: using technology today to accelerate the curve on access and quality tomorrow. JMIR Ment Health 2020;7:e18848.
101. Cross S, Piper SE, Davenport TA et al. Implementation study of a prototypic e-clinic being integrated into youth mental health services: staff experiences and reported service quality improvements. Med J Aust 2019;211:S30-6.
102. Naslund JA, Aschbrenner KA, Araya R et al. Digital technology for treating and preventing mental disorders in low-income and middleincome countries: a narrative review of the literature. Lancet Psychiatry 2017;4:486-500.
103. Rodriguez-Villa E, Naslund J, Keshavan M et al. Making mental health more accessible in light of COVID-19: scalable digital health with digital navigators in low and middle-income countries. Asian J Psychiatry 2020;54:102433.
104. Firth J, Torous J, Yung AR. Ecological momentary assessment and beyond: the rising interest in e-mental health research. J Psychiatr Res 2016;80:3-4.
105. Torous J, Nicholas J, Larsen ME et al. Clinical review of user engagement with mental health smartphone apps: evidence, theory and improvements. Evid Based Ment Health 2018;21: 116-9.
106. Mohr DC, Riper H, Schueller SM. A solutionfocused research approach to achieve an implementable revolution in digital mental health. JAMA Psychiatry 2018;75:113-4.

107. Rodriguez-Villa E, Rauseo-Ricupero N, Camacho E et al. The digital clinic: implementing technology and augmenting care for mental health. Gen Hosp Psychiatry 2020;66:59-66.
108. Garrido S, Millington C, Cheers D et al. What works and what doesn't work? A systematic review of digital mental health interventions for depression and anxiety in young people. Front Psychiatry 2019;10:759.
109. Alvarez-Jimenez M, Bendall S, Lederman R et al. On the HORYZON: moderated online social therapy for long-term recovery in first episode psychosis. Schizophr Res 2013;143:143-9.
110. Alvarez-Jimenez M, Koval P, Schmaal L et al. The Horyzons project: a randomized controlled trial of a novel online social therapy to maintain treatment effects from specialist firstepisode psychosis services. World Psychiatry 2021;20:233-43.
111. McEnery C, Lim MH, Knowles A et al. Social anxiety in young people with first-episode psychosis: pilot study of the EMBRACE moderated online social intervention. Early Interv Psychiatry 2021;15:76-86.
112. Alvarez-Jimenez M, Gleeson JF, Bendall S et al. Enhancing social functioning in young people at Ultra High Risk (UHR) for psychosis: a pilot study of a novel strengths and mindfulnessbased online social therapy. Schizophr Res 2018; 202:369-77.
113. Rice S, Gleeson J, Davey C et al. Moderated online social therapy for depression relapse prevention in young people: pilot study of a 'next generation' online intervention. Early Interv Psychiatry 2018;12:613-25.
114. Rice S, O'Bree B, Wilson M et al. Leveraging the social network for treatment of social anxiety: pilot study of a youth-specific digital intervention with a focus on engagement of young men. Internet Interv 2020;20:100323.
115. Alvarez-Jimenez M, Rice S, D'Alfonso S et al. A novel multimodal digital service (moderated online social therapy+) for help-seeking young people experiencing mental ill-health: pilot evaluation within a national youth emental health service. J Med Internet Res 2020; 22:e17155.
116. Bailey E, Alvarez-Jimenez M, Robinson J et al. An enhanced social networking intervention for young people with active suicidal ideation: safety, feasibility and acceptability outcomes. Int J Environ Res Public Health 2020;17:2435.
117. Gleeson J, Lederman R, Koval P et al. Moderated online social therapy: a model for reducing stress in carers of young people diagnosed with mental health disorders. Front Psychol 2017; 8:485.
118. Gleeson J, Alvarez-Jimenez M, Betts JK et al. A pilot trial of moderated online social therapy for family and friends of young people with borderline personality disorder features. Early Interv Psychiatry 2021;15:1564-74.
119. Iorfino F, Cross SP, Davenport T et al. A digital platform designed for youth mental health services to deliver personalized and measurementbased care. Front Psychiatry 2019;10:595.
120. Ospina-Pinillos L, Davenport TA, Ricci CS et al. Developing a mental health eclinic to improve access to and quality of mental health care for young people: using participatory design as research methodologies. J Med Internet Res 2018;20:e188.
121. Hickie IB, Davenport TA, Burns JM et al. Project Synergy: co-designing technology-enabled solutions for Australian mental health services reform. Med J Aust 2019;211:S3-39.
122. Davenport TA, LaMonica HM, Whittle L et al. Validation of the InnoWell Platform: protocol for a clinical trial. JMIR Res Protoc 2019;8:e13955.
123. Hoffman L, Wisniewski H, Hays R et al. Digital opportunities for outcomes in recovery services (DOORS): a pragmatic hands-on group approach toward increasing digital health and smartphone competencies, autonomy, relatedness, and alliance for those with serious mental illness. J Psychiatr Pract 2020;26:80-8.
124. Wisniewski H, Gorrindo T, Rauseo-Ricupero N et al. The role of digital navigators in promoting clinical care and technology integration into practice. Digit Biomark 2020;4:119-35.
125. Wisniewski H, Torous J. Digital navigators to implement smartphone and digital tools in care. Acta Psychiatr Scand 2020;141:350-5.
126. Torous J, Wisniewski H, Bird B et al. Creating a digital health smartphone app and digital phenotyping platform for mental health and diverse healthcare needs: an interdisciplinary and collaborative approach. J Technol Behav Sci 2019;4:73-85.
127. Wisniewski H, Henson P, Torous J. Using a smartphone app to identify clinically relevant behavior trends via symptom report, cognition scores, and exercise levels: a case series. Front Psychiatry 2019;10:652.
128. Kutcher S, Wei Y. School mental health: a necessary component of youth mental health policy and plans. World Psychiatry 2020;19:174-5.
129. Bowman S, McKinstry C, Howie L et al. Expanding the search for emerging mental ill health to safeguard student potential and vocational success in high school: a narrative review. Early Interv Psychiatry 2020;14:655-76.
130. Fazel M, Patel V, Thomas S et al. Mental health interventions in schools in low-income and middleincome countries. Lancet Psychiatry 2014;1:388- 98.
131. Orygen. Under the radar: the mental health of Australian university students. Melbourne: Orygen, 2017.
132. Orygen. Australian University Mental Health Framework report. Melbourne: Orygen, 2020.
133. Duffy A, Saunders KEA, Malhi GS et al. Mental health care for university students: a way forward? Lancet Psychiatry 2019;6:885-7.
134. Porter ME, Lee TH. The strategy that will fix health care. Harvard Bus Rev 2013;91:50-70.
135. Benoit L, Cottin P, Moro MR. What is a "Maison des Adolescents"? A history of integrated youth health care services in France. Early Interv Psychiatry 2018;12:1000-5.
136. McGorry PD, Tanti C, Stokes R et al. headspace: Australia's National Youth Mental Health Foundation – where young minds come first. Med J Aust 2007;187:S68-70.
137. Malla A, Iyer S, Shah J et al. Canadian response to need for transformation of youth mental health services: ACCESS Open Minds (Esprits ouverts). Early Interv Psychiatry 2019;13:697- 706.
138. McGorry P, Bates T, Birchwood M. Designing youth mental health services for the 21st century: examples from Australia, Ireland and the UK. Br J Psychiatry 2013;202:s30-5.
139. Illback RJ, Bates T, Hodges C et al. Jigsaw: engaging communities in the development and implementation of youth mental health services and supports in the Republic of Ireland. J Ment Health 2010;19:422-35.
140. McGorry PD, Hamilton MP. Broken promises and missing steps in mental health reform. Med J Aust 2017;206:487-9.
141. Communio. Evaluation of Youth One Stop Shops: final report version 1.1. Wellington: New Zealand Ministry of Health, 2009.
142. Amara F, Naves P. Evaluation de la mise en place du dispositif "Maison des Adolescents" (MDA): rapport. Paris: Membres de I'Inspection Generale des Affaires Sociales, 2013.
143. McGorry P, Trethowan J, Rickwood D. Creating headspace for integrated youth mental health care. World Psychiatry 2019;18:140-1.
144. Rickwood DJ, Telford NR, Parker AG et al. headspace – Australia's innovation in youth mental health: who are the clients and why are they presenting? Med J Aust 2014;200:108-11.
145. headspace. Our contribution to the mental health and wellbeing of young people in Australia. Melbourne: headspace National Youth Mental Health Foundation, 2021.
146. Hilferty F, Cassells R, Muir K et al. Is headspace making a difference to young people's lives? Final report of the independent evaluation of the headspace program. Sydney: University of New South Wales, 2015.
147. Muir K, Powell A, Patulny R et al. Independent evaluation of headspace: the National Youth Mental Health Foundation. Sydney: University of New South Wales, 2009.
148. Rickwood DJ, Mazzer KR, Telford NR et al. Changes in psychological distress and psychosocial functioning in young people visiting headspace centres for mental health problems. Med J Aust 2015;202:537-42.
149. headspace. headspace centre young person follow up study. Melbourne: headspace National Youth Mental Health Foundation, 2019.
150. Royal Commission into Victoria's Mental Health System. Final report. Summary and recommendations. Melbourne: Royal Commission into Victoria's Mental Health System, 2021.
151. headspace. Increasing demand in youth mental health: a rising tide of need. Melbourne: headspace National Youth Mental Health Foundation, 2019.
152. Looi JCL, Allison S, Bastiampillai T. Leviathans: headspace-like behemoths swallow resources. Aust N Z J Psychiatry 2019;53:1050-1.

153. Jorm AF. How effective are 'headspace' youth mental health services? Aust N Z J Psychiatry 2015;49:861-2.
154. McGorry PD, Hamilton M, Goldstone S et al. Response to Jorm: headspace – a national and international innovation with lessons for redesign of mental health care in Australia. Aust N Z J Psychiatry 2015;50:9-10.
155. Illback RJ, Bates T. Transforming youth mental health services and supports in Ireland. Early Interv Psychiatry 2011;5:22-7.
156. O'Reilly A, Donnelly A, Rogers J et al. Measuring parent satisfaction in youth mental health services. Ment Health Rev J 2021;26:213-25.
157. O'Keeffe L, O'Reilly A, O'Brien G et al. Description and outcome evaluation of Jigsaw: an emergent Irish mental health early intervention programme for young people. Ir J Psychol Med 2015;32:71-7.
158. Health Service Executive. Independent evaluation of Jigsaw service model 2018. Waterford: Community Consultants, 2018.
159. Iyer SN, Boksa P, Lal S et al. Transforming youth mental health: a Canadian perspective. Ir J Psychol Med 2015;32:51-60.
160. ACCESS Open Minds. Impact of ACCESS Open Minds: early results. https://accessopenminds. ca.
161. Iyer SN, Shah J, Boksa P et al. A minimum evaluation protocol and stepped-wedge cluster randomized trial of ACCESS Open Minds, a large Canadian youth mental health services transformation project. BMC Psychiatry 2019;19:273.
162. Pullman A. An external evaluation of Foundry: British Columbia's network of integrated health and social service centres for youth. 2020.
163. Henderson JL, Cheung A, Cleverley K et al. Integrated collaborative care teams to enhance service delivery to youth with mental health and substance use challenges: protocol for a pragmatic randomised controlled trial. BMJ Open 2017;7:e014080.
164. Government of Ontario. Roadmap to wellness: a plan to build Ontario's mental health and addictions system. https://www.ontario.ca.
165. Lee YP, Ngaiman NKB, Poon LY et al. Evaluating Singapore's CHAT assessment service by the World Mental Health Organisation (WHO) "youth-friendly" health services framework. Front Psychiatry 2019;10:422.
166. Harish SS, Kandadak GK, Lee YP et al. A decade of influence in the Singapore youth mental health landscape: the Community Health Assessment Team (CHAT). Singapore Med J 2021;62:225-9.
167. Wilson J, Clarke T, Lower R et al. Creating an innovative youth mental health service in the United Kingdom: the Norfolk Youth Service. Early Interv Psychiatry 2018;12:740-6.
168. Vyas NS, Birchwood M, Singh SP. Youth services: meeting the mental health needs of adolescents. Ir J Psychol Med 2015;32:13-9.
169. Birchwood MJ, Street C, Singh SP et al. Impact and process evaluation of Forward Thinking Birmingham, the 0-25 mental health service: final report. University of Warwick; University of Birmingham; GIFT (Great Involvement Future Thinking); Collaboration for Leadership in Applied Health Research and Care West Midlands (CLAHRC-WM), 2018.
170. Tang JYM, Wong GHY, Hui CLM et al. Early intervention for psychosis in Hong Kong – the EASY programme. Early Interv Psychiatry 2010; 4:214-9.
171. Chan SKW, So HC, Hui CLM et al. 10-year outcome study of an early intervention program for psychosis compared with standard care service. Psychol Med 2015;45:1181-93.
172. Wong KK, Chan SKW, Lam MML et al. Costeffectiveness of an early assessment service for young people with early psychosis in Hong Kong. Aust N Z J Psychiatry 2011;45:673-80.
173. Allison S, Bastiampillai T, Malhi GS et al. Does early intervention prevent chronic psychosis? A question for the Victorian Royal Commission into Mental Health. Aust N Z J Psychiatry 2019;53:943-5.
174. Macmillan I, Thompson A, Kalucy M et al. A certificate in youth psychiatry: meeting the training needs of psychiatrists. Australas Psychiatry 2020;29:97-100.
175. Shah JL, Scott J, McGorry PD et al. Transdiagnostic clinical staging in youth mental health: a first international consensus statement. World Psychiatry 2020;19:233-42.

DOI:10.1002/wps.20938

Проблемы психического здоровья молодежи: показ героя вне паноптикума

Broome MR. The challenges of youth mental health: showing the hero out of the panopticon. *World Psychiatry*. **2022;21(1):77-78. doi:10.1002/wps.20926**

Одна из проблем в области психического здоровья молодежи, с которой мы все сталкиваемся как исследователи, клиницисты, руководители и родители, заключается в динамичности и сложности подросткового и раннего периода взрослого возраста.

Как отмечают McGorry и соавт.[1], одна из самых больших опасностей заключается в том, что данные сложность и динамичность могут стать причиной отсутствия уверенности в себе у профессионалов и оправданием пассивности и бездействия. Молодые люди могут обратиться за клинической поддержкой, а профессионалы при этом будут смотреть лишь на сроки и развитие жалоб (“он перерастет это”; “это всего лишь этап”) как ответ на обращение за помощью или оценивать более широкий контекст жизни молодого человека, преуменьшая страдания, о которых он/она сообщает. Нам, врачам, приходится плыть между Сциллой и Харибдой: сохранять оптимизм, гибкость, ориентацию на проблемы и отсутствие стигматизации, но при этом осознавать реальные клинические трудности, которые могут испытывать молодые люди, и уровень профессиональной помощи и знаний, которые могут потребоваться[2].

McGorry и соавт. говорят о “мягком входе” в услуги, который необходим для ограничения препятствий и порогов для получения поддержки. В Великобритании многие службы охраны психического здоровья детей и подростков функционируют на отдельной клинической базе, с системой направления и записи на прием и длинными списками ожидания, что может сделать проблематичным доступ для молодых людей, получающих образование, или тех, чьи семьи испытывают более серьезные трудности. Гибкие, нестигматизирующие, смешанные модели доступа имеют в таком случае решающее значение. Наряду с более плавным доступом, нам необходимо рассмотреть методы “мягкого выхода и повторного входа”, чтобы службы могли реагировать и учитывать меняющиеся потребности молодых людей и их семей.

Однако этот оптимистичный и гибкий подход к услугам не следует смешивать с тем, что персонал менее квалифицирован в клинических вопросах лечения сложных проблем психического здоровья. Многие молодые люди и семьи сообщают, что они обращались в определенную службу в течение нескольких лет, но чувствуют, что им не помогли, и что им не были предложены научно обоснованные вмешательства.

Молодые люди часто рассматривают доступ к услугам и специалистам как конечную точку своего пути к получению помощи, и мы должны быть уверены, что, когда они обращаются в службы, они находят персонал, обладающий достаточной квалификацией для оценки и проведения необходимых вмешательств, и что команды имеют клиническую мудрость, чтобы переключаться между различными моделями дистресса и переходить между различными уровнями предоставления помощи и поддержки, которые требует подход клинического стадирования, признавая мультиморбидность, с которой часто сталкиваются молодые люди.

В работе Политической комиссии Университета Бирмингема Инвестиции в устойчивое поколением (Investing in a Resilient Generation) проблема квалифицированных кадров для охраны психического здоровья молодежи стала очень ясной[3]. Комиссия подсчитала, что расширение услуг в области психического здоровья таким образом, чтобы каждый молодой человек получал необходимую помощь, потребует инвестиций в Великобританию в размере 1,77 млрд фунтов стерлингов. Для удовлетворения этой потребности потребуется дополнительно 23 800 клинических сотрудников.

Отчет был опубликован, когда Brexit все еще продвигался в правительстве. После выхода Великобритании из Европейского союза и с учетом влияния пандемии COVID-19 эти кадровые проблемы стали еще более актуальными.

Мы пытаемся повысить потенциал сотрудников в области психического здоровья молодежи путем реализации собственных программ обучения и поддержки смежных профессиональных групп в развитии опыта в области психического здоровья. К ним относятся врачи первичного звена[4], сотрудники служб экстренной помощи и школьный персонал. В настоящее время проводится оценка правительственной программы Trailblazer[5]. Мы также поддерживаем инициативы под руководством коллег и использование инноваций в области цифрового здравоохранения.

Учитывая этот кадровый вопрос, мы подчеркиваем важность внедрения профилактических стратегий наряду с улучшением качества услуг. Несмотря на все инновации, мы вряд ли сможем полностью удовлетворить потребности молодых людей в охране психического здоровья, поэтому важно попытаться решить проблему роста заболеваемости психическими нарушениями среди молодежи. Вышеупомянутая Комиссия определила несколько возможных превентивных стратегий, включая усиленную перинатальную поддержку, программы воспитания детей, сокращение неблагоприятного детского опыта (такого как насилие, издевательства, виктимизация), образование и занятость, ориентированные на психическое здоровье, и поддержку перехода между этапами образования и трудоустройства. Мы начали реализовывать некоторые из этих стратегий в университете и городе Бирмингеме.

Использование McGorry и соавт. идею Campbell о мифе “Путешествие героя” кажется уместной точкой зрения для размышлений о психическом здоровье молодежи. Многие из молодых людей, с которыми мы работаем, сами обращаются к перспективе жизненного пути в своем понимании психического здоровья, обращаясь к своему прошлому и будущему. Одной из актуальных тем является их часто упоминаемое утверждение о том, что они чувствуют, что пережили “отсутствие подросткового возраста”, то есть переход от детства к взрослой жизни без промежуточного периода безопасных экспериментов. Члены нашей молодежной консультативной группы упомянули о том, что они осознают себя почти “брендом”, определяемым социальными сетями. Опасения были связаны с тем, что то, что было зафиксировано в сети, нельзя стереть или забыть, а значит, есть меньше возможностей для безопасного совершения ошибок. Интернализованный паноптикон Фуко (т.е. сознание постоянного наблюдения) кажется пережитым.

Вторая тема Путешествия Героя, которая кажется актуальной, – это пункт назначения. McGorry и соавт. упоминают о беспокойстве молодых людей по поводу изменения климата, и это мо-

жет быть связано с ощущением, что предыдущие поколения подвели их, и чувством ответственности, которое они испытывают за будущее. В связи с этим, повторяя тезис о растущем экономическом неравенстве и случайности труда[1], неолиберальный общественный договор часто кажется либо непривлекательным, либо недостижимым, либо и тем, и другим. Многие из молодых людей, с которыми мы работаем, были детьми во время рецессии и периодов жесткой экономии в Великобритании: они рассказывают о трудностях своих родителей с трудоустройством, с долгами и использованием продовольственных банков. Мысль о том, что нужно много работать, иметь собственное жилье и надежную работу, кажется нереализуемой целью. Учитывая это, нам важно привнести в нашу политику и общество чувство смысла и цели, чтобы предложить молодежи новое Путешествие героя. Если использовать кейнсианский подход к психическому здоровью, то экономические инвестиции в молодых людей, которые занимаются волонтерством и альтруизмом, могут положительно сказаться на их психическом здоровье, в то же время способствуя созданию более равноправных и инклюзивных обществ[6].

И последнее, что я хочу сказать, – это важность совместного производства и привлечения молодых людей в центр развития служб психического здоровья. Многие из нас стремятся перейти от участия и вовлеченности к полному равноправному совместному производству с теми, у кого есть опыт психического расстройства. Эпистемическая несправедливость – это термин, разработанный в феминистской философии для описания того, что чьи-то способности как знатока обесцениваются или игнорируются из-за таких факторов, как пол, класс или этническая принадлежность. Молодые люди с психическими расстройствами могут подвергаться несправедливому обращению по множеству причин[7] (возраст, состояние здоровья, пол, этническая принадлежность, социальный класс), и, учитывая преимущества, которые они могут принести нам своими знаниями об услугах и своим личным опытом, для всех нас крайне важно сделать все возможное, чтобы свести к минимуму несправедливость и предотвратить, и поддержать полное демократическое и равное производство. Первым шагом на этом пути может стать составление схемы такой несправедливости в реальных клинических и исследовательских контекстах и разработка шагов по ее смягчению.

Matthew R. Broome

Institute for Mental Health, University of Birmingham, and Birmingham Women's and Children's NHS Founda-tion Trust, Birmingham, UK

Перевод: Малышко Л.В. (Санкт-Петербург)
Редактура: к.м.н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)

Библиография

1. McGorry P, Mei C, Chanen A et al. World Psychiatry 2022;21:61-76.
2. Marwaha S, Thompson A, Upthegrove R et al. Br J Psychiatry 2016;209:186-8.
3. Burstow P, Newbigging K, Tew J et al. Investing in a resilient generation: keys to a mentally pros- perous nation. Birmingham: University of Bir- mingham, 2018.
4. Michail M, Mughal F, Robinson J. Br J Gen Pract 2020;692:104-5.
5. Ellins J, Singh K, Al-Haboubi M et al. Early evaluation of the Children and Young People's Mental Health Trailblazer programme. https:// www.birmingham.ac.uk.
6. Berry HL. World Psychiatry 2021;20:152-3.
7. Houlders JW, Bortolotti L, Broome MR. Synthese 2021;10.1007.

DOI:10.1002/wps.20926

Решение проблем, возникающих на новом рубеже охраны психического здоровья молодежи

Malla A, Boksa P, Joober R. Meeting the challenges of the new frontier of youth mental health care. *World Psychiatry*. 2022;21(1):78-79. doi:10.1002/wps.20927

Услуги в области психического здоровья молодежи (YMH) являются новым рубежом психического здоровья, чему способствует широкое внедрение услуг раннего вмешательства при психозах[1]. McGorry и соавт.[2] дают прекрасное описание услуг YMH во многих странах с высоким уровнем дохода. Здесь мы сосредоточимся на ключевых проблемах, которые необходимо решить для будущего успеха этих услуг.

Хотя ключевые принципы профилактики/раннего вмешательства, участия молодежи и семей, вовлечения сообщества, открытого доступа без стигмы, выбора и расширения прав и возможностей, а также исследований и оценки должны лежать в основе будущих услуг YMH, маловероятно, что какая-либо одна модель услуг будет соответствовать этим целям в различных местных социальных, политических, экономических и культурных условиях.

Расширенная первичная служба YMH – это долгожданное нововведение. Однако совершенно новая система, параллельная любым существующим службам, может оказаться нецелесообразной или неуместной во многих юрисдикциях. Будет разумно включить существующие в каждом сообществе ресурсы в новую систему. Учитывая значительные различия в том, как разные сообщества трансформируют свои службы YMH, проверка соблюдения ключевых принципов будет необходима для оценки их эффективности. Подготовка доказательств эффективности новых услуг YMH, предназначенных для лечения различных степеней тяжести всех психических расстройств, является более сложной задачей, чем в случае с услугами раннего вмешательства при психозах, но, тем не менее, крайне важной.

Основная задача обеспечения свободного от стигмы доступа для молодежи, испытывающей психические расстройства любого уровня, должна быть уравновешена способностью службы удовлетворять приоритетные потребности тех, кто имеет существующие или формирующиеся психические расстройства. Предполагается, что практика записи на основе диагноза для служб охраны психического здоровья нежелательна, необходимо ответить на вопрос о том, что такое "случай" в предлагаемой службе открытого доступа. Определение "случайности" может включать комбинацию показателей субъективного расстройства, о котором сообщают молодые люди, и восприятия проблем с психическим здоровьем с клиническими и функциональными нарушениями, наблюдаемыми врачом[3].

Для достижения действительного и надежного определения "случая" YMH потребуются тщательно разработанные проспективные исследова-

ния, сравнивающие различные пороговые значения измерений дистресса, симптомов и функционирования с используемыми в настоящее время диагностическими категориями. Это становится особенно актуальным, учитывая сообщения о недавнем всплеске проблем с УМН во время пандемии COVID-19[4]. Такое увеличение числа случаев дистресса среди молодежи не обязательно свидетельствует об устойчивом росте заболеваемости и распространенности психических расстройств[5]. Большая часть этого дистресса, вероятно, связана с конкретными проблемами экономики (рабочие места, обучение) и вынужденным разрывом социальных отношений.

Такой повсеместный рост страданий молодежи, возможно, не может быть наилучшим образом обеспечен исключительно в рамках структуры даже недавно созданных служб охраны психического здоровья. Возникающая в результате этого повышенная рабочая нагрузка может оказать негативное влияние на уже хорошо известную задержку в лечении широко распространенных психических расстройств.

Чтобы сделать эту основную миссию ясной, нам придется столкнуться с эпистемическими проблемами, связанными с психическим здоровьем/расстройствами/ или другими новыми терминами, которые продолжают входить в обиход. Например, некоторые службы УМН организованы как оздоровительные центры, хотя они предоставляют услуги для людей с психическими расстройствами. Такая терминология, скорее всего, запутает потенциального потребителя, учитывая различные значения, придаваемые выражению "психическое здоровье"[6].

Значительное совпадение возраста начала злоупотребления психоактивными веществами и психических расстройств у молодежи и, как следствие, долгосрочная связь между ними[7] создает еще одну проблему. Новые службы УМН должны быть оборудованы для оценки и лечения как возникающих, так и устоявшихся проблем злоупотребления психоактивными веществами. Хотя интенсивное употребление алкоголя и каннабиса является временным явлением среди многих молодых людей, оно также может быть предвестником более позднего злоупотребления и зависимости. Действительно, существует возможность эффективной профилактики проблем злоупотребления психоактивными веществами среди тяжелых потребителей с помощью относительно коротких, неинвазивных и эффективных вмешательств, некоторые из которых могут быть предоставлены в режиме онлайн[8]. Включение услуг в сфере потребления психоактивных веществ наравне с услугами по лечению психических расстройств потребует более сложной инфраструктуры, кадрового обеспечения, обучения и оценки, чем это представляется в настоящее время. И последнее, но не менее важное: эпидемия злоупотребления опиоидами и связанная с ней трагически высокая смертность, за некоторыми исключениями, практически отсутствуют в описаниях услуг УМН[9]. Услуги по охране психического здоровья для этой особо уязвимой молодежи необходимо будет подключить к другим мероприятиям и системам оказания медицинской помощи, существующим в настоящее время в связи со злоупотреблением опиоидами, чтобы молодежь могла ориентироваться между различными аспектами работы с этими смертельными проблемами.

Существует негласное соглашение о том, что новые услуги УМН предназначены для возрастной группы 12–25 лет, исходя из высокой распространенности психических расстройств и расстройств зависимости в этот период и предположения, что детские психиатрические услуги более адекватно предоставляются в период 0–12 лет. Однако существует мало эмпирических данных в поддержку конкретного возрастного диапазона, для которого строится совершенно новая система ухода, и необходимо решить вопросы преемственности с возрастными группами до и после. Среди детей в возрасте до 12 лет значительная часть имеет нарушения развития, что делает их особенно уязвимыми для будущих психических расстройств. Новые услуги УМН должны быть тесно связаны с системой помощи при нарушениях развития и обеспечивать такой же беспрепятственный доступ для этих молодых людей, как и для тех, у кого нет проблем с развитием. На другом конце возрастного спектра большинство серьезных расстройств, скорее всего, сохранятся после 25 лет и, следовательно, требуют как эпизодического, так и постоянного ухода самого высокого качества. Перенос перехода с 18 на 25 лет может отсрочить проблему, но не решить ее[3].

В целом при создании новой системы УМН во многих юрисдикциях необходимо решить ряд ключевых вопросов, включая связь с существующими службами, распространение трансформации услуг на возрастной период до и после 12-25 лет, а также предоставление одинаково весомых услуг лицам с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, и уже существующими расстройствами развития. Ключевые принципы, лежащие в основе этих услуг, должны лежать в основе оценки различных методов предоставления услуг, поскольку одна модель вряд ли подойдет для всех обстоятельств и юрисдикций. Такая оценка потребует инновационных разработок, поскольку традиционные рандомизированные контролируемые исследования будет трудно провести, а мы не можем сдерживать прогресс, который уже происходит.

Было бы разумно, даже если это не популярно, четко определить границы психического здоровья и расстройств, чтобы иметь возможность обслуживать тех, кто испытывает наибольшие потребности. Это потребует исследования различных определений "случайности", а также предоставления ухода, соответствующего стадии и уровню существующего или формирующегося расстройства. Маловероятно, что службы УМН могут решить все формы дистресса в молодежной среде, происхождение и решение некоторых из которых может находиться вне сферы здравоохранения. Это особенно актуально для наибольшей части молодежи планеты, проживающей в странах с низким или средним уровнем дохода, где бедность, политическое угнетение, грубые нарушения прав человека, гендерная дискриминация и насилие, часто являющиеся результатом постколониального наследия, остаются основными источниками бедствия.

В контексте этих условий существующие модели услуг УМН не только вряд ли могут быть работоспособными, но и могут быть совершенно неуместными. Большая часть земного шара должна будет найти свое собственное решение проблем молодежи, включая психические и наркологические расстройства, используя свои собственные уникальные активы, но при этом в состоянии включить ключевые принципы, сформированные в ходе нынешней волны услуг УМН, обсуждаемых на этом Форуме.

Ashok Malla, Patricia Boksa, Ridha Joober

Department of Psychiatry, McGill University, Montreal, QC, Canada

Перевод: Малышко Л.В. (Санкт-Петербург)
Редактура: к.м.н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)

Библиография

1. Malla A, Iyer S, McGorry P et al. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2016;51:319-26.
2. McGorry P, Mei C, Chanen A et al. World Psy- chiatry 2022;21:61-76.
3. Malla A, Boksa P, Joober R. Can J Psychiatry 2021;66:616-20.
4. Racine N, McArthur BA, Cooke JE et al. JAMA Pediatr (in press).

5. Wiens K, Bhattarai A, Pedram P et al. Epide- miol Psychiatr Sci 2020;29:E115.
6. Malla A, Frampton A, Mansouri BI. Can J Psy- chiatry 2020;65:531-5.
7. Conway KP, Swendsen J, Husky MM et al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2016;55:280-8.
8. O'Donnell A, Anderson P, Newbury-Birch D et al. Alcohol Alcohol 2014;49:66-78.
9. Sverdlichenko I, Hawke LD, Henderson J. J Subst Abuse Treat 2021:108592.

DOI:10.1002/wps.20927

Внедрение "сквозного" и высокотехнологичного ухода за психическим здоровьем молодежи в 21 веке

Hickie IB. Implementing 21st century "end-to-end" and technology-enhanced care for young people. ***World Psychiatry*****. 2022;21(1):79-81. doi:10.1002/wps.20928**

Появление медицинских услуг, специально предназначенных для молодых людей с начинающимися тревожными, аффективными или психотическими расстройствами, является наиболее подходящим ответом на пиковый возраст начала этих расстройств, доказательства в пользу раннего вмешательства и проблемы с доступом к клинической помощи[1]. Основная цель этих служб – обеспечить привлекательную "входную дверь", через которую можно привлечь молодежь, подверженную риску развития основных расстройств. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что данные службы в значительной степени выполняют эту основную задачу[1].

Хотя инновации в сфере здравоохранения сами по себе вряд ли смогут снизить бремя болезней на уровне населения, главной целью клинической помощи остается предоставление высококачественных и более персонализированных вмешательств. Если более существенная цель – остановить или даже обратить вспять течение болезни и, таким образом, предотвратить преждевременную смерть или долгосрочные функциональные нарушения, то самое время спросить: оптимально ли разработаны новые молодежные службы для достижения этих результатов?

На сегодняшний день национальные системы здравоохранения никогда всерьез не занимались внедрением интегрированной "цепочки поставок" клинических услуг, действующих по всему спектру – от показанной профилактики до непрерывного специализированного ухода. В отличие от этого, традиционный ответ на постоянно растущий спрос заключается в добавлении новых автономных сервисных "блоков" к существующим разъединенным структурам.

Новые "блоки" услуг часто основываются на исторических концепциях первичной, вторичной и специализированной помощи. Как правило, доступ к услугам специалистов остается крайне ограниченным и предназначен в основном для тех, кто уже перешел на более поздние стадии заболевания. Эта традиционная иерархия ухода рассматривалась как наиболее справедливый способ обеспечения базового охвата населения для лечения очень распространенных, постоянных или хронических заболеваний.

Однако эти структуры, построенные по принципу пирамиды, часто игнорируют реальность того, что раннее вмешательство работает только тогда, когда оно осуществляется на ранних стадиях заболевания. Хотя большинство новых услуг направлены на расширение доступа к первичному медицинскому обслуживанию, реальность такова, что расширение доступа само по себе не обеспечивает улучшения результатов. Анализ продольных данных, полученных в молодежных службах первичной помощи, свидетельствует как о продолжающемся прогрессировании нарушений у лиц с ранними и поздними стадиями аффективных и психотических расстройств[2], так и о том, что большинство из тех, кто поступает с нарушенными социальными, образовательными или профессиональными функциями, не достигают существенных долгосрочных успехов[3].

Итак, пришло ли время переосмыслить наши предположения и серьезно рассмотреть альтернативные варианты? Цифровые медицинские услуги быстро развиваются в новых направлениях, предлагая различные автономные или интегрированные модели клинического обслуживания[4,5]. Важно отметить, что поскольку частные инвестиции в эти более персонализированные альтернативы также существенно растут, мы, вероятно, станем свидетелями значительной конкуренции и разрушения (т.е. "уберизации") системы охраны психического здоровья как в развитых, так и в развивающихся странах[5]. Во многом это будет продиктовано финансовыми соображениями, а не доказательствами высокой эффективности.

Итак, действительно ли мы приближаемся к нашей главной цели, а именно "Правильный уход; Первое обращение; Где вы проживаете?"[4] В реальности это потребует сочетания гораздо более инновационных клинических моделей с новыми технологически усовершенствованными способами практики[4]. Помимо концепции поддержки интегрированной "цепочки поставок", основополагающим моментом является то, насколько новые цифровые технологии могут способствовать эффективной реализации каждого элемента этой усовершенствованной модели ухода[4].

"Правильный уход" означает квалифицированную оценку и выбор вмешательств, которые являются в высшей степени персонализированными. Это требует многомерной оценки, включая такие элементы, как траектории жизни, клиническая стадия заболевания, патофизиологические механизмы, коморбидность, признание социального и культурного окружения и личный выбор[4]. Большая часть этих материалов может быть собрана эффективно с помощью данных, введенных непосредственно пользователями услуг и их семьями[4]. Этому в значительной степени способствует использование новых (пассивных и активных) персонализированных устройств, отслеживающих в естественных условиях двигательную активность, сон, социальные связи, настроение, физиологическое возбуждение, когнитивную деятельность, метаболическое здоровье и вовлеченность в образование или трудовую деятельность[5].

В концепции "Первого обращения" отвергается типичная для медицинских служб мантра "ступенчатой помощи" в пользу "поэтапной помощи"[6]. То есть это способствует оказанию немедленной специализированной помощи тем, у кого наблюдаются первые эпизоды основных расстройств. Технологически усовершенствованные системы сортировки, обеспечивающие своевременную специализированную клиническую оценку в начале обслуживания, могут помочь сделать эту важную задачу гораздо более эффективной. Они делают это, сосредотачивая специализированную оценку с помощью видеоматериалов на тех, кто подвергается наибольшему риску прогрессирования заболевания или суицидального поведения[7].

"Где вы проживаете" действительно имеет значение. Социально-экономические и географические недостатки реальны. Диспропорции в распределении услуг (городские и сельские районы, богатые и неблагополучные регионы) оказывают серьезное влияние на течение болезни. Предоставление всего спектра услуг от самопомощи до более специализированных вмешательств, основанных в основном на новых технологиях, может стать возможным для тех сообществ, которые были наиболее обделены вниманием[8]. Это потребует новых кадров ("цифровых навигаторов") и гораздо большей приверженности телекоммуникационным системам как важнейшей инфраструктуре "здравоохранения" в 21 веке.

С понятием "высоко индивидуализированных" вмешательств связано понятие ухода, основанного на измерениях. Нам нужны умные, двунаправленные и интерактивные системы, которые активно вовлекают молодых людей и собирают данные непосредственно от пользователей услуг, семей, опекунов, клиницистов и персонализированных устройств[4]. Самое главное, чтобы эти данные можно было быстро использовать для выявления тех, кто не отвечает на лечение или ухудшается на ранних стадиях заболевания[2,3].

Вместо того, чтобы просто разворачивать новые "блоки" услуг, возможно, лучше сосредоточиться на том, как выглядит в 21 веке хорошо скоординированная, регионально организованная, технологически усовершенствованная, сквозная "цепочка поставок". Новое динамическое моделирование (на уровне населения) и подходы к отдельным событиям (на уровне услуг) могут быть использованы для обеспечения строгости планирования национальных или региональных служб здравоохранения[9]. Она также может помочь в распределении ограниченных трудовых ресурсов, наряду с финансовыми и техническими ресурсами[9]. Современные системы сбора данных в режиме реального времени также могут быть использованы для внедрения клинических исследований в эти новые системы[5].

Хотя в обзоре McGorry и соавт.[1] обращается внимание на потенциал новых цифровых платформ, менее оцененным аспектом цифровых инноваций является большое потенциальное влияние координации ухода с использованием технологий. Это не только помогает поставить молодых людей в центр процесса оказания медицинской помощи, но и направлено на сокращение ненужных задержек в проведении сложной клинической оценки и эффективных вмешательств[9].

В менее привилегированных условиях мы уже наблюдаем готовность использовать новые технологии, которые не ограничены традиционными географическими барьерами[7]. Мы больше не можем просто принять представление о том, что специализированная помощь – это предмет роскоши, предназначенный для жителей развитых стран, а остальным придется довольствоваться "универсальной первичной помощью". Эти усовершенствованные цифровые системы обладают огромным потенциалом для обеспечения более персонализированного, специализированного и скоординированного ухода за теми, кто долгое время был обделен вниманием.

Однако в настоящее время предстоит еще много работы, чтобы определить, смогут ли новые системы, основанные на клиниках или технологиях, по отдельности или в сочетании друг с другом, обеспечить существенное долгосрочное улучшение жизни молодых людей с начинающимися психическими расстройствами.

Ian B. Hickie
Brain and Mind Centre, Faculty of Medicine and Health, University of Sydney Central Clinical School, Sydney, NSW, Australia

Перевод: Малышко Л.В. (Санкт-Петербург)
Редактура: к.м.н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)

Библиография

1. McGorry P, Mei C, Chanen A et al. World Psy- chiatry 2022;21:61-76.
2. Iorfino F, Scott EM, Carpenter JS et al. JAMA Psychiatry 2019;76:1167-75.
3. Iorfino F, Carpenter JS, Cross SP et al. Med J Aust (in press).
4. Hickie IB, Scott EM, Cross SP et al. Med J Aust 2019;211(Suppl. 9):S3-46.
5. Hickie IB. World Psychiatry 2020;19:38-9. DOI:10.1002/wps.20928
6. Sawrikar V, Stewart E, LaMonica HM et al. Psychiatr Serv 2021;72:691-703.
7. Ospina-Pinillos L, Davenport T, Iorfino F et al. J Med Internet Res 2018;20:e259.
8. Ospina-Pinillos L, Davenport T, Navarro-Mancilla A et al. JMIR Ment Health 2020;7:e15914.
9. Occhipinti JA, Skinner A, Doraiswamy PM et al. Nature 2021;597:633-6.

DOI:10.1002/wps.20928

Психическое здоровье молодежи: риски и возможности в цифровом мире

Hollis C. Youth mental health: risks and opportunities in the digital world. ***World Psychiatry*****. 2022;21(1):81-82. doi:10.1002/wps.20929**

McGorry и соавт.[1] представляют призыв к действию по реорганизации психиатрической помощи молодежи и концептуализации молодежной психиатрии как отдельной дисциплины. Предложенная ими система охраны психического здоровья молодежи содержит четыре ключевых элемента: a) акцент на профилактике и раннем вмешательстве, с включением служб психического здоровья молодежи в систему первичной медицинской помощи и общественные учреждения; b) услуги, разработанные совместно с молодыми людьми, для доступности, привлекательности и дестигматизации; c) сочетание преимуществ цифровых технологий, обеспечивающих доступность и масштабность, с поддержкой людей в режиме онлайн и лицом к лицу для содействия вовлечению молодежи; d) расширение возрастных границ предоставления услуг по охране психического здоровья молодежи, чтобы охватить период длительного созревания мозга в "новом подростковом возрасте" и период максимального риска возникновения психических расстройств до 25 лет.

Актуальность этой задачи обусловлена глобальным кризисом психического здоровья молодежи и неспособностью традиционных моделей психиатрической помощи удовлетворить этот спрос. В Великобритании каждый восьмой молодой человек страдает психическими расстройствами, а каждая четвертая девушка в возрасте от 17 до 19 лет имеет выраженную депрессию или тревогу, причем половина из них занималась самоповреждениями[2]. За последние 10 лет количество случаев самоповреждений, не связанных с суицидом, увеличилось почти в три раза[3], а число самоубийств на 100 000 подростков почти удвоилось[4]. Депрессия является основной причиной потери молодыми людьми лет жизни с поправкой на инвалид-

ность, что приводит к серьезному социальному и экономическому бремени, распространяющемуся на всю продолжительность жизни.

Пиковый период возникновения депрессии приходится на подростковый и молодой взрослый возраст, а большинство взрослых с рецидивирующей депрессией впервые столкнулись с ней в возрасте до 25 лет[5]. Однако растущий спрос на поддержку и вмешательство в области психического здоровья молодежи намного превышает возможности традиционных служб охраны психического здоровья по реагированию. В Великобритании только 30% молодых людей с клинически выраженной депрессией или тревогой получают какую-либо помощь или профессиональную поддержку, а до 90% молодежи с психическими расстройствами в некоторых странах с низким уровнем дохода не получают никакой психиатрической помощи[6].

Кризис психического здоровья молодежи совпал с появлением в последнее десятилетие новой "цифровой среды". Цифровые технологии предоставляют широкие возможности для расширения и преобразования служб охраны психического здоровья молодежи, но также имеют и потенциальные риски для психического здоровья и благополучия молодежи, которые, если бы механизмы были лучше поняты, могли бы создать «мишени» для профилактической психиатрии.

В этой новой цифровой среде общение молодых людей происходит в основном онлайн или через социальные сети. Большинство (83%) британских подростков в возрасте от 12 до 15 лет имеют смартфон, при этом более двух пятых девочек и одна пятая мальчиков в возрасте 14 лет используют социальные сети три или более часов в день[7]. Для многих молодых людей, находящихся в изоляции и имеющих проблемы с психическим здоровьем, социальные сети могут быть важным источником информации о здоровье, знаний и социальной поддержки. Однако использование социальных сетей также связано с депрессией, самоубийством и самоповреждениями, особенно среди девочек и маргинализированных групп[7]. Потенциальные механизмы включают социальную изоляцию, нарушение сна, отвлечение внимания, кибербуллинг, давление с целью соответствия идеализированному образу жизни и образу тела, а также влияние активности экранных СМИ на созревание мозга.

Тем не менее не все молодые люди подвержены риску возникновения проблем с психическим здоровьем из-за социальных сетей, и в настоящее время существует мало понимания того, какие факторы делают одних молодых людей более уязвимыми, чем других. Политические инициативы и потенциальные профилактические мероприятия затруднены из-за неопределенности в отношении механизмов и направления эффектов, связывающих использование цифровых технологий с риском развития психических расстройств у молодых людей. Пандемия COVID-19 и последовавшая за ней "изоляция" были связаны с увеличением проблем с психическим здоровьем и повышением активности в Интернете среди молодых людей. Хотя потребность молодежи в доступе к надежной поддержке в Интернете велика как никогда, платформы социальных сетей не предназначены для удовлетворения потребностей молодых людей в охране психического здоровья.

Цифровые технологии имеют потенциал для преобразования служб психического здоровья молодежи путем улучшения доступа к ресурсам и вмешательствам, основанным на фактических данных, а также путем автоматизации отдельных этапов диагностики, мониторинга и лечения. Они могут связывать молодых людей со сверстниками, наставниками и терапевтами, потенциально устраняя пробелы в лечении психического здоровья с помощью новых, индивидуальных, гибких и менее стигматизирующих методов лечения. Однако этот потенциал все еще в значительной степени не реализован. Лишь немногие цифровые вмешательства включены в рутинное лечение, а среди тех, которые включены, наблюдается низкая приверженность.

Инновации, внедряемые промышленностью, часто не имеют доказательной базы исследований и совместного проектирования с молодежью (что крайне важно для обеспечения соответствия продуктов потребностям и образу жизни, а также для борьбы с несоблюдением требований). Существует множество приложений для поддержания психического здоровья и благополучия, но большинство из них не имеют доказательной базы, а некоторые могут даже нанести вред[8]. Между тем, цифровые вмешательства, основанные на научных данных, доступны, но лишь немногие, если таковые имеются, продемонстрировали устойчивое внедрение и участие в реальных условиях. Эффективные, полезные и доступные цифровые инновации могли бы устранить дисбаланс глобального неравенства в области здравоохранения и обеспечить, чтобы основанные на фактических данных мероприятия в области психического здоровья охватывали молодых людей, которые в них больше всего нуждаются.

McGorry и соавт. приводят ряд примеров служб психического здоровья молодежи, которые используют цифровые технологии и предоставляют платформы цифровых услуг, например, Headspace в Австралии. Появляются данные о конкретных вмешательствах с использованием цифровых технологий при поддержке человека, включая MOST (модерируемая социальная терапия онлайн)[9]. Хотя службы психического здоровья молодежи и связанные с ними цифровые вмешательства, такие как MOST, первоначально были вдохновлены целью вмешательства на ранних стадиях первого эпизода психоза и других тяжелых психических заболеваний, сейчас фокус этих цифровых услуг расширился и включает более широкий спектр молодежной психопатологии.

Важно рассмотреть ряд ограничений и нерешенных вопросов, с которыми сталкиваются новые системы охраны психического здоровья молодежи, представленные McGorry и соавт. Во-первых, создание этих новых услуг может привести к отвлечению ресурсов от других услуг для молодых людей, которые не входят в их клиническую компетенцию или организационные границы. Во-вторых, остается неясным, как лучше персонализировать уровень поддержки, необходимой молодым людям, обращающимся в цифровые службы психического здоровья, и как лучше направлять молодых людей, пользующихся цифровыми платформами, к наиболее эффективным вмешательствам. В-третьих, необходим гибкий, учитывающий особенности развития подход для удовлетворения меняющихся психологических и социальных потребностей молодежи в возрасте от 10 до 25 лет. Например, было доказано, что подростки младшего возраста, участвующие в цифровых вмешательствах, выигрывают от участия и поддержки родителей в терапии, в то время как для подростков старшего возраста и молодых людей поддержка сверстников может иметь большее значение. Платформы и молодежные услуги должны отражать эти различия в развитии.

В-четвертых, до настоящего времени мало внимания уделялось мероприятиям, направленным на повышение устойчивости молодых людей к вредному воздействию в Интернете, такому как кибербуллинг. Службы охраны психического здоровья молодежи должны решать конкретные проблемы цифровой среды для молодых людей с различными уязвимостями психического здоровья, включая депрессию, риск самоповреждения, расстройства пищевого поведения и синдром дефицита внимания/гиперактивности. Помимо создания более широкой цифровой среды, способствующей психическому здоровью молодых

людей, нам необходимо, чтобы службы признали, что молодые люди с проблемами психического здоровья могут по-другому взаимодействовать с миром онлайн и что им необходима помощь в развитии навыков и компетенций для повышения устойчивости и максимального использования преимуществ цифрового мира для их психического здоровья и благополучия.

Chris Hollis

Academic Unit for Mental Health & Clinical Neuroscience, School of Medicine, University of Nottingham, Nottingham, UK

NIHR MindTech Medtech Co-operative, Institute of Mental Health, University of Nottingham, Nottingham, UK

NIHR Nottingham Biomedical Research Centre, University of Nottingham, Nottingham, UK

Перевод: Малышко Л.В. (Санкт-Петербург)

Редактура: к.м.н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)

Библиография

1. McGorry PD, Mei C, Chanen A et al. World Psy- chiatry 2022;21:61-76.
2. NHS Digital. Mental health of children and young people in England. https://digital.nhs. uk/pubs/mhcypsurvey17.
3. McManus S, Gunnell D, Cooper C et al. Lancet Psychiatry 2019;6:573-81.
4. Bould H, Mars B, Moran P et al. Lancet 2019; 394:116-7.
5. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC et al. World Psychiatry 2007;6:168-76.
6. Naslund JA, Aschbrenner KA, Araya R et al. Lancet Psychiatry 2017;4:486-500.
7. Kelly Y, Zilanawala A, Booker A et al. EClinical-Medicine 2019;6:59-68.
8. Torous J, Bucci S, Bell IH et al. World Psychiatry 2021;20:318-35.
9. Alvarez-Jimenez M, Koval L, Schmaal L et al. World Psychiatry 2021;20:233-43.

DOI:10.1002/wps.20929

Вовлеченность сверстников и доступность как ключевые качества для оказания помощи в области психического здоровья молодежи 21 века

van Amelsvoort T, Leijdesdorff S. Peer involvement and accessibility as key ingredients for 21st century youth mental health care services. ***World Psychiatry*****. 2022;21(1):82-83. doi:10.1002/wps.20930**

McGorry и соавт.[1] подчеркивают, что финансовые вложения в (первичную) психиатрическую помощь для молодых людей – это мероприятие, требующее неотложных вмешательств. Их работа стала примером успешного руководства международным движением по реформированию психического здоровья молодежи в течение многих лет, а также удачным внедрением этих вопросов в повестку дня ряда нескольких директивных органов по всему миру, включая Всемирный экономический форум. Более того, они были пионерами инклюзивного и совместного подхода к разработке программ оказания помощи и распространения результатов своих исследований.

Актуальность их воззвания стала еще более очевидной после того, как пандемия COVID-19 вошла в нашу жизнь. Продолжающийся кризис, вызванный пандемией, представляет собой самую большую угрозу психическому здоровью со времен Второй мировой войны[2] и показывает, что наша и без того перегруженная система психиатрической помощи не обладает достаточной гибкостью и должными резервами для чрезвычайных ситуаций.

Особенно страдает от этого молодежь, о чем свидетельствует не только рост показателей распространённости одиночества, суицидальности и обращений в специализированные службы, но и отказ от образования с возможными долгосрочными последствиями. Однако кризисные ситуации могут также стимулировать творчество, приводя к совершенно новым идеям. Во время этой пандемии процессы непрестанной цифровизации нашего общества преодолели свои последние ограничения, и результаты оказались многообещающими[3]. Это открывает возможности для внедрения вмешательств с использованием “мобильного здравоохранения”, которые опираются на трансдиагностические модели, что, возможно, особенно подходит для следующего поколения молодых взрослых, нуждающихся в помощи[4], поскольку они всю жизнь прожили в цифровом мире.

Повышение доступности помощи, будь то очный формат или онлайн, является одним из важнейших аспектов улучшения охраны психического здоровья молодежи. Несмотря на большие усилия, предпринятые в последнее десятилетие, охват помощью молодых людей, особенно тех, кто подвержен риску или имеет формирующиеся психические расстройства, остается сложной задачей. Как указано у McGorry и соавт.[1], это отчасти связано с тем, как работали традиционные психиатрические службы.

В поисках помощи при проблемах с психическим здоровьем молодые люди сталкиваются с рядом препятствий, включая (само)стигматизацию, финансовые трудности, стыд, ограниченную грамотность в вопросах психического здоровья, очереди, незнание, куда идти или к кому обратиться[5]. Необходимо повышать осведомленность и развивать пропаганду хорошего психического здоровья среди молодежи[6]. Например, необходимо проводить обучение по вопросам психического здоровья в сотрудничестве со школами[7], что в значительной степени игнорируется в настоящее время. Преподавание физического здоровья является нормальной частью нашей системы образования, но это не относится к психическому здоровью.

Негативное отношение приводит к позднему признанию и принятию проблем с психическим здоровьем среди тех, кого это касается, в результате чего они обращаются за помощью только тогда, когда эти проблемы начинают значимо усугубляться[5]. Период между появлением первых симптомов и связанных с ними страданий до первого обращения в службу может занимать до нескольких лет. Однако первый контакт молодого человека с проблемами в области психического здоровья со службами здравоохранения часто формально регистрируется как отправная точка его/ее пути. Таким образом, специалисты по охране психического здоровья не всегда осознают, какой путь уже проделал человек к этому моменту, и сколько мужества необходимо, чтобы войти в клинику для проведения первичного осмотра.

Возможно, из-за нашей сосредоточенности на медицинском подходе к диагностике и лечению, мы уделяем слишком мало внимания тем шагам, которые должен сделать молодой человек, прежде чем обратится к специалистам. Для повышения эффективности раннего вмешательства улучшение доступности помощи для молодых людей должно быть еще более важным, чем сейчас. McGorry и соавт.[1] упоминают совместное проектирова-

ние, вовлечение сверстников и "мягкий вход" в качестве ключевых элементов для институтов психического здоровья молодежи, а поддержку сверстников – как ценное нововведение. Однако поддержка сверстников или волонтеров из молодежи в основном предлагается в качестве альтернативы профессиональной помощи в условиях низкого уровня доходов или описывается как стратегия борьбы с нехваткой специалистов в области психического здоровья в целом. Мы хотели бы подчеркнуть ценность поддержки со стороны сверстников и молодежных добровольцев не столько как менее оплачиваемой альтернативы, но как важнейшего поля поддержки для того, чтобы людям, страдающим от психических заболеваний, было проще обратиться за помощью и раскрыться в таких трудных темах, как суицидальные мысли и сексуальное насилие. Поддержка сверстников приводит к улучшению как количественных, так и качественных показателей выздоровления[8], и общение со сверстниками представляет собой важнейший источник поддержки для молодых людей с проблемами в области психического здоровья. Конечно, существуют некоторые критические условия для оптимального внедрения поддержки сверстников, включая четкое описание ролей равных и неравных работников, а также надлежащее обучение и контроль[8].

При правильной организации поддержка со стороны сверстников становится одним из наиболее перспективных направлений развития непрофессиональной помощи, способных повысить доступность психиатрии для молодежи. Как отмечают McGorry и соавт.[1], легкая доступность привлечет не только молодых людей с начинающимися психическими расстройствами, но и молодежь с тяжелыми или хроническими психическими заболеваниями, которые еще не получают должного лечения и сопровождения. Чтобы иметь возможность сопровождать молодых людей на всех стадиях психического нездоровья, хорошо организованная и профессионально контролируемая поддержка сверстников должна быть тщательно согласована с широким спектром услуг по охране психического здоровья.

Поскольку предоставление всего спектра услуг в каждом молодежном центре может быть нецелесообразным и, возможно, нежелательным с точки зрения создания "мягкого входа", мы скорее говорим о пунктах "первой помощи", чем о "универсальных" центрах. Решения о том, какие варианты помощи должны быть доступны на месте и кто должен быть партнером по сотрудничеству, лучше всего принимать на региональном уровне после тщательного изучения местных доступных услуг и потребностей молодых людей в данном конкретном районе.

Необходимы дополнительные исследования – как качественные, так и количественные – ценности поддержки сверстников для того, чтобы оценить доступность и эффективность психиатрических служб в отношении молодежи. Кроме того, необходимо повышение осведомленности среди профессионалов и изменение (рабочего) отношения к проблеме. Таким образом, должна измениться не только система, но и наше отношение как людей, работающих в этой системе. Для этого нам нужен вклад самих молодых людей, чтобы помочь нам внести необходимые изменения и увидеть то, чего мы не видели раньше. Наконец, при разработке интегрированных, легкодоступных служб психического здоровья молодежи следует использовать междисциплинарные подходы, привлекая имеющиеся социальные и образовательные ресурсы. Проблемы психического здоровья у молодых людей часто сосуществуют с проблемами в других областях[9]. Это требует сотрудничества с другими специалистами и обучения у них.

Therese van Amelsvoort, Sophie Leijdesdorff

Department of Psychiatry and Neuropsychology, Maastricht University, Maastricht, The Netherlands

Перевод: Коврижных И.В. (Санкт-Петербург)
Редактура: к.м.н. Дорофейкова М.В. (Санкт-Петербург)

Библиография

1. McGorry PD, Mei C, Chanen A et al. World Psychiatry 2022;21:61-76.
2. Sample I. Covid poses 'greatest threat to mental health since second world war'. The Guardian, December 27, 2020.
3. Weerkamp-Bartholomeus P, Marazziti D, van Amelsvoort T. Front Psychol 2021;15:620027.
4. Rauschenberg C, Boecking B, Paetzold I et al. JMIR Ment Health 2021;8:e25650.
5. Leijdesdorff SMJ, Klaassen RMC, Wairata DJCMP et al. Int J Qual Stud Health Well-being 2021;16:1963110.
6. Salazar de Pablo G, De Micheli A, Nieman DH et al. Eur Neuropsychopharmacol 2020;41:28-39.
7. Radez J, Reardon T, Creswell et al. Eur Child Adolesc Psychiatry 2021;30:183-211.
8. Mahlke CI, Krämer UM, Becker T et al. Curr Opin Psychiatry 2014;27:276-81.
9. Tejerina-Arreal M, Parker C, Paget A et al. Child Adolesc Ment Health 2020;25:217-23.

DOI:10.1002/wps.20930

Сопряжение детской, подростковой и молодежной психиатрии

Danese A. Bridging between youth psychiatry and child and adolescent psychiatry. ***World Psychiatry*****. 2022;21(1):83-85. doi:10.1002/wps.20931**

Большинство взрослых людей, у которых развивается психическое расстройство, соответствовали критериям диагноза уже в детском или подростковом возрасте[1]. Более того, раннее начало психических расстройств связано с большими частотой хронизации и сложностью дальнейшей клинической картины[1]. Эти эпидемиологические данные меняют подход к изучению и решению проблемы психических расстройств. Исследования и клиническая практика все больше отходят от моделей, отдающих приоритет полностью сформировавшимся, последним по времени расстройствам, и вместо этого обращаются к факторам риска и ранним проявлениям. Разумный вклад в профилактику и раннее вмешательство при психических расстройствах в детском и подростковом возрасте могут принести наибольшую отдачу за счет снижения уровня дистресса и психопатологических нарушений на ключевых этапах развития, что способствует благополучию и продуктивности на протяжении всей жизни – аналогично тому, что было показано в отношении образования[2]. Этот культурный сдвиг способствовал возобновлению интереса к детской и подростковой психиатрии и психиатрии молодых людей (она же психиатрия раннего вмешательства).

Дисциплины детской и подростковой психиатрии, а также психиатрии молодежи возникли на основе различных традиций, которые во многом дополняют друг друга и могут быть по-

лезно совмещены. В частности, молодежная психиатрия возникла на основе работы в области психозов. Вдохновленная моделью психоза и базирующаяся на теории нейроразвития, молодежная психиатрия бросила вызов традиционной системе оказания помощи, ориентированной на взрослых пациентов с хроническими заболеваниями. Вместо этого она выступила за новую систему, ориентированную на предотвращение или смягчение начала психоза у подростков и молодых взрослых посредством раннего вмешательства. Основываясь на успехе служб раннего вмешательства при психозах, молодежная психиатрия теперь стремится применить эту модель для решения проблем, связанных с распространенными психическими расстройствами, включая тревогу и депрессию[3]. Текущие попытки применить модель раннего вмешательства при психозах к распространенным психическим расстройствам подчеркивают как возможности, так и проблемы в поддержке психического здоровья молодых людей.

Центральной особенностью молодежной психиатрии является фокус на "переходной стадии развития от полового созревания к самостоятельной взрослой жизни, которая длится приблизительно от 12 до 25 лет"[3]. Такое пристальное внимание оправдано ранним началом психопатологических процессов. Оно также оправдано необходимостью сгладить зачастую проблематичный переход больных молодых людей из детских и подростковых клиник психического здоровья (child and adolescent mental health services, CAMHS) во взрослую сеть, что обычно происходит в 18 лет. Такое возрастное ограничение для предоставления услуг отчасти связано с различиями в существующих правовых рамках, планировании медицинской помощи и образовательных программах для работы с молодыми людьми в возрасте до/старше 18 лет. Тем не менее такая отсечка создает серьезное препятствие для предоставления помощи как раз в тот момент, когда молодые люди сталкиваются с ключевыми в их жизни точками перехода: к высшему образованию и/или трудоустройству. Некоторым молодым людям отказывают в помощи во взрослых клиниках, потому что они не достигли определённого возраста. Других молодых людей не принимают службы для взрослых, поскольку приоритет отдается пациентам с более тяжёлыми нарушениями.

Ослабление верхней возрастной границы, за которую выступает молодежная психиатрия, предлагает потенциальное решение. На самом деле, многие специалисты CAMHS пытались реализовать это решение и увеличить верхний возрастной предел за пределы 18-летнего возраста, но результаты были неоднозначными. Вкупе с инертностью законодательной базы и механизмов законотворчества, важной проблемой для внедрения является необходимость создания адекватных клинических компетенций, чтобы подготовить персонал к реагированию на широкий спектр потребностей развития от детства до молодого возраста. Действительно, акцент на молодежной психиатрии не должен приводить к упущению важности помощи, оказываемой более молодым, препубертатным группам населения, которая необходима для обеспечения своевременного лечения распространенных психических расстройств с очень ранним началом (например, тревожных расстройств, поведенческих проблем), а также для того, чтобы профилактические вмешательства могли эффективно воздействовать на ранние факторы риска развития более поздних нозологических форм[4,5].

Другой важной особенностью молодежной психиатрии является растущее внимание к трансдиагностическим клиническим формам. Этот трансдиагностический фокус возник на основе эпидемиологических данных о том, что психопатологическая картина неоднократно перетекает от одного диагноза к другому в течение жизни[1]. Клинические последствия этих данных заключаются в том, что чрезмерная зависимость от клинических протоколов, специфичных для нозологического диагноза, не приносит большой пользы[1], и что предоставление услуг должно быть перестроено на основе других критериев, например, клинического стадирования[3].

Трансдиагностические модели также становятся все более популярными в детской и подростковой психиатрии, например, для понимания и устранения последствий детской травмы[5]. Тем не менее внедрение этих моделей представляет собой важные теоретические и практические проблемы. Модели стадирования хорошо разработаны для психозов и все чаще появляются для биполярных, депрессивных и тревожных расстройств[4]. Однако модели стадирования для действительно сквозных, трансдиагностических конструктов все еще недостаточно разработаны. Кроме того, разработка и эмпирическое тестирование трансдиагностических вмешательств также находятся в зачаточном состоянии[6]. Поэтому установление валидности и полезности этих альтернативных моделей психопатологии требует дальнейшего изучения до их широкого клинического применения[7].

Третьей ключевой особенностью молодежной психиатрии является ее направленность на улучшение доступности помощи. Молодежная психиатрия продвигает подход "мягкого входа". Молодые люди могут самостоятельно обращаться в службы, не руководствуясь критериями тяжести или клинически очерченными расстройствами, и получать поддержку на уровне комьюнити-центра, часто под руководством сверстников, для решения проблем психического здоровья или психосоциальных проблем. Этот подход значительно выиграл от совместного проектирования с молодыми людьми, применения позитивной психологии, направленной на укрепление сил, а также разработки технологических/цифровых решений. Такой формат помощи выглядит менее стигматизированным и более привлекательным для молодых людей, в результате чего он завоевал популярность во всем мире[3], в том числе в Великобритании (например, кампания Fund the Hubs, поддерживаемая ведущими благотворительными организациями по охране психического здоровья Mind и YoungMinds). Устраняя барьеры для доступа к помощи и работая с добровольным сектором, молодежная психиатрия выступила за новые способы удовлетворения огромного спроса на поддержку психического здоровья молодежи.

Однако реализация этого подхода "мягкого входа" сопряжена с серьезными проблемами. Для начала, необходимо рассмотреть текущую финансовую ситуацию. Вопиюще недостаточное финансирование CAMHS ограничивает возможности удовлетворения растущих потребностей молодых людей и их семей, часто ограничивая клиническую работу только самыми тяжелыми случаями и пациентами высокого риска. Хотя акцент на профилактике и раннем вмешательстве в первичном здравоохранении может оказать положительное влияние на многих молодых людей с подпороговыми проблемами психического здоровья[4], важно обеспечить совместную работу подхода "мягкого входа" с CAMHS, а не конкуренцию между ними, чтобы избежать дальнейшего сокращения возможностей лечения для молодых людей с установленными психическими расстройствами. Кроме того, внедрение подхода "мягкого входа" потребует более глубокой оценки его безопасности, эффективности и рентабельности так же, как оценивались новые вмешательства в CAMHS[3,4].

В целом сотрудничество между детской и подростковой психиатрией и

молодежной психиатрией может дать многое. Энтузиазм служб раннего вмешательства и опыт CAMHS могут послужить толчком к значительной эволюции в оказании психиатрической помощи молодым людям.

Andrea Danese

Social, Genetic and Developmental Psychiatry Centre, and Department of Child and Adolescent Psychiatry, Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's College London, London, UK; National and Specialist CAMHS Clinic for Trauma, Anxiety, and Depression, South London and Maudsley NHS Foundation Trust, London, UK

A.Danese is funded by the National Institute for Health Research (NIHR) Biomedical Research Centre at South London and Maudsley National Health Service Foundation Trust and King's College London.

Перевод: Коврижных И.В. (Санкт-Петербург)

Редактура: к.м.н. Дорофейкова М.В. (Санкт-Петербург)

Библиография

1. Caspi A, Houts RM, Ambler A et al. JAMA Netw.
2. Heckman JJ. Science 2006;312:1900-2.
3. McGorry P, Mei C, Chanen A et al. World Psychiatry 2022;21:61-76.
4. Fusar-Poli P, Correll CU, Arango C et al. World
5. Danese A, McLaughlin KA, Samara M et al. BMJ 2020;371:m3073.
6. Dalgleish T, Black M, Johnston D et al. J Consult Clin Psychol 2020;88:179-95.
7. Zimmerman M. World Psychiatry 2021;20:70-

DOI:10.1002/wps.20931

Охрана психического здоровья молодых людей в условиях повсеместного коллективного стресса

Chen EYH, Wong SMY. Youth mental health care in a context of large-scale collective stress. *World Psychiatry*. 2022;21(1):85-86. doi:10.1002/wps.20932

Ускорение темпов технологических и социальных изменений продолжает бросать беспрецедентные вызовы человечеству, и молодые люди зачастую первые принимают на себя их удар. Как указали в своей работе McGorry и соавт.[1], глобализация, изменение климата и новые технологии оказывают заметное влияние на психическое здоровье молодежи, а пандемия COVID-19 значительно усугубила ситуацию.

Среди различных сообществ, переживающих подобные проблемы, Гонконг представляет собой яркий пример, где пандемия COVID-19 совпала с социальной напряженностью, протестами и беспорядками. Накопительный эффект этих стрессовых факторов на популяционном уровне сейчас находится в начале своего изучения[2,3]. Симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), депрессии и тревоги сложным образом взаимосвязаны друг с другом на временной оси, а непрерывное развитие стрессовых событий на популяционном уровне усугубляет их последствия. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что психическое здоровье молодых людей страдает непропорционально сильно[3].

При возникновении непредвиденных демографических событий своевременные инициативы в области психического здоровья часто становятся невозможными. На начальных этапах клинические вмешательства и дополнительные исследования с трудом переориентируются с классического паттерна помощи на процесс, который развивается «здесь и сейчас», особенно если он происходит впервые. Достаточно типичны и такие поведенческие моменты, как "наблюдательная тактика" и надежда на то, что новый стрессор будет ограничен во времени. По мере развития событий чувства страха и недоверия может стать еще одним серьезным препятствием для раннего вмешательства и поиска помощи.

В Гонконге ситуация потребовала быстрого запуска простых, но привлекательных инструментов самопомощи в области психического здоровья. Было разработано ориентированное на молодых людей персонализированное приложение (Flow Tool, https://www.psychiatry.hku.hk/flow.html) на кантонском диалекте китайского и английском языках[2]. Достаточная обратная связь с местной молодежью в период разработки приложения позволила убедиться, что его язык и стиль обеспечивают "безопасное пространство" для выражения чувств.

В то же время обсуждения с клиническими и исследовательскими группами подтвердили его способность собирать достаточное количество информации для предоставления индивидуальных рекомендаций. По завершении работы с инструментом тем, у кого уровень дистресса был ниже, предлагались различные варианты самопомощи, а тем, у кого уровень симптомов был выше, предлагалась профессиональная помощь (как онлайн, так и очно). Чтобы свести к минимуму опасения по поводу конфиденциальности данных (которые были особенно выражены в кризисных ситуациях и среди молодежи), приложение было анонимным.

С момента его запуска было собрано более 70 000 ответов. Ориентация на молодых пользователей, соблюдение конфиденциальности и свобода выбора были наиболее важными элементами успешного привлечения молодых людей, которые в противном случае могут не обратиться за помощью. Данные, полученные с помощью этого приложения, выявили высокий уровень депрессивных и посттравматических симптомов в результате совокупного воздействия пандемии COVID-19, социальных волнений и отдельных стрессовых жизненных событий[3]. Повторяющееся обдумывание внешних событий (руминация) было определено как важный медиатор между стрессовыми событиями и дистрессом[3].

В условиях интенсивного продолжающегося стресса на популяционном уровне интерпретация повышенного психического дистресса как роста распространенности "психических расстройств" требует осторожности. Язык описания "симптомокомплексов" как "реакции" на внешние "стрессоры"[4] с возможностью перехода не только в ранг "расстройств", но и в "посттравматическое развитие личности"[5] может обеспечить более позитивную основу для поддержки молодых людей, находящихся в дистрессе. Это особенно важно использовать на этапе жизни, когда растет неопределенность и потребность в безопасности, использование языка, который подчеркивает не только внутреннюю уязвимость, но и роль внешних факторов, а также потенциал молодого человека к самостоятельному восстановлению контроля, может быть важным в формировании чувства самостоятельности и надежды.

Безопасное пространство особенно важно в периоды неопределенности. В городе, где трудно найти свободное пространство, был запущен новый проект, в рамках которого общественные центры были созданы для молодых лю-

дей с психическими расстройствами совместно с ними (LevelMind, https://www.levelmind.hk)[6]. Поскольку доступ к центрам был затруднен из-за волн пандемии COVID-19, стало ясно, что необходимы дополнительные услуги онлайн-интервенции с высокой доступностью. С тех пор была запущена бесплатная анонимная консультативная онлайн-служба психиатров (Headwind, https://www.youthmentalhealth.hku.hk), которая на сегодняшний день ежемесячно обслуживает более 100 человек (в основном молодых людей).

Чтобы убедиться в том, что эти инициативы служат намеченным целям, необходима своевременная оценка. Однако непредсказуемое развитие стресса на популяционном уровне ставит новые проблемы перед процессом оценки, в условиях резко сжатых сроков. При ограниченных времени и ресурсов может возникнуть соблазн вернуться к простым показателям "до" и "после". Однако к этому следует относиться с осторожностью, поскольку ожидается, что быстрая эволюция стрессовых факторов в обществе вызовет значительные колебания уровня дистресса и симптоматики у населения, что может замаскировать эффект от вмешательства. Использование соответствующих групп сравнения будет особенно важно для контроля фоновых изменений. Умелое использование онлайн-инструментов (как для самих пользователей, так и основанных на интервью) в сочетании с более адаптивными схемами оценки (например, разумное планирование промежуточной оценки, сравнительных/многоступенчатых схем, адаптивной рандомизации)[7] позволяет оценивать результаты более эффективно.

Оглядываясь назад, можно сказать, что череда недавних событий нарушила всю маршрутизацию и предъявила новые требования к быстро меняющемуся ландшафту психического здоровья молодых людей. Тем не менее эффективная и устойчивая модель психиатрической помощи для молодых людей может стать возможной при быстрой и тщательной корректировке под ситуацию. Не следует упускать из виду подготовку специалистов по охране психического здоровья молодых людей, поскольку междисциплинарная работа с участием специалистов по молодому возрасту, психологов и психиатров, а также мнения самих молодых людей являются ключом к успеху. Надежная адаптация к будущему имеет решающее значение в формировании эффективной платформы для охраны психического здоровья молодых людей.

Eric Y.H. Chen[1,2], Stephanie M.Y. Wong[1]

[1]Department of Psychiatry, Li Ka Shing Faculty of Medicine, University of Hong Kong, Hong Kong; [2]Key Laboratory of Brain and Cognitive Sciences, University of Hong Kong, Hong Kong

Перевод: Коврижных И.В. (Санкт-Петербург)
Редактура: к.м.н. Дорофейкова М.В. (Санкт-Петербург)

Библиография

1. McGorry PD, Mei C, Chanen A et al. World Psychiatry 2022;21:61-76.
2. Wong SM, Hui CL, Suen YN et al. Aust N Z J Psychiatry (in press).
3. Wong SM, Hui CL, Wong CS et al. Can J Psychiatry 2021;66:577-85.
4. Borsboom D. World Psychiatry 2017;16:5-13.
5. Rutten BP, Hammels C, Geschwind N et al. Acta Psychiatr Scand 2013;128:3-20.
6. Pallmann P, Bedding AW, Choodari-Oskooei B et al. BMC Med 2018;16:1-5.
7. Lam BY, Hui CL, Lui SS et al. Early Interv Psychiatry (in press).

DOI:10.1002/wps.20932

Услуги по охране психического здоровья молодежи: подходящее время для глобального охвата

Kieling C, Salum GA, Pan PM, Bressan RA. Youth mental health services: the right time for a global reach. *World Psychiatry*. **2022;21(1):86-87. doi:10.1002/wps.20933**

Молодые люди всегда считались преимущественно здоровой группой населения, возможно, из-за относительно низкой распространенности физических заболеваний в этом возрастном диапазоне. Это, однако, резко контрастирует с данными, касающимися проблем психического здоровья: ни на каком другом этапе жизни психические расстройства не составляют более значительной доли трудностей, связанных с заболеванием, чем во втором и третьем десятилетиях. Фактически ранняя заболеваемость и значительное сохранение этих состояний в дальнейшем привели экспертов к описанию психических заболеваний как "хронических заболеваний молодежи"[1].

Несмотря на эпидемиологические свидетельства раннего начала, психические расстройства обычно выявляются только на более поздних этапах жизни. В какой-то степени эта задержка решается в последние годы с помощью инновационных систем охраны психического здоровья молодежи. Этот набор услуг и стратегий учитывает потребности и возможности в области профилактики и клинической помощи с учетом особенностей развития. Как элегантно оценили McGorry[2] и соавт., вопрос о том, когда действовать, в значительной степени рассматривался в литературе: инвестиции в раннее вмешательство дают недвусмысленные преимущества.

Не менее актуальным является вопрос о том, где данные действия приобретают наиболее срочный характер. Молодежь составляет до четверти населения земного шара, но географическое распределение подростков и молодых взрослых неравномерно по всему миру. Подавляющее большинство молодых людей проживает в странах с низким и средним уровнем дохода (LMICs), где они составляют большую долю населения по сравнению со странами с высоким уровнем дохода (HICs). Фактически, даже если бы мы смогли искоренить 100% психических расстройств среди детей в возрасте от 10 до 24 лет, из HICs, это привело бы к снижению общей глобальной нагрузки психическими расстройствами в этом возрастном диапазоне[3] всего на 15%.

Существует также вопрос о том, как это сделать. Помимо общепризнанно схожих потребностей молодежи по всему миру, существует настоятельный призыв к созданию специализированных систем ухода за психическим здоровьем молодежи, которые должны выйти за рамки универсального подхода к более культурно и локально адаптированным услугам. В качестве примера мы здесь обсуждаем проблемы и потенциальные возможности применения этих стратегий на практике в Бразилии, стране со средним уровнем дохода, в которой проживает более 50 млн молодых людей.

За последние три десятилетия в Бразилии была внедрена одна из крупнейших универсальных систем здравоохранения в мире. Финансируемая государством Sistema Único de Saúde (SUS) расширила охват услугами по всей стране, уделяя особое внимание расширению первичной медико-санитарной помощи. Несмотря на сохра-

няющиеся проблемы с точки зрения неравенства и охвата, был достигнут огромный прогресс в улучшении общего состояния здоровья бразильского населения[4].

В результате многочисленных мер, направленных на решение проблем раннего детства, Бразилия превысила глобальные целевые показатели в области сокращения младенческой и детской смертности, будучи в числе немногих стран, которые достигли цели в области развития, сформулированной в Декларации тысячелетия[4]. Важно отметить, что это было достигнуто при одновременном снижении неравенства между регионами страны. Однако аналогичный прогресс в области психического здоровья молодежи достигнут не был.

Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что подростки в Бразилии часто не признают первичную медицинскую помощь в качестве источника поддержки при проблемах с психическим здоровьем, а скорее полагаются на собственную поддержку или поддержку сверстников[5]. Поскольку физическое здоровье обычно не является причиной для поддержания регулярных отношений с первичной медико-санитарной помощью для подавляющего большинства молодых людей, услуги, как правило, не предназначены или не подготовлены для этой возрастной группы. В большинстве учреждений первичной медико-санитарной помощи с низкой интенсивностью не хватает ресурсов, необходимых для удовлетворения потребностей молодежи в области развития, в основном для детей младшего возраста или пожилых людей. Это представляет собой важную задачу с точки зрения перевода высококачественных моделей, основанных на фактических данных, из HICs в реальную практику в среде LMIC.

Для лиц с более тяжелыми клиническими проявлениями заболеваний SUS внедрила общественные центры (CAPS) для психиатрического лечения и психосоциальной поддержки/реабилитации[6]. Различные форматы CAPS по-прежнему организованы в соответствии с моделью “педиатрия против взрослых”: педиатрические услуги в основном ориентированы на потребности детей младшего возраста, в то время как услуги для взрослых ориентированы на потребности взрослых, без учета подросткового возраста и становления взрослой жизни как соответствующих периодов развития и, как правило, не затрагивают область раннего вмешательства.

Это фактически отражает еще одну проблему: трудности, с которыми сталкивается государственная система здравоохранения в плане признания и определения континуума потребностей – от неклинических, общинных и школьных услуг до специализированных услуг. Особенно в случае низкоинтенсивного сегмента спектра, ориентированное на молодежь предоставление психиатрической помощи может быть интегрировано в ориентированные на молодежь инициативы, такие как программы в области образования и социального обеспечения.

Дополнительным преимуществом сосредоточения внимания на психическом здоровье и психическом благополучии молодежи станет возможность разжечь столь необходимую дискуссию о психическом здоровье в более широком сообществе, демонстрируя важность этой проблемы за пределами областей психиатрии и психологии, при активном участии молодежи, семей и общества в целом. Поэтому действия должны включать не только внедрение соответствующих требованиям развития услуг для молодежи, но и интеграцию с другими заинтересованными сторонами для решения таких проблем, как недавние действия федерального правительства по пресечению дискуссий о разнообразии, гендерной идентичности, а также сексуальном и репродуктивном здоровье в образовательных и медицинских учреждениях.

В рамках правительства и общества (включая, например, систему образования и неправительственные организации) информационно-пропагандистская деятельность имеет важное значение для повышения осведомленности, в то время как структурные меры обеспечивают материальную поддержку перемен – одним из примечательных примеров являются широкомасштабные акции по борьбе с нищетой, такие как Bolsa Familia, которая действует в течение нескольких лет в Бразилии. Эта программа условных денежных переводов была связана с межсекторальными улучшениями, такими как расширение доступа к продовольствию, образованию и первичной медико–санитарной помощи, а также снижение детской смертности и снижение уровня самоубийств[7]. Недавние стратегии денежных переводов, реализованные в контексте кризиса COVID-19, также могут смягчить негативные последствия пандемии, поскольку в последние годы в Бразилии увеличивается доля молодых людей, не заинтересованных в образовании, трудоустройстве или профессиональной подготовки, и достигла пика в конце 2020 года, достигнув более одной четверти этого показателя возрастная группа[8].

Несколько парадоксально, что, хотя большинство инновационных разработок по защите и укреплению психического здоровья молодежи было реализовано в HICS, наибольший контингент молодежи проживает в LMICS. Создание SUS в Бразилии проложило путь ко многим заметным достижениям за относительно короткий период, свидетельствуя о том, что изменения в таких условиях действительно возможны. Кроме того, молодежное лидерство сыграло ключевую роль в повышении устойчивости в обездоленных общинах во времена кризиса[9].

Настало время признать важность потребностей в области психического здоровья на том этапе жизни, когда они являются непропорционально обременительными, и воспользоваться преимуществами многих существующих инициатив, которые могут способствовать созданию местных служб поддержки молодежи. Обладая самой большой когортой молодых людей за всю свою историю, Бразилия, как и многие другие страны LMICs, сейчас сталкивается с самыми большими возможностями для уменьшения негативных последствий психических расстройств и содействия интеллектуальному развитию следующих поколений.

Christian Kieling[1], Giovanni A. Salum[1], Pedro M. Pan[2,3], Rodrigo A. Bressan[2,3]

[1]Department of Psychiatry, School of Medicine, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, and Hospital de Clinicas de Porto Alegre, Porto Alegre, Brazil; [2]Department of Psychiatry, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brazil; 3Instituto Ame Sua Mente, São Paulo, Brazil

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

Библиография

1. Insel TR. J Clin Invest 2009;119:700-5.
2. McGorry PD, Mei C, Chanen A et al. World Psychiatry 2022;21:61-76.
3. Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Compare. http://vizhub.healthdata.org.
4. Castro MC, Massuda A, Almeida G et al. Lancet 2019;394:345-56.
5. Paula CS, Nakamura E, Wissow L et al. Acad Pediatr 2009;9:249-55.e1.
6. de Jesus Mari J. Adv Psychiatr Treat 2014;20:113-5.
7. Neves JA, Guedes de Vasconcelos FA, Machado ML et al. Glob Public Health 2020;10.1080.
8. Neri MC. Juventudes, educação e trabalho: impactos da pandemia nos nem-nem. http://www.fgv.br.
9. Calarco D. Youth leadership in crisis response and supporting resilient communities. https://www.oecd-ilibrary.org

DOI:10.1002/wps.20933

Эффективность психологического вмешательства ВОЗ для самостоятельной работы в предотвращении психических расстройств среди сирийских беженцев в Турции: рандомизированное контролируемое исследование

Ceren Acarturk[1], Ersin Uygun[2], Zeynep Ilkkursun[1], Kenneth Carswell[3], Federico Tedeschi[4], Mine Batu[2], Sevde Eskici[1], Gulsah Kurt[1], Minna Anttila[5], Teresa Au[3], Josef Baumgartner[6], Rachel Churchill[7], Pim Cuijpers[8], Thomas Becker[9], Markus Koesters[9], Tella Lantta[5], Michela Nosè[4], Giovanni Ostuzzi[4], Mariana Popa[10], Marianna Purgato[4,11], Marit Sijbrandij[8], Giulia Turrini[4], Maritta Välimäki[5], Lauren Walker[7], Johannes Wancata[6], Elisa Zanini[4], Ross G. White[10], Mark van Ommeren[3],Corrado Barbui[4,11]

[1]Department of Psychology, College of Social Sciences and Humanities, Koc University, Istanbul, Turkey; [2]Department of Trauma and Disasters Mental Health, Bilgi University, Istanbul, Turkey; [3]Department of Mental Health and Substance Use, World Health Organization, Geneva, Switzerland; [4]WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health and Service Evaluation, Department of Neuroscience, Biomedicine and Movement Sciences, University of Verona, Verona, Italy; [5]Department of Nursing Science, University of Turku, Turku, Finland; [6]Clinical Division of Social Psychiatry, Medical University of Vienna, Vienna, Austria; [7]University of York, York, UK; [8]Department of Clinical, Neuro, and Developmental Psychology, Amsterdam Public Health Institute, Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands; [9]Department of Psychiatry II, Ulm University, Ulm, Germany; [10]Institute of Population Health, University of Liverpool, Liverpool, UK; [11]Cochrane Global Mental Health, University of Verona, Verona, Italy

Перевод: Васильева Э.Н. (Санкт-Петербург)
Редактура: к.м.н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)

Acarturk C, Uygun E, Ilkkursun Z, et al. Effectiveness of a WHO self-help psychological intervention for preventing mental disorders among Syrian refugees in Turkey: a randomized controlled trial. *World Psychiatry***. 2022;21(1):88-95. doi:10.1002/wps.20939**

Резюме. *Беженцы находятся в группе высокого риска по развитию психических расстройств. Среди рандомизированных контролируемых исследований нет сведений о том, что инструменты психологической помощи могут помочь в предотвращении психических расстройств. Мы оценили эффективность психологического вмешательства по самопомощи Всемирной Организации Здравоохранения (Self-Help Plus) в предотвращении развития психических расстройств среди сирийских беженцев, которые испытывают стресс во время проживания в Турции. Было проведено сравнительное рандомизированное контролируемое исследование с маскированием группы исследователей в двух областях Турции. Подходящими участниками исследования стали взрослые сирийские беженцы, испытывающие состояние психологического дистресса (Опросник Общего Здоровья Пациента ≥ 3), без подтвержденного диагноза психического расстройства. Случайным образом участники были поделены на две группы в соотношении 1:1 – одна проходила вмешательство Self-Help Plus (которая состоит из вмешательства по психологической самопомощи Self-Help Plus и усиленным обычным уходом Enhanced Care as Usual, ECAU), другая – только вмешательство в виде усиленного обычного ухода (ECAU). Self-Help Plus проходит в виде групповых встреч, которые проводят два фасилитатора в течение 5 сессий. Первичным показателем эффективности было наличие любого психического расстройства, оцененное с помощью мини-международного нейропсихиатрического интервью (MINI), проводимого в течение полугода. Вторичными показателями эффективности были: наличие психических расстройств после проведения исследования, симптомы психологического стресса, симптомы посттравматического стрессового расстройства и депрессии, лично выявленные психологические результаты, функциональные нарушения и субъективная оценка благополучия и качества жизни после проведения исследования и при последующем наблюдении в течение полугода.*

В период с 1 октября 2018 года по 30 ноября 2019 года 1186 беженцев были оценены для включения в исследование. 544 человека не соответствовали критериям включения, 642 человека были включены в исследование и распределены случайным образом или в группу Self-Help Plus (N=322), или в ECAU (N=320). Участники из группы были менее подвержены развитию психических расстройств Self-Help Plus в течение полугода последующего наблюдения в сравнении с группой ECAU (21.69% vs. 40.73%; V Крамера =0.205, p<0.001, соотношение рисков: 0.533, 95% ДИ: 0.408-0.696). При анализе вторичных показателей эффективности было предположено, что вмешательство Self-Help Plus не помогает сразу после прохождения, но связано с благоприятными эффектами при последующем наблюдении в течение полугода в рамках симптомов депрессии, личных показателей психологической эффективности и качества жизни. Это первое профилактическое РКИ, которое когда-либо проводилось среди беженцев, испытывающих психологический дистресс, без диагноза психического расстройства. Обнаружено, что Self-Help Plus может быть эффективным способом предотвращения развития психических расстройств. Основываясь на полученных данных, это низкоинтенсивное психологическое вмешательство может быть расширено как стратегия общественного здравоохранения для предотвращения развития психических расстройств у беженцев, постоянно находящихся в неблагоприятных условиях.

Ключевые слова: *беженцы, профилактика, частые психические расстройства, Self-Help Plus, психологические вмешательства, стратегии общественного здоровья, рандомизированные контролируемые исследования.*

В 2020 году количество вынужденных переселенцев достигнет 80 миллионов человек и станет самым высоким показателем со времен Второй мировой войны[1]. Из них 26 млн покинули свои страны из-за насилия и преследования[1]. Самая большая группа беженцев была из Сирии – она составляет 6,6 млн человек. Около 3,6 млн беженцев из Сирии сейчас находятся в Турции, что делает эту страну ведущей в приеме беженцев[1].

Многие беженцы из Сирии были подвержены такому травматизирующему опыту, как бомбежки, угрозы, плен, пытки, повреждение, ранения и присутствие во время смерти или ранения близкого человека[2]. Более того, они находятся в группе риска по дискриминации, экономическим проблемам, изоляции от общества. В 2020 году пандемия COVID-19 ухудшила условия пребывания сирийских беженцев в Турции – внезапно и значительно снизилась их

возможность зарабатывать и получать доступ к обслуживанию и социальной поддержке[3].

Вследствие этих потенциально травмирующих событий, больших потерь и других стрессовых ситуаций, возникших до, во время и после переселения, беженцы относятся к группе высокого риска развития распространенных психических расстройств[4]. По подсчетам ВОЗ, частота депрессии, посттравматического стрессового расстройства и других психических расстройств среди лиц, находящихся в конфликтной обстановке, составляет 10,8%, 15,3% и 22,1% соответственно[5]. Доказательства свидетельствуют о том, что у беженцев из Сирии высок риск развития этих расстройств[6].

Достижение профилактических и лечебных эффектов – важная часть как принципов, так и практики в области психического здоровья[2]. Однако доказательная база в этой области ограничена – последние Кокрейновские обзоры не обнаружили РКИ, которые бы оценивали, могут ли профилактические психологические и социальные вмешательства снизить частоту психических расстройств у людей, пострадавших от гуманитарного кризиса[7].

За последние годы ВОЗ разработала группу коротких психологических вмешательств, включающих Problem Management[8] и Self-Help Plus[9], которые исследуются как способ лечения психических расстройств среди людей, попавших в неблагоприятную ситуацию[10-13]. Однако они никогда не расценивались как способ профилактики – например, их не исследовали среди людей, переживающих дистресс, но не удовлетворяющих никаким критериям психических расстройств, чтобы проверить, могут ли эти программы предотвратить развитие этих расстройств.

В этом исследовании мы изучили эффективность вмешательства Self-Help Plus как способ предотвращения развития психических расстройств среди сирийских беженцев, подвергшихся стрессу и проживающих на территории Турции.

МЕТОДЫ

Дизайн исследования

Это рандомизированное контролируемое исследование (РКИ) с ослеплением экспертов с параллельными группами. Протокол исследования был опубликован и зарегистрирован на clinicaltrials.gov (NCT03587896)[14]. Исследование было одобрено Комитетом ВОЗ по обзору этических аспектов научных исследований и этическими комитетами Istanbul Sehir University и Koc University. Письменное информированное согласие было предоставлено всеми участниками. Набор участников происходил с 1 октября 2018 года по 30 ноября 2019 года в Стамбуле и Мардине, Турция. Последующие шестимесячные оценки завершились в июне 2020 года.

Для отбора потенциально подходящих участников исследования мы обратились к местным некоммерческим организациям, реализующим проекты для беженцев в Турции. Они предоставляют комплексные услуги, которые включают питание и жилье, юридическую, образовательную, медицинскую и социальную помощь и поддержку, а также программы по интеграции в социально-экономическую часть общества. Участников последовательно приглашали к участию члены исследовательской группы по согласованию с местным обслуживающим персоналом, который содействовал контакту между участниками и исследователями.

Все члены исследовательской группы владели арабским языком. Они были обучены проведению интервью, заполнению шкал оценки и проведению последующих наблюдений, чтобы помогать людям с учетом их культурных особенностей. Члены исследовательской группы придерживались кодекса поведения, соблюдая принципы нейтралитета, беспристрастности, конфиденциальности, профессионального поведения, а также избегая действий, которые могут привести к конфликту интересов. Все учебные мероприятия, связанные с исследованием, координировались Коллаборационным центром университета Вероны, Италия.

Рандомизация и маскировка

Участники были рандомизированы либо в группу Self-Help Plus (которая состоит из вмешательства по психологической самопомощи Self-Help Plus и усиленным обычным уходом Enhanced Care as Usual, ECAU), либо только в группу ECAU в соотношении 1:1. Рандомизация была централизована и координировалась Коллаборационным центром университета Вероны, Италия.

График рандомизации был сгенерирован программой Castor Electronic Data Capture (EDC) с применением использованием выборочной блочной рандомизации[15]. У членов исследовательской группы, участвующих в наборе, был доступ к веб-программе для рандомизации каждого нового внесенного участника, но не было доступа к списку рандомизации и сведениям о размере блока данных. Программа Castor EDC позволяла проводить случайное распределение только после ввода основной информации о внесенном участнике после проверки критериев включения. После случайного распределения программа выдавала каждому участнику уникальный идентификационный номер.

Как эксперты, оценивающие результаты, так и статистик, проводящий анализ, были замаскированы от статуса распределения участников. Оценщики результатов не были вовлечены в какую-либо деятельность, которая могла бы выявить случайное распределение участников исследования. Формальная оценка успешности маскировки не проводилась, так как нет методологического согласия о том, являются ли такие тесты подходящими, надежными и действительно научными[16].

Критерии включения и исключения

Участники включались в исследование, если они соответствовали следующим критериям: а) им исполнилось 18 лет и больше; б) говорили и понимали по-арабски; в) находились под временной защитой в соответствии с Законом об иностранцах и международной защите; г) испытывали психологический дистресс, о чем свидетельствовал балл 3 или более по 12 пунктам Общего опросника здоровья (GHQ-12)[17,18]; д) дали устное и письменное информированное согласие на участие в исследовании.

Критериями исключения были: а) наличие любого психического расстройства по данным мини-международного нейропсихиатрического интервью (MINI)[19,20]; б) наличие острых медицинских заболеваний, противопоказанных для участия в исследовании; в) наличие непосредственного суицидального риска или суицидального риска, оцененного как «умеренный или высокий» по MINI; г) признаки нарушения способности принимать решения, выявленные в ходе клинического интервью. Беженцы, которые были исключены из-за диагноза психического расстройства и/или неминуемого риска самоубийства, были направлены на лечение к медицинскому специалисту.

Экспериментальное и контрольное вмешательство

Вмешательство Self-Help Plus состоит из предварительно записанного аудиокурса, который проводится обученными фасилитаторами в группе, и дополняется иллюстрированной книгой по самопомощи, адаптированной для целевой

культурной группы. Оно основано на терапии принятия и ответственности – одной из форм когнитивно-поведенческой терапии. Вмешательство проводится в течение пяти двухчасовых занятий. Аудиоматериалы дают ключевую информацию об управлении стрессом и направляют участников через индивидуальные упражнения и обсуждения в малых группах. В книге для самопомощи рассматривается все основное содержание и концепции.

В этом исследовании использовалась версия вмешательства, ранее адаптированная для сирийского населения. Адаптация соответствовала протоколу ВОЗ и включала в себя адаптацию аудиозаписей к разговорной форме арабского языка, широко распространенной в Сирии, и культурную адаптацию иллюстраций.

Поскольку Self-Help Plus – предварительно записанное вмешательство, проверка достоверности включала в себя, прежде всего, обеспечение воспроизведения всех записей и выполнение всех видов деятельности (например, дискуссий, упражнений). После каждой сессии фасилитаторы заполняли формы достоверности. Кроме того, 20% всех сессий были проверены с помощью тех же форм сторонними обученными наблюдателями.

ECAU предоставлялась участникам обеих групп и состояла из регулярно оказываемой социальной поддержки и/или ухода. Кроме того, участники контрольной группы получали исходные и последующие оценки в соответствии с графиком исследования, информацию о бесплатных медицинских и социальных услугах и связи с общественными сервисами, оказывающими поддержку беженцам.

Независимый консультативный совет по этике, состоящий из международных экспертов, дающих советы по любым актуальным этическим вопросам, контролировал исследование.

Измерения

Первичным результатом было наличие текущих психических расстройств в шестимесячном наблюдении, определяемое с помощью опросника MINI[19,20]. MINI также проводился на исходном уровне до рандомизации и после вмешательства. Все остальные оценочные инструменты измеряли вторичные результаты после вмешательства и во время шестимесячного наблюдения.

Психологический стресс измерялся с помощью опросника GHQ-12[17,18], в котором пункты оцениваются по четырехбалльной шкале Лайкерта (максимальный общий балл – 36). Симптомы ПТСР оценивались с помощью Чек-листа ПТСР для DSM-5 (PCL-5)[21,22], опросника из 20 пунктов, дающего максимальный общий балл 80. Симптомы депрессии оценивались с помощью Опросника здоровья пациента, девятипунктовая версия (PHQ-9)[23-25], который дает максимальный общий балл 27. Лично выявленные психологические последствия изучались с помощью опросника для составления психологического профиля (PSYCHLOPS)[26,27], в котором участникам предлагается описать две проблемы с их собственной точки зрения и оценить их серьезность по шестибалльной шкале (максимальный балл: 18).

Функциональные нарушения и субъективное благополучие оценивались с помощью шкалы оценки уровня инвалидности ВОЗ 2.0 (WHO Disability Assessment Schedule 2.0, WHODAS 2.0)[28] и Индекса благополучия ВОЗ-5 (WHO-5 Well-Being Index, WHO-5)[29,30] соответственно. WHO-5 содержит пять вопросов по шестибалльной шкале (максимальная оценка – 25 баллов). Для оценки общего состояния здоровья мы использовали Европейский опросник качества жизни (5-Dimensions 3-Level, EQ-5D-3L) – краткий тест-опросник, состоящий из пяти аспектов (мобильность, самообслуживание, обычная деятельность, боль/дискомфорт и тревога/депрессия)[31-33].

Травматические/неблагоприятные жизненные события и стресс-факторы окружающей среды изучались с помощью Гарвардского опросника по травматическим переживаниям (Harvard Trauma Questionnaire, HTQ-Part A)[34,35] и 17-пунктового контрольного чек-листа трудностей жизни после миграции (17-item Checklist for Post-Migration Living Difficulties, PMLD)[36]. HTQ-часть A содержит вопросы о травматических событиях в жизни. В PMLD респондентов просят оценить пережитые проблемы за последние 12 месяцев по пятибалльной шкале (от «не проблема» до «очень серьезная проблема»).

Оценки проводились в виде очных интервью или дистанционно по телефону или с помощью защищенной онлайн аудио/видеосвязи (исходя из целесообразности, включающей меры социального дистанцирования, связанной с пандемией COVID-19). Неблагоприятные события, о которых добровольно сообщали участники или которые наблюдал исследовательский персонал, регистрировались и рассматривались Консультативным советом по этике на регулярных заседаниях, и доводились до сведения Комитета ВОЗ по этической экспертизе.

Статистический анализ

Мы ожидали, что частота психических расстройств в этой группе населения составит 25% через шесть месяцев[14]. Мы предположили, что Self-Help Plus продемонстрирует клинически значимое преимущество, если абсолютная разница между группами составит 10%[14]. При таких данных для достижения по крайней мере 80% мощности при уровне значимости 0,05 в тесте c^2 требовался размер выборки в 500 участников (250 в каждой группе). Предполагая, что часть беженцев может быть потеряна в конечной точке исследования (из-за особенностей этой популяции), был запланирован окончательный размер выборки в 600 участников (300 на группу).

Описательная статистика была рассчитана по социально-демографическим, предмиграционным, миграционным и постмиграционным переменным на исходном уровне. Баланс между группами лечения проверялся с помощью расчета стандартизованной разности (Standardized mean differences, SMDs). Значения SMD 0,1 и -0,1 использовались в качестве пороговых значений дисбаланса[37].

Мы проводили анализ первичных и вторичных результатов согласно исходно назначенному лечению. В эту популяцию вошли все случайно отобранные участники, которые прошли базовую оценку, независимо от количества проведенных сеансов Self-Help Plus. Для проверки достоверности результатов первичный результат был также проанализирован с использованием протокольного метода, включая только тех участников, которые прошли не менее трех сеансов Self-Help Plus.

Первичный результат сравнивался между двумя группами с помощью коэффициента Крамера V, а также отношения рисков (ОР) и его 95% доверительного интервала (95% ДИ). Многомерный вторичный анализ проводился с помощью регрессионной модели Пуассона с надежной дисперсией ошибок для прямой оценки ОР и изучения потенциального сбивающего влияния прогностических факторов с контролем переменных, демонстрирующих дисбаланс на исходном уровне.

Для каждого вторичного результата был проведен смешанный анализ ковариации (a mixed analysis of covariance, ANCOVA), контролирующий исходные показатели, с надежными стандартными ошибками и различными дисперсиями для периода после вмешательства и шестимесячного наблюдения. В дополнение к смешанным моделям для учета отсутствующих наблюдений в шестимесячный период также использовался подход с переносом данных последнего

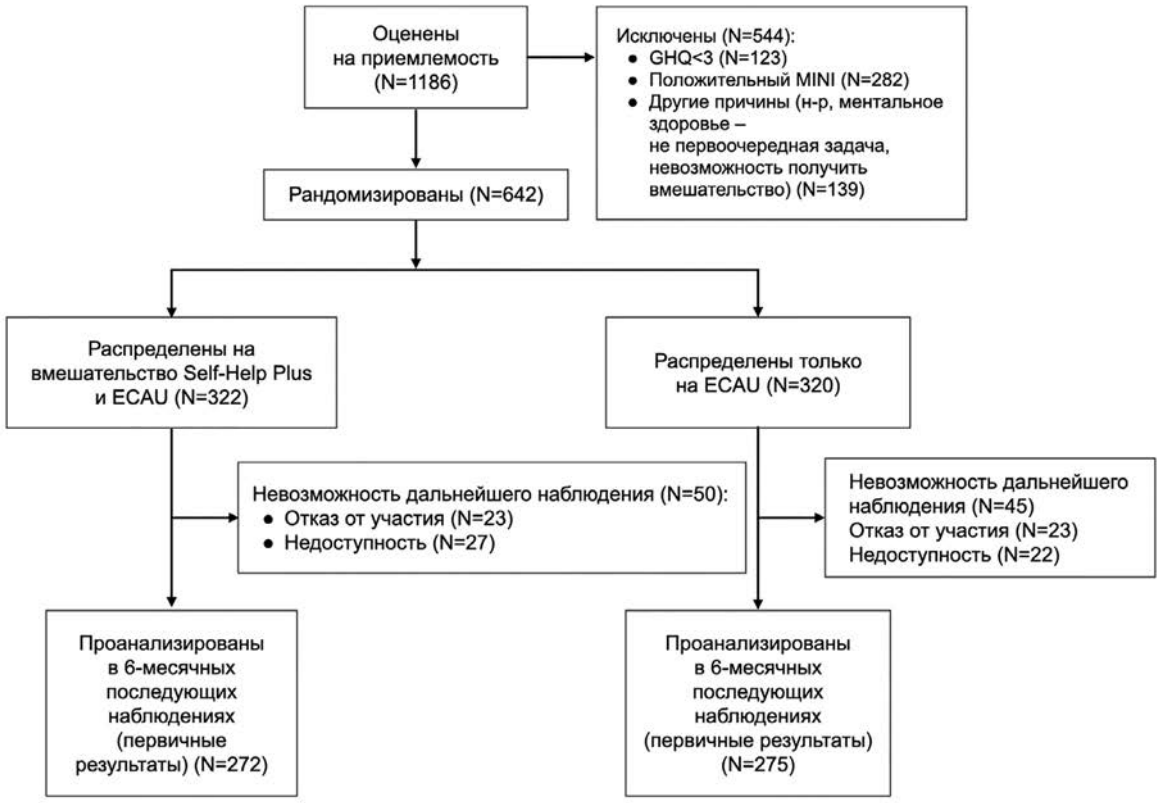

Рисунок 1. *Диаграмма CONSORT. ECAU – вмешательство в виде усиленного обычного ухода (Enhanced Care As Usual), GHQ – Общий опросник здоровья (General Health Questionnaire), MINI – мини-международное нейропсихиатрическое интервью (Mini International Neuropsychiatric Interview).

наблюдения (last observation carried forward, LOCF). Стандартизированные коэффициенты оценивались с помощью команды Stata «stdBeta».

Для каждого опросника, в случае отсутствия пунктов, мы использовали метод подстановки скорректированного среднего значения пункта (т.е. среднее значение пункта по участникам, взвешенное по среднему значению заполненных пунктов субъекта)[38], используя информацию от субъектов, принадлежащих к одной и той же группе лечения в течение одного и того же времени наблюдения, с помощью команды Stata «hotvalue». Замена производилась только в том случае, если получались допустимые значения, и только для наблюдений с менее чем 50% пропущенных пунктов. В качестве анализа чувствительности мы повторно проверили наши модели без какой-либо подстановки данных.

Гипотеза об отсутствии влияния экспериментального вмешательства на показатели GHQ-12, PCL-5, PHQ-9, PSYCHLOPS, WHODAS 2.0, WHO-5 и EQ-5D-3L была проверена путем проведения внешне несвязанного уравнения (seemingly unrelated regression, SUR)[39] в ее модификации для несбалансированных данных с помощью команды Stata «suregub». SUR проводилась для каждой временной точки с контролем исходных значений.

Оценивались возможные взаимодействия между лечением и конкретными переменными (пол, возраст, годы образования, продолжительность пребывания в принимающей стране). В частности, в случае непрерывных исходов проводилась SUR для несбалансированных данных по всем исходам с их значением на исходном уровне, статусом лечения, всеми потенциальными модераторами и их взаимодействием со статусом лечения в качестве предикторов. Был проведен глобальный тест на все условия взаимодействия, и в случае значимости такой же тест проводился для каждой шкалы. Наконец, для шкал, соответствующих порогу статистической значимости, были проведены единичные регрессии.

Чтобы избежать проблемы низких показателей работы модели в случае исходов у границы[40], для вторичных результатов были проведены модели регрессии Пуассона с надежными стандартными ошибками. В качестве регрессоров задавали переменную «распределение вмешательства», каждую переменную отдельно и с учетом взаимодействия с лечением. Для учета множественного тестирования использовалась поправка Бонферрони.

Для каждого вторичного результата проводился многофакторный анализ с учетом факторов, сдерживающих развитие событий, при этом в качестве ковариаты учитывалось исходное значение. И наконец, потери до конца лечения сравнивались между двумя группами с помощью критерия c^2 или точного теста Фишера, в зависимости от ситуации. Все анализы проводились с использованием Stata/SE, Release 15.1[41].

РЕЗУЛЬТАТЫ

После отбора 1186 потенциально подходящих участников 544 были исключены. В общей сложности 123 человека были исключены, потому что их уровень стресса был ниже установленной границы, 282 – из-за положительного результата MINI, а 139 – по другим причинам (например, психическое здоровье не являлось для них приоритетным или они не были доступны для получения вмешательства) (см. рис. 1). В результате осталось 642 человека, которые соответствовали критериям включения, дали согласие на рандомизацию и были рандомизированы либо в группу Self-Help Plus (N=322), либо в ECAU (N=320).

При шестимесячном наблюдении (первичный результат) мы не смогли оценить 95 человек (14,8%). Они были потеряны для последующего наблюдения из-за отказа от участия (N=46) или из-за того, что с ними невозможно было связаться и/или они переехали в другие места (N=49). Распределение участников, потерянных для последующего на-

Таблица 1. Социально-демографические характеристики сирийских беженцев, случайным образом распределенных в группы Self-Help Plus (SH+) и вмешательство в виде усиленного обычного ухода (Enhanced Care as Usual, ECAU)				
	SH+	**ECAU**	**Разница (стандартная ошибка)**	**Стандартизованная разность средних**
Возраст (годы, ср. знач.±с.о.)	31,22±8,89	31,73±9,16	-0,508 (0,712)	-0,040
Пол (% женщин)	63,98	61,88	0,021 (0,038)	0,031
Образование (годы, ср. знач.±с.о.)	8,94±3,72	9,12±3,73	-0,173 (0,300)	-0,033
Уровень образования (%)				
Без образования	5,28	2,50	0,028 (0,015)	0,102
Начальная школа	62,73	60,94	0,018 (0,038)	0,026
Средняя школа	16,46	20,00	-0,035 (0,030)	–0,065
Университет	14,60	14,38	0,002 (0,028)	0,004
Не сообщается	0,93	2,19	-0,013 (0,010)	–0,072
Кол-во родственников (ср. знач.±с.о.)	5,04±3,71	4,87±2.27	0,168 (0,250)	0,039
Кол-во детей (ср. знач.±с.о.)	2,73±1,89	2,73±1,92	0,002 (0,157)	0,001
Возраст на момент отъезда (годы, ср. знач.±с.о.)	26,91±11,13	27,20±8,96	-0,295 (0,804)	-0,021
Содержание под стражей в переходный период (%)	5,00	5,38	-0,004 (0,018)	-0,012
Месяцы содержания под стражей (ср. знач.±с.о.)	10,89±23,00	8,27±19,33	2,620 (9,051)	0,087
Общий балл HTQ (ср. знач.±с.о.)	4,35±4,00	4,12±3,56	0,229 (0,299)	0,043
*SMD – стандартизованная разность, HTQ – Гарвардский опросник по травматическим переживаниям				

блюдения, было схожим между группами исследования (15,53% против 14,06%, V Крамера = 0,021, p=0,601; соотношение рисков=1,104, 95% ДИ: 0,761-1,602).

Основные социально-демографические характеристики включенных участников представлены в Таблице 1. Их средний возраст составил 31,5±9,0 лет; 62,9% из них были женщины. Для 61,8% из них высшим уровнем образования была начальная школа, а 14,5% получили академическое образование. Почти все участники были родом из Сирии (628 из 642, 97,8%). Остальные 14 участников были из Ирака (N=11), Йемена (N=1) или оккупированных палестинских территорий (N=1). Еще один участник не дал согласия на раскрытие этой информации. Средний возраст на момент отъезда составил 27,1±10,1 года. Меньшинство участников (5,2%) пережили задержание во время переезда в Турцию.

Оценка 20% сеансов Self-Help Plus показала, что все компоненты вмешательства проводились в соответствии с руководством. Нежелательных явлений, связанных с участием в исследовании, зарегистрировано не было. Помимо сеансов Self-Help Plus или ECAU, участники получали минимальную медицинскую помощь в течение периода исследования, которая не отличалась между двумя группами (см. дополнительную информацию).

Различия между условиями исследования по первичным и вторичным показателям результатов представлены в Таблице 2. Анализ первичного результата показал, что участники группы Self-Help Plus значительно реже соответствовали критериям психического расстройства при шестимесячном наблюдении (59/272, 21,69%) по сравнению с участниками ECAU (112/275, 40,73%) (V Крамера = 0,205, p<0,001, ОР=0,533, 95% ДИ: 0,408–0,696). Психические расстройства в последующий период включали большое депрессивное расстройство (51/272 участника в группе Self-Help Plus и 94/275 участников в группе ECAU), ПТСР (16/272 против 35/275), тревожные расстройства (10/272 против 20/275), обсессивно-компульсивное расстройство (три участника в группе Self-Help Plus) и биполярное расстройство с психотическими чертами (один участник в группе ECAU). Напротив, в период после вмешательства частота любых психических расстройств была одинаковой в двух группах (p=0,784) (см. Таблицу 2).

По сравнению с ECAU, Self-Help Plus также ассоциировалась с улучшением через шесть месяцев вторичных результатов по симптомам депрессии (p<0,001), личностно идентифицированным психологическим результатам (p=0,036) и качеству жизни (p=0,001). Психологический стресс, измеренный с помощью опросника GHQ-12, показал значительное улучшение в пользу группы Self-Help Plus только после вмешательства (p=0,028) (Таблица 2). Эти результаты были подтверждены глобальной статистической значимостью вмешательства по всем вторичным исходам при проведении SUR (p=0,005 после вмешательства, p<0,001 через 6 месяцев).

Результаты анализа в соответствии с назначенным вмешательством были подтверждены анализом по протоколу. Участники группы Self-Help Plus значительно реже соответствовали критериям психического расстройства при шестимесячном наблюдении (47/218, 21,56%) по сравнению с участниками ECAU (112/275, 40,73%) (V Крамера = 0,204, p<0,001, ОР=0,529, 95% ДИ: 0,396–0,708) (другие результаты см. в дополнительной информации).

Результаты вторичных анализов непрерывных исходов, проведенных без подстановки недостающих значений, были сопоставимы с результатами основного анализа. Вторичные анализы, учитывающие исходный дисбаланс между группами, не выявили значимых различий по сравнению с основным анализом ни по первичным, ни по вторичным исходам (см. дополнительную информацию).

Мы исследовали возможную гетерогенность влияния лечения на результаты путем проверки взаимодействия между распределением вмешательства и потенциальными модераторами. Ни одно из взаимодействий не достигло порога статистической значимости для бинарных исходов после применения поправки Бонферрони. При проведении SUR для вторичных исходов после вмешательства глобальный тест на все взаимодействия переменной «распределение вмешательства» с центром и потенциальными модераторами во всех регрессиях не был значимым (p=0,292). Аналогично, ни одно из взаимодействий для непрерывных результатов не достигло порога значимости через 6 месяцев (p>0,05 во всех случаях).

ОБСУЖДЕНИЕ

Насколько нам известно, это первое профилактическое РКИ, проведенное среди беженцев, испытывающих психологический дистресс, но не имеющих психических расстройств[7]. Мы обнаружили, что вероятность наличия психического расстройства в шестимесячный период наблюде-

Таблица 2. Сводная статистика результатов по первичным и вторичным исходам в каждой временной точке					
Частота психических расстройств	**SH+**	**ECAU**	**V Крамера**	***p***	**Соотношение рисков (95% ДИ)**
Исходный уровень	0/322 (0%)	0/320 (0%)			
После вмешательства	30/237 (12,66%)	36/267 (13,48%)	0,012	0,784	0,939 (0,598–1,475)
6 месяцев (первичный результат)	59/272 (21,69%)	112/275 (40,73%)	0,205	<0,001	0,533 (0,408–0,696)
Вторичный результат			**Коэффициент**	***p***	**Стандартный коэффициент (СК)**
Оценка GHQ-12 (0-36), ср. знач.±с.о.					
Исходный уровень (N=642)	17,363±4,519	16,776±4,299			
После вмешательства (N=503)	12,657±4,947	13,491±5,101	–0,974	0,028	-0,096 (0,044)
6 месяцев от последнего перенесенного наблюдения (N=574)	13,269±4,825	13,768±4,548	-0,578	0,139	–0,062 (0,042)
Оценка PCL-5 (0-80), ср. знач.±с.о.					
Исходный уровень (N=640)	20,724±14,904	20,138±14,278			
После вмешательства (N=504)	16,824±12,831	14,814±14,597	1,754	0,134	0,063 (0,042)
6 месяцев от последнего перенесенного наблюдения (N=574)	13,991±11,454	15,085±12,855	-1,278	0,195	–0,052 (0,040)
Оценка PHQ-9 (0-27), ср. знач.±с.о.					
Исходный уровень (N=642)	6,449±4,696	6,299±4,725			
После вмешательства (N=503)	5,241±4,905	5,324±5,124	-0,196	0,648	-0,020 (0,043)
6 месяцев от последнего перенесенного наблюдения (N=574)	4,928±5,048	6,694±5,455	-1,842	<0,001	–0,173 (0,040)
WHO-5 (0-100), ср. знач.±с.о.					
Исходный уровень (N=642)	42,458±24,418	43,591±23,766			
После вмешательства (N=504)	50,903±24,599	48,494±23,520	2,743	0,196	0,057 (0,044)
6 месяцев от последнего перенесенного наблюдения (N=574)	52,143±21,709	49,320±22,670	3,154	0,085	0,071 (0,041)
WHODAS 2.0 (12-60), ср. знач.±с.о.					
Исходный уровень (N=638)	18,418±7,282	17,924±7,089			
После вмешательства (N=501)	15,380±4,705	15,561±6,477	-0,205	0,665	-0,018 (0,041)
6 месяцев от последнего перенесенного наблюдения (N=570)	14,804±4,787	14,269±4,261	0,488	0,190	0,054 (0,041)
Оценка PSYCHLOPS (0-20), ср. знач.±с.о.					
Исходный уровень (N=488)	9,422±5,592	8,911±5,269			
После вмешательства (N=388)	6,230±5,727	6,890±5,640	-1,071	0,104	-0,091 (0,056)
6 месяцев от последнего перенесенного наблюдения (N=543)	4,852±5,375	6,168±6,499	-1,215	0,036	–0,100 (0,047)
Оценка PMLD (0-68), ср. знач.±с.о.					
Исходный уровень (не измерялся)	-	-	-	-	-
После вмешательства (N=501)	16,569±11,022	18,864±12,689			
6 месяцев спустя (N=524)	13,422±10,451	12,322±11,536	1,824	0,075	0,080 (0,045)
Оценка EQ-5D-3L, ср. знач.±с.о.					
Исходный уровень (N=627)	0,718±0.275	0,720±0.282			
После вмешательства (не измерялся)	-	-	-	-	-
6 месяцев спустя (N=513)	0,857±0.218	0,799±0.250	0,067	0,001	0,147 (0.044)

*SH+ – Self-Help Plus, ECAU – Enhanced Care As Usual, RR – соотношение рисков (risk ratio), SE – стандартный коэффициент (standard error), LOCF — от последнего перенесенного наблюдения (last observation carried forward), GHQ-12 — общий опросник здоровья (General Health Questionnaire, 12-item version), PCL-5 – Чек-лист ПТСР для DSM-5 (PTSD Checklist for DSM-5), PHQ-9 – опросник здоровья пациента (Patient Health Questionnaire, 9-item version), WHO-5 – индекс благополучия ВОЗ (WHO-5 Well-Being Index), WHODAS 2.0 – шкала оценки уровня инвалидности ВОЗ (WHO Disability Assessment Schedule 2.0), PSYCHLOPS – опросник для составления психологического профиля (Psychological Outcome Profiles), PMLD — контрольный чек-лист трудностей жизни после миграции (Checklist for Post-Migration Living Difficulties), EQ-5D-3L – Европейский опросник качества жизни (European Quality of Life 5-Dimensions 3-Level).

ния снизилась примерно в два раза у участников вмешательства Self-Help Plus по сравнению с участниками программы ECAU, и такое снижение риска, по-видимому, было последовательным по наиболее распространенным диагнозам, т.е. депрессии, ПТСР и тревожным расстройствам. В соответствии с этим, участники Self-Help Plus также продемонстрировали улучшение симптомов депрессии, личностно идентифицированных психологических результатов и качества жизни в шестимесячном наблюдении. Мы не обнаружили существенных различий между группами SH+ и контрольной группой ни по одному показателю сразу после вмешательства, за исключением психологического дистресса.

У четырех из десяти участников контрольной группы развилось психическое расстройство. Такая высокая частота может быть объяснена событиями, произошедшими во время исследования. Во-первых, до завершения шестимесячных оценок, в октябре-ноябре 2019 года, на севере Сирии на границе с Мардином, турецким районом, где проживало большинство участников исследования, была начата операция «Мирная весна». Целью операции было создание безопасной зоны, куда можно было бы переселить сирий-

ских беженцев[42]. Однако это событие вызвало страх депортации, и этот стрессовый фактор мог повысить риск развития психических расстройств. Во-вторых, многие шестимесячные последующие оценки были завершены во время первого периода блокировки для контроля пандемии COVID-19 в 2020 году, что привело к прекращению основных услуг и деятельности, приносящей доход, для беженцев, вызвав серьезные экономические трудности и невзгоды[43].

Хотя информация о психологических последствиях пандемии COVID-19 среди беженцев в Турции ограничена, проспективное исследование, проведенное среди перемещенных лиц в Ираке, показало значительное увеличение у них депрессии, тревоги и ПТСР во время пандемии[44]. Беженцы, поселившиеся в странах, где существующие услуги не были хорошо налажены, еще более уязвимы к финансовым и психосоциальным проблемам при возникновении новых кризисов. В этом контексте вмешательство SH+ может оказаться особенно полезным для преодоления сильного и постоянного стресса и неблагоприятных факторов.

Положительное воздействие SH+ в шестимесячный период согласуется с результатами предыдущих исследований, указывающих на инкубационный эффект в испытаниях терапии принятия и ответственности[45,46]. Однако РКИ среди просителей убежища и беженцев, переселенных в западноевропейские страны, проведенное по аналогичному протоколу на меньшей выборке участников, не показало такого эффекта, возможно, потому что не достигло целевого размера выборки[47]. Кроме того, участники западноевропейского исследования могли столкнуться с другими стрессовыми факторами по сравнению с настоящей выборкой, которая подвергалась сильному и постоянному стрессу на протяжении всего периода наблюдения.

Результаты настоящего исследования подтверждают данные последних исследований, показывающие, что профилактические программы могут быть эффективными в снижении проблем психического здоровья. Например, данные недавнего метаанализа 50 профилактических исследований показали, что психологические вмешательства могут снизить частоту депрессивных эпизодов на 19%[48].

Данное исследование имеет некоторые ограничения. Во-первых, как и в большинстве РКИ психологических вмешательств, двойной слепой дизайн был невозможен. Тем не менее оценщики результатов были замаскированы, и они не участвовали ни в одном из этапов исследования, которые могли бы выявить случайное распределение. Кроме того, и участники, и оценщики были проинструктированы не упоминать о каких-либо вмешательствах, полученных в ходе исследования. Во-вторых, из-за пандемии COVID-19 во время наблюдения нам пришлось перейти от очной оценки к дистанционной (онлайн или по телефону). Неизвестно, повлияло ли это изменение, которое в равной степени касалось обеих групп исследования, на ответы участников. Несмотря на то, что в нескольких исследованиях было документально подтверждено, что тщательное и культурно приемлемое использование имеющихся инструментов вполне осуществимо и позволяет стандартизировать процесс скрининга и систематически распознавать психологический дистресс и психиатрические диагнозы[6], официальные исследования по использованию этих инструментов в группах беженцев в режиме онлайн или по телефону отсутствуют. В-третьих, на исходном уровне мы не оценивали историю какого-либо предыдущего психического расстройства. Следовательно, психические расстройства в последующем наблюдении могут включать как новые случаи, так и рецидивы предыдущих психических расстройств.

Учитывая размер эффекта, наблюдаемого в настоящем исследовании, и то, что SH+ может быть предоставлена кратко обученными фасилитаторами из числа неспециалистов в больших группах до 30 участников одновременно, мы предполагаем, что она может быть предложена вынужденным мигрантам для поддержки и улучшения их функционирования, а также для снижения давления на службы психического здоровья. Более того, использование иллюстрированного руководства и аудиозаписи для проведения занятий снижает необходимость в интенсивном обучении и контроле фасилитаторов, повышая при этом верность вмешательства.

В свете этих преимуществ SH+ может быть расширена как стратегия общественного здравоохранения для профилактики психических расстройств среди беженцев, подвергающихся постоянным неблагоприятным воздействиям. Поскольку вмешательство не затрагивает детерминанты проблем психического здоровья беженцев, его следует применять в тандеме с активной пропагандой защиты тех, кто сталкивается с невзгодами, и услуг, которые удовлетворяют их социальные, физические потребности и потребности в психическом благополучии.

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ

Данная работа была поддержана Европейской комиссией (грантовое соглашение № 779255). Авторы выражают благодарность равным фасилитаторам и со-фасилитаторам, проводившим вмешательство Self-Help Plus, а также всем экспертам, проводившим базовые и последующие интервью. Выводы и заключения данного отчета принадлежат авторам и не обязательно отражают официальную позицию ВОЗ. M. van Ommeren и C. Barbui являются совместными старшими авторами статьи. Дополнительная информация об исследовании доступна на сайте http://doi.org/10.23728/b2share.8ac4f28d2415413e89de7847c05471fc.

Библиография

1. United Nations High Commissioner for Refugees. Forced displacement passes 80 million by mid-2020 as COVID-19 tests refugee protection globally. https://www.unhcr.org.
2. Inter-Agency Standing Committee. IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. Geneva: Inter-Agency Standing Committee, 2007.
3. World Health Organization. Interim guidance for refugee and migrant health in relation to COVID-19 in the WHO European Region. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2020.
4. Hou WK, Liu H, Liang L et al. Everyday life experiences and mental health among conflict-affected forced migrants: a meta-analysis. J Affect Disord 2020; 264: 50-68.
5. Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A et al. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. Lancet 2019; 394: 240-8.
6. Acarturk C, McGrath M, Roberts B et al. Prevalence and predictors of common mental disorders among Syrian refugees in Istanbul, Turkey: a cross-sectional study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2021; 56: 475-84.
7. Papola D, Purgato M, Gastaldon C et al. Psychological and social interventions for the prevention of mental disorders in people living in low-and middle-income countries affected by humanitarian crises. Cochrane Database Syst Rev 2020; 9:CD012417.
8. Dawson KS, Bryant RA, Harper M et al. Problem Management Plus (PM+): a WHO transdiagnostic psychological intervention for common mental health problems. World Psychiatry2015; 14: 354-7.
8. Epping-Jordan JE, Harris R, Brown FL et al. Self-Help Plus (SH+): a new WHO stress management package. World Psychiatry 2016; 15: 295-6.
9. Tol WA, Leku MR, Lakin DP et al. Guided self-help to reduce psychological distress in South Sudanese female refugees in Uganda: a cluster randomised trial. Lancet Glob Health 2020; 8: e254-63.
10. Rahman A, Khan MN, Hamdani SU et al. Effectiveness of a brief group psychological intervention for women in a post-conflict setting in Pakistan: a single-blind, cluster, randomised controlled trial. Lancet 2019; 393: 1733-44.
11. Rahman A, Hamdani SU, Awan NR et al. Effect of a multicomponent behavioral intervention in adults impaired by psychological distress in

a conflict-affected area of Pakistan: a randomized clinical trial. JAMA 2016; 316: 2609-17.
12. Bryant RA, Schafer A, Dawson KS et al. Effectiveness of a brief behavioural intervention on psychological distress among women with a history of gender-based violence in urban Kenya: a randomised clinical trial. PLoS Med 2017; 14:e1002371.
13. Purgato M, Carswell K, Acarturk C et al. Effectiveness and cost-effectiveness of Self-Help Plus (SH+) for preventing mental disorders in refugees and asylum seekers in Europe and Turkey: study protocols for two randomised controlled trials. BMJ Open 2019; 9:e030259.
14. Castor EDC. Castor electronic data capture. https://www.castoredc.com.
15. Hrobjartsson A, Forfang E, Haahr MT et al. Blinded trials taken to the test: an analysis of randomized clinical trials that report tests for the success of blinding. Int J Epidemiol 2007; 36: 654-63.
16. Kilic C, Rezaki M, Rezaki B et al. General Health Questionnaire (GHQ12 & GHQ28): psychometric properties and factor structure of the scales in a Turkish primary care sample. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1997; 32: 327-31.
17. el-Rufaie OF, Daradkeh TK. Validation of the Arabic versions of the thirty-and twelve-item General Health Questionnaires in primary care patients. Br J Psychiatry 1996; 169: 662-4.
18. Kadri N, Agoub M, El Gnaoui S et al. Moroccan colloquial Arabic version of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): qualitative and quantitative validation. Eur Psychiatry 2005; 20: 193-5.
19. 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.
20. Ibrahim H, Ertl V, Catani C et al. The validity of Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) as screening instrument with Kurdish and Arab displaced populations living in the Kurdistan region of Iraq. BMC Psychiatry 2018; 18: 259.
21. Weathers F, Litz B, Keane T et al. The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). https://www.ptsd.va.gov.
22. AlHadi AN, AlAteeq DA, Al-Sharif E et al. An Arabic translation, reliability, and validation of Patient Health Questionnaire in a Saudi sample. Ann Gen Psychiatry 2017; 16: 32.
23. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med 2001; 16: 606-13.
24. Sawaya H, Atoui M, Hamadeh A et al. Adaptation and initial validation of the Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9) and the Generalized Anxiety Disorder – 7 Questionnaire (GAD-7) in an Arabic speaking Lebanese psychiatric outpatient sample. Psychiatry Res 2016; 239: 245-52.
25. PSYCHLOPS. Psychological outcome profiles. http://www.psychlops.org.uk.
26. Ashworth M, Shepherd M, Christey J. A client-generated psychometric instrument: the development of 'PSYCHLOPS'. Couns Psychother Res 2004; 4: 27-31.
27. Ustun T. Measuring health and disability: manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0, 2010. https://apps.who.int.
28. Sibai AM, Chaaya M, Tohme RA et al. Validation of the Arabic version of the 5-item WHO Well Being Index in elderly population. Int J Geriatr Psychiatry 2009; 24: 106-7.
29. Heun R, Burkart M, Maier W et al. Internal and external validity of the WHO Well-Being Scale in the elderly general population. Acta Psychiatr Scand 1999; 99: 171-8.
30. Bekairy AM, Bustami RT, Almotairi M et al. Validity and reliability of the Arabic version of the EuroQOL (EQ-5D). A study from Saudi Arabia. Int J Health Sci 2018; 12: 16-20.
31. EuroQol Group. EuroQol – a new facility for the measurement of health-related quality of life. Health Policy 1990; 16: 199-208.
32. Aburuz S, Bulatova N, Twalbeh M et al. The validity and reliability of the Arabic version of the EQ-5D: a study from Jordan. Ann Saudi Med 2009; 29: 304-8.
33. Vindbjerg E, Carlsson J, Mortensen EL et al. The latent structure of post-traumatic stress disorder among Arabic-speaking refugees receiving psychiatric treatment in Denmark. BMC Psychiatry 2016; 16: 309.
34. Mollica RF, Caspi-Yavin Y, Bollini P et al. The Harvard Trauma Questionnaire. Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. J Nerv Ment Dis 1992; 180: 111-6.
35. Riley A, Varner A, Ventevogel P et al. Daily stressors, trauma exposure, and mental health among stateless Rohingya refugees in Bangladesh. Transcult Psychiatry 2017; 54: 304-31.
36. Normand ST, Landrum MB, Guadagnoli E et al. Validating recommendations for coronary angiography following acute myocardial infarction in the elderly: a matched analysis using propensity scores. J Clin Epidemiol 2001; 54: 387-98.
37. Huisman M. Item nonresponse: occurrence, causes, and imputation of missing answers to test item. Groningen: University of Groningen, 1999.
38. Zellner A. An efficient method of estimating seemingly unrelated regressions and tests for aggregation bias. J Am Stat Assoc 1962; 46: 348-68.
39. Chu C, Blizzard L, Stankovich J et al. Be wary of using Poisson regression to estimate risk and relative risk. Biostat Biometrics Open Access J 2018; 4: 1-3.
40. StataCorp. Stata Statistical Software: Release 15. College Station: StataCorp, 2017.
41. United Nations. Turkey's military operation has displaced thousands of civilians, worsened Syria's dire humanitarian crisis, top official warns Security Council. https://www.un.org.
42. ReliefWeb. Impact of the COVID-19 outbreak on Syrian refugees in Turkey: results from rapid needs assessment conducted in Istanbul, Izmir, Manisa, Gaziantep, Kilis and Reyhanli. https://reliefweb.int.
43. Kizilhan JI, Noll-Hussong M. Psychological impact of COVID-19 in a refugee camp in Iraq. Psychiatry Clin Neurosci 2020; 74: 659-60.
44. González-Menéndez A, Fernández P, Rodríguez F et al. Long-term outcomes of Acceptance and Commitment Therapy in drug-dependent female inmates: a randomized controlled trial. Int J Clin Health Psychol 2014; 14: 18-27.
45. Clarke S, Taylor G, Lancaster J et al. Acceptance and commitment therapy-based self-management versus psychoeducation training for staff caring for clients with a personality disorder: a randomized controlled trial. J Pers Disord 2015; 29: 163-76.
46. Purgato M, Carswell K, Tedeschi F et al. Effectiveness of Self-Help Plus in preventing mental disorders in refugees and asylum seekers in Western Europe: a multinational randomized controlled trial. Psychother Psychosom 2021; 90: 403-14.
47. Cuijpers P, Pineda BS, Quero S et al. Psychological interventions to prevent the onset of depressive disorders: a meta-analysis of randomized controlled trials. Clin Psychol Rev 2021; 83:101955.

DOI:10.1002/wps.20939

Социальные вмешательства на уровне сообществ для людей с тяжелыми психическими заболеваниями: систематический и описательный обзор последних данных

Helen Killaspy[1,2], Carol Harvey[3,4], Catherine Brasier[5], Lisa Brophy[5], Priscilla Ennals[6], Justine Fletcher[7], Bridget Hamilton[8]

[1]Department of Epidemiology and Applied Clinical Research, Division of Psychiatry, University College London, London, UK;
[2]Camden & Islington NHS Foundation Trust, London, UK;
[3]Psychosocial Research Centre, Department of Psychiatry, University of Melbourne, Melbourne, VIC, Australia;
[4]North Western Mental Health, Parkville, VIC, Australia;
[5]Department of Occupational Therapy, Social Work and Social Policy, School of Allied Health, Human Services and Sport, La Trobe University, Melbourne, VIC, Australia;
[6]Neami National, Preston, VIC, Australia;
[7]Centre for Mental Health, Melbourne School of Population and Global Health, University of Melbourne, Melbourne, VIC, Australia;
[8]Centre for Psychiatric Nursing, School of Health Sciences, University of Melbourne, Melbourne, VIC, Australia

Перевод: Шишковская Т.И. (Москва)
Редактура: к.м.н. Руженкова В.В. (Белгород)

Killaspy H, Harvey C, Brasier C, et al. Community-based social interventions for people with severe mental illness: a systematic review and narrative synthesis of recent evidence. *World Psychiatry*. **2022;21(1):96-123. doi:10.1002/wps.20940**

Резюме. *Люди с тяжелыми психическими заболеваниями (ТПЗ) – одна из самых маргинализированных групп общества. Вмешательства, поощряющие их к участию в социальной и экономической жизни общества, являются первостепенной задачей для врачей, политиков и самих пациентов. Мы провели систематический обзор литературы о социальных вмешательствах для людей с ТПЗ, опубликованной с 2016 года, и подвели итоги в описательном обзоре. К счастью, по данному вопросу выходит много статей, и мы выделили 72, соответствовавших нашим критериям включения. Более половины статей демонстрируют эффективность вмешательств, осуществляемых на уровне социального обслуживания (поддерживаемое проживание, образование или трудоустройство); в остальных говорится о вмешательствах на уровне отдельных пациентов (поощрение к участию в сообществах, работа с семьей, шефство со стороны других пациентов, обучение социальным навыкам). Убедительные доказательства эффективности получены для моделей поддерживаемого проживания, поддерживаемого трудоустройства и психообразования для родственников, но необходимо сделать оговорку, что многие из этих программ должны быть адаптированы для удовлетворения индивидуальных потребностей пациентов в отношении жилья, работы и семейной жизни. Также следует подчеркнуть важность локального контекста в случаях, когда методика "импортируется" из совершенно иных условий. Показано, что по результатам исследований работа с когнитивными нарушениями, которая предлагалась в качестве стратегии для повышения эффективности социальных мер (в частности, поддерживаемого трудоустройства и обучения социальным навыкам) не привела к общему повышению уровня функционирования, хотя сами когнитивные функции пациентов в результате значительно улучшились. В работе также обсуждается появившаяся в последняя доказательная база для групп поддержки, в которых участвуют и которыми руководят пациенты, а также школ реабилитации и других социальных мер, которые побуждали бы пациентов включаться в сообщество. Можно сделать вывод, что у социальных мер есть важные преимущества, но их организация – одна из самых сложных задач сфере психиатрической помощи, поскольку она требует ответственного отношения и соответствующих инвестиций на всех уровнях.*

Ключевые слова: *социальные вмешательства, тяжелые психические расстройства, вмешательства на основе сообществ, поддержка проживания, поддержка занятости, поддержка трудоустройства, участие сообщества, вмешательства семьи, мероприятия по коллегиальной поддержке, тренинг социальных навыков.*

Общепризнано, тяжелые психические заболевания (ТПЗ) ассоциируются с высокими социальными и экономическими издержками, что явно усугубляет положение пациентов и их родственников, а также негативно влияет на общество в целом[1,2]. По оценкам Всемирного экономического форума, к 2030 году на психические заболевания будет приходиться более половины глобального экономического бремени, связанного с неинфекционными заболеваниями[3]. Для людей с ТПЗ выше риск бедности, безработицы и плохих жилищных условий – факторов, которые препятствуют их социальной интеграции и в конечном итоге усугубляют психические заболевания. В связи с этим в улучшении социальных условий для таких пациентов заинтересованы многие (например, врачи и политики), но это крайне тяжелая задача.

В Плане Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по мероприятиям в области психического здоровья (2013–2030 гг.)[4] особо подчеркивается необходимость внедрения комплексных, внутренне согласованных и оперативно работающих служб в сфере психиатрии и социальной поддержки на уровне сообщества, благодаря которым «лица с ТПЗ могли бы в полной мере реализовать свои права и получать своевременный доступ к высококачественной, соответствующей культурным традициям медицинской и социальной помощи, что способствовало бы не только уменьшению проявлений болезни, но и достижению максимально возможного здоровья в широком смысле этого слова, включая полноценное участие в жизни общества и возможность работать, не сталкиваясь со стигматизацией и дискриминацией». В заявлении Комиссии по продуктивности при правительстве Австралии (2020 г.)[5] также сказано: "обеспечение жильем, помощь в трудоустройстве и прочие службы, которые помогают человеку взаимодействовать с обществом и успешно в него интегрироваться, так же, если не более, важны для выздоровлении пациента, как качественная медицинская помощь".

Однако, несмотря на эти и многие другие заявления политиков, а также активную работу по развитию служб, которые позволили бы пациентам с тяжелыми психическими расстройствами интегрироваться в локальные сообщества, они по-прежнему остаются изолированными[6]. По результатам второго национального опроса среди пациентов с психозами в Австралии, лишь треть пациентов была трудоустроена, и в два раза чаще, чем в среднем по населению, пациенты жаловались на чувство одиночества[7].

Хотя эта ситуация отчасти связана со стигматизацией и дискриминацией, а также с недостатками в работе социальных служб и системе охраны психического здоровья, которые скорее предложат пациенту с ТПЗ госпитализацию[8,9], значительный вклад вносят симптомы самого заболевания. У трети людей с диагнозом шизофрении, несмотря на лечение, сохраняются позитивные симптомы (бред и галлюцинации)[10,11], а негативные симптомы и когнитивные нарушения, ассоциирующиеся с более тяжелым течением заболевания, снижают мотивацию к общению и социальные навыки. Все это препятствует социальной интеграции, поскольку влияет на способность человека строить и поддерживать отношения, учиться, работать и в целом участвовать в общественной деятельности[12-14].

Тем не менее в последнее время в литературе пропагандируется подход, пациент-центрированный подход, который считает здоровое функционирование личности основным показателем восстановления после болезни. В этом смысле состояние определяется не наличием или отсутствием симптомов, а реализации ценностей в плане отношений и своей социальной роли[15,16]. Отсюда следует необходимость обратить пристальное внимание на социальные последствия ТПЗ и разорвать порочный круг, связывающий их с социальной изоляцией. Тем не менее доказательная база для социальных вмешательств значительно меньше, чем для психо-и фармакотерапии, возможно, в связи с тем, что такие исследования сложны в организации и для них трудно сформулировать грамотный дизайн. По той же причине социальные мероприятия труднее реализовать на практике (по сравнению с теми же с фармакологическими, и даже психологическими методами лечения), даже если они имеют доказательную базу, поскольку это требует поддержки и ответственного отношения всех заинтересованных сторон, как среди политиков, так и среди непосредственных поставщиков соответствующих услуг[17].

Стоит начать с определения термина «социальное вмешательство». В рекомендациях Национального института здравоохранения и совершенствования медицинской помощи Великобритании (National Institute for Health and Care Excellence, NICE) по профилактике и лечению шизофрении и других психозов у взрослых[18] “семейная терапия” в одном разделе среди психотерапевтических методов (наряду с когнитивно-поведенческой терапией и арт-терапией), а в другом – среди методов “психосоциального вмешательства”. При этом в разделе по обеспечению занятости, образования и дополнительных занятий вообще не используются термины «психосоциальный» или «социальный».

Можно понять, почему номенклатура в этой области пока расплывчата, но это препятствует ее развитию. Если мы рассматриваем пример семейных вмешательств, то они должны проводиться хорошо подготовленными профессионалами (в большинстве случаев клиническими психологами) и основываться на соответствующих психологических теориях, поэтому разумно было бы отнести их к психологическим вмешательствам. С другой стороны, они направлены на непосредственное окружение пациента и их целью является улучшить социальное функционирование как самого пациента, так и ухаживающих лиц (например, за счет улучшения семейных отношений и снижения эмоционального напряжения, которое испытывают члены семьи). Конкретно в этом случае термин «психосоциальный» уместен, но чаще его используют достаточно вольно и называют психосоциальными любые вмешательства, которое не относится к медицинской сфере.

К этой группе часто относят мероприятия, которые нацелены на конкретного пациента. Например, интенсивное наблюдение – это подробно описанная, регламентированная и признанная во всем мире модель мультидисциплинарной помощи на уровне сообщества, которая предусмотрена для пациентов с тяжелыми психическими расстройствами, часто прибегающим к стационированию. Широко известна эффективность этого подхода в сокращении нагрузки на стационар (особенно когда он внедряется в условиях, где уровень медицинской помощи в стационаре выше по сравнению с недостаточно развитой участковой службой)[19]. Но это не психологическое и не социальное вмешательство само по себе, а лишь средство, облегчающее проведение фармакологических, психологических и социальных вмешательств. Несмотря на это, его также часто называют психосоциальным вмешательством. Для термина “социальное вмешательство” лучше подходят другие модели ухода (например, поддерживаемое жилье и поддерживаемая занятость) – явно более «социальные» по своим целям и содержанию.

Еще один сложный вопрос терминологии – вмешательства под руководством других пациентов или в условиях равноправного сообщества для людей с проблемами психического здоровья, которые по определению являются «социальными» (и основаны на концепции равноправия), но их обычно не называют «социальными» интервенциями, хотя они поощряют свободу выбора и личную ответственность.

Исход в отношении социального функционирования не всегда просто четко определить и оценить, что также затрудняет работу в этой сфере. Легко операционализировать объективные факты, такие как трудоустройство или наличие жилья, но такие понятия, как, например, качество жизни, более субъективны и труднее поддаются оценке, не в последнюю очередь потому, что они непосредственно зависят от симптомов психического заболевания, а не только от реабилитационных усилий[20].

Еще один важный фактор – социальный и культурный контекст. Раньше считалось, что прогноз шизофрении и других ТПЗ в доиндустриальном обществе лучше, но сейчас это мнение опровергнуто[21]; известен факт, что в менее экономически развитых странах уровень социальных вмешательств и их реальное влияние на функционирование гораздо ниже, в том числе из-за влияния таких факторов, как доступность поддержки семьи, влияние индустриализации, стигматизация, дискриминация, ограниченный доступ к помощи и правозащите[22]. Более того, в странах с низким и средним уровнем дохода (НСУД) оценить эффективность социальных вмешательств еще более затруднительно, поскольку исследователи ограничены и в человеческом, и в финансовом ресурсе.

С учетом этих соображений, в этом обзоре мы решили сосредоточиться на вмешательствах, которые удовлетворяли бы определению социальных по содержанию и по направленности на улучшение социального функционирования. В частности, нас интересовали вмешательства, которые вовлекали бы пациентов с ТПЗ в социальную и экономическую жизнь. Мы включили в обзор все обнаруженные исследования, независимо от того проводились они в странах с низким или высоким уровнем дохода.

МЕТОДЫ

Мы провели систематический обзор опубликованной за последние годы литературы о моделях помощи и сопутствующих интервенциях для лиц с ТПЗ для Австралийской

Королевской Комиссии в Системе Психического Здоровья Виктории[23]. Настоящий обзор включает в себя определенный набор исследований, в которых говорится об эффективности и/или рентабельности моделей помощи и интервенций на уровне сообщества, которые ориентированы в основном на социальную интеграцию.

Стратегия поиска, критерии включения и исключения

Поиск проводился в июле 2020 г. с использованием баз данных Medline, EMBASE, PsycInfo, CINAHL и Cochrane и включал рецензируемые статьи, опубликованные в период с января 2016 г. по июль 2020 г. Условия поиска (ключевые слова и термины MeSH) отражали три основных понятия: «тяжелые психические заболевания», «модели помощи и/или интервенции" и "исход и оценка результатов" (полная строка поиска доступна по запросу). Мы также решили ограничиться публикациями на английском языке, для которых текст статьи был доступен в полном объеме. Если текст по каким-то причинам был недоступен, мы связывались с авторами для получения соответствующей документации.

Критериями включения в первоначальный поиск были: a) модели помощи взрослым в возрасте от 18 до 65 лет с тяжелыми хроническими психическими заболеваниями; b) групповые или индивидуальные интервенции, которые могут осуществляться сами по себе или в рамках определенной модели помощи. Например, обеспечение пациентов рабочими местами и поддержка в процессе работы – это модель социальной помощи (в форме поддерживаемого трудоустройства), тогда как семейное психообразование – это интервенция. Дополнительными критериями включения для настоящего обзора были: c) модели и вмешательства на уровне сообщества, направленные на улучшение социальной интеграции (т. е. поддерживаемое жилье, образование и трудоустройство; вмешательства с участием сообщества; интервенции на уровне семьи; вмешательства, которые осуществляют, разрабатывают или возглавляют другие пациенты; мероприятия по обучению социальным навыкам); d) исследования, в которых оценивались модели помощи или интервенции для людей с ТПЗ, а именно с шизофренией, шизоаффективным расстройством, биполярным расстройством и другими тяжелыми хроническими психотическими расстройствами в качестве основного диагноза. Исследования, в которых сообщалось о моделях помощи или интервенциях с элементами подхода «равный равному», включались в соответствующие характеру вмешательства категории. В случае, если организация сообщества под руководством или при поддержке других пациентов не являлась частью других интервенций, она выделялась в отдельную категорию.

Критериями исключения были: a) исследования, проведенные в особых условиях, например в стационаре или в тюрьме; b) исследования, в которых участвовали пациенты с диагнозом расстройства личности, депрессивного или тревожного расстройства, расстройства, связанного с употреблением психоактивных веществ, последствий черепно-мозговой травмы, умственной отсталости или травмы в результате стихийных бедствий или военной службы; c) исследования, в которых менее 50% выборки соответствовали нашим критериям включения, связанным с диагнозом ТПЗ (см. выше); d) исследования, в которых не сообщалось об исходе в отношении социального функционирования; e) публикации, в которых не были приведены первичные эмпирические данные, например обзоры, редакционные статьи и комментарии.

Исход в плане социального функционирования мы понимали в широком смысле, чтобы учесть все показатели, связанные с повышением вовлеченности в социальную и экономическую жизнь общества. Например, в случае исследований по теме поддерживаемого проживания, мы включили те, в которых сообщается о стабильности определенного места жительства или о переходе к более независимому проживанию; в случае исследований поддерживаемого трудоустройства или поддерживаемого образования мы включили случаи, где пациент устраивался на работу и какое-то время удерживался, вне зависимости от того, была ли его должность конкурсной, оплачиваемой или неоплачиваемой; а также случаи, где пациент получал образование, самостоятельно или с поддержкой, или занимался волонтерством. В исследовании семейных вмешательств интерес для нас представляли результаты, связанные с показателями функционирования семьи, такие как выражаемые родственниками эмоции и общая нагрузка на ухаживающих за пациентами. Эти показатели не измеряются на уровне отдельных пользователей социальных услуг, но мы решили их включить, поскольку они соответствуют целям данного обзора: здоровые отношения в семье и поддержка родных имеют решающее значение для выздоровления и реинтеграции пациентов в общество[24]. Кроме того, известно, что высокий уровень негативных эмоций в семье является фактором риска рецидива и тесно связан с нагрузкой на лиц, осуществляющих уход[25]. Таким образом, уменьшение хотя бы одного – основная цель семейных вмешательств. В случае других интервенций результат оценивался по показателям коммуникационных навыков, социального функционирования, участия в общественной жизни, по количеству социальных связей, уровню самоэффективности, уверенности в будущем и положительной оценке своих возможностей.

Отбор статей

Первичные результаты поиска, проведенного для Королевской комиссии Виктории, были проверены с использованием онлайн-программного обеспечения Covidence (https://www.covidence.org). После удаления повторяющихся статей рецензенты проверяли статью на соответствие критериям включения по заголовку, аннотации и полный текст. Все разногласия решались путем консультации с руководителем проекта.

Таким образом были отобраны 313 статей. Для настоящего обзора в пул были включены еще 15 статей по результатам исследований, проведенных в странах НСУД (в первоначальный список они не вошли), а также восемь статей, обнаруженных путем ручного поиска, что в общей сложности составило 336 статей.

Из этих 336 публикаций статьи отбирались с помощью Covidence на основе критериев включения и исключения, описанных выше. Команда из шести рецензентов проверяла каждую из них по названию, аннотации и полному тексту, для включения исследования в выборку требовалось как минимум два голоса «за» на каждом этапе. Все противоречивые ситуации разрешались третьим независимым рецензентом.

Качество доказательств

Первичные результаты поиска оценивались по стандартным критериям Kmet для оценки качества методологии, которые применимы к статьям и с качественным, и с количественным анализом данных[26]. Статьи, основанные на количественном анализе, оценивались по 14 пунктам, а качественные — по 10 пунктам, куда входили показатели, связанные с дизайном исследования, отбором участников, методами анализа данных, ясностью представления и интерпретации результатов. Каждая статья оценивалась одним рецензентом, затем оценка утверждалась в ходе обсуждения между рецензентами на еженедельных встречах, чтобы

обеспечить согласованность суждений. Статьи оценивались по 100-балльной шкале (т. е. в процентном эквиваленте), чтобы учесть несоответствие отдельным пунктам.

Мы также оформили таблицу с результатами отбора данных и рекомендациями, чтобы обобщить результаты исследований по каждой из семи моделей ухода/интервенций на уровне сообщества. Один из соавторов подготовил краткое изложение по каждой категории социальных вмешательств, и каждое из них было рассмотрено первыми авторами. Затем текстовые резюме были отредактированы и доработаны путем обсуждения между всеми авторами.

Нарративный анализ

Так как диапазон описываемых моделей ухода и интервенций достаточно широк, для обобщения выводов мы выбрали нарративный подход. Описательный обзор включает: предварительный синтез результатов исследования для выявления закономерностей; изучение зависимости эффектов от изучаемой популяции; выявление факторов, которые могут повлиять на результаты отдельных исследований и объяснить различия; разработка теоретической основы, лежащей в основе конкретных эффектов; оценка надежности синтеза по критериям качества доказательств; оценка возможности экстраполировать выводы работы на более широкие группы населения и различные социокультурные контексты[27].

Поскольку в нашем обзоре рассматривается большое количество социальных вмешательств, мы не ставили перед собой цель разработать теоретическую основу для эффектов каждого из них. Тем не менее факторы, которые могут повлиять на эффективность и возможность реализации, мы оценили для каждой из перечисленных интервенций.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Нашим критериям включения отвечали 72 исследования (Рисунок 1).

Более чем в половине (41/72) сообщается об эффективности вмешательств, которые осуществлялись в формате социальных услуг (поддерживаемое проживание, образование и трудоустройство); в остальных оценивается индивидуальная работа с пациентами с ТПЗ (интеграция в сообщество, вмешательство на уровне семьи, интервенции, которые разрабатывают, возглавляют и поддерживают другие пациенты, обучение социальным навыкам). Сводная информация о характеристиках и оценке качества включенных исследований представлена в Таблицах 1–3.

Социальные вмешательства в формате социальных услуг

Поддерживаемое проживание (Таблица 1)

В этой области было обнаружено 16 подходящих исследований, из них девять количественных[28-36] и семь качественных[37-43]. Исследования проводились в восьми разных странах: шесть в Канаде[28,35-37,42,43], три в Великобритании[31, 33,34], два в США[30,41] и по одному в Австралии[32], Франции[39], Индии[38], Нидерландах[29] и Норвегии[40].

Четыре из количественных исследований – рандомизированные и контролируемые (РКИ)[28,29,35,36], два исследования по типу случай-контроль[30,31], одно неконтролируемое исследование с оценкой до и после вмешательства[32], одно национальное исследование[33] и одно проспективное исследование на национальной когорте[34].

Средний балл оценки качества Kmet для количественных исследований составил 83 (из 100) и варьировался от 100[33,34] до 45[31,32]. Средний балл для качественных исследований составил 85 и варьировался от 100[39] до 40[38].

Housing First

В пяти количественных и четырех качественных исследованиях (53% от всех исследований по поддерживаемому проживанию) оценивалась модель Housing First (HF). Этот подход был разработан в США и Канаде для решения проблемы высокого уровня бездомных среди пациентов с ТПЗ, многие из которых также злоупотребляют психоактивными веществами. В рамках этой программы предоставляется аренда на льготных условиях и поддержка группы специалистов, которые помогают пациенту найти квартиру, въехать и выполнять условия договора аренды, а также оказывают психиатрическую помощь на этапе реабилитации[44].

Надежное РКИ с участием пяти центров в Канаде («Chez Soi») показало, что участие HF ассоциировано с большей стабильностью места проживания по сравнению с обычной реабилитацией (ОР) при 2-летнем наблюдении (стабильно проживали по одному адресу 74% клиентов HF и только 41% пациентов, которые получали стандартную реабилитацию)[45], но в социальном функционировании, вторичном клиническом и социальном исходе различий между группами обнаружено не было. В наш обзор вошли пять исследований высокого качества – два количественных[28,36] и три качественных[37,42,43] – по программе Chez-Soi.

Одно исследование высокого качества (Kmet 91), организованное по типу случай-контроль[30] в Сиэтле, США, сообщает о хороших результатах в плане стабильного жилья у тех, кто участвовал в программе HF: в этой группе за 12 месяцев наблюдения снизился процент бездомных и количество дней, которые пациент проводил без определенного места проживания, по сравнению со стандартной реабилитацией. РКИ без ослепления, где проводилось сравнение с ОР (Kmet 92)[28], сообщило о результатах, полученных в Монктоне, Канада. Клиентам HF оказывалась дополнительная поддержка в рамках интенсивного лечения в сообществе (ИЛС). У участников программы HF стабильность места проживания и соответствующий размер эффекта были выше, чем в группе стандартной реабилитации, но не было обнаружено различий в социальном функционировании и клиническом исходе.

Дополнительный анализ данных из исследовательского центра Chez-Soi в Торонто[36] (Kmet 92), который предоставлял HF плюс интенсивное ведение пациентов, с учетом этнического разнообразия, показал, что стабильность места жительства и уровень функционирования в сообществе были выше для тех, кто участвовал в HF по сравнению с контрольной группой. Аналогичные положительные результаты были получены в РКИ с тремя группами сравнения, которое проводилось в Ванкувере[35] (Kmet 92). Сравнивали HF для пациентов с ТПЗ (в основном психотические расстройства и сопутствующие проблемы со злоупотреблением психоактивными веществами) в разных условиях: общежития квартирного типа без участия персонала; стандартные общежития, где круглосуточно присутствуют представители из персонала, и стандартная реабилитация. Оба формата поддерживаемого жилья (HF и присутствие персонала) ассоциировались с большей стабильностью места проживания, чем обычная реабилитация, но пациенты, проживающие в стандартном общежитии при постоянной поддержке персонала, субъективно выше оценивали чувство интеграции в сообщество и уровень личностной адаптации, чем пациенты в других группах.

Используя данные предварительных совещаний, обучающих мероприятий, супервизий и обсуждения в фокус-группах с заинтересованными лицами на местах внедрения HF в рамках исследования Chez-Soi, исследователи обобщили данные по факторам, способствующим и препятствующим внедрению модели, в двух работах качественного типа[37,43] (оба оценены в 92 балла по Kmet).

Таблица 1. Характеристики включенных в обзор исследований по поддерживаемому проживанию и образованию

	Страна	Дизайн исследования	Выборка	Балл по Kmet/100 (кол.)	Балл по Kmet/100 (кач.)	Исход	Выводы
Исследования по поддерживаемому проживанию							
Aubry и соавт.[28]	Канада	РКТ без ослепления, сопоставление HF+ИЛС с ОР	Бездомные с ТПЗ	92		За 24 месяца. Первичный: стабильное место проживания. Вторичный: социальная интеграция	В группе HF+ИЛС больше участников имели стабильное место проживания. В социальном функционировании не было значимых различий
Bitter и соавт.[29]	Нидерланды	Кластерное РКТ без ослепления, сопоставление поддерживаемого проживания с помощью обученного персонала и ОР	Взрослые с ТПЗ	92		За 20 месяцев. Первичный: социальная и личностная адаптация и восстановление. Вторичный: самоэффективность, уверенность в будущем и положительная оценка своих возможностей	Различий не обнаружено
Brown и соавт.[30]	США	Исследование по типу случай-контроль, сопоставление HF+ ИЛС с ОР	Бездомные с ТПЗ	91		Наличие стабильного места жительства за прошедшие 12 месяцев до и после интервенции/периода ОР	В группе HF+ИЛС стабильность места проживания выше.
Gutman и соавт.[31]	Великобритания	Исследование по типу случай-контроль, сопоставление перехода к поддерживаемому проживанию с ОР	Бездомные мужчины с ТПЗ	45		Первичный через 6 месяцев: успешная адаптация в условиях поддерживаемого проживания	Участники экспериментальной группы с большей вероятностью адаптировались успешно
Holmes и соавт.[32]	Австралия	Ретроспектировное неконтролирование с предварительной и последующей оценкой участников программы поддерживаемого проживания	Взрослые бездомные с психическими расстройствами	45		Стабильность места проживания в течение двух лет до и после участия в проекте	Пациенты с ТПЗ реже подвергались выселению
Killaspy и соавт.[33]	Великобритания	Национальный опрос по поддерживаемому проживанию в Англии	Взрослые с ТПЗ	100		Кросс-секционный опрос. Первичный: автономия и включенность в социальную жизнь. Вторичный: стоимость оказываемой помощи	В программах обслуживания по месту жительства (ОМЖ) и поддерживаемого проживания (ПП) участвовало больше пациентов с ТПЗ, чем в программах по организации выездов на дом (ПВД). Показатель автономии выше для ПП. При ПП и ПВД больше социальная включенность. ОМЖ наиболее затратно
Killaspy и соавт.[34]	Великобритания	Когортное исследование пациентов из опроса Killaspy и соавт.[33]	Взрослые с ТПЗ	100		За 30 месяцев. Первичный: успешный переход к более независимому проживанию. Вторичный: снижение расходов на социальную помощь	Благополучного исхода достигли 41% пациентов, соответственно снизилась стоимость помощи и уровень госпитализаций. Благоприятный исход более вероятен для пациентов ПВД
Somers и соавт.[35]	Канада	РКТ без ослепления, сравнивались HF+ИЛС (общежитие) , HF+ИЛС (проживание в семье) и ОР	Бездомные с ТПЗ	92		За 24 месяца. Первичный: стабильность места проживания. Вторичный: интеграция в сообщество	HF+ИЛС как в общежитии, так и в условиях семьи ассоциированы с большей стабильностью места проживания и уровнем интеграции в сообщество по сравнению с ОР
Stergiopoulos и соавт.[36]	Канада	РКТ без ослепления, HF+ИЛС в сравнении с ОР	Бездомные с ТПЗ	92		За 24 месяца. Первичный: стабильность места проживания. Вторичный: интеграция в сообщество	В группе HF+АСТ стабильность места проживания и интеграция в сообщество выше
Macnaughton и соавт.[37]	Канада	Качественная оценка внедрения HF в 6 разных регионах	Персонал HF и другие заинтересованные лица, обучение и документация по процессу внедрения		92	Внедрение HF в разных контекстах	Обучение и поддержка крайне важны для персонала HF. Для адаптации к местным условиям обучение должно быть достаточно гибким

Таблица 1. Характеристики включенных в обзор исследований по поддерживаемому проживанию и образованию

	Страна	Дизайн исследования	Выборка	Балл по Kmet/100 (кол.)	Балл по Kmet/100 (кач.)	Исход	Выводы
Padamaker и соавт.[38]	Индия	Качественное исследование процесса перехода к поддерживаемому проживанию после длительной госпитализации.	Женщины с ТПЗ и фокус-группа участников из персонала		40	Впечатление пациентов и персонала по итогам перехода	Постепенное повышение функционирования и налаживание отношений с соседями
Rhenter и соавт.[39]	Франция	Качественное исследование участников РКТ, сравнивающего HF и ОР	Бездомные с ТПЗ, участники HF		100	Опыт заселения и функционального восстановления до и после переезда по программе HF	Важность факта стабильного места жительства как безопасного пространства, который повышает самосознание и уверенность в будущем
Roos и соавт.[40]	Норвегия	Качественное исследование поддерживаемого проживания в общежитиях квартирного типа	Взрослые с ТПЗ		90	Опыт участников	Положительный опыт самостоятельного проживания одновременно с наличием возможности социализации и совместной деятельности. Основная проблема программы – ограниченные сроки
Stanhope и соавт.[41]	США	Качественное исследование проектов поддерживаемого проживания	Персонал соответствующих программ для пациентов с ТПЗ		85	Взгляд специалистов на цели и процесс организации проекта	Персонал придает большое значение медикаментозному лечению
Stergiopoulos и соавт.[42]	Канада	Качественная оценка процесса внедрения HF	Руководители HF, специалисты проекта и собственники, предоставляющие жилье		90	Факторы, способствующие и препятствующие внедрению HF	Способствующие факторы: приверженность философии HF, групповое ведение случая; контроль качества. Препятствия: недоступность жилья, отсутствие контакта и недостаточная вовлеченность с потребителя услуг
Worton и соавт.[43]	Канада	Качественная оценка внедрения HF в 6 разных регионах	Персонал HF и другие заинтересованные лица, обучение и документация по процессу внедрения		92	Факторы, способствующие и препятствующие внедрению HF в разных условиях	Способствующие факторы: вовлеченность всех участников, обеспеченность ресурсами, инициаторы процесса, обученный и супервизируемый персонал, способный адаптировать модель к местным условиям, контроль исходов. Препятствия: отсутствие структур, организующих совместную работу участников, сопротивление персонала
Исследования по поддерживаемому образованию							
Ebrahim и соавт.[46]	Великобритания	Неконтролируемое, с применением различных методов, с оценкой до и после обучения в восстановительном колледже	Студенты восстановительного колледжа	55	40	Оценивались по формам обратной связи в конце каждого курса: уверенность в себе, субъективное благополучие, чувство контроля	По окончании программы студенты чувствовали себя более уверенными и благополучными. Колледж способствовал их дальнейшему развитию, давал надежду и помогал наладить социальные связи
Hall и соавт.[47]	Австралия	Совместно организованное, неконтролируемое, с использованием различных методов, оценивалась работа восстановительного колледжа	Студенты и персонал восстановительного колледжа, другие заинтересованные лица	41	85	Опыт организации восстановительного колледжа	Колледж упрощал процесс обучения и дальнейшего роста, вдохновлял студентов и поощрял к получению образования в учреждениях общего типа
Sommer и соавт.[48]	Австралия	Неконтролируемое исследование с оценкой участников до и после обучения в восстановительном колледже	Студенты восстановительного колледжа	91		Первичный: достижение целей, обозначенных в первоначальном учебном плане	70% целей были достигнуты хотя бы частично. Наиболее частые цели относились к образованию, физическому здоровью, социальным и личным отношениям, психическому здоровью и трудоустройству

Таблица 1. Характеристики включенных в обзор исследований по поддерживаемому проживанию и образованию							
	Страна	**Дизайн исследования**	**Выборка**	**Балл по Kmet/100 (кол.)**	**Балл по Kmet/100 (кач.)**	**Исход**	**Выводы**
Sutton и соавт.[49]	Великобритания	Неконтролируемое исследование с оценкой участников до и после обучения в восстановительном колледже	Студенты восстановительного колледжа	86		Первичный: экономические преимущества участия в программе восстановительного колледжа	Уровень посещаемости был ассоциирован с вероятностью в дальнейшем трудоустроиться и иметь стабильный доход
Wilson и соавт.[50]	Великобритания	Неконтролируемое, с использованием различных методов, оценивалась работа восстановительного колледжа	Студенты восстановительного колледжа	77	80	Первчиный, за 6 месяцев: субъективное благополучие, социальная интеграция	Повышение уровня социализации и субъективного благополучия, подтвержденное данными качественного исследования
РКТ – рандомизированное контролируемое исследование, HF – программа поддерживаемого проживания Housing First, ИЛС – интенсивное лечение в сообществе, ОР – обычная реабилитация, ТПЗ – тяжелые психические заболевания, кач. – качественный, кол. – количественный							

К факторам, способствующим успешному внедрению, относились: a) благоприятные условия (т. е. доступность соответствующих ресурсов, согласованная работа всех заинтересованных лиц, поддержка со стороны местных инициативных групп); b) организация встреч между всеми заинтересованными сторонами, где проблема (уровень бездомности) была бы сформулирована таким образом, чтобы итоговое определение соответствовало ценностям всех организаций и побуждало их объединить усилия; c) обеспечение вовлеченности всех участников; d) предоставление всем специалистам и собственникам жилья соответствующего обучения и супервизии, необходимых для реализации ключевых элементов модели HF; e) выявление и устранение препятствий для реализации модели на местном уровне (например, предоставление субсидий на арендную плату, если существует проблема нехватки жилья и необходимо прибегать к аренде у частных собственников); f) предоставление сотрудникам площадки для обмена информацией и обсуждения проблем, возникающих по ходу внедрения модели, и предотвращения эмоционального выгорания; g) обеспечение гибкости модели для соответствия локальному контексту; h) использование полученных данных для оценки результатов и расширения программы.

К препятствиям на пути реализации программы относились: a) отсутствие консенсуса в отношении целевой группы клиентов; b) отношение к бездомности как к жилищной проблеме, а не как к более широкой медицинской и социальной проблеме; c) отсутствие консенсуса в вопросах координации различных структур, реализующих модель HF; d) сопротивление персонала и (ложное) убеждение в том, что HF уже и так проводится; e) отсутствие организационных возможностей для совместной работы; f) финансовые препятствия (например, конкуренция между организациями за один источник финансирования); g) стабильность места проживания рассматривается как самоцель, а не как средство, способствующее выздоровлению пациентов; h) отсутствие образовательных программ и супервизии, которые позволяли бы убедиться, что персонал принял подход, ориентированный на функциональное восстановление.

Еще одно исследование качественного типа по внедрению HF в рамках Chez-Soi в Toronto[42] проводилось посредством интервью с руководителями программы, собственниками жилья и кураторами (Kmet 90). Удобство модели в общем оценивалось с целью вычленить из нее и изучить отдельные непродуктивные подходы, а затем сформировать представление о препятствиях к реализации программы. Были сформулированы три основных препятствия: отсутствие доступного жилья; недостаточная частота встреч с пациентами (планировалось проводить встречи еженедельно, но реализовать это было сложно из-за нехватки времени у персонала и отказов пациентов); незаинтересованность самих пациентов в программе. К факторам, способствующиv реализации проекта, относились: приверженность философии HF среди поставщиков услуг, руководителей проекта и супервизоров; равномерная нагрузка на всех членов команды и взаимная поддержка в коллективе. Авторы исследования пришли к выводу, что оценка адекватности модели помогает выявить и решить проблемы в ее реализации.

Следующее достоверное (Kmet 100) исследование качественного типа, проведенное во Франции[39], обращалось к опыту пациентов, участвующих в программе HF. Целью работы было выявить потенциальные результаты вмешательства, помимо стабильности места проживания, которая обычно оценивается в количественных исследованиях. Сюда относятся различные факторы, связанные с ощущением “дома”: глубинное чувство безопасности, наличие доступа к адекватным ресурсам, возможность иметь собственный распорядок, восстановить прежнюю или построить новую идентичность. Тем не менее работа поставила перед исследователями новые вопросы: например, хотя участие в программе HF ведет к значительным переменам, часто этого недостаточно, чтобы разорвать патологические циклы; они могут лишь «смягчить» отдельные последствия. Стабильность места проживания следует рассматривать не как самоцель, а как основу для функционального восстановления.

Другие модели поддерживаемого проживания

В Англии было проведено два исследования по проектам поддерживаемого проживания для пациентов с психическими расстройствами: национальное[33] и последующее натуралистическое когортное исследование[34] (оба с оценкой в 100 баллов по Kmet). Описаны три основных типа услуг: a) интернат с неограниченным временем проживания и сопровождением персонала и помощью в удовлетворении повседневных потребностей (как, например, готовка, уборка и контроль приема препаратов); b) поддерживаемое проживание, индивидуальное или в общежитии, с ограниченным сроком аренды и круглосуточным сопровождением персонала, с целью обучить пациентов навыкам, необходимым для независимого проживания; c) выездные информационно-просветительские службы, которые выезжали к пациентам по индивидуальному месту жительства с неограниченным сроком аренды, чтобы со временем сократить потребность в поддержке.

Качество обслуживания было выше в условиях поддерживаемого проживания, а выездные службы требовали меньше финансирования, но различались и характеристики

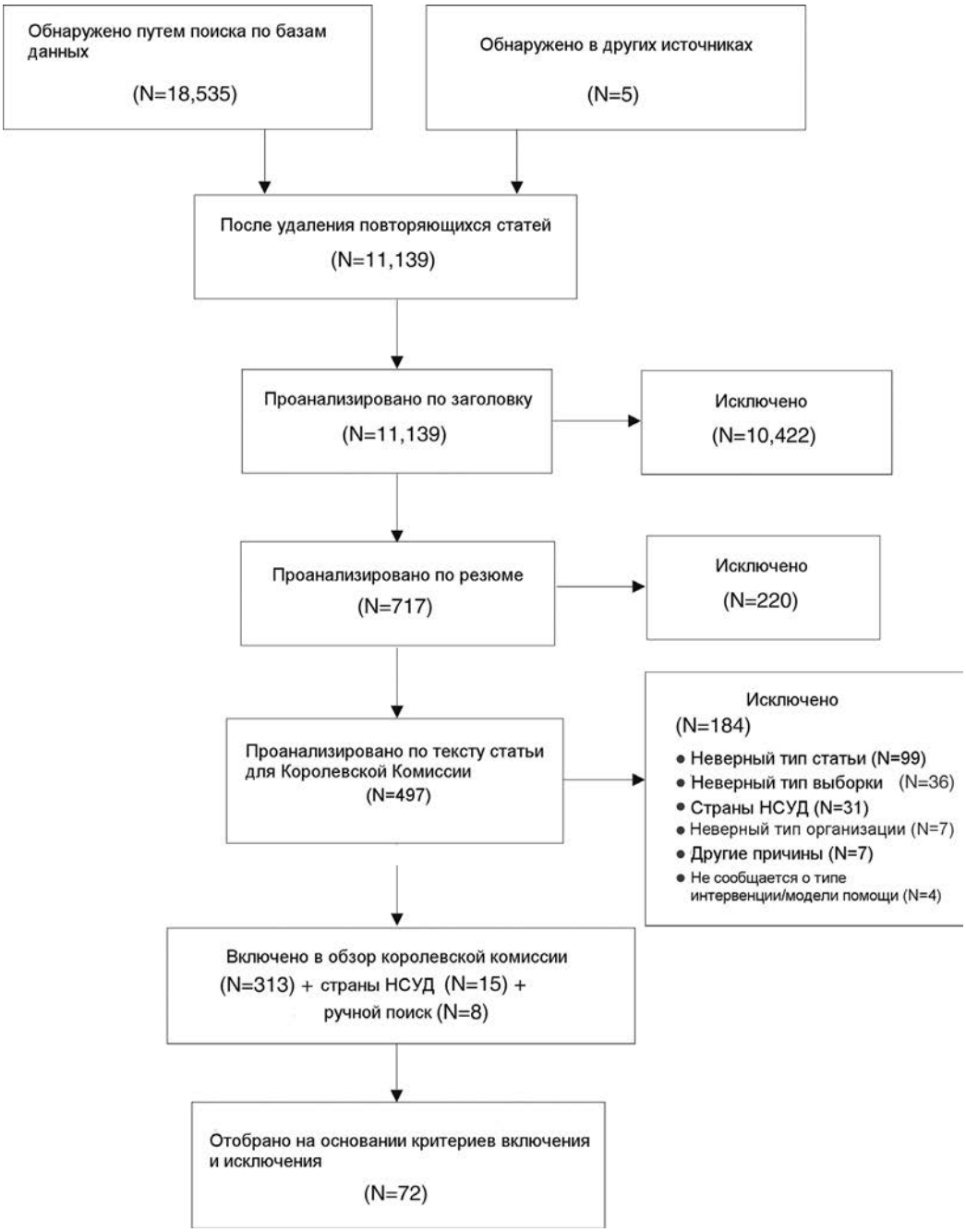

Рисунок 1. Блок-схема по алгоритму PRISMA. НСУД – страны с низким и средним уровнем дохода.

пациентов. Две трети участников страдали психозом в той или иной форме, но у тех, кто находился в интернате или в условиях поддерживающего проживания, состояние было тяжелее. Среди всех пациентов 57% ранее были практически не способны к самообслуживанию, а 37% считались уязвимыми для эксплуатации.

После поправки на различия в клинических характеристиках было показано, что клиенты программ поддерживаемого жилья обрели способность к большей автономии, чем при двух других типах услуг. Клиенты программ поддерживаемого проживания и выездных служб были в большей степени вовлечены в социальную жизнь, но и чаще сталкивались с правонарушениями, чем те, кто жил в интернатах.

Через 30 месяцев наблюдения 41% участников успешно перешел к более независимому проживанию (или, для тех, кто пользовался услугами выездных команд, в меньшей степени нуждался в поддержке). С учетом поправки на клинические характеристики, в случае клиентов выездной службы этот эффект был более выражен, чем у других двух типов поддерживаемого проживания, и у тех, кто пользовался программой поддерживаемого жилья, по сравнению с проживающими в интернате.

Скорректированные многоуровневые модели демонстрируют, что клиенты, которые стали более независимыми, требуют меньше затрат на амбулаторную и стационарную психиатрическую помощь. На успешный исход программы влияли дополнительные факторы: реализация прав человека и ориентация на функциональное восстановление. Пациенты, у которых было больше неудовлетворенных потребностей, уязвимости к эксплуатации, неспособные себя обслуживать и длительно проживающие в институциональных условиях, с меньшей вероятностью переходили к самостоятельному проживанию. Также авторы пришли к выводу, что у различных моделей есть свои плюсы и минусы, и конкретные виды услуг следует адаптировать к потребностям пациентов, а не инвестировать в самые экономичные (как, например, выездные службы).

Групповые и индивидуальные интервью в рамках исследования качественного типа проводились с жителями пансионата гостиничного типа в Тронхейме, Норвегия[40] (Kmet 90), где есть личные спальные, общие зоны и круглосуточная поддержка персонала. По мнению проживающих, в этой модели удачно сочетались возможность почувствовать независимость, но в любой момент обратиться за поддержкой. Клиенты подчеркивали, что у них было личное пространство, при этом присутствие персонала в жилом комплексе давало чувство безопасности. В целом пациенты считали, что проект помог им уверенно чувствовать себя в отношении бытовых и социальных навыков. Единственным недостатком проекта был ограниченный срок проживания (предполагалось, что все жильцы съедут в течение нескольких лет).

В небольшом исследовании типа случай-контроль (Kmet 45) оценивалась шестинедельная групповая программа, включающая сеансы с эрготерапевтом два раза в неделю, чтобы подготовить пациентов к переходу в ведомство выездных служб[31]. Большинству участников группы удалось удержаться на одном месте жительства в течение шести месяцев наблюдения; отсюда можно предположить, что структурированная работа по подготовке к переходу на более самостоятельное функционирование может принести пользу, но достоверность результатов исследования ограничена в связи с его методологическими недостатками.

Несмотря на то, что ряд исследований подтверждает важность проектов по поддерживаемому проживанию, ориентированных в первую очередь на выздоровление[34,37,43], реализовать их, как правило, затруднительно. Кластерное РКИ[29] (Kmet 92), проведенное в Нидерландах, оценивало эффективность тренинга для персонала программ поддерживаемого проживания, ориентированных на функциональное восстановление. Интервенция была сосредоточена на сильных сторонах пациентов, что позволяет работать над индивидуальными целями, но различий в уровне личностной адаптации, качества жизни и социального функционирования ни между центрами проведения исследования, ни по сравнению с обычной реабилитацией обнаружено не было.

С другой стороны, небольшое качественное исследование, проведенное в Ченнаи, Индия[38] (Kmet 40), посвященное опыту женщин, переведенных из психиатрического учреждения с длительным сроком пребывания в интернат с круглосуточным обслуживанием, подчеркивает роль поддерживаемого проживания в функциональном восстановлении пациенток. По их мнению, проект по поддерживаемому проживанию помог им развить чувство собственной идентичности и принадлежности к социуму.

Поддерживаемое образование (см. Таблицу 1)

Критериям исследования соответствовали 5 статей по поддерживаемому образованию[46-50], все они были посвящены реабилитационным колледжам. Руководителями психообразовательных программ для обучающихся с опытом психиатрического лечения выступали другие пациенты; для каждого разрабатывался индивидуальный план, и в первую очередь программа должна была способствовать функциональному восстановлению[48]. Два исследования принадлежали к количественному типу[48,49], в трех использовались оба метода[46,47,50]. Три из них были проведены в Великобритании[46,49,50] и два в Австралии[47,48].

Целый ряд исследований продемонстрировал, что посещение реабилитационного колледжа побуждает студентов задуматься о поиске работы, но только в одном – самоотчете студентов колледжа в Великобритании[49] (Kmet 86) – выявлена положительная связь между посещаемостью и последующим устройством на оплачиваемую работу или организацией собственного дела через 9 месяцев наблюдения.

В восстановительном колледже в Австралии проводилось следующее исследование: студентам помогали составить план обучения и сформулировать конкретные цели (до трех), которые пересматривались не реже одного раза в год. Информацию о целях анализировали на примере 64 студентов[48] (Kmet 91). Среди целей наиболее часто упоминали получение образования, физическое оздоровление, восстановление социальных и личных отношений, поддержание психического здоровья и трудоустройство.

Исследование показало, что участие студентов в курсах колледжа (оценивалось по количеству зачтенных курсов и посещенных занятий) ассоциировалось с достижением поставленных целей, но активное участие в жизни колледжа на протяжении более чем 685 дней отрицательно связано с достижением целей. Авторы пришли к выводу, что у студентов, которые проходят более длительный курс обучения, потребности в области психического здоровья могут быть выше, соответственно, им необходима дополнительная поддержка. Среди основных факторов, которые препятствовали достижению целей, были названы проблемы с физическим здоровьем, внешние стрессовые факторы/жизненные события и зависимость от других в плане доступности образования.

Как и ожидалось, простых и краткосрочных целей было проще достичь, чем более сложных или долгосрочных. Наиболее трудно достижимы были цели, связанные с трудоустройством, а с наибольшей вероятностью выполнялись цели, связанные с получением образования; за ними следовали цели, связанные с психическим и физическим здоровьем, а также социальным функционированием.

Исследования, в которых применялись смешанные методы, проводились в Великобритании[46,50] и Австралии[47]. По мнению студентов, результаты в плане удовлетворенности процессом, улучшения психического состояния, уверенности в себе и уменьшения социальной изоляции были однозначно положительными. Многие студенты сообщали, что планируют продолжить обучение в системе общего образования, заняться волонтерской деятельностью или устроиться на оплачиваемую работу[46,50]; некоторые из них описывали колледж как ступень на пути к общему образованию[47]. Некоторые колледжи непосредственно предоставляли возможности для трудоустройства, привлекая студентов к разработке и проведению курсов на платной или добровольной основе; а некоторые направляли своих студентов шефствовать над другими пациентами в соответствующих социальных программах[47].

Поддерживаемое трудоустройство (см. Таблицу 2)

В процессе поиска обнаружено 20 исследований, посвященных вопросам трудоустройства и волонтерства; из них 15 были количественного типа[51-65], 4 – качественного[67-70], и в одном использовались оба метода[66].

Средний балл по Kmet для статей в количественном методе составил 82 и варьировался от 100[51,54,61] до 50 (для количественного компонента статей со смешанного типа методологией)[66]. Средний балл для качественных статей составил 66 и варьировался от 100[68] до 35[66] (для качественного компонента статей со смешанного типа методологией).

Семь исследований были проведены в США[52,54,55,57-59,64], три в Великобритании[63,66,69], по два в Китае[65,70], Дании[51,67], Норвегии[56,60] и Испании[61,68] и по одному в Австралии[62] и Нидерландах[53].

Рассмотренные интервенции можно разделить на три основных типа: индивидуальное поддерживаемое распределение (IPS), где быстрый поиск оплачиваемой работы для конкретного пациента интегрирован с психологической по-

Таблица 2. Характеристики включенных в обзор исследований по поддерживаемому трудоустройству

	Страна	Дизайн исследования	Выборка	Балл по Kmet/100 (кол.)	Балл по Kmet/100 (кач.)	Исход	Выводы
Christensen и соавт.[51]	Дания	РКИ с ослеплением исследователей, ИПР и расширенное ИПР (р-ИПР) с ОР	Взрослые с ТПЗ, настроенные работать или получить образование	100		Через 18 месяцев. Первичный: поступление в учебное учреждение или получение конкурсной должности	Больше хороших исходов у участников ИПР (59.1%) и р-ИПР (59.9%) по сравнению с ОР (46.5%), у р-ИПР незначительное преимущество перед ИПР
Cook и соавт.[52]	США	Мультицентровое контролируемое исследование по сравнению ПТ и ОР	Взрослые с ТПЗ из разных регионов США	85		Сведения о трудоустройстве за последние 13 лет по данным социальных служб	За период наблюдения 32.9% участников были трудоустроены, в 3 раза чаще это были участники из группы ПТ
De Winter и соавт.[53]	Нидерланды	Неконтролируемое лонгитюдинальное исследование ИПР	Клиенты 27 программ ИПР (23 из них организованы для взрослых с ТПЗ)	77		Ежеквартальная оценка приверженности программе ИПР за пятилетний период	Положительная взаимосвязь между приверженностью ИПР и вероятностью трудоустройства. Наиболее заметное улучшение результатов в плане трудоустройства отмечалось после 18-го месяца участия в программе
Glynn и соавт.[54]	США	Неослепленное РКИ, сравнивали ИПР с ИПР+ тренинг трудовых навыков	Взрослые с ТПЗ	100		Первичный за 2 года: факт трудоустройства и длительность работы на одной должности	63% участников трудоустроились, разницы между группами не обнаружено
Kern и соавт.[55]	США	Сопоставление результатов 2 РКИ, сравнивающих ИПР и ИПР+метод безошибочного обучения	Взрослые с ТПЗ	77		Первичный за 12 месяцев: факт трудоустройства и длительность работы на одной должности	32% процента участников нашли работу (в большинстве случаев с минимальным окладом и на неполный рабочий день). Срок работы на одной должности был выше в группе ИПР+метод безошибочного научения
Lystad и соавт.[56]	Норвегия	Мультицентровое неослепленное РКИ, сравнивали СР+КР и СР+КПТ	Взрослые с ТПЗ	62		Первичный за 2 года: факт трудоустройства, количество часов за работой	В обеих группах за период наблюдения оба показателя повысились, различий между группами не обнаружено
McGurk и соавт.[57]	США	Неослепленное РКИ, сравнивали расширенную СР (р-СР) и р-СР+КР	Взрослые с ТПЗ, для которых СР в прошлом была неэффективна	85		За три года. Первичный: процент трудоустренных. Вторичный: вовлеченность в деятельность, связанную с работой	Разницы в проценте трудоустроенных между группами не обнаружено. Участники группы СР+р-СР чаще вовлекались в деятельность, связанную с работой
McGurk и соавт.[58]	США	Исследование возможности осуществления СР+КР, до и после эксперимента	Взрослые с ТПЗ	64		Осуществимость вмешательства (количество принятых в программу и прошедших ее)	Вмешательство осуществимо (79% участников посетило как минимум 6 из 24 сессий)
Puig и соавт.[59]	США	Анализ части данных РКИ по сравнению ИПРс КР и без нее	Взрослые с ТПЗ, проходящие когнитивный тренинг	82		За 2 года: когнитивные навыки и трудоустройство на конкурсную должность	Более высокие показатели внимания и молодой возраст ассоциировались с большей вероятностью устройства на конкурсную должность
Reme и соавт.[60]	Норвегия	Мультицентровое неослепленное РКТ по сравнению ИПР и ОР	Взрослые с психическими заболеваниями высокой и средней степени тяжести	85		Исход за 12 и 18 месяцев. Первичный: устройство на конкурсную должность	Участники группы ИПР с большей вероятностью устраивались на конкурсную должность. Уровни трудоустройства не отличались в группах с разной степенью тяжести психического заболевания
Rodriguez Pulido и соавт.[61]	Испания	Неослепленное РКТ, сравнивали ИПР и ИПР+СР	Взрослые с ТПЗ	100		За 2 года. Первичный: трудоустройство и количество отработанных часов за неделю	Участники группы ИПР+СР с большей вероятностью устраивались на работу и проводили на рабочем месте больше времени за неделю

Таблица 2. Характеристики включенных в обзор исследований по поддерживаемому трудоустройству

	Страна	Дизайн исследования	Выборка	Балл по Kmet/100 (кол.)	Балл по Kmet/100 (кач.)	Исход	Выводы
Scanlan и соавт.[62]	Австралия	Неконтролируемое проспективное исследование ИПР в рамках социального обслуживания	Взрослые с ТПЗ	83		За 2 года: устройство на конкурсную или волонтерскую работу, поступление на учебу, срок работы	49,5% устроились на конкурсную должность, средний срок работы 151 день. 63,9% устроились на работу, занялись волонтерством или начали учиться
Schneider и соавт.[63]	Великобритания	РКИ по возможности осуществления ИПР+КПТ с акцентом на трудовые вопросы и ИПС без сопровождения	Взрослые с ТПЗ	81		За 6 месяцев. Первичный: количество часов работы на конкурсной должности. Вторичный: участие в обучении и волонтерских программах	34% участников трудоустроились. Различий между группами не обнаружено
Twamley и соавт.[64]	США	Неослепленное РКИ, сравнивали ИПР+когнитивный тренинг, и р-ИПР	Взрослые с ТПЗ	96		За 2 года. Первичный: количество отработанных недель. Вторичные: карьерные достижения, отработанные часы, заработок	Различий между группами не обнаружено
Zhang и соавт.[65]	Китай	Неослепленное РКТ по сравнению ИПР с СР или ИПР+тренинг социальных навыков в трудовой сфере (р-ИПР)	Взрослые с ТПЗ	88		За 2 года. Первичный: карьерные достижения. Вторичный: срок работы, отработанные за неделю часы	Больший стаж и карьерные достижения в группе р-ИПР, чем в группе ИПР. Исходы для групп ИПР и р-ИПР лучше, чем для СР
Hutchinson и соавт.[66]	Великобритания	Сочетание различных методов в оценке результатов внедрения ИПР в 6 регионах	Общественные службы психиатрической помощи взрослым с ТПЗ	50	35	За 18 месяцев. Первичный: устройство на конкурсную должность. Качественный: факторы, влияющие на внедрение программы	В 5 из 6 регионов выполнена задача обеспечить 60 пациентов рабочими местами. На внедрение программы влияли ограниченные ресурсы, поддержка заинтересованных лиц и результативность
Gammelgaard и соавт.[67]	Дания	Феноменологическое исследование ИПР	Взрослые с ТПЗ, участвовавшие в РКИ по оценке эффективности ИПР		80	Как IPS и занятость могут влиять на выздоровление, через “рефлективный жизненный подход”	Специалисты по трудоустройству перешли на восстановительную практику. Работа повысила самооценку, навыки, распорядок дня и финансовую безопасность
Perrez-Corrales и соавт.[68]	Испания	Феноменологическое исследование качественного типа, посвященное ИПР в рамках судебной психиатрической системы	Взрослые с ТПЗ, задействованные в волонтерской работе		100	Опыт волонтерства и его влияние на процесс выздоровления	Волонтерство позволило людям создать ценную идентичность; ответственность через волонтерство помогла людям почувствовать, что у них «нормальная» жизнь.
Talbot и соавт.[69]	Великобритания	Описательное исследование качественного типа, посвященное ИПР в рамках судебной психиатрической системы	Взрослые с ТПЗ, проходящие принудительное лечение		60	Внедрение ИПР в в судебно-психиатрической системе	Внедрение требует слаженной работы внешних и внутренних служб. Препятствия: негативный настрой персонала и работодателей. Способствующие факторы: поддержка руководителей проекта и сторонних участников
Yu и соавт.[70]	Китай	Качественное исследование осуществления р-ИПР в вышеупомянутом РКИ[65]	Взрослые с ТПЗ, которые трудоустроились после прохождения р-ИПР и их родственники		55	Мнение участников и их родственников о программе	Участники считают полезными приобретенные на работе социальные навыки и связи. Пациенты подчеркивали возможность самостоятельно выбрать специальность, а ухаживающие лица – возможность зарабатывать

РКТ – рандомизированное контролируемое исследование, ИПР – индивидуальное поддерживаемое распределение, ПТ — поддерживаемое трудоустройство, КПТ — когнитивно-поведенческая терапия, ОР – обычная реабилитация, ТПЗ – тяжелые психические заболевания, кач. – качественный, кол. – количественный, СР — профессиональная реабилитация, КР — когнитивная ремедиация.

мощью, консультированием по вопросам социального обеспечения и поддержкой непосредственно на рабочем месте[71]; другие формы трудоустройства на общих основаниях или на специализированных рабочих местах для пациентов с поддержкой специалистов на рабочем месте; и профессиональная реабилитация, которая обычно сосредоточена на предварительном профессиональном обучении, навыкам прохождения собеседований и подготовки резюме.

В двух высококачественных исследованиях (Kmet 100[51] и Kmet 85[60]) ИПР сравнивали с обычной реабилитацией; в обоих исход в отношении трудоустройства был более благоприятным при ИПР, что согласуется с данными международных исследований, которые ранее демонстрировали, что прогноз трудоустройства при ИПР лучше, чем при традиционной профессиональной реабилитации[72].

Еще одно исследование[53] (Kmet 77) было посвящено изучению связи между уровнем организации ИПР и прогнозом трудоустройства на длительном промежутке времени. Обобщались данные по 27 программам ИПР, которые ежеквартально отчитывались о результатах для занесения в центральный реестр в Нидерландах. Была обнаружена положительная взаимосвязь между высоким уровнем организации ИПР и количеством трудоустроенных пациентов за отчетный промежуток времени, наиболее очевидными результаты становились через 18 месяцев после внедрения программы.

Основываясь на новых данных о том, что улучшение когнитивных функций может дополнительно улучшить результаты[73], в восьми исследованиях изучали вопрос об эффективности усовершенствованных таким образом вмешательств по поддерживаемой занятости. В шести исследованиях модифицировалась программа ИПР[51,54,61,63-65], а в остальных – другие формы поддерживаемой занятости[56,57]. В дополнение к поддерживаемому трудоустройству применялись: компьютерное обучение когнитивной ремедиации с помощью CogPack[61]; личный компенсаторный когнитивный тренинг[64]; когнитивная ремедиация с использованием программы CIRCUITS в сочетании с обучением социальным навыкам (Thinking Skills for Work)[51]; компьютерная когнитивная ремедиация с использованием CogPack плюс обучение социальным навыкам (Thinking Skills for Work)[56,57], обучение общим трудовым навыкам (Workplace Fundamentals)[54]; обучение социальным навыкам, связанным с работой (10 сеансов поведенческой репетиции плюс навыки решения проблем непосредственно на рабочем месте)[65]; когнитивно-поведенческая терапия с акцентом на трудовые вопросы (3–6 сеансов в зависимости от потребности)[63].

Для дополнительных интервенций была предусмотрена разная степень интенсивности, от 3 до 30 сеансов. Однако не во всех исследованиях описывалась степень вовлеченности участников, а в тех, где описывалась, вовлеченность была гораздо ниже желаемой. По данным Twamley и соавторов[64] (Kmet 96), за первые 12 недель еженедельных тренингов по когнитивной ремедиации в рамках ИПР посещаемость составила в среднем 8,23±4,88 сеанса. В исследовании Christensen и соавторов[51] (Kmet 100) расширенное ИПР включало 30 занятий по когнитивной ремедиации, но 24% участников не явились на них вообще, а среднее число посещений составило менее 10 сеансов. Glynn и соавт.[54] (РКИ, Kmet 100) сравнивали ИПР и ИПР плюс обучение трудовым навыкам; в этом проекте занятия не посещали 22% участников (после их исключения из анализа дополнительных преимуществ когнитивной ремедиации также выявлено не было).

Хотя в большинстве исследований, где в дополнение к ИПР проводилась ремедиация, описано улучшение нейрокогнитивного профиля, значительные межгрупповые различия обнаружились только в двух[61,65]. В испанском исследовании[61] (Kmet 100) участники проекта по ИПР в сочетании с когнитивной ремедиацией демонстрировали лучшие показатели по фактам трудоустройства и по количеству отработанных часов, чем те, кому предоставлялось только ИПР. Несмотря на хорошую методологию, результаты этого исследования необходимо интерпретировать с осторожностью, поскольку оно выполнено на небольшой выборке. В исследовании, проведенном в Китае, Zhang и соавт.[65] (Kmet 88) обнаружили, что в группе, где предоставлялось ИПР плюс обучение социальным навыкам, показатель трудоустройства был значительно выше (63%), чем в группах стандартного ИПР (50%) и профессиональной реабилитации на специально выделенных рабочих местах (33%). Ученые предположили, что результативность расширенного ИПР может быть связан с культурными факторами (например, позиция китайских работодателей, которые высоко ценят социальную компетентность), и пришли к выводу, что конкретно для культурного контекста Китая расширенное ИПР адекватно.

Два исследования описывают другие программы поддерживаемой занятости (не ИПР) в сочетании с дополнительным обучением, в том числе когнитивной ремедиацией[56,57]. К исследованию McGurk и соавт.[57] (Kmet 85) были приглашены пациенты, которые ранее не участвовали в похожих социальных программах. По результатам рандомизации участников направляли либо на просто расширенную профессиональную реабилитацию (где участникам помогали выявить и устранить конкретные когнитивные затруднения, связанные с предполагаемой работой), либо на расширенную профессиональную реабилитацию в сочетании с компьютерной когнитивной ремедиацией (24 сеанса) и коучингом по трудовым вопросам (Thinking Skills for Work). В итоге между группами не было выявлено различий в вероятности трудоустройства, но авторы отмечают, что группы отличались по исходному уровню образования, что могло повлиять на результаты.

В Норвегии Lystad и соавт.[56] (Kmet 62) исследовали программу профессиональной реабилитации JUMP, где участникам предлагалось 10 месяцев интенсивной профессиональной поддержки на специально выделенных рабочих местах или на конкурсной должности, а также когнитивная ремедиация (40 часов компьютерного обучения и коучинга, сходного с программой Thinking Skills for Work) или 40 часов когнитивно-поведенческой терапии с акцентом на трудовых вопросах. В обеих группах когнитивные навыки пациентов улучшились, но различий в прогнозе трудоустройства обнаружено не было.

Kern и соавт.[55] (Kmet 77) исследовали, помогает ли метод безошибочного обучения (структурированное обучение, в котором проблемное поведение на работе разбивается на отдельные элементы и в иерархической последовательности корректируется с использованием подсказок, моделирования и самообучения, пока не будет достигнут приемлемый уровень производительности) удерживаться на работе и справляться с обязанностями. В данной статье были объединены данные двух исследований: одно – на 74 длительно болеющих пациентах с шизофренией или шизоаффективным расстройством, второе – на 106 пациентах с диагнозом ТПЗ и нарушениями памяти, которые проживали вне психиатрических учреждений. Все они участвовали в программе ИПР и в момент получения работы были рандомизированы, и либо продолжали участвовать только в ИПР, либо в дополнение к ИПР проходили программу безошибочного обучения. В общей сложности 58 (32%) участников получили работу с минимальной заработной платой и на неполный рабочий день, а в группе безошибочного обучения срок пребывания на рабочем месте был значительно выше (41% сохранил изначальную должность за период 12-месячного наблюдения по сравнению с 14% в группе ИПР). Различий в отработанных часах и заработной плате обнаружено не было.

В целом из восьми исследований, в которых оценивались расширенное ИПР и другие формы поддерживаемого трудоустройства, только в двух было обнаружено, что расширенный подход улучшил результаты в отношении трудоустройства[61,65], несмотря на то, что большинство интервенций положительно сказались на нейрокогнитивном функционировании пациентов. Тем не менее в работе Kern и соавторов[55] показано, что безошибочное обучение, преимущественно ориентированное на социальные навыки непосредственно в условиях рабочего места, помогло пациентам дольше удержаться на одном рабочем месте. Также, по данным Twamley и соавторов[64], пациенты, которые участвовали в программе IPS + компенсирующая когнитивная ремедиация, более молодые или, наоборот, пожилые пациенты извлекли из программы больше пользы по сравнению с участниками среднего возраста, а также было показано, что улучшение показателей внимания достоверно предсказывало достижения в работе[59] (Kmet 82).

Результаты трудоустройства в приведенных исследованиях оценивались за разные периоды времени, вплоть до двух лет; самый лучший из приведенных результатов – 63% трудоустроенных пациентов, а в большинстве исследований – около 50%. Таким образом, целенаправленные вмешательства могут быть эффективны, и многие пациенты с ТПЗ могут найти работу с их помощью. Но важно отметить, что само определение трудоустройства в разных исследованиях варьировалось; это мог быть один час в неделю на низкооплачиваемой работе и в течение короткого периода времени.

В одном исследовании рассматривались данные за более длительный период, что давало возможность проследить эффективность таких программ в США на протяжении многих лет[52] (Kmet 85). Речь в исследовании шла не об ИПР, а о специалистах по трудоустройству, которые работали в междисциплинарных командах и помогали координировать помощь в трудоустройстве с медицинской помощью; целью программы было устройство на конкурсную должность в соответствии с предпочтениями пациента. Данные по 449 пациентам за 13 лет показали, что хотя бы за какой-то период треть пациентов получала заработную плату, и 13% могли самостоятельно себя обеспечивать. По сравнению с контрольной группой, проходившей обычную программу реабилитации, у участников этого исследования было почти в три раза больше шансов получить работу.

Несколько исследовательских групп занимались вопросами реализации проекта. Ранее в похожих работах говорилось о трудностях в преодолении негативного отношения персонала и работодателей, в привлечении квалифицированных инструкторов, локальных неблагоприятных факторах, связанных с особенностями рынка труда и систем социального обеспечения, а также организационных факторах, таких как, например, разделение служб занятости и психиатрических служб[72]. Рассмотренные нами работы подтверждают актуальность этих вопросов.

В исследовании пилотного проекта по внедрению ИПР в шести учреждениях здравоохранения в Великобритании[66] (методология смешанная, количественная – Kmet 50, качественная – Kmet 35) использовались различные стратегии для устранения препятствий в процессе внедрения программы (тактическое и стратегическое управление, мониторинг, ведение отчетности, привлечение инициаторов процесса, организация обучения), и многие участники получили работу с ее помощью. Однако в некоторых регионах программа столкнулась с проблемой неустойчивого финансирования из-за нехватки средств в системе здравоохранения, таким образом, ее внедрению могут препятствовать и внешние факторы. Исследование качественного типа по внедрению ИПР в судебно-медицинском контексте (Kmet 60)[69] выявило дополнительные препятствия для трудоустройства конкретно в этой группе пациентов: стигматизация и законодательные ограничения по трудоустройству для лиц с судимостью.

McGurk и соавт.[58] продемонстрировали возможности реализации программы, где персонал, работая непосредственно с пациентами, в том числе с достаточно выраженными ТПЗ, привлекал их к участию в «Thinking Skills for Work», прежде чем направить их на поддерживаемое трудовое распределение (Kmet 64). Вмешательство было адаптировано для каждого конкретного учреждения, и персонал прошел два семинара по когнитивным нарушениям у пациентов с ТПЗ и сопровождению при использовании соответствующих обучающих программ. С большей вероятностью пациенты устраивались на работу в регионах, где выше интеграция программы с биржей труда, и на основании этого авторы сделали вывод о важности местных условий для успешной реализации мероприятий по поддерживаемому трудоустройству.

Австралийское исследование[62] (Kmet 83) предоставляет подробную информацию об использовании теоретических основ и практических рекомендаций Модели совместного восстановления[74] для внедрения ИПР, в частности, о психологических подходах, которые стремятся вселить в пациентов надежду и основываются на их ценностях и сильных сторонах. Авторы пришли к выводу, что подход, ориентированный на восстановление, повышает вероятность качественной реализации ИПР, но полученные результаты требуют дальнейшей проверки в контролируемых условиях.

Дополнительные сведения о важности культурных факторов, личного опыта и мнения родственников получены в ходе исследований качественного типа. Феноменологическое исследование 12 участников, которым предоставлялось ИПР, изучало, как эта интервенция повлияла на выздоровление людей с ТПЗ[67] (Kmet 80). Одни участники программы говорили о важности доверительных отношений со специалистами по трудоустройству, которые положительно сказались на их самооценке и образе жизни; другие считали, что важнейшую роль сыграл сам факт трудоустройства. Все пациенты отмечали, что благодаря индивидуальному подходу у них действительно появилась надежда найти работу, особенно по сравнению с предыдущим опытом поиска через биржу труда.

На примере данных вышеупомянутого исследования[65] проведен анализ качественных данных[70] (Kmet 55) по 15 пациентам с шизофренией, которые проходили программу ИПР в сочетании с тренингом социальных навыков. В выводах также подчеркивается важность социокультурных факторов, таких как юридическая и моральная ответственность за родственников с ТПЗ, принятая в семьях в материковом Китае. Авторы наглядно демонстрируют различия во взглядах между опекунами, которые хотели бы в первую очередь видеть своего родственника на оплачиваемой работе, и самими пациентами, для которых главное – найти работу по душе. Они пришли к выводу, что в коллективистских культурах предоставление профессиональной поддержки реализуется успешнее, если учитывает потребности семьи, а не отдает предпочтение исключительно индивидуальному подходу.

В отличие от большинства исследований, которые акцентировали внимание на оплачиваемой работе, высококачественное с точки зрения методологии испанское исследование изучило, как работает в плане профессионального вмешательства волонтерство[68] (Kmet 100). Пациенты с ТПЗ сообщали, что волонтерство дало им почувствовать себя в некой ответственной социальной роли, и таким образом восстановить идентичность с чувством, что они ведут «нормальную жизнь». Эти результаты подтверждают, что профессиональная деятельность может приносить пользу вне зависимости от того, получает ли пациент заработную плату.

Социальные вмешательства, осуществляемые на уровне группы или отдельного клиента (см. Таблицу 3)

Участие в сообществе

Обнаружено девять исследований по оценке вмешательств, направленных на повышение участия людей с ТПЗ в социальной жизни, три из которых количественные[75-77], пять – качественные[78-82] и одно – со смешанным типом методологии[83]. Три исследования были проведены в США[76,79,83], два – в Канаде[80,82], по одному – в Австралии[78], Китае[75], Венгрии[77] и Великобритании[81].

Высококачественное РКИ[77] (Kmet 92), проведенное в Венгрии, изучало влияние двух типов психосоциальных вмешательств на уровне сообщества (социальный клуб с практикой шефства пациентов) на социальное познание и функциональные исходы по сравнению с контрольной группой ОР. Авторы сообщают о значительном улучшении функциональных результатов в обеих группах через шесть месяцев наблюдения, при этом наиболее значительные улучшения в социальном познании были обнаружены у тех, кто участвовал в местном социальном клубе. Они пришли к выводу, что «поддерживающая социальная среда» клуба позволяет пациентам вступать в различные социальные взаимодействия и практиковать новые социальные роли, что, по мнению авторов, способствует повышению социальной активности.

Еще один хорошо себя зарекомендовавший и международно признанный подход к объединению людей с ТПЗ в «поддерживающую социальную среду» — «Clubhouse». В таких организациях процессом руководят сами пациенты, в том числе они несут ответственность за выполнение программы и поддерживают друг друга в достижении различных психосоциальных целей, включая приобретение социальных и профессиональных навыков.

РКИ, проведенное в Китае[75] (Kmet 75), сообщает о значительных улучшениях в социальном функционировании и самоопределении у участников, рандомизированных в группу участников клуба, по сравнению с контрольной группой с ОР через шесть месяцев наблюдения.

Подход Clubhouse также оценивался в надежных исследованиях качественного типа. Так, Prince и соавт.[79] (Kmet 85) определили ключевые характеристики этого подхода на примере фокус-групп с участием 20 членов Clubhouse. Затем еще 150 пациентам предлагалось оценить важность этих характеристик посредством интервью. Особенно высоко респонденты оценили гибкость структуры Clubhouse, которая обеспечивалась отсутствием организационной иерархии, разнообразием мероприятий, предназначенных для развития социальных навыков, а также проведением различных мероприятий, как в рабочее время, так и в свободные часы.

Еще одно крупное исследование качественного типа, посвященное практике Clubhouse в Канаде[80] (Kmet 95), показало, что хорошие результаты приносит совместная организационная работа пациентов и персонала. Другие важные аспекты, отмеченные в исследовании, – безусловное принятие, поощрение самоэффективности и взаимного уважения. Участники сообщали, что членство в Clubhouse уменьшило ощущение социальной изоляции и стигматизации, дало им ощущение смысла и сопричастности сообществу.

Изучались и другие групповые программы, основанные на совместной деятельности, призванной развить у пациентов взаимное доверие и побудить к участию в социальной жизни. Программа Gould Farm описана в литературе как “предоставление условий для функционального восстановления посредством организации работы на ферме площадью 700 акров, которая включает также консультирование и медицинскую помощь и предоставляет возможности для развития повседневных, социальных и рабочих навыков, а также умственных способностей и физического здоровья». Ее эффективность оценивали в ходе неконтролируемого исследования, контролирующего релевантные показатели до и после вмешательства[76] (Kmet 86). Участники продемонстрировали улучшение психосоциального функционирования со средним размером эффекта; достигнутые результаты сохранялись через шесть месяцев после окончания программы. Через 36 месяцев многие участники смогли устроиться на работу, стать волонтерами, посещать общеобразовательные учреждения или заниматься хобби.

Пятидневный “Восстановительный лагерь” для людей с ТПЗ, в организации которого участвуют специалисты и обучающиеся в сфере психического здоровья, а также социальные работники, предоставляет ряд развлекательных мероприятий, включая физические и творческие упражнения, а также возможность для отдыха, оценивался в австралийском исследовании качественного типа[78] (Kmet 85). Перед началом участникам предлагалось сформулировать конкретные цели, которые авторы исследования в дальнейшем сгруппировали по четырем основным темам: ощущение причастности, развитие здоровых привычек, личностная реадаптация и возможность опробовать что-то новое для себя. Полученные данные свидетельствуют о том, что организованные в лагере мероприятия были особенно полезны для установления социальных связей и развития сильных сторон пациентов, что позволило многим из них достичь поставленных целей.

В британском исследовании качественного типа[81] (Kmet 95) речь шла о серии шестинедельных творческих мастер-классов для людей с ТПЗ и персонала учреждений психиатрической помощи, организованной в местной художественной галерее. В рамках семинаров было организовано посещение галерей с гидом, групповые обсуждения и участие в создании произведений искусства. Участники оценили опыт участия в семинарах как однозначно положительный и отметили, что приобрели новые социальные связи и коммуникативные навыки, стали увереннее в себе. Изменились и отношения между пациентами и персоналом, которые начали относиться друг к другу с большим уважением.

Организованная в Канаде двухлетняя программа социальной реабилитации для людей с ТПЗ предусматривала обучение съемке и редактированию видео, после чего участники работали в группах над созданием фильма[82]. За время исследования 23 участника из трех городов смонтировали 26 видеороликов, и 1500 человек просмотрели их на 49 организованных сообществом показах. Качественная оценка по итогам программы (Kmet 80) продемонстрировала, что пациенты высоко ценят возможность приобрести новые навыки, и что программа помогла им почувствовать себя более социально адаптированными и способствовала личностному росту.

Об аналогичных преимуществах сообщалось по результатам проекта терапевтического садоводства для людей с ТПЗ в США[83]. Авторы этого небольшого, неконтролируемого исследования смешанного типа использовали для оценки вмешательства количественные показатели (Kmet 45) и обратную связь в качественном формате, опираясь на дневники, которые пациенты вели во время участия в проекте (Kmet 60). За 3 месяца наблюдения у участников улучшилась мотивация и способность к социальному взаимодействию, и многие из них добились положительных результатов в отношении чувства личной ответственности и самоэффективности.

Вмешательства на семейном уровне

В общей сложности было найдено 11 статей, посвященных оценке семейных вмешательств, из которых 4 принадлежали к количественному типу[84-87], 3 – к РКИ[84,85,87], а в одном опи-

Таблица 3. Характеристики включенных в обзор исследований социальных вмешательств на индивидуальном или групповом уровне

	Страна	Дизайн исследования	Выборка	Балл по Kmet/100 (кол.)	Балл по Kmet/100 (кач.)	Исход	Выводы
Участие в сообществе							
Chen и соавт.[75]	Китай	РКТ без ослепления, сравнение Clubhouse и ОР	Взрослые с ТПЗ	75		Исход за 5 месяцев. Первичный: социальное функционирование и позитивный настрой	Более заметное улучшение у членов Clubhouse
Heatherington и соавт.[76]	США	Неконтролируемое, с оценкое до и после вмешательства, по программе проживания на ферме	Взрослые с ТПЗ	86		Исходы за 6 и 36 месяцев: восстановление с клинической и с личностной точки зрения, участие в жизни сообщества	За 36 месяцев – более активное участие в жизни сообщества
Varga и соавт.[77]	Венгрия	РКИ и без ослепления, сравнение местного социального клуба с индивидуальным ведением случая и ОР	Взрослые с ТПЗ	92		Исход за 6 месяцев: социальное функционирование и социальное познание	Социальное функционирование у пациентов, участвовавших в местном социальном клубе или получавших активную супервизию, значительно улучшилось по сравнению с ОР. У посещавших социальный клуб также улучшилось социальное познание
Moxham и соавт.[78]	Австралия	Качественная оценка восстановительного лагеря	Взрослые с ТПЗ		85	Выполнение целей, поставленных при заезде в лагерь	Ставились цели, связанные с ощущением причастности, развитием здоровых привычек, возможностью попробовать себя в чем-то новом, функциональным восстановлением. Большинство, по мнению пациентов, было достигнуто
Prince и соавт.[79]	США	Качественная оценка программы Clubhouse	Члены Clubhouse (взрослые с ТПЗ)		85	Эффекты и благоприятные организационные условия для программы Clubhouse	Эффекты: улучшение социальных навыков, приобретение социальных связей, большая уверенность в себе. Благоприятные условия: гибкость, неосуждающее отношение; равноправные отношения между сотрудниками и персоналом; дополнительные мероприятия по вечерам и в выходные; обучение навыкам; обмен опытом; организация аутрич-работы
Rouse и соавт.[80]	Канада	Оценка опыта участников проекта Clubhouse	Члены Clubhouse (Взрослые с ТПЗ) и персонал		95	Элементы структуры и поведения, которые способствовали восстановлению участников Clubhouse	Элементы структуры и поведения: взаимное уважение, побуждение к развитию автономии и самоэффективности, возможности для создания социальных связей, осмысленность работы. Показатели восстановления: самоосознание и самоуважение, приобретение новых навыков, возможность быть частью вдохновляющего сообщества
Saavedra и соавт.[81]	Великобритания	Качественная оценка проектов по организации мастер-классов в местной галерее	Взрослые с ТПЗ, персонал психиатрических учреждений, ведущий мастер-класса		95	Результаты участия в мастер-классе	Основные результаты: погружение в творческий процесс, новые социальные связи, чувство психологического благополучия, изменение отношений с персоналом психиатрических учреждений
Whitley и соавт.[82]	Канада	Качественная оценка проекта по участию в создании видео	Взрослые с ТПЗ		80	Опыт участников проекта	Проект произвел хорошее впечатление. Основные его эффекты: приобретение навыков, чувство единения, осмысленности, вдохновения, личностного роста

Таблица 3. Характеристики включенных в обзор исследований социальных вмешательств на индивидуальном или групповом уровне

	Страна	Дизайн исследования	Выборка	Балл по Kmet/100 (кол.)	Балл по Kmet/100 (кач.)	Исход	Выводы
Smidl и соавт.[83]	США	Неконтролируемое, смешанная методология, оценка до и после вмешательства, изучался терапевтический эффект работ по садоводству	Взрослые с ТПЗ и персонал	45	60	Исход за 3 месяца: мотивация, социальные навыки. Данные качественного характера из дневников пациентов	Повышение мотивации. Пациенты и персонал сообщали, что проект помог наладить социальные связи и улучшить навыки общения. Качественные исходы: появилось чувство осмысленности и уверенности
Семейные вмешательства							
Kumar и соавт.[84]	Индия	РКИ с ослеплением экспертов, сравнение краткой психообразовательной программой с неспецифическими вмешательствами в контрольной группе	Близкие родственники взрослых с ТПЗ	69		Исходы по окончании программы. Первичный: нагрузка на ухаживающих	В группе интервенции нагрузка на ухаживающих снизилась
Martin-Carrasco и соавт.[85]	Испания и Португалия	Мультицентровое РКИ с ослеплением экспертов, сравнивались психообразование и ОР	Близкие родственники, ухаживающие за взрослыми с ТПЗ	96		Исходы на момент завершения программы (за 4 месяца) и спустя 4 месяца после него. Первичные: субъективная и объективная нагрузка на ухаживающих	Субъективная нагрузка на ухаживающих в группе интервенции была ниже в обеих контрольных точках. В уровне объективной нагрузки различий не обнаружено
Mirsepassi и соавт.[86]	Иран	Внедрение психообразовательной программы	Взрослые с ТПЗ и члены их семей	60		Возможность внедрения, проведения и поддержания программы	Препятствия в процессе внедрения: пациентов редко направляли; ограниченные ресурсы; низкий уровень образования; отдаленность места проведения
Perlick и соавт.[87]	США	РКИ с ослеплением экспертов, сопоставление стандартного психообразования и терапии для ухаживающих лиц	Родственники взрослых людей с ТПЗ	88		Исход по завершении программы и через 6 месяцев. Первичный: нагрузка на ухаживающих	Нагрузка на ухаживающих в экспериментальной группе была ниже в обеих контрольных точках
Al-HadiHasan и соавт.[88]	Иордания	Качественная оценка реализации проекта в рамках РКИ	Взрослые с ТПЗ и ухаживающие за ними родственники, на которых было сосредоточено вмешательство n		85	Влияние интервенции на родственников пациентов	Родственники сообщали об улучшении здоровья, психологического самочувствия и снижении стресса. Повысилась их мотивация. В обеих группах у клиентов повысилась уверенность в себе и улучшились социальные навыки
Edge и соавт.[89]	Великобритания	Смешанная методология, исследование актуальности вмешательства для конкретной выборки	Взрослые с ТПЗ, афрокарибского происхождения или или “приемная” семья	65	65	Возможность внедрения культурно адаптированного вмешательства на примере “приемной семьи” пациента (волонтеров и равных наставников)	Интервенция реализуема. Большинство клиентов сообщили об улучшении отношений внутри семьи и с персоналом клиник
Higgins и соавт.[90]	Ирландия	Смешанная методология с последовательным применением методов, одна группа, пилотная оценка программы EOLAS до и после вмешательства	Взрослые с ТПЗ и их родственники	45	55	Исходы на момент завершения программы. Со стороны пользователей и их родственников: уверенность в себе и чувство надежды. Со стороны родственников: доверие к службам социальной поддержки	В количественных показателях существенных изменений не выявлено. В качественных: большинству участников был полезен опыт других. Взаимодействие внутри группы и с равными консультантами позитивно воспринято, но персоналу клиник бывало трудно поддерживать равноправные отношения с пациентами и равными консультантами
Higgins и соавт.[91]	Ирландия	Смешанная методология с последовательным применением методов, одна группа, пилотная оценка программы EOLAS до и после вмешательства. Взрослые с ТПЗ	Родственники взрослых с ТПЗ	59	50	Исходы на момент завершения программы: уверенность в возможности помочь близкому человеку, чувство надежды	У участников осталось хорошее впечатление о программе, она придала им надежду и уверенность в себе. Качественные исходы: осознанность в процессе коммуникации, способность ценить поддержку равных

Таблица 3. Характеристики включенных в обзор исследований социальных вмешательств на индивидуальном или групповом уровне

	Страна	Дизайн исследования	Выборка	Балл по Kmet/100 (кол.)	Балл по Kmet/100 (кач.)	Исход	Выводы
Lobban и соавт.[92] и Lobban и соавт.[93]	Великобритания	РКИ с ослеплением экспертов, сравнивались онлайн психообразование + доступ к образовательным ресурсам и только предоставление доступа; смешанная методология, оценка результатов и экономической эффективности	Родственники и близкие друзья взрослых с ТПЗ. Выборка для качественной части исследования: непосредственные пользователи услуг	100 100	65 50	Исходы за 12 и 24 недели. Первичные: улучшение самочувствия и получения опыта поддержки. Вторичные: воспринимаемая эффективность, снижение расходов	В самочувствии и осознании поддержки различий между группами не было. Проведение занятий стоило больше, чем просто предоставление доступа к образовательным ресурсам, и не принесло дополнительной пользы. Качественные исходы: пользователи остались хорошего мнения об интервенции и были благодарны за помощь равных консультантов
Nguyen и соавт.[94]	Вьетнам	Неконтролируемое, смешанная, оценка до и после семейной интервенции, анализ экономической эффективности	Взрослые с ТПЗ и ухаживающие за ними	68	45	Исходы за 1 год. Количественные: функционирование клиентов. Качественные: актуальность и возможность реализации проекта. Экономический анализ: доход пациентов и их семей	Высокий процент участия (98%) и интерес к проекту. Улучшилось функционирование пациентов, четверть из них нашла оплачиваемую работу. Снизилось финансовое бремя
Руководства под руководством/при участии равных консультантов							
Agrest и соавт.[95]	Чили	Качественная оценка интервенций с участием равных консультантов, направленных на функциональное восстановление	Взрослые с ТПЗ		80	Актуальность и выполнимость вмешательства	Поддержка равных консультантов была высоко оценена пациентами и помогла им вовлечься в жизнь сообщества
Beavan и соавт.[96]	Австралия	Самоотчет участников программы Hearing Voices Network	Взрослые с ТПЗ, которые посещали организованные встречи	85	75	Кросс-секционные данные, доступны в описательном формате	Эффекты: снижение чувство изоляции, повышение самооценки и приобретение социальных навыков
Easter и соавт.[97]	США	РКИ без ослепления, сравнивалось оформление заблаговременных распоряжений с помощью врачей и равных консультантов	Взрослые с ТПЗ под опекой команды ИЛС	69		Исход за 6 недель. Первичный: уверенность. Вторичный: самооценка	Умеренное преимущество программ с участием равных консультантов
Mahlke и соавт.[98]	Германия	РКИ с ослеплением экспетов, сопоставление равного консультирования + ОР с ОР	Взрослые с ТПЗ	96		Исход за 6 месяцев. Первичный: самоэффективность	Выше в экспериментальной группе
O'Connell и соавт.[99]	США	РКИ с ослеплением эксперта, сравнение равного консультирования + ОР с ОР	Взрослые с ТПЗ, находящиеся в стационаре, с частыми регоспитализациями и злоупотреблением ПАВ	85		Исход за 9 месяцев. Вторичный: социальное функционирование и чувство принадлежности к социуму	Более выраженные улучшения в экспериментальной группе
Salzer и соавт.[100]	США	РКИ без ослепления и качественная характеристика программ социальной реабилитации с участием равных консультантов	Взрослые с ТПЗ	69	60	Исход за 12 месяцев: участие в жизни сообщества, чувство уверенности, фомирование терапевтического альянса. Качественный: содержание работы равных консультантов	Подопечные равных консультантов чаще посещали программы СР
Thomas и соавт.[101]	США	Частичный анализ данных РКИ по сопоставлению равного консультирования и ОР	Взрослые с ТПЗ, взаимодействующие с равными консультантами	89		Исходы за 6 и 12 месяцев: терапевтический альянс, уверенность в себе	Хорошие отношения с наставниками ассоциировались с появлением уверенности в себе

Таблица 3. Характеристики включенных в обзор исследований социальных вмешательств на индивидуальном или групповом уровне

	Страна	Дизайн исследования	Выборка	Балл по Kmet/100 (кол.)	Балл по Kmet/100 (кач.)	Исход	Выводы
Обучение социальным навыкам							
Favrod и соавт.[102]	Франция	Неконтролируемое исследование, оценка до и после вмешательства, по программе Positive Emotions Program for Schizophrenia	Взрослые с выраженными негативными симптомами в рамках шизофрении	86		Время повторного обследования не указано. Исход: социальное функционирование	Социальное функционирование улучшилось
Hasson-Ohayon и соавт.[103]	Израиль	РКИ без ослепления, сопоставление тренинга социального познания и взаимодействия (SCIT) с терапией, сфокусированной на формировании альянса (TAFT) и ОР	Взрослые с ТПЗ, участвующие в программе реабилитации	75		Исход за 6 месяцев программы и через 3 месяца после окончания. Исход: социальное функционирование	Различий в социальном функционировании не обнаружено
Horan и соавт.[104]	США	РКИ без ослепления, сопоставление тренинга социального познания и взаимодействия (SCIT) в реальных условиях, SCIT в условиях клиники и интервенций с активным контролем	Взрослые с ТПЗ	93		Исход через 3 месяца. Первичный: социальное познание. Вторичный: социальное функционирование	В обеих группах SCIT социальное познание у пациентов улучшилось. В функционировании различий не обнаружено
Kayo и соавт.[105]	Бразилия	РКИ с ослеплением экспертов, сопоставление тренинга социального познания и интервенций с активным контролем	Взрослые с терапевтически резистентной шизофренией, получающие клозапин	93		Исходы за 20 недель и 6 месяцев. Первичные: негативные симптомы. Вторичные: социальные навыки	Различий между группами не обнаружено

РКИ – рандомизированное контролируемое исследование, ОР – обычная реабилитация, ТПЗ – тяжелое психическое заболевание, кач. – качественный, кол. – количественный

сывался процесс разработки и реализации программы[86]. Одно исследование было качественным по дизайну[88], в остальных 6 использовалась смешанная методология[89-94].

Из упомянутых работ в смешанном методе в двух сообщалось об исследовании программы семейного информирования EOLAS (Eolas – ирландское слово, означающее «знание»)[90,91], а в двух – о REACT (Relatives' Education And Coping Toolkit, Психообразование и копинг-стратегии для родственников)[92,93]. Два исследования были проведены в Великобритании[89,92,93] и по одному в Индии[84], Иране[86], Ирландии[90,91], Иордании[88], Испании и Португалии[85], США[87] и Вьетнаме[94].

Средний балл Kmet для количественных статей составил 75 и варьировался от 100[92,93] (одно исследование) до 45[90]. Средний балл для статей качественного типа составил 59 и колебался от 85[88] до 45[94].

Семейные вмешательства в разных исследованиях значительно отличались, но все они включали элементы психообразования. Некоторые также включали когнитивно-поведенческие стратегии[85,87,89,92,93]. Интервенции обычно проводились на уровне вторичной или третичной психиатрической помощи по месту жительства, в основном в амбулаторных условиях или в бесплатных клиниках[84-87,89-91]. Одно из таких вмешательств (британское) было организовано онлайн[92,93]; иорданское семейное вмешательство проводилось в семейном доме[88]; и в одном (вьетнамском) исследовании описано вмешательство, организованное на уровне локального сообщества для жителей сельской общины[94]. В двух исследованиях оценивались семейные вмешательства, в которых пациенты участвовали наравне с клиницистами[90-93].

В трех РКИ высокого[85,87] и среднего[84] качества нагрузка на лиц, осуществляющих уход, значительно снизилась в экспериментальной группе по сравнению с контрольной. В каждом из двух высококачественных исследований речь шла о психообразовательных программах, основанных на когнитивно-поведенческом подходе. Одно из них (Kmet 96) проводилось в 23 центрах в Испании и Португалии и было направлено на семьи пациентов с диагнозом шизофрении или шизоаффективного расстройства[85]. Второе (Kmet 88) проводилось на базе трех центров в США и сравнивало обычное психопросвещение и психотерапию для лиц, осуществляющих уход за родственниками пациентов с диагнозами биполярного расстройства I или II типа[87]. В обоих испытаниях сообщалось об устойчивом снижении нагрузки на лиц, осуществляющих уход, через четыре и шесть месяцев наблюдения соответственно.

В третьем РКИ (Kmet 69) оценивалось краткосрочное психосоциальное вмешательство, ориентированное на семьи пациентов, в условиях НСУД (Северная Индия)[84]. Оно состояло из двух предварительных и шести основных групповых психообразовательных занятий для семей нескольких пациентов с шизофренией. Бремя ухода по завершении сеансов значительно уменьшилось. Авторы предполагают, что участие в сеансах одновременно нескольких семей, наряду с психообразованием, объясняет, почему в данном исследовании результаты оказались положительными, по сравнению со многими другими, проведенными в других областях Индии. В качестве возможной причины высокой частоты отказов от лечения предполагается недоверие населения к социальной помощи[84].

На родственников и близких пациентов с психозами и биполярным расстройством было направлено высококачественное исследование со смешанной методологией (для количественного раздела Kmet 100), которое также включало РКИ и сравнивало проведенное онлайн вмешательство на семейном уровне (REACT + доступ к каталогу ресурсов) с контролем, где родственникам предоставлялся только доступ к каталогу[92,93]. Программа REACT состояла из 12 психообразовательных модулей онлайн, а также групповых обсуждений и возможности конфиденциальной личной переписки между участниками. Программу модерировали активисты REACT (родственники пациентов с ТПЗ, прошедшие обучение и имеющие соответствующий опыт). Значимых межгрупповых различий в объективных показателях социального функционирования не было, обе группы сообщали о субъективном улучшении самочувствия и положительном опыте поддержки[92,93].

Во Вьетнаме на выборке пациентов с ТПЗ и их семей было проведено неконтролируемое исследование смешанной методологии (качество среднее, оценено для количественного раздела в 68 по Kmet) по типу случай-контроль и с целью подтверждения концепции[94]. Интервенция проводилась на уровне сообщества: сотрудники общественной организации «Союз женщин» в течение 12 месяцев организовывали групповые психообразовательные встречи, а также мероприятия по повышению осведомленности населения (например, шоу талантов и летние программы для школьников). Авторы сообщают о значительном положительном влиянии этих мероприятий на личностную адаптацию пациентов, четверть из них впоследствии получила оплачиваемую работу[94].

В нескольких исследованиях разного качества сообщалось, что семейные вмешательства приводят к повышению уровня социальной интеграции и самих пациентов, и членов их семьи[88,89,91]. Ирландское исследование программы по информированию родственников пациентов с ТПЗ[89] (Kmet 50 для исследования качественного типа) и британское исследование культурно-адаптированного семейного вмешательства для пациентов афро-карибского происхождения с диагнозом шизофрения и их семей[91] (Kmet 65) показали, что участники освоили конструктивные способы общения друг с другом, за счет чего улучшились внутрисемейные отношения. Высококачественное исследование (Kmet 85), проведенное в Иордании[88], продемонстрировало, что пациенты и их родственники приобрели навыки, которые позволили им чувствовать себя увереннее в повседневной жизни и/или уходе за пациентом, а также повысили чувство контроля и уровень социальной интеграции.

В двух статьях[92,94] изучалась экономическая целесообразность вмешательства. Британская семейная программа REACT по результатам экономического анализа потребовала достаточно высоких затрат, но не привела к улучшениям по сравнению с контрольной группой, таким образом, при стандартной готовности платить 20 000 000 фунтов стерлингов[92] это вмешательство нельзя считать экономически эффективным. Во вьетнамском исследовании[94] экономический анализ, основанный на сравнении показателей до и после вмешательства, наоборот, продемонстрировал значительное увеличение годового дохода участников программы (приблизительно с 80 до 120 долларов США), и, соответственно, снизилась среднегодовая финансовая нагрузка на семьи пациентов (примерно с 1500 до 1100 долл. США).

Вопросы реализации семейных вмешательств для пациентов с ТПЗ целенаправленно исследовались в двух работах: вышеупомянутом вьетнамском[94] (Kmet 45 для исследования качественного типа) и в иранском[86] исследовании (Kmet 60). По данным иранской психообразовательной службы, несмотря на информированность специалистов стационара, пациентов не так часто направляли на соответствующие программы (типичная программа состоит из восьми групповых сеансов для самих пациентов и шести параллельно проводимых групповых сеансов для их родственников)[86]. Авторы пришли к выводу, что основными препятствиями для внедрения программы были низкая осведомленность и негативное отношение клиницистов к психосоциальным методам лечения, что требует соответствующих культурных и организационных мер. Кроме того, многих родственников было трудно привлечь к участию из-за общего низкого уровня образования и территориальной удаленности центров проведения семинаров[86].

О нескольких факторах, способствующих внедрению программы, сообщается во вьетнамском исследовании[94], но следует отметить, что этот компонент исследования сомнителен в методологическом отношении. В условиях ограниченных ресурсов характеристики вмешательства во многом зависели от усилий активистов (сотрудников Союза женщин, которых рекрутировали из населения по принципу «делегирования задач»). Также подчеркивается важность обучения супервизии, чтобы у активистов была возможность овладеть необходимыми навыками и с уверенностью их применять[94]. Кроме того, высокому уровню вовлеченности (98%) способствовал тот факт, что встречи проходили в заранее согласованное время и по очереди в домах каждого из участников в разных деревнях, и в реализации программы так или иначе участвовало все сообщество.

Полезная информация об оптимальных методах внедрения и осуществления семейных вмешательств представлена в двух британских исследованиях[89,92,93]. На примере вышеописанной выборки пациентов афро-карибского происхождения было показано, что внедрению программы в первую очередь препятствовали ограниченность ресурсов и организационные проблемы (высокая нагрузка на персонал и приоритет неотложной помощи над повседневной). Еще одна непростая задача – найти квалифицированных и опытных специалистов, которые могли бы руководить процессом. Как и в других исследованиях, достаточно трудно было привлечь к программе REACT семьи пациентов[92]; некоторые сообщали, что из-за чрезмерного напряжения и стресса им трудно усваивать информацию.

Мероприятия под руководством или с участием самих пациентов

Было обнаружено семь публикаций, в которых оценивалась эффективность вмешательств под руководством или с участием других пациентов, которые не подпадали ни под одну из шести других категорий вмешательств[95-101]. Пять исследований принадлежали к количественному типу[97-101], из них четыре были рандомизированными[97-100]; одно исследование принадлежало к качественному типу[95], в двух использовалась смешанная методология[96,100]. Четыре были проведены в США[97,99-101] и по одному – в Австралии[96], Чили[95] и Германии[98].

Высококачественное РКИ, проведенное в Германии[98] (Kmet 96), показало, что индивидуальная поддержка со стороны других пациентов под эгидой местных психиатрических организаций привела за шестимесячный период к повышению чувства самоэффективности у пациентов экспериментальной группы по сравнению с контрольной. Среднее количество встреч между участниками группы и ее руководителями из пациентов (12,2±9,6), а также высокий уровень удержания в программе (75% против 60% в группе сравнения) также свидетельствуют об актуальности вмешательства.

В США рандомизированное исследование[99] (Kmet 85), где пациентам с ТПЗ, которые часто нуждались в стационар-

ной помощи, предоставлялась возможность взаимодействовать с равными наставниками, показало, что за 9 месяцев у пациентов экспериментальной группы улучшилось социальное функционирование, уменьшилась выраженность симптомов, снизился уровень злоупотребления психоактивными веществами и частота госпитализаций. Однако из тех, кому предлагалась помощь равных наставников, треть так с ними и не связались. Участники, которые прибегли к помощи, отличались по демографическим показателям (с большей вероятностью они относились к европеоидной расе, имели больше лет формального образования, меньшую выраженность психопатологических и соматических симптомов, а также проблем с употреблением алкоголя), что ограничивает надежность и возможность генерализации выводов.

Вмешательство на уровне сообщества, в проведении которого равные консультанты участвовали наравне с соцработниками в сфере психического здоровья, исследовалось в Чили[95] (Kmet 80); предполагалось, что такого рода работа будет способствовать выздоровлению и социальной интеграции пациентов путем повышения его вовлеченности в жизнь сообщества, семьи и друзей. Качественная оценка результатов показала, что вмешательство принципиально осуществимо, но пациенты часто подчеркивали, что их беспокоят временные ограничения проекта, а также возможность, что об их заболевании узнают соседи, если к ним часто будут приходить соцработники. Тем не менее большинство участников сообщили, что им понравилось взаимодействовать с работниками службы поддержки. Описанная интервенция помогла пациентам осознать важность участия в общественной деятельности для их функционального восстановления. Сообщалось также, что активисты программы поспособствовали налаживанию отношений между пациентами и персоналом психиатрических учреждений.

Эффективность работы равных консультантов в участковых психиатрических учреждениях изучалась в США в рамках количественного исследования (Kmet 69), которое включало также качественный компонент[100] (Kmet 60). По вовлеченности в жизнь сообщества и стремлению к реализации своих возможностей в этом отношении контрольная и экспериментальная группа не обнаруживали различий, ни через шесть, ни через 12 месяцев наблюдения. Однако из 50 участников экспериментальной группы только 29 встречались с равным консультантом более одного раза. В ретроспективном анализе через 24 месяца наблюдения участники, которые наладили контакт с равным наставником, больше участвовали в общественной деятельности по количеству дней. По результатам качественной части исследования, равные консультанты в полной мере выполняли свои обязанности, в том числе помогали пациентам пользоваться общественным транспортом, участвовать в общественных мероприятиях, воздерживаться от злоупотребления психоактивными веществами. Авторы предполагают, что пациенты неохотно вовлекаются в программу, поскольку считают консультантов слишком директивными или навязчивыми, но также отказ от участия в программе может быть связан с настроем пациента на самостоятельное решение проблем.

Еще одно исследование на той же выборке[101] сообщает, что пациенты высоко оценивали программу в целом и считали, что получили от нее больше пользы, если у них с работником службы поддержки формировался терапевтический альянс, но количество установленных контактов не влияло на эффект вмешательства.

В одном из испытаний оценивалась помощь равных консультантов в подготовке антикризисного плана на случай ухудшения состояния[97] (Kmet 69). Пациенты распределялись по группам случайным образом; в одной они работали вместе с равным наставником, в другой – с врачом-психиатром. С точки зрения расширения возможностей и приверженности пациентов авторы выявили небольшие различия между контрольной и экспериментальной группой, но различий в эффективности антикризисного плана обнаружено не было.

Последнее в этой группе исследование проводилось на базе группы равных консультантов Hearing Voice Network в Новом Южном Уэльсе, Австралия[96] (смешанная методология, количественная часть – Kmet 85, качественная – Kmet 75). Работа показала, что участие в проекте помогло участникам почувствовать себя менее социально изолированными и переосмыслить опыт вербальных галлюцинаций.

Обучение социальным навыкам

Было найдено 4 статьи, в которых оценивались программы обучения социальным навыкам для пациентов с ТПЗ[102-105], все они относились к количественному типу. Исследования на эту тему были проведены в США[104], Бразилии[105], Франции[102] и Израиле[103]. Три из этих работ – РКИ[103-105].

В первом, трехэтапном исследовании[104] (Kmet 93) ставился вопрос, способствует ли включение сеансов “живого общения в условиях сообщества” в программу обучения социальным когнитивным навыкам (всего 24 сеанса) генерализации этих навыков и улучшению функционирования в «реальном мире». Хотя обучение социальным навыкам улучшало способности пациентов в плане эмоционального интеллекта, распознавания эмоций по лицу и эмпатии вне зависимости от формата, по уровню функционирования обе экспериментальных и контрольная группа не отличались друг от друга. Авторы исследования предположили, что данные результаты могут быть связаны с низкой чувствительностью оценочных инструментов.

Тем не менее аналогичные результаты были получены в РКИ[103] (Kmet 75), в котором участвовали пациенты с ТПЗ из отделений реабилитации; на протяжении 6 месяцев оценивалась результативность таких вмешательств, как тренинг социального познания и взаимодействия, групповая терапия под руководством специалиста и терапия, сфокусированная на терапевтическом альянсе; контрольной группой служили пациенты, проходившие ОР. В отличие от предыдущего исследования, основным исходом был уровень социального функционирования, а не социального познания. Хотя в обеих экспериментальных группах показатели социального познания значительно улучшились по сравнению с контрольной группой ОР, в социальном функционировании различий не обнаружено (результат оценивался через три месяца наблюдения). Следует отметить, что целиком программу прошла только треть участников.

В следующем, небольшом, но качественном (Kmet 93) исследовании[105] сравнивали 20-недельную групповую программу обучения социальным навыкам, включающую ролевые игры и домашние задания, с группой динамического наблюдения для пациентов с терапевтически резистентной шизофренией, получающих терапию клозапином. Исследование планировалось для оценки негативных симптомов в динамике, социальные навыки рассматривались в качестве вторичного исхода. Через шесть месяцев наблюдения и по окончании программы различий между группами в социальных навыках (и в выраженности негативных симптомов) обнаружено не было. Авторы отмечают, что используемые инструменты для оценки социальных навыков не были формально стандартизированы на выборке пациентов с ТПЗ, и поэтому отдельные признаки улучшения могли быть упущены.

В отличие от предыдущих трех, небольшое пилотное исследование[102] (Kmet 86) по оценке проекта Positive Emotions Program for Schizophrenia демонстрирует положительную динамику в выраженности негативных симптомов

и в социальном функционировании. В программу входили восемь еженедельных групповых занятий, направленных на редукцию ангедонии и апатии у пациентов с ТПЗ путем подкрепления положительных эмоций и развития позитивного мышления. Помимо ограничений, связанных с дизайном исследования, следует отметить, что участники этой программы были в среднем моложе, чем пациенты в других исследованиях, что может частично объяснить положительные результаты.

НАРРАТИВНЫЙ СИНТЕЗ

Общая картина выводов

Статей, которые рассматривают вопрос социальных вмешательств в реабилитации пациентов с ТПЗ, достаточно много. Мы включили в обзор исследования с известной доказательной базой (поддерживаемое жилье, поддерживаемое трудоустройство и семейные интервенции), а также вмешательства, которые пока только изучаются (поддерживаемое образование, вмешательства под руководством/при участии равных консультантов, а также вмешательства, направленные на улучшение социальных навыков и участие в жизни сообщества). Большая часть исследований, в том числе высокого качества, посвящена программам поддерживаемого жилья и поддерживаемой занятости, но по результатам поиска можно сказать, что в последнее время появляется все больше работ по равному консультированию. Исследований, которые оценивали бы экономическую эффективность перечисленных вмешательств, наоборот, за последнее время немного.

Результаты нашего обзора согласуются с предшествующими работами, которые признают целесообразными инвестиции в модель поддерживающей адаптации HF[45,106], модель поддерживаемой занятости ИПР[72] и семейные психообразовательные программы[107], но мы также обнаружили исследования, которые говорят о целом ряде программ поддерживаемого проживания, занятости и психообразования, которые могут быть более доступны и уместны в каждом данном культурном контексте[108-110].

Интерес исследователей также привлекают стратегии усовершенствования реабилитационных вмешательств, которые позволили бы повысить их результативность; в частности, такие подходы использовались в дополнение к программам поддерживаемого трудоустройства и обучения социальным навыкам и были ориентированы в первую очередь на устранение когнитивных нарушений, связанных с ТПЗ. Но результаты этих исследований пока нельзя назвать обнадеживающими: несмотря на отчетливое улучшение когнитивных способностей, большинство из этих аугментационных стратегий, по-видимому, не приводят к реальному улучшению функционирования. Тем не менее исследования в этой области продолжаются, и мы обнаружили две работы, в которых усовершенствование программы поддерживаемой занятости (обучение социальным навыкам непосредственно на рабочем месте и такой поведенческий подход, как «безошибочное обучение»)[55,65] было действительно ассоциировано с улучшением показателей функционирования.

В большинстве исследований, где изучались вмешательства под руководством и с участием других пациентов, сообщалось о положительных результатах, в том числе в четырех РКИ[97–100]. Равные консультанты часто привлекались к осуществлению других социальных интервенций, включенных в наш обзор: в качестве сотрудников реабилитационных колледжей[46-50] и соорганизаторов семейных интервенций[90-93], которые могут предоставить личный опыт, не всегда знакомый медицинским работникам. Показано, что участие равных консультантов особенно полезно для пациентов в плане формирования доверия и создания социальных связей[47,50], ощущения, что их проблемы с психическим здоровьем кто-то понимает[96], и, за счет этого, – улучшения взаимодействия со службами охраны психического здоровья[95].

Наш обзор также выявил ряд общих факторов, способствующих успешной реализации социальных вмешательств. Сюда относились мотивация заинтересованных сторон; дружественность местной политики и наличие ресурсов; обучение, супервизия, возможность коммуникации для обмена идеями и знаниями для тех, кто осуществляет вмешательство, чтобы не допустить размывания понятий и ценностей. Полезно было организовать контроль качества и результатов посредством психометрических или статистических методов. Кроме того, важно привлечь внимание местных активистов и лидеров мнений[37,42,43,66].

Также было выявлено несколько факторов, препятствующих реализации проектов. Например, в исследованиях по поддерживаемому проживанию такими препятствиями были низкая доступность жилья и политика заинтересованных сторон, которая не соответствовала изначальным планам или препятствовала их реализации. В исследованиях по поддерживаемой занятости препятствиями служили высокий уровень безработицы и развитая система социальных пособий, которые демотивировали пациентов и не позволяли им найти оплачиваемую работу хотя бы на неполный рабочий день. В исследованиях по семейным вмешательствам реализации программ препятствовали негативное отношение специалистов, организующих направление, а также практические препятствия, например проведение сеансов в учреждениях, до которых пациентам и их родственникам приходится долго добираться[86].

Факторы, повлиявшие на выводы

Контекст

Во многих исследованиях подчеркивалось влияние контекста, в котором проводились исследования. Это особенно актуально для литературы по поддерживаемому проживанию, поскольку жилищная политика в разных местностях значительно отличается (например, в плане предоставления социального жилья и юридических оснований на его получение); сама психиатрическая помощь в разных странах организована по-разному, поскольку после деиндустриализации они пошли разными путями.

Многие из обнаруженных нами исследований по поддерживаемому проживанию касались HF, которая, как ранее было показано, действительно помогает обеспечить бездомных с проблемами психического здоровья, чаще именно ТПР, стабильным жильем, но влияние ее на другие исходы уже менее достоверно[45,111]. Модель HF популярна в США и Канаде из-за высокого уровня бездомности среди людей с ТПЗ, но эта проблема вторична по отношению к недостаткам в организации здравоохранения, социального обеспечения и социальных пособий[112]; в других странах, где доступность медицинской и социальной помощи выше, исторически наблюдался гораздо более низкий уровень бездомности среди людей с ТПЗ. В Великобритании за последние десятилетия был выработан другой тип организации поддерживаемого проживания, который предполагает, что пациенты будут постепенно переходить от условий с массивной внешней поддержкой к большей самостоятельности. У этой системы есть свои недостатки: например, в том, что по мере выздоровления пациентам приходится снова проходить те же шаги.

Результативность HF варьировалась даже в рамках одной страны, Канады, в разных городах. Stergiopoulos и соавт.[36], которые работали в Ванкувере, пришли к выводу, что для

пациентов с психозами HF следует сочетать с ИЛС; , в то время как исследование Aurby и соавт.[28] в небольшом канадском городе не подтвердило эффективности этой комбинации.

Исследование ИПР с дополнительными вмешательствами, проведенное в Китае[65,70], показало, что на его эффективность значительно влияют культурные факторы, характерные для местного контекста. Аналогичные результаты получены в некоторых исследованиях по интервенциям на семейном уровне: за счет адаптации к культурным особенностям целевой группы соответствующие проекты во Вьетнаме[94] и в Великобитании (на пациентах афро-карибского происхождения)[89]. В последнем говорится, что успех подхода во многом зависит от компетентности и навыков семейных терапевтов в плане культурных особенностей. Сходным образом в индийском исследовании[84] культурной адаптации способствовало включение в семейную психообразовательную программу сеансов групповой терапии под руководством местных активистов[84].

Для каждого локального контекста характерны и свои проблемы: например, при реализации программы поддерживаемого трудоустройства в судебно-медицинских учреждениях[69], организаторы столкнулись со стигматизацией и формальными препятствиями к трудоустройству для лиц с судимостью.

В соответствии с ранее опубликованными статьями по вопросам внедрения реабилитационных программ[113], результаты рассмотренных нами исследований подчеркивают необходимость учитывать все локальные факторы и соответствующим образом адаптировать планируемые интервенции.

Неопределенность терминологии

Наши интерпретации могут быть поставлены под сомнение в связи с отсутствием единообразной терминологии, которая использовалась бы для описания вмешательств. Это было особенно заметно в исследованиях по поддерживаемому проживанию. Этот вопрос уже поднимался в литературе, и специалисты предложили общий лексикон для обсуждения таких вмешательств[114,115], но, по нашим сведениям, пока не все исследователи им пользуются.

Приведенные данные по программам, обозначенным как HF, представляются достаточно убедительными и свидетельствуют о хороших результатах в плане стабильного места проживания, но в ряде исследований этот термин использовался для описания моделей поддерживаемого проживания, которые не соответствуют классической модели HF. Например, авторы говорят о программах, где персонал проживает в непосредственной близости от пациентов, а не периодически их посещает[32,41], или где пациентов размещали в общежитиях, а не индивидуальных квартирах[35]. Следует отметить, что высококачественное исследование, проведенное Somers и соавторами[35], не обнаружило различий между клиентами классической программы HF (где поддержку оказывают выездные бригады), и пациентами, которые имели непосредственный доступ к помощи социальных работников. Это говорит о необходимости дальнейших исследований, которые сравнивали бы различные модели, хотя недавно были описаны определенные организационные препятствия для их осуществления[116].

Неоднородность целевой группы

Мы попытались свести к минимуму различия в целевой популяции, отобрав только те исследования, где большинство участников страдали ТПЗ. Однако это не всегда отчетливо постулировалось, особенно в исследованиях, посвященных поддерживаемому обучению и вмешательствам под руководством равных наставников, возможно, из идейных соображений о диагностических «ярлыках», а также из-за методологических различий между исследованиями количественного и качественного типа.

Кроме того, неопределенность терминологии в некоторых исследованиях распространялась и на квалификацию целевой группы. Например, модель поддерживаемого проживания по типу HF очень похожа на выездные службы в Великобритании, но последние, как правило, работают с пациентами, которые страдают менее тяжелыми психическими расстройствами[33].

Содержание программ

В целом каждое конкретное вмешательство было описано достаточно подробно, но по содержанию и статусу они значительно различались. Некоторые из них давно существуют в четко определенном и устоявшемся формате (например, HF, ИПР, семейное психообразование), в то время как другие (особенно в разделах о вмешательствах на уровне сообщества и под руководством/с участием равных консультантов) еще не имеют официального статуса и четких критериев качества (исключением является программа Clubhouse). Тем не менее в большинстве исследований описан процесс обучения и супервизии сотрудников, а также контроль качества, где это было уместно.

Кроме того, вмешательства в разных исследованиях отличались по продолжительности, в большей мере это касалось программ под руководством и при участии равных консультантов; отсюда возникает вопрос, какова оптимальная продолжительность программы, необходимая для получения положительных результатов.

Надежность доказательств

Приведенные данные достаточно сложно было синтезировать в связи со множеством ограничений: различиями в определении “положительного исхода”, широким диапазоном методов оценки результата, отдельные из которых не включали психометрического тестирования; различиями в периодах наблюдения и представлений об “обычной реабилитации” в контрольной группе. Например, среди исследований по поддерживаемой занятости успешным исходом могло считаться устройство на оплачиваемую должность, или на должность, специально выделенную для незащищенной категории граждан; результаты также оценивались поразному (уровень занятости, длительность работы на одном месте, отработанное время и уровень заработной платы).

Принимая во внимание эти ограничения, наши результаты предоставили убедительные доказательства в пользу: эффективности HF в обеспечении бездомных с ТПЗ стабильным местом жительства; эффективности ИПР в повышении показателей занятости; эффективности семейных интервенций в виде формирования более прочных социальных связей и отношений, улучшения функционирования и снижения нагрузки на лиц, осуществляющих уход. Вмешательства под руководством и при поддержке равных консультантов также имеют хорошую доказательную базу. Мы обнаружили ряд исследований высокого методологического качества, в которых оценивались когнитивные вмешательства, направленные на улучшение социальных навыков людей и повышение эффективности программ поддерживаемой занятости, но, хотя они приводили к улучшению когнитивных функций, на социальном функционировании они сказывались в меньшей степени.

Исследования по вмешательствам на уровне сообщества отличались большей методологической гетерогенностью и были менее качественными, но по их результатам также можно сказать, что соответствующие интервенции приво-

дят к улучшению социального функционирования, снижению социальной изоляции, появлению у пациентов уверенности в себе и своих возможностях.

Во всех исследованиях, посвященных поддерживаемому образованию, сообщалось об оценке одного восстановительного колледжа, и у них были существенные ограничения, в том числе небольшой размер выборки, отсутствие контрольных групп и систематическая ошибка выборки. Тем не менее постоянно положительные результаты обнадеживают и предполагают, что эти вмешательства могут помочь некоторым людям в достижении личных и образовательных целей.

Возможность экстраполяции

Большая часть исследований проводилась в странах с высоким уровнем дохода, и только 11 (из 72) были проведены за пределами США, Канады, Европы или Австралии, что ограничивает возможность экстраполяции наших результатов, как и рассмотренные выше соображения о высокой значимости местных условий и гетерогенности целевых групп.

Большинство участников в рассмотренных исследованиях – мужского пола, поэтому для женщин они могут быть менее актуальны. Кроме того, описанные вмешательства часто проводились параллельно с обычными мероприятиями службы психического здоровья, которые часто вообще не описывались. В особенности это относится к исследованиям с участием равных консультантов, что также ограничивает возможности обобщения.

Наконец, для нашего исследования актуальна проблема, которая часто касается комплексных вмешательств: внедрение рассмотренных программ активно поддерживалось исследователями и местными активистами, но вне этих условий может быть гораздо сложнее их организовать.

ОБСУЖДЕНИЕ

Наш обзор еще раз подтверждает ценность инвестиций в программы поддерживаемого проживания, трудоустройства и семейного психообразования для пациентов с ТПЗ, которые способствуют их включению в социальную и экономическую жизнь. Также приводятся положительные результаты программ, в разработке и осуществлении которых участвовали равные консультанты. Важно вновь упомянуть, что для повышения качества доказательств необходима согласованность в параметрах и методах исследования (таких как основные его элементы, продолжительность вмешательства, конкретные оцениваемые результаты и период, за который оценивается эффективность). С пониманием относясь к позиции специалистов, которые хотели бы говорить о людях, а не о “диагнозах”, с целью повышения качества последующих работ мы призываем исследователей разработать общий язык для описания целевой группы, которую мы назвали “пациенты с ТПЗ”.

Несмотря на многочисленные ограничения, для некоторых интервенций получены надежные и значимые доказательства эффективности. Тем не менее по нашим данным социальные вмешательства, вне зависимости от того, проводятся они на уровне реабилитационной службы или в индивидуальном порядке, должны быть адаптированы к потребностям конкретного человека и к местным условиям – что неудивительно, поскольку их целью является в социальном смысле изменить мир вокруг человека в положительную сторону. Отсюда следует, что социальные вмешательства, пожалуй, наиболее сложный вид психиатрической помощи.

Кроме того, хотя исследования по какому-то виду вмешательства или схожих с ним интервенциях могут сообщать об одинаково «положительных» результатах, правильная интерпретация этих данных не всегда лежит на поверхности. Например, возникают вопросы к программам поддерживаемой занятости: обеспечивает ли минимальная ставка на низкооплачиваемой работе те вторичные выгоды и «материальную и онтологическую безопасность», которые ожидаются от оплачиваемой работы в принципе[117]? Отсюда следует необходимость критического анализа в отношении критериев благоприятного исхода. Настораживает и тот факт, что реальная эффективность ИПР в содействии устройству на оплачиваемые должности не улучшилась с 2011 года, несмотря на доказательства, подтверждающие ее эффективность[118].

Аналогичным образом в литературе по поддерживаемому проживанию превалируют исследования программы HF. Тем не менее обеспечение стабильности места проживания – первичный результат, по которому оценивается эффективность интервенции, – хотя и имеет важное значение, по-видимому, не приводит к последующему улучшению функционирования в других сферах. В работах по другим формам поддерживаемого проживания сообщается о других важных результатах, например успешном переходе к более самостоятельному функционированию; вероятно, это отражает различия в работе систем здравоохранения и социального обслуживания в разных странах; но непосредственно влияние на психическое состояние и социальное функционирование изучается гораздо реже.

Killaspy и соавт.[33,34], основываясь на данных национальной исследовательской программы по поддерживаемому проживанию для психиатрических пациентов в Великобритании, пришли к выводу, что целесообразно организовать несколько типов проживания, чтобы для конкретного пациента можно было подобрать подходящие условия в соответствии с его потребностями, а не инвестировать только в одну программу (HF, например). Они также подчеркивают, как важно учитывать безопасность отдельных пациентов при принятии решения о наиболее подходящем типе жилья, учитывая, что такие пациенты часто не способны себя обслуживать и уязвимы к эксплуатации. Нужно также упомянуть об одном обобщающем исследовании опыта пациентов, которые пользуются услугами программы поддерживаемого проживания[119]: оно показало, что, несмотря на поддержку сотрудников HF, в местном сообществе они часто чувствовали себя изолированными.

Исследования по поддерживаемой занятости также выявили важный аспект, который важно учитывать при переносе ранее разработанных моделей на новую почву: отличия коллективистской и индивидуалистической культуры. В частности, исследование Zhang и соавт.[65], проведенное в Китае, показало, что вмешательство будет гораздо эффективнее, если будет концентрироваться не только на самом пациенте, а на всей его семье. То же правило актуально для программ поддерживаемого проживания: подавляющее большинство исследований было проведено в западных странах, где личной независимости придается большое значение, но в странах, где высока приверженность семье, этот факт имеет меньшее значение.

Конкретная степень влияния культурных аспектов на эффективность социальных вмешательств не изучена, но исследователями признается потенциальная значимость их культурной адаптации, в частности для пациентов с ТПЗ[120], и в большей степени по отношению к семейным психообразовательным программам[121].

В ряде исследований подчеркиваются преимущества социальных вмешательств в рамках программы, ориентированной на функциональное восстановление[45-50,62,76,78]. В британском исследовании[34] показано, что программа поддерживаемого проживания помогает пациентам постепенно приобретать все большую независимость. При этом лишь немногие исследования отмечают роль обученного персо-

нала[29,122,123]. Более эффективными, как отмечают Agrest и соавт.[95], реабилитационные программы делает участие равных консультантов, но важно предоставить им гибкие условия и позволить действовать в своем темпе, чтобы сформировать терапевтический альянс[101].

Наши выводы о преимуществах вмешательств под руководством и при поддержке равных консультантов в сфере психического здоровья согласуются с результатами предыдущего Кокрейновского обзора[124]. Однако из некоторых исследований многие участники выбывали, что свидетельствует о проблемах реализации программы. Конечно, низкая вовлеченность может быть связана с целым рядом личных или практических аспектов (таких как степень тяжести заболевания или доступность соответствующих услуг). Тем не менее доверительные отношения между работником службы поддержки и пациентом являются решающим фактором для успешной реализации проекта[101]. Возможно, дополнительные исследования позволили бы понять, как помочь обоим сторонам наладить контакт и повысить таким образом охват программы.

Несмотря на надежную доказательную базу, реализация семейных вмешательств по-прежнему представляет собой проблему, часто вторичную по отношению к нехватке ресурсов[89]. В странах с низким уровнем дохода отрицательное отношение к людям с ТПЗ и непонимание потенциальных преимуществ психосоциальных подходов могут служить дополнительными препятствиями, наряду с такими практическими проблемами, как неграмотность населения и низкий уровень доступности социальных услуг[86]. По нашим данным, семейное психообразование все же набирает популярность, возможно, как более осуществимый вариант. Однако, к нашему удивлению, мы обнаружили только одно исследование, в котором оценивалась программа психообразования для родственников пациентов с ТПЗ в онлайн-формате[92,93]; известно, что в работе с детьми этот формат развивается быстрее[125].

Мы выяснили, что вмешательства, которые поощряют участие пациентов с ТПЗ в жизни общества, используют много новых интересных подходов и демонстрируют многообещающие результаты. Очевидно, интерес к этой области в последние годы растет, но изучение вопросов реальной эффективности и практической применимости этих интервенций находится еще на начальной стадии[126]. Однако разнообразие методов и творческий подход являются на данный момент одной из сильных сторон этой категории вмешательств, поэтому «чрезмерная операционализация» может оказаться контрпродуктивной. Тем не менее можно надеяться, что дальнейшие исследования помогут определить важные составляющие процесса, вопросы структурной и общественной организации, а также возможность использовать опыт равных консультантов, в целях социальной и личностной реадаптации пациентов.

Примером может служить программа Clubhouse. По данным недавнего обзора[127] мы можем говорить о значительных преимуществах этого подхода, который вполне реализуем и эффективен в повышении социальной интеграции и компетентности пациентов с ТПЗ, а значит, целесообразно было бы включить его в программу реабилитационных мероприятий. Авторы также отмечают, что необходимы дальнейшие исследования, где сравнивалась бы эффективность этих программ и ИПР с точки зрения показателей трудоустройства[127].

На удивление мало исследований, оценивающих программы обучения социальным навыкам, в которых говорится о релевантных для нашего обзора социальных исходах. Большинство посвящено когнитивным вмешательствам[103-105], как самостоятельных, так и в дополнение к программам поддерживаемого трудоустройства[51,54,56,57,63,64]. Результаты неутешительны: улучшение когнитивного функционирования не влияло на исход в плане социального функционирования и трудоустройства. Такие показатели могут быть следствием низкой приверженности[51,54,103]; но недавнее серьезное исследование обучения социальным навыкам и взаимодействию для пациентов с шизофренией[128] не выявило отличий от контрольной группы в социальном познании и социальном функционировании через три месяца наблюдения. Отдельно выполненный анализ по пациентам, которые посетили хотя бы половину занятий, не изменил картину.

Хотя в общем мы не включали в обзор исследования, в которых говорилось только о качестве жизни, а не о конкретных результатах в плане социального функционирования, мы стали исключать на этом основании статьи по экономике здравоохранения, поскольку в большинстве случаев показатель качества жизни используется для расчета количества лет жизни с поправкой на качество. Тем не менее мы выявили очень мало исследований по экономической эффективности перечисленных реабилитационных программ. Исключение касалось семейного психообразования[92,93]. Мы также нашли исследование, показывающее, что, когда люди переходят от поддерживаемого к более самостоятельному проживанию, общие затраты на медицинскую помощь снижаются[34], по-видимому, в связи с тем, что переезд означает улучшение способности человека самостоятельно себя обслуживать.

Наш обзор можно назвать широкомасштабным, поскольку он включал семь категорий социальных вмешательств для пациентов с ТПЗ. Сильной стороной нашего исследования было использование нарративного синтеза для обобщения исследований с различными типами методологии, и сбор данных не только об эффективности, но и об организационных аспектах вмешательств. Однако, как уже говорилось во введении, некоторые релевантные исследования могли выпасть из нашего поля зрения из-за несогласованности в определениях социальных вмешательств.

Мы ограничили поиск исследованиями, посвященными исключительно пациентам с ТПЗ, чтобы обеспечить актуальность результатов именно для этой группы. Но за счет этого в выборку не попали исследования, которые были нацелены на другие клинические группы или вообще не сообщали диагнозы участников, но потенциально могли содержать данные по пациентам с ТПЗ. Не включались в итоговую выборку исследования, в которых не сообщалось о социальных исходах, оговоренных как целевые в нашем анализе, хотя они также могли содержать сведения, относящиеся к людям с ТПЗ.

Чтобы обойти эти проблемы, мы использовали итеративный подход и принимали решение о включении статьи в выборку согласно заранее оговоренному алгоритму, при этом каждая работа рассматривалась двумя экспертами, а если они не сходились во мнении – также и третьим; кроме того, группа авторов регулярно встречалась для обсуждения таких решений. Кроме того, качество каждой статьи оценивалось с использованием надежного инструмента оценки, что позволило нам сделать выводы более достоверными.

Также необходимо заметить, что мы включили в исследование только статьи, опубликованные на английском языке, за счет чего могла быть упущена значительная часть данных, опубликованных на других языках, особенно в странах НСУД.

ВЫВОДЫ

Тема социальных вмешательств для пациентов с ТПЗ в последние годы привлекает все больше внимания исследователей. Следует отметить, что интервенции на уровне социальных служб с надежной доказательной базой (программы поддерживаемого проживания и поддерживаемой

занятости), как правило, получали политическую и финансовую поддержку государства (например, HF в Канаде и США; ИПР в США, Великобритании и Австралии), что способствовало их повсеместному внедрению и изучению; в то же время другие потенциально эффективные вмешательства, как, например, семейное психообразование, столкнулись с организационными трудностями.

Возможная причина в том, что политики и организаторы скорее обратят внимание на реабилитационные меры с потенциальными экономическими преимуществами (например, за счет сокращения сроков госпитализации и снижения уровня безработицы). Но такие "ощутимые результаты" не всегда в полной мере отражают успешность вмешательства. Многие исследования, которые мы включили в обзор, сообщают о неочевидных, но крайне важных результатах: многие из перечисленных реабилитационных мер помогают пациентам обрести уверенность и интегрироваться в общество. Хотя для самих пациентов это, безусловно, ценно, достаточно ли этого, чтобы убедить правительство финансировать такие мероприятия?

Кроме того, мы попытались выделить социальные вмешательства, которые помогали бы пациентам интегрироваться в социальную и экономическую жизнь общества в целом, но условия во многих исследованиях были таковы, что пациенты общались только между собой. Считать ли это участием в общественной жизни, зависит от определения термина. В последние годы все больше данных свидетельствуют о том, что изоляция приводит к ухудшению здоровья и социального функционирования, и поэтому следует ценить любые возможности для поддержания социальных связей[129].

То же самое можно сказать об исследованиях по поддерживаемому образованию. Во всех работах, которые мы включили в обзор, оценивались восстановительные колледжи. Но еще несколько лет назад все исследования в этой области были сосредоточены на поддержке пациентов во время обучения в учреждениях общего образования[130]. Возможно, это свидетельствует о готовности общества рассматривать образование пациентов с ТПЗ в первую очередь как образование, а не как часть психиатрической помощи, и в целом о развитии инклюзивного направления в образовании.

Еще одна проблема социальной реабилитации – приоритет психо-и фармакотерапии. Тот факт, что медикаментозное лечение недостаточно хорошо помогает длительно болеющим пациентам, воспринимается спокойно, но к социальным вмешательствам предъявляются гораздо более высокие требования. Низкая приверженность – насущная проблема, но она не ограничивается сферой реабилитации. Недавний систематический обзор[131] показал, что несоблюдение режима фармакотерапии среди пациентов с ТПЗ составляет 49%[131], а помощью психологов, по британским данным, пользуются менее 20%[132]. По нашим данным, приверженности могло бы способствовать участие самих пациентов в разработке программ реабилитации.

Подводя итоги, сформулируем ряд рекомендаций для последующих исследований в этой области. Во-первых, необходимо четко определить, что понимается под социальным вмешательством. Аналогичным образом следует заранее определить актуальные для данного вмешательства благоприятные социальные исходы. Чтобы облегчить интерпретацию и сравнение результатов, следует использовать стандартную терминологию, принятую в литературе по конкретным социальным интервенциям. Дополнительного обсуждения требует проблема, связанная с описанием пациентов в диагностических категориях, особенно это актуально для исследований качественного типа и с участием равных консультантов. Наконец, имея в виду недостатки всех предыдущих исследований и неучтенные контекстуальные факторы, предстоит провести дальнейшие многоцентровые РКИ, в том числе вмешательств, для которых мы уже привели доказательную базу.

БЛАГОДАРНОСТИ

Авторы хотели бы поблагодарить C. Bressanutti (Мельбурнский университет) и A. Holman (Neami National, Австралия) за административную помощь в подготовке этой статьи. Первые авторы статьи – H. Killaspy и C. Harvey.

Библиография

1. Thornicroft G. European mental health policy: the key issue is social inclusion. Eur J Public Health 2011;21:548-9.
2. Knapp M, Wong D. Economics and mental health: the current scenario. World Psychiatry 2020;19:3-14.
3. Bloom D, Cafiero E, Jané-Llopis E et al. The global economic burden of non-communicable diseases. Presented at the World Economic Forum, Geneva, January 2011.
4. World Health Organization. Comprehensive mental health action plan 2013-2030. Geneva: World Health Organization, 2021.
5. Australian Government Productivity Commission. Mental health inquiry report. Canberra: Productivity Commission, 2020.
6. Boardman J, Currie A, Killaspy H et al. Social inclusion and mental health. London: RCPsych Publications, 2010.
7. Morgan V, Waterreus A, Carr V et al. Responding to challenges for people with psychotic illness: updated evidence from the Survey of High Impact Psychosis. Aust N Z J Psychiatry 2017;51:124-40.
8. World Health Organization Regional Office for Europe. Mental health, human rights and standards of care. Assessment of the quality of institutional care for adults with psychosocial and intellectual disabilities in the WHO European Region. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2018.
9. Care Quality Commission. Mental health rehabilitation inpatient services; ward types, bed numbers and use by clinical commissioning groups and NHS trusts. London: Care Quality Commission, 2018.
10. Meltzer H. Treatment resistant schizophrenia: the role of clozapine. Curr Med Res Opin 1997;14:1-20.
11. Menezes M, Arenovich T, Zipursky R. A systematic review of longitudinal outcome studies of first-episode psychosis. Psychol Med 2006;36:1349-62.
12. Green M. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? Am J Psychiatry 1996;153:321-30.
13. Allott K, Liu P, Proffitt T et al. Cognition at illness onset as a predictor of later functional outcome in early psychosis: systematic review and methodological critique. Schizophr Res 2011;125:221-35.
14. Fett A, Viechtbauer W, Dinubgyez M et al. The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia. Neurosci Biobehav Rev 2011;35:573-88.
15. Deegan P. Recovery as a journey of the heart. Psychiatr Rehabil J 1996;19:91-7.
16. Le Boutillier C, Leamy M, Bird V et al. What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. Psychiatr Serv 2011;62:1470-6.
17. Falkov A, Goodyear M, Hosman C et al. A systems approach to enhance global efforts to implement family-focused mental health interventions. Child Youth Serv 2016;37:175-93.
18. National Institute for Health and Care Excellence. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. London: National Institute for Health and Care Excellence, 2014.
19. Dieterich M, Irving C, Bergman H et al. Intensive case management for severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev 2017;1:CD007906.
20. Priebe S. Social outcomes in schizophrenia. Br J Psychiatry 2007;191:S15-20.
21. Cohen A, Glynn S, Murray-Swank A et al. The family forum: directions for the implementation of family psychoeducation for severe mental illness. Psychiatr Serv 2008;59:40-8.
22. Hill H, Killaspy H, Ramachandran P et al. A structured review of psychiatric rehabilitation for individuals living with severe mental illness within three regions of the Asia-Pacific: implications for practice and policy. Asia Pac Psychiatry 2019;11:e12349.
23. Royal Commission into Victoria's Mental Health System. A new

approach to mental health and wellbeing in Victoria. Melbourne: Royal Commission into Victoria's Mental Health System, 2021.
24. Price-Robertson R, Obradovic A, Morgan B. Relational recovery: beyond individualism in the recovery approach. Adv Ment Health 2017;15:108-20.
25. Kuipers E, Onwumere J, Bebbington P. Cognitive model of caregiving in psychosis. Br J Psychiatry 2010;196:259-65.
26. Kmet L, Lee R, Cook L. Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields. Alberta: National Institute for Health Research, 2004.
27. Popay J, Roberts H, Sowden A et al. Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews: a product from the ESRC Methods Programme. Lancaster: Lancaster University, 2006.
28. Aubry T, Bourque J, Goering P et al. A randomised controlled trial of the effectiveness of Housing First in a small Canadian city. BMC Public Health 2019;19:1154.
29. Bitter N, Roeg D, van Assen M et al. How effective is the comprehensive approach to rehabilitation (CARe) methodology? A cluster randomized controlled trial. BMC Psychiatry 2017;17:396.
30. Brown M, Jason L, Malone D et al. Housing first as an effective model for community stabilization among vulnerable individuals with chronic and nonchronic homelessness histories. J Community Psychol 2016;44:384-90.
31. Gutman S, Raphael-Greenfield E. Effectiveness of a supportive housing program for homeless adults with mental illness and substance use: a two-group controlled trial. Br J Occup Ther 2017;80:286-93.
32. Holmes A, Carlisle T, Vale Z et al. Housing First: permanent supported accommodation for people with psychosis who have experienced chronic homelessness. Australas Psychiatry 2017;25:56-9.
33. Killaspy H, Priebe S, Bremner S et al. Quality of life, autonomy, satisfaction, and costs associated with mental health supported accommodation services in England: a national survey. Lancet Psychiatry 2016;3:1129-37.
34. Killaspy H, Priebe S, McPherson P et al. Predictors of moving on from mental health supported accommodation in England: national cohort study. Br J Psychiatry 2020;216:331-7.
35. Somers J, Moniruzzaman A, Patterson M et al. A randomized trial examining Housing First in congregate and scattered site formats. PLoS One 2017;12:e0168745.
36. Stergiopoulos V, Gozdzik A, Misir V et al. The effectiveness of a Housing First adaptation for ethnic minority groups: findings of a pragmatic randomized controlled trial. BMC Public Health 2016;16:1.
37. Macnaughton E, Nelson G, Worton SK et al. Navigating complex implementation contexts: overcoming barriers and achieving outcomes in a national initiative to scale out Housing First in Canada. Am J Community Psychol 2018;62:135-49.
38. Padmakar A, de Wit E, Mary S et al. Supported Housing as a recovery option for long-stay patients with severe mental illness in a psychiatric hospital in South India: learning from an innovative de-hospitalization process. PLoS One 2020;15:e0230074.
39. Rhenter P, Moreau D, Laval C et al. Bread and shoulders: reversing the downward spiral, a qualitatitve analyses of the effects of a Housing First-type program in France. Int J Env Res Pub Health 2018;15:520.
40. Roos E, Bjerkeset O, Sondenaa E et al. A qualitative study of how people with severe mental illness experience living in sheltered housing with a private fully equipped apartment. BMC Psychiatry 2016;16:186.
41. Stanhope V, Choy-Brown M, Tiderington E et al. Case manager perspectives on the role of treatment in supportive housing for people with severe mental illness. J Soc Soc Work Res 2016;7:507-25.
42. Stergiopoulos V, Zerger S, Jeyaratnam J et al. Dynamic sustainability: practitioners' perspectives on Housing First implementation challenges and model fidelity over time. Res Soc Work Pract 2016;26:61-8.
43. Worton S, Hasford J, Macnaughton E et al. Understanding systems change in early implementation of Housing First in Canadian communities: an examination of facilitators/barriers, training/technical assistance, and points of leverage. Am J Community Psychol 2018;61:118-30.
44. Nelson G, Goering P, Tsemberis S. Housing for people with lived experience of mental health issues: Housing First as a strategy to improve quality of life. In: Walker C, Johnson K, Cunningham L (eds). Community psychology and the socio-economics of mental distress: international perspectives. Basingstoke: Palgrave MacMillan, 2012:191-205.
45. Aubry T, Goering P, Veldhuizen S et al. A multiple-city RCT of Housing First with assertive community treatment for homeless Canadians with serious mental illness. Psychiatr Serv 2016;67:275-81.
46. Ebrahim S, Glascott A, Mayer H et al. Recovery Colleges: how effective are they? J Ment Health Train Educ Pract 2018;13:209-18.
47. Hall T, Jordan H, Reifels L et al. A process and intermediate outcomes evaluation of an Australian recovery college. J Rec Mental Health 2018;1:7-20.
48. Sommer J, Gill K, Stein-Parbury J et al. The role of recovery colleges in supporting personal goal achievement. Psychiatr Rehabil J 2019;42:394-400.
49. Sutton R, Lawrence K, Zabel E et al. Recovery college influences upon service users: a recovery academy exploration of employment and service use. J Mental Health Train Educ Pract 2019;14:141-8.
50. Wilson C, King M, Russell J. A mixed-methods evaluation of a recovery college in South East Essex for people with mental health difficulties. Health Soc Care Community 2019;27:1353-62.
51. Christensen T, Wallstrøm I, Stenager E et al. Effects of individual placement and support supplemented with cognitive remediation and work-focused social skills training for people with severe mental illness: a randomized clinical trial. JAMA Psychiatry 2019;76:1232-40.
52. Cook J, Burke-Miller J, Roessel E. Long-term effects of evidence-based supported employment on earnings and on SSI and SSDI participation among individuals with psychiatric disabilities. Am J Psychiatry 2016;173:1007-14.
53. de Winter L, Couwenbergh C, van Weeghel J et al. Fidelity and IPS: does quality of implementation predict vocational outcomes over time for organizations treating persons with severe mental illness in the Netherlands? Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2020;55:1607-17.
54. Glynn S, Marder S, Noordsy D et al. An RCT evaluating the effects of skills training and medication type on work outcomes among patients with schizophrenia. Psychiatr Serv 2017;68:271-7.
55. Kern R, Zarate R, Glynn S et al. Improving work outcome in supported employment for serious mental illness: results from 2 independent studies of errorless learning. Schizophr Bull 2018;44:38-45.
56. Lystad J, Falkum E, Haaland V et al. Cognitive remediation and occupational outcome in schizophrenia spectrum disorders: a 2 year follow-up study. Schizophr Res 2017;185:122-9.
57. McGurk S, Mueser K, Xie H et al. Cognitive remediation for vocational rehabilitation nonresponders. Schizophr Res 2016;175:48-56.
58. McGurk S, Mueser K, Watkins M et al. The feasibility of implementing cognitive remediation for work in community based psychiatric rehabilitation programs. Psychiatr Rehabil J 2017;40:79.
59. Puig O, Thomas K, Twamley E. Age and improved attention predict work attainment in combined compensatory cognitive training and supported employment for people with severe mental illness. J Nerv Ment Dis 2016;204:869-72.
60. Reme S, Monstad K, Fyhn T et al. A randomized controlled multicenter trial of individual placement and support for patients with moderate-to-severe mental illness. Scand J Work Environ Health 2019;45:33-41.
61. Rodríguez Pulido F, Caballero Estebaranz N, González Dávila E et al. Cognitive remediation to improve the vocational outcomes of people with severe mental illness. Neuropsychol Rehabil 2021;31:293-315.
62. Scanlan J, Feder K, Ennals P et al. Outcomes of an individual placement and support programme incorporating principles of the collaborative recovery model. Aust Occup Ther J 2019;66:519-29.
63. Schneider J, Akhtar A, Boycott N et al. Individual placement and support versus individual placement and support enhanced with work-focused cognitive behaviour therapy: feasibility study for a randomised controlled trial. Br J Occup Ther 2016;79:257-69.
64. Twamley E, Thomas K, Burton C et al. Compensatory cognitive training for people with severe mental illnesses in supported employment: a randomized controlled trial. Schizophr Res 2019;203:41-8.
65. Zhang G, Tsui C, Lu A et al. Integrated supported employment for people with schizophrenia in mainland China: a randomized controlled trial. Am J Occup Ther 2017;71:7106165020p1-8.
66. Hutchinson J, Gilbert D, Papworth R et al. Implementing supported employment. Lessons from the making IPS Work Project. Int J Env Res Pub Health 2018;15:1545.

67. Gammelgaard I, Christensen T, Eplov L et al. “I have potential”: experiences of recovery in the individual placement and support intervention. Int J Soc Psychiatry 2017;63:400-6.
68. Pérez-Corrales J, Pérez-de-Heredia-Torres M, Martínez-Piedrola R et al. ‘Being normal’ and self-identity: the experience of volunteering in individuals with severe mental disorders – a qualitative study. BMJ Open 2019;9:e025363.
69. Talbot E, Bird Y, Russell J et al. Implementation of individual placement and support (IPS) into community forensic mental health settings: lessons learned. Br J Occup Ther 2018;81:338-47.
70. Yu L, Lu A, Tsui M et al. Impact of integrated supported employment program on people with schizophrenia: perspectives of participants and caregivers. J Rehabil 2016;82:11-7.
71. Drake R, Bond G, Becker D. Individual placement and support: an evidence-based approach to supported employment. London: Oxford University Press, 2012.
72. Modini M, Tan L, Brinchmann B et al. Supported employment for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis of the international evidence. Br J Psychiatry 2016;209:14-22.
73. Wykes T, Huddy V, Cellard C et al. A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. Am J Psychiatry 2011;168:472-85.
74. Oades L, Deane F, Crowe T. Collaborative recovery model: from mental health recovery to wellbeing. In: Slade M, Oades L, Jarden A (eds). Wellbeing, recovery and mental health. London: Cambridge University Press, 2017:99-110.
75. Chen Y, Yau E, Lam C et al. A 6-month randomized controlled pilot study on the effects of the clubhouse model of psychosocial rehabilitation with Chinese individuals with schizophrenia. Adm Policy Ment Health 2020;47:107-14.
76. Heatherington L, Bonner B, Rosenberg D et al. Sustaining outcomes research in residential treatment: a 15-year study of the Gould Farm program. Psychol Serv 2019;16:675-86.
77. Varga E, Endre S, Bugya T et al. Community-based psychosocial treatment has an impact on social processing and functional outcome in schizophrenia. Front Psychiatry 2018;9:247.
78. Moxham L, Taylor E, Patterson C et al. Goal setting among people living with mental illness: a qualitative analysis of recovery camp. Issues Ment Health Nurs 2017;38:420-4.
79. Prince J, Mora O, Ansbrow J et al. Nine ways that clubhouses foster interpersonal connection for persons with severe mental illness: lessons for other types of programs. Soc Work Ment Health 2018;16:321-36.
80. Rouse J, Mutschler C, McShane K et al. Qualitative participatory evaluation of a psychosocial rehabilitation program for individuals with severe mental illness. Int J Ment Health 2017;46:139-56.
81. Saavedra J, Arias S, Crawford P et al. Impact of creative workshops for people with severe mental health problems: art as a means of recovery. Arts Health 2018;10:241-56.
82. Whitley R, Sitter K, Adamson G et al. A meaningful focus: investigating the impact of involvement in a participatory video program on the recovery of participants with severe mental illness. Psychiatr Rehabil J 2021;44:63-9.
83. Smidl S, Mitchell D, Creighton C. Outcomes of a therapeutic gardening program in a mental health recovery center. Occup Ther Mental Health 2017;33:374-85.
84. Kumar R, Nischal A, Dalal P et al. Impact of brief psychosocial intervention on key relatives of patients with schizophrenia: a randomized controlled trial. Indian J Psychiatry 2020;62:137-44.
85. Martin-Carrasco M, Fernandez-Catalina P, Dominguez-Panchon A et al. A randomized trial to assess the efficacy of a psychoeducational intervention on caregiver burden in schizophrenia. Eur Psychiatry 2016;33:9-17.
86. Mirsepassi Z, Tabatabaee M, Sharifi V et al. Patient and family psychoeducation: service development and implementation in a center in Iran. Int J Soc Psychiatry 2018;64:73-9.
87. Perlick D, Jackson C, Grier S et al. Randomized trial comparing caregiver-only family-focused treatment to standard health education on the 6-month outcome of bipolar disorder. Bipolar Disord 2018;20:622-33.
88. Al-HadiHasan A, Callaghan P, Lymn JS. Qualitative process evaluation of a psycho-educational intervention targeted at people diagnosed with schizophrenia and their primary caregivers in Jordan. BMC Psychiatry 2017;17:68.
89. Edge D, Degnan A, Cotterill S et al. Culturally-adapted Family Intervention (CaFI) for African Caribbeans with schizophrenia and their families: a feasibility study of implementation and acceptability. Health Serv Deliv Res 2018;6(32).
90. Higgins A, Hevey D, Boyd F et al. Outcomes of a co-facilitation skills training programme for mental health service users, family members, and clinicians: the EOLAS project. Int J Ment Health Nurs 2018;27:911-21.
91. Higgins A, Downes C, Monahan M et al. Family members’ perspectives on the acceptability and impact of a co-facilitated information programme: the EOLAS mental health programme. Ir J Psychol Med 2019;10.1017.
92. Lobban F, Akers N, Appelbe D et al. Clinical effectiveness of a web-based peer-supported self-management intervention for relatives of people with psychosis or bipolar (REACT): online, observer-blind, randomised controlled superiority trial. BMC Psychiatry 2020;20:160.
93. Lobban F, Akers N, Appelbe D et al. A web-based, peer-supported self-management intervention to reduce distress in relatives of people with psychosis or bipolar disorder: the REACT RCT. Health Technol Assess 2020;24:32.
94. Nguyen T, Tran T, Green S et al. Proof of concept of participant informed, psycho-educational, community-based intervention for people with severe mental illness in rural Vietnam. Int J Soc Psychiatry 2020;66:232-9.
95. Agrest M, Le P, Yang LH et al. Implementing a community-based task-shifting psychosocial intervention for individuals with psychosis in Chile: perspectives from users. Int J Soc Psychiatry 2019;65:38-45.
96. Beavan V, de Jager A, dos Santos B. Do peer-support groups for voice-hearers work? A small scale study of Hearing Voices Network support groups in Australia. Psychosis 2017;9:57-66.
97. Easter M, Swanson J, Robertson A et al. Impact of psychiatric advance directive facilitation on mental health consumers: empowerment, treatment attitudes and the role of peer support specialists. J Mental Health 2021;30:585-93.
98. Mahlke C, Priebe S, Heumann K et al. Effectiveness of one-to-one peer support for patients with severe mental illness – a randomised controlled trial. Eur Psychiatry 2017;42:103-10.
99. O'Connell M, Sledge W, Staeheli M et al. Outcomes of a peer mentor intervention for persons with recurrent psychiatric hospitalization. Psychiatr Serv 2018;69:760-7.
100. Salzer M, Rogers J, Salandra N et al. Effectiveness of peer-delivered center for independent living supports for individuals with psychiatric disabilities: a randomized, controlled trial. Psychiatr Rehabil J 2016;39:239.
101. Thomas E, Salzer M. Associations between the peer support relationship, service satisfaction and recovery-oriented outcomes: a correlational study. J Mental Health 2018;27:352-8.
102. Favrod J, Nguyen A, Tronche A et al. Impact of positive emotion regulation training on negative symptoms and social functioning in schizophrenia: a field test. Front Psychiatry 2019;10:532.
103. Hasson-Ohayon I, Mashiach-Eizenberg M, Lavi-Rotenberg A et al. Randomized controlled trial of adjunctive social cognition and interaction training, adjunctive therapeutic alliance focused therapy, and treatment as usual among persons with serious mental illness. Front Psychiatry 2019;10:364.
104. Horan W, Dolinsky M, Lee J et al. Social cognitive skills training for psychosis with community-based training exercises: a randomized controlled trial. Schizophr Bull 2018;44:1254-66.
105. Kayo M, Scemes S, Savoia M et al. A randomized controlled trial of social skills training for patients with treatment-resistant schizophrenia with predominantly negative symptoms. Psychiatry Res 2020;287:112914.
106. Rog D, Marshall T, Dougherty R et al. Permanent supportive housing: assessing the evidence. Psychiatr Serv 2014;65:287-94.
107. Harvey C. Family psychoeducation for people living with schizophrenia and their families. Br J Psych Advances 2018;24:9-19.
108. Barbato A, D'Avanzo B, Harvey C et al. Editorial: From residential care to supported housing. Front Psychiatry 2020;11:560.
109. Guhne U, Weinmann S, Riedel-Heller S et al. Psychosocial therapies in severe mental illness: update on evidence and recommendations. Curr Opin Psychiatry 2020;33:414-21.
110. Harvey C, O'Hanlon B. Family psycho-education for people with schizophrenia and other psychotic disorders and their families. Aust N Z J Psychiatry 2013:47:516-20.

111. McPherson P, Krotofil J, Killaspy H. Mental health supported accommodation services: a systematic review of mental health and psychosocial outcomes. BMC Psychiatry 2018;18:128.
112. Dalmia S. The ugly truth of Canada's welfare state. The Week, March 23, 2017.
113. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F et al. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. Milbank Q 2004;82:581-629.
114. McPherson P, Krotofil J, Killaspy H. What works? Toward a new classification system for mental health supported accommodation services: the simple taxonomy for supported accommodation (STAX-SA). Int J Env Res Public Health 2018;15:190.
115. Siskind D, Harris M, Pirkis J et al. A domains-based taxonomy of supported accommodation for people with severe and persistent mental illness. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2013;48:875-94.
116. Killaspy H, Priebe S. Research into mental health supported accommodation – desperately needed but challenging to deliver. Br J Psychiatry 2021;218:179-81.
117. Atterbury K. Rethinking why we do what we do: individual placement and support. Psychiatr Serv 2021;72:1088-90.
118. Becker D, Drake R, Bond G. Benchmark outcomes in supported employment. Am J Psychiatr Rehabil 2011;14:230-6.
119. Watson J, Fossey E, Harvey C. A home but how to connect with others? A qualitative meta-synthesis of experiences of people with mental illness living in supported housing. Health Soc Care Community 2019;27:546-64.
120. Fendt-Newlin M, Jagannathan A, Webber M. Cultural adaptation framework of social interventions in mental health: evidence-based case studies from low-and middle-income countries. Int J Soc Psychiatry 2020;66:41-8.
121. Maura J, de Mamani A. Culturally adapted psychosocial interventions for schizophrenia: a review. Cogn Behav Pract 2017;24:445-58.
122. McPherson P, Lloyd-Evans B, Dalton-Locke C et al. A systematic review of the characteristics and efficacy of recovery training for mental health staff: implications for supported accommodation services. Front Psychiatry 2021;12:631.
123. Meadows G, Brophy L, Shawyer F et al. REFOCUS-PULSAR recovery-oriented practice training in specialist mental health care: a stepped-wedge cluster randomised controlled trial. Lancet Psychiatry 2019;6:103-14.
124. Pitt V, Lowe D, Hill S et al. Consumer-providers of care for adult clients of statutory mental health services. Cochrane Database Syst Rev 2013;3:CD004807.
125. Wetterborg D, Enebrink P, Lönn Rhodin K et al. A pilot randomized controlled trial of Internet-delivered parent training for parents of teenagers. J Fam Psychol 2019;33:764.
126. Webber M, Ngamaba K, Moran N et al. The implementation of connecting people in community mental health teams in England: a quasi-experimental study. Br J Soc Work 2021;51:1080-100.
127. McKay C, Nugent K, Johnsen M et al. A systematic review of evidence for the clubhouse model of psychosocial rehabilitation. Admin Policy Ment Health 2018;45:28-47.
128. Dark F, Scott JG, Baker A et al. Randomized controlled trial of social cognition and interaction training compared to befriending group. Br J Clin Psychol 2020;59:384-402.
129. Wang J, Mann F, Lloyd-Evans B et al. Association between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review. BMC Psychiatry 2018;18:156.
130. Ennals P, Fossey E, Howie L. Postsecondary study and mental ill-health: a meta-synthesis of qualitative research exploring students' lived experiences. J Ment Health 2015;24:111-9.
131. Semahegn A, Torpey K, Manu A et al. Psychotropic medication non-adherence and its associated factors among patients with major psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. Syst Rev 2020;9:17.
132. Royal College of Psychiatrists. Report of the Second Round of the National Audit of Schizophrenia. London: Healthcare Quality Improvement Partnership and Royal College of Psychiatrists, 2014.

DOI:10.1002/wps.20940

Повышенный риск заражения COVID-19 у полностью вакцинированных лиц с психическими расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ в США, декабрь 2020 – август 2021

Lindsey Wang[1], QuanQiu Wang[1], Pamela B. Davis[2], Nora D. Volkow[3], Rong Xu[1]

[1]Center for Artificial Intelligence in Drug Discovery, School of Medicine, Case Western Reserve University, Cleveland, OH, USA;
[2]Center for Community Health Integration, School of Medicine, Case Western Reserve University, Cleveland, OH, USA;
[3]National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health, Bethesda, MD, USA

Перевод: Василенко Е.Е. (Челябинск)
Редактура: к.м.н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)

Wang L, Wang Q, Davis P, Volkow N, Xu R. Increased risk for COVID 19 breakthrough infection in fully vaccinated patients with substance use disorders in the United States between December 2020 and August 2021. ***World Psychiatry*****. 2021;21(1):124-132. doi:10.1002/wps.20921**

Резюме. *Лица с психическими расстройствами, вызванными употреблением ПАВ (ПР-ПАВ), подвержены повышенному риску заражения COVID-19 и развития неблагоприятных исходов инфекции. Несмотря на высокую эффективность вакцин против COVID-19, у людей с ПР-ПАВ она может быть снижена из-за нарушений иммунного статуса и более высокой вероятности заражения, что накладывается на ослабевающий вакцинальный иммунитет и появление новых штаммов SARS-CoV-2. Мы провели популяционное когортное исследование, в котором оценили риск, временные тенденции, исходы и различия в заражении COVID-19 после полной вакцинации среди пациентов с ПР-ПАВ спустя 14 дней после получения финальной дозы вакцины. В исследовании участвовали 579 372 человека (30 183 испытуемых с диагностированными ПР-ПАВ и 549 189 – без такого диагноза), полностью провакцинированных с период между декабрем 2020 и августом 2021 и не болевших COVID-19 до вакцинации. Для получения доступа к анонимизированным электронным медицинским картам из 63 учреждений здравоохранения США мы воспользовались аналитической сетевой платформой Trinity. У пациентов с ПР-ПАВ риск заражения после вакцинации варьировал от 6,8% при табачной зависимости до 7,8% при каннабиоидной, и каждый показатель был существенно выше, чем 3,6-процентный риск тех, кто не страдает ПР-ПАВ (p<0,001). Вероятность заражения после вакцинации оставалась значительно повышенной после учета демографических характеристик (возраст, пол, национальность) и типов вакцин для всех подтипов ПР-ПАВ, кроме табачной зависимости; выше всего этот показатель был для употребления кокаина и каннабиса (отношение моментных рисков, HR=2,06, 95% CI: 1,30–3,25 для кокаина; HR=1,92, 95% CI: 1,39–2,66 для каннабиса). При сравнении пожизненных осложнений и неблагоприятных социоэкономических детерминант здоровья у испытуемых с ПР-ПАВ и участников без таких расстройств выяснилось, что эти две группы не отличались в плане риска заражения после вакцинации, за исключением пациентов с зависимостью от каннабиса, у которых повышенный риск сохранялся (HR=1,55, 95% CI: 1,22–1,99). Риск заразиться после вакцинации был выше у пациентов ПР-ПАВ, получивших Pfizer, а не Moderna (HR=1,49, 95% CI: 1,31–1,69). В вакцинированной группе ПР-ПАВ риск госпитализации составлял 22,5% в когорте, заразившейся вирусом после вакцинации, и 1,6% среди тех, кто, получив вакцину, не заразился (относительный риск, RR=14,4, 95% CI: 10,19–20,42), а риск смерти составил 1,7% и 0,5% соответственно (RR=3,5, 95% CI: 1,74–7,05). Существенных различий в показателях заражения после вакцинации исходя из возрастных, гендерных или этнических особенностей вакцинированных лиц с ПР-ПАВ не наблюдалось. Полученные данные говорят о том, что полностью вакцинированные люди с ПР-ПАВ подвержены повышенному риску заражения COVID-19, и во многом это обусловлено более высокой распространенностью осложнений и неблагоприятных социоэкономических детерминант здоровья, чем у лиц без подобных расстройств. Высокая частота осложнений у пациентов с ПР-ПАВ, вероятно, также вносит вклад в повышение показателей госпитализаций и смертей вследствие заражения после вакцинации.*

Ключевые слова: *расстройства, вызванные употреблением ПАВ, заражение COVID-19 после полной вакцинации, зависимость от каннабиса, зависимость от кокаина, социоэкономические детерминанты здоровья.*

Расстройства, вызванные употреблением ПАВ (ПР-ПАВ), широко распространены: с наркотической зависимостью сталкивались примерно 10,8% взрослого населения США[1,2]. ПР-ПАВ часто ассоциированы с многочисленными сопутствующими нарушениями, известными факторами риска тяжелых исходов COVID-19, включая сердечно-сосудистые, цереброваскулярные, иммунные, гематологические, легочные, метаболические, онкологические, печеночные, почечные, инфекционные, неврологические и психиатрические заболевания[3–11]. Кроме того, согласно исследованиям, проведенным в начале пандемии, пациенты с ПР-ПАВ – в том числе с зависимостями от алкоголя, каннабиса, кокаина, опиоидов и табака – были подвержены повышенному риску заражения COVID-19 и развития его тяжелых исходов, особенно в популяции афроамериканцев[6].

С декабря 2020 года в США были одобрены три вакцины: две на основе матричной РНК (мРНК), разработанные Pfizer-BioNTech и Moderna, и одна – на аденовирусной платформе, созданная Johnson & Johnson. По данным клинических испытаний эффективность в предотвращении COVID-19 составила 95% у Pfizer-BioNTech[12], 94,1% у Moderna[13], 66,3% у Johnson & Johnson[14]. Эти исследования не включали конкретно людей с ПР-ПАВ, однако в них участвовали – например, в испытании вакцины от Pfizer-BioNTech – лица с целым рядом других заболеваний, в том числе злокачественными новообразованиями, сердечно-сосудистыми заболеваниями, вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) и почечными заболеваниями[12]. На текущий момент отсутствуют систематические исследования, где эффективность вакцин против COVID-19 среди групп с различными ПР-ПАВ изучали бы в реальных условиях. Вакцины высокоэффективны, однако сообщается о случаях заражения после вакцинации[15-18], что подчеркивает необходимость выявления наиболее уязвимых групп насе-

ления, так как мы вступили в новую тревожную волну пандемии.

Согласно исследованиям, для людей с ослабленным иммунитетом, таких как реципиенты трансплантированных органов и пациенты со злокачественными новообразованиями, характерен ограниченный индекс сероконверсии IgG к SARS-CoV-2[19-23]. Наркотики и алкоголь влияют на иммунную функцию, что, вероятно, способствует более высокому риску заражения инфекцией среди лиц с ПР-ПАВ[3,6,24,25]. Поэтому мы предположили, что люди с ПР-ПАВ с большей вероятностью заболевают COVID-19 после полной вакцинации.

В этом исследовании мы оценили риск заражения COVID-19 среди полностью вакцинированных пациентов с различными ПР-ПАВ в сравнении с сопоставимыми испытуемыми без подобных расстройств. Кроме того, мы изучили динамику показателей заражения после вакцинации с декабря 2020 по август 2021.

МЕТОДЫ

Участники

Мы воспользовались сетевой аналитической платформой TriNetX[26], которая предоставляет доступ к анонимизированным данным 84,5 млн отдельных пациентов из 63 учреждений здравоохранения США, 15 млн из которых (возраст ≥12 лет) обращались в медицинские учреждения с 1 декабря 2020.

В исследуемую выборку вошли 579 372 человека, подходящих под следующие критерии включения: 1) они обращались в учреждения здравоохранения с 1 декабря 2020; 2) в их электронных медицинских картах содержалось подтверждение полной вакцинации (то есть они получили вторую дозу вакцины Pfizer-BioNTech или Moderna или одну дозу Johnson & Johnson) между 1 декабря 2020 и 14 августа 2021; и 3) они не заражались инфекцией COVID-19 до вакцинации.

Среди полностью вакцинированных участников ПР-ПАВ страдали 30 183 пациента, а 549 189 человек не имели подобной проблемы. Из группы полностью вакцинированных лиц с ПР-ПАВ у 7802 пациента был диагноз алкогольной зависимости, у 2058 – зависимости от каннабиса, у 011 – от кокаина, у 2379 – от опиоидов и у 21 941 – от табака.

Аналитическая платформа TriNetX в режиме реального времени предоставляет безопасный онлайн-доступ к электронным медицинским картам из больниц, учреждений первичной и специализированной медицинской помощи и охватывает различные географические регионы, возрастные и этнические группы и уровни дохода. Хотя информация анонимизирована, конечные пользователи могут работать со встроенными функциями с доступом к данным на уровне пациента для подбора и соотнесения когорт, анализа заболеваемости и распространенности случаев в когорте, а также сравнения характеристик и исходов между соотносимыми когортами. В многочисленных исследованиях TriNetX использовали для изучения риска, различий, последствий, временных тенденций, клинических особенностей и исходов, связанных с COVID-19[27-30].

Статус инфекции COVID-19 присваивался на основе выставленного по МКБ-10 диагноза «COVID-19» (U07.1) или лабораторных тестов, свидетельствующих о наличии «SARS-CoV-2 и родственной РНК» (TNX:LAB:9088). Для подтверждения статуса полной вакцинации обращались к соответствующим кодам вакцин Pfizer-BioNTech (0002A), Moderna (0012A) и Johnson & Johnson (0031A) в Современной врачебной терминологии по процедурам (CPT).

Статус ПР-ПАВ ставился исходя из диагностического кода по МКБ-10 – «психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ» (F10-F19); алкогольная зависимость – исходя из F10, «психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя», зависимости от каннабиодов – «психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиоидов», F12, от кокаина – F14 «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением кокаина», от опиоидов – F11, «психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов» и от табака – «психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака». Другие подтипы ПР-ПАВ, вроде метамфетаминовой зависимости, не рассматривались в исследовании из-за малых размеров выборок.

Что касается оценки исходов заражения после полной вакцинации, статус госпитализации определялся по CPT-коду «стационарная медицинская помощь» (013659), а статус смерти – по коду жизненного статуса «умерший», который TriNetX регулярно импортирует из индекса Social Security index.

Методология

Мы проверяли, действительно ли полностью вакцинированные пациенты с ПР-ПАВ подвержены более высокому риску заражения инфекцией, чем прошедшие полную вакцинацию лица без подобной проблемы. Мы отдельно проанализировали варианты с алкогольной, каннабиоидной, кокаиновой, опиоидной и табачной зависимостями.

Когорты пациентов с ПР-ПАВ и лиц без таких расстройств собирали методом псевдорандомизации по демографическим параметрам (возраст, пол, национальность); неблагоприятным социоэкономичеким детерминантам здоровья (включая «проблемы, связанные образованием и грамотностью», «проблемы, связанные с работой и безработицей», «воздействие производственных факторов риска» и «проблемы, связанные с обстоятельствами жилищного и экономического характера», согласно МКБ-10); сопутствующим патологиям, возникающим в течение жизни (гипертония, болезни сердца, цереброваскулярные заболевания, ожирение, диабет II типа, злокачественные новообразования, хронические респираторные заболевания, хронические заболевания почек, печени, крови и расстройства, связанные с иммунными механизмами, ВИЧ-инфекция, деменция, депрессия и психотические расстройства) и типам вакцин (Pfizer, Moderna и Johnson & Johnson).

Мы воспользовались встроенной функцией псевдорандомизации платформы TriNetX (1:1 по жадному алгоритму сопоставления данных с ближайшими соседними с калибром в 0,25 раза больше стандартного отклонения). Исход определялся как заражение инфекцией COVID-19 минимум спустя 14 дней после получения второй дозы вакцин Pfizer-BioNTech/Moderna или единственной дозы Johnson & Johnson. Чтобы оценить вероятность заражения инфекцией начиная с 14 дня после полной вакцинации до 28 августа 2021, мы провели анализ Каплана – Мейера. Для сравнения когорт мы прибегали к лог-ранговому критерию (встроенная функция TriNetX). С помощью отношения моментных рисков (HR) мы описывали относительный риск заражения после полной вакцинации на основе анализа времени до наступления события, а подсчитывали HR при помощи модели пропорциональных рисков (встроенная функция TriNetX). Предположение о пропорциональной опасности тестировали с помощью обобщенного подхода Шенфельда.

Мы проверяли, различался ли риск развития инфекции COVID-19 после полной вакцинации у двух соотносимых когорт пациентов, одна из которых получила Pfizer-BioNTech, а вторая – Moderna. Вакцину Johnson & Johnson не рассматривали из-за немногочисленной выборки. Когорты с Pfizer-BioNTech и Moderna подверглись псевдорандомизации по демографическим особенностям, неблагопри-

Таблица 1. Характеристики участников с психическими расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ (ПР-ПАВ), и испытуемых без такой проблемы

	АЗ	КЗ	КокЗ	ОЗ	ТЗ	ПР-ПАВ	неПР-ПАВ
Общее число пациентов	7 802	2 058	1 011	2 379	21 941	30 184	549 189
Возраст (лет ±SD)*	59,3±14,4	47,9±16,3	55,1±12,2	59,1±14,2	59,6±13,5	59,3±14,4	54,7±19,8
Пол (% мужчин)	61,8	60,1	61,5	45,7	50,3	51,4	43,1
Национальность (%)							
Белые	69,0	57,7	41,9	62,8	62,1	63,2	63,4
Афроамериканцы	21,9	33,4	50,1	29,6	28,5	26,2	14,3
Латиноамериканцы	5,0	4,6	5,0	3,2	3,8	4,3	12,3
Азиаты	1,2	1,1	1,0	1,0	2,2	2,0	8,6
Неизвестно	7,4	7,4	6,7	6,0	6,9	7,2	12,6
Неблагоприятные социоэкономические детерминанты здоровья (%)*	10,8	18,7	22,6	14,1	7,8	7,9	1,2
Соматические патологии в течение жизни (%)							
Гипертония*	63,3	50,8	66,8	67,2	62,9	61,6	22,8
Болезни сердца*	19,6	17,0	24,2	21,0	21,5	20,1	5,3
Цереброваскулярные заболевания*	15,0	13,0	19,6	15,0	13,3	13,2	3,6
Ожирение*	27,7	31,1	33,4	36,6	31,2	30,4	9,3
Диабет II типа*	21,6	19,9	28,9	30,7	25,7	24,6	8,4
Злокачественные новообразования*	48,8	40,9	46,6	44,5	45,2	44,9	16,2
Хронические респираторные заболевания*	30,1	35,1	44,8	39,7	38,7	34,7	7,6
Хронические заболевания почек*	11,9	11,5	18,8	15,7	10,8	11,3	3,5
Хронические заболевания печени*	26,3	18,0	29,2	21,9	15,4	16,9	3,2
Болезни крови и расстройства, связанные с иммунными механизмами*	41,1	40,0	50,1	49,8	34,3	35,6	10,5
ВИЧ-инфекция*	3,3	8,4	12,5	7,1	3,1	3,2	0,3
Деменция*	2,2	0,9	1,6	2,2	1,2	1,4	0,5
Большое депрессивное расстройство*	37,0	51,8	52,3	48,0	29,2	30,9	6,0
Психотические расстройства*	4,7	12,9	16,9	6,3	3,5	3,6	0,3
Трансплантации органов в течение жизни (%)*	3,9	3,7	3,8	3,4	1,8	2,6	0,7

*Значимое расхождение между группами с ПР-ПАВ и без ПР-ПАВ, $p<0.001$. АЗ – алкогольная зависимость, КЗ – каннабиоидная зависимость, КокЗ – кокаиновая зависимость, ОЗ – опиоидная зависимость, ТЗ – табачная зависимость.

ятным детерминантам здоровья и сопутствующим соматическим патологиям. Для оценки вероятности заражения начиная с 14-го дня после полной вакцинации до 28 августа 2021 прибегали к анализу Каплана – Мейера. Для групп с ПР-ПАВ, подтипами ПР-ПАВ и лиц без такой проблемы провели отдельные анализы. Для сравнения относительного риска заражения после полной вакцинации у двух соотносимых когорт подсчитывали HR.

Мы изучили, как с декабря 2020 по август 2021 менялись показатели заражения после полной вакцинации среди групп ПР-ПАВ и без таких расстройств, измерив количество случаев на человеко-день в каждом месяце. Для подсчета коэффициентов пропорциональности мы воспользовались встроенной функцией TriNetX.

Мы проверили, отличается ли риск госпитализации и смерти у когорты заразившихся после полной вакцинации пациентов и соотносимой когорты лиц, которые не сталкивались с заражением после вакцинации. Эти две когорты подвергли псевдорандомизации по демографическим особенностям, неблагоприятным детерминантам здоровья, сопутствующим соматическим патологиям и типам вакцин. Общие риски госпитализации и смерти у когорты с заражением после вакцинации рассчитывали со дня заражения до 28 августа 2021 года. Для когорты лиц, не заразившихся после вакцинации, общие риски госпитализации и смерти считали, начиная с 14-го дня после последней дозы вакцины до 28 августа 2021 года. Соотносимые когорты сравнивали при помощи относительного риска (RR). Для лиц с ПР-ПАВ и участников без такой проблемы проводили отдельные анализы.

Мы изучили, как различались риски заражения после вакцинации в зависимости от возраста, пола и национальности. В изучаемую когорту полностью вакцинированных пациентов включали на основании одного из следующих демографических факторов: женский пол, пожилой возраст (от 65 лет) или афроамериканское происхождение. Когорта сравнения состояла из соотносимых вакцинированных пациентов с ПР-ПАВ, отвечающих одному из следующих соответствующих факторов: мужской пол, более молодой возраст (младше 65 лет) или принадлежность к европеоидной расе. Две когорты подвергли псевдорандомизации по другим демографическим особенностям, неблагоприятным социоэкономическим детерминантам здоровья, сопутствующим соматическим патологиям и типам вакцин. Для оценки вероятности заражения инфекцией начиная с 14 дня после полной вакцинации и до 28 августа 2021 года в соотносимых когортах провели анализ Каплана – Мейера. Относительный риск заражения после полной вакцинации у двух соотносимых когорт сравнивали при помощи величины HR. Для групп с ПР-ПАВ, разными подтипами ПР-ПАВ и лиц без таких проблем провели отдельные анализы.

Мы изучили, как время недавних обращений к врачу для постановки диагноза ПР-ПАВ коррелировало с риском заражения у полностью вакцинированных пациентов с ПР-ПАВ. Мы собрали четыре когорты испытуемых: 1) «Любое время» (все пациенты с ПР-ПАВ, независимо от того, когда они обращались к специалисту для постановки диагноза, – поэтому в нее вошли как лица в ремиссии, так с активной фазой расстройств); 2) «Февраль 2019» (люди, обратившиеся за диагностикой в феврале 2019); «февраль 2020» (лица, обратившиеся за диагностикой во время пандемии, то есть начиная с февраля 2020); и 4) «Декабрь 2020» (пациенты, обратившиеся за диагностикой после

Таблица 2. Риск заражения COVID-19 в группах с ПР-ПАВ и группах без ПР-ПАВ после псевдорандомизации (по демографическим характеристикам и типам вакцин)

Когорта	Число пациентов в когорте	Риск в когорте	Риск в сопоставимой когорте без ПР-ПАВ	Отношение моментного риска (95% CI)
АЗ	7 802	7 ,2%	3 ,7%	1 ,17 (1 ,01–1 ,35)
КЗ	2 055	7 ,8%	2 ,3%	1 ,92 (1 ,39–2 ,66)
КокЗ	1 011	7 ,7%	2 ,4%	2 ,06 (1 ,30–3 ,25)
ОЗ	2 379	7 ,1%	3 ,2%	1 ,31 (1 ,00–1 ,71)
ТЗ	21,935	6 ,8%	3 ,9%	1 ,06 (0 ,98–1 ,15)

АЗ – алкогольная зависимость, КЗ – каннабиоидная зависимость, КокЗ – кокаиновая зависимость, ОЗ – опиоидная зависимость, ТЗ – табачная зависимость.

Таблица 3. Риск заражения COVID-19 в группах с ПР-ПАВ и группах без ПР-ПАВ после псевдорандомизации (по неблагоприятным социоэкономическим детерминантам здоровья и сопутствующим соматическим патологиям плюсом к демографическим характеристикам и типам вакцин)

Когорта	Число пациентов в когорте	Риск в когорте	Риск в сопоставимой когорте без ПР-ПАВ	Отношение моментного риска (95% CI)
АЗ	7 754	7,2%	6,9%	1,09 (0,96–1,22)
КЗ	2 032	7,8%	5,4%	1,55 (1,22–1,99)
КокЗ	991	7,7%	7,5%	1,15 (0,83–1,58)
ОЗ	2 360	7,0%	7,6%	0,94 (0,76–1,16)
ТЗ	21 757	6,8%	6,8%	1,03 (0,96–1,11)

АЗ – алкогольная зависимость, КЗ – каннабиоидная зависимость, КокЗ – кокаиновая зависимость, ОЗ – опиоидная зависимость, ТЗ – табачная зависимость.

одобрения вакцины против COVID-19, то есть, вероятнее всего, с активной на текущий момент фазой с ПР-ПАВ). Группу «любое время» использовали в качестве контрольной при сравнении риска заражения после полной вакцинации среди всех остальных групп. Для каждого подтипа ПР-ПАВ провели отдельные анализы.

Статистические тесты проводились при уровне значимости $p<0,05$ (с двух сторон) с использованием R, версия 3.6.3.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Демографические особенности полностью вакцинированных участников и размеры выборок в зависимости от подтипа ПР-ПАВ представлены в Таблице 1. Среди вакцинированных людей с ПР-ПАВ 75,6% участников получили Pfizer-BioNTech, 21,1% – Moderna и 3,3% – Johnson & Johnson. В группе участников без ПР-ПАВ 88,2% людей были провакцинированы Pfizer-BioNTech, 10,6% – Moderna и 1,2% – Johnson & Johnson.

Пациенты с ПР-ПАВ были старше (средний возраст: 59,3±14,4 лет) испытуемых без такой проблемы (средний возраст: 54,7±19,8 лет). В группе ПР-ПАВ было больше мужчин (51,4% по сравнению с 43,1% женщин) и афроамериканцев (26,2%), чем в выборке без ПР-ПАВ. В группе ПР-ПАВ также наблюдали более высокую распространенность неблагоприятных социоэкономических детерминант здоровья (7,9% по сравнению с 1,2%). Также у вакцинированных пациентов с ПР-ПАВ в течение жизни чаще встречались все сопутствующие патологии и трансплантация (все $p<0,001$).

В полностью вакцинированной группе риск заражения варьировал от 6,7% у людей с табачной зависимостью до 7,8% – с каннабиоидной, и все эти величины существенно превосходили 3,6% риска в группе без ПР-ПАВ ($p<0,001$). HR когорт людей ПР-ПАВ и участников без ПР-ПАВ после псевдорандомизации по демографическим характеристикам (возраст, пол, гендер) и типам вакцин оставался существенно более высоким среди всех подтипов ПР-ПАВ, кроме табачной зависимости, и наиболее высоким – для кокаиновой и каннабиоидной зависимости (HR=1,17, 95% CI: 1,01–1,35 для зависимости от алкоголя; HR=1,92, 95% CI: 1,39–2,66 от каннабиса; HR=2,06, 95% CI: 1,30–3,25 от кокаина; и HR=1,31, 95% CI: 1,00–1,71 от опиоидов) (Таблица 2).

После учета неблагоприятных социоэкономических детерминант здоровья и сопутствующих соматических патологий не наблюдали разницы в риске заражения после полной вакцинации у когорт с ПР-ПАВ и без такой проблемы, за исключением пациентов с каннабиоидной зависимостью, у которых сохранялся значительно повышенный риск (HR=1,55, 95% CI: 1,22–1,99) (Таблица 3).

После сопоставления испытуемых с ПР-ПАВ и участников без подобных расстройств по демографическим характеристикам, неблагоприятным социоэкономическим детерминантам здоровья и сопутствующим соматическим патологиям оказалось, что у лиц с Pfizer риск заражения после полной вакцинации был выше, чем у вакцинированных Moderna (HR когорты ПР-ПАВ: 1,49, 95% CI: 1,31–1,69; HR когорты без ПР-ПАВ: 1,45, 95% CI: 1,38–1,53). Ту же тенденцию наблюдали для подтипов ПР-ПАВ (Таблица 4).

Показатели заражения у полностью вакцинированных людей с ПР-ПАВ стабильно росли с 0 случаев/человекодень с января 2021 до 0,001 случаев/человеко-день в июне 2021 и до 0,0025 случаев/человекодень в августе 2021 (в 2,5 раза быстрее, чем в июне 2021). Ту же тенденцию наблюдали в группе без ПР-ПАВ: Показатели заражения у полностью вакцинированных участников устойчиво росли с 0 случаев/человеко-день с января 2021 до 0,0009 случаев/человеко-день в июне 2021, а затем достигли 0,0049 случаев/человеко-день в августе 2021 (в 5,4 раза быстрее, чем в июне 2021) (см. Рисунок 1).

В группе ПР-ПАВ общий риск госпитализации составил 22,5% в когорте полностью вакцинированных и заразившихся людей на фоне 1,6% в соотносимой незаразившейся когорте (RR=14,4, 95% CI: 10,19–20,42). Общий риск смерти составил 1,7% когорте полностью вакцинированных и заразившихся людей на фоне 0,5% в соотносимой незаразившейся когорте (RR=3,5, 95% CI: 1,74–7,05).

В группе без ПР-ПАВ общий риск госпитализации составил 17,5% в когорте полностью вакцинированных и заразившихся людей на фоне 0,5% в соотносимой незаразившейся когорте (RR=34,2, 95% CI: 28,05–41,67). Общий риск смерти составил 0,2% когорте полностью вакцинированных и заразившихся людей на фоне 0,5% в соотносимой незаразившейся когорте (RR=6,0, 95% CI: 4,20–8,66).

У пациентов с ПР-ПАВ не наблюдалось значительных различий между показателями заражения после полной вакцинации, связанных с полом, возрастом и националь-

Таблица 4. Риск заражения COVID-19 в группах с ПР-ПАВ и группах без ПР-ПАВ после вакцинации Pfizer и Moderna и псевдорандомизации (по демографическим характеристикам, неблагоприятным социоэкономическим детерминантам здоровья и сопутствующим соматическим патологиям)

Когорта	Риск у пациентов с Pfizer	Риск у пациентов с Moderna	Отношение моментного риска (95% CI)
ПР-ПАВ	8,7%	6,3%	1,49 (1,31–1,69)
АЗ	8,9%	7,1%	1,41 (1,10–1,80)
КЗ	8,2%	7,3%	1,16 (0,68–1,97)
КокЗ	7,3%	4,9%	2,78 (1,08–7,16)
ОЗ	9,7%	6,6%	1,56 (1,01–2,42)
ТЗ	9,0%	5,8%	1,69 (1,46–1,97)
Без ПР-ПАВ	5,4%	4,7%	1,45 (1,38–1,53)

АЗ – алкогольная зависимость, КЗ – каннабиоидная зависимость, КокЗ – кокаиновая зависимость, ОЗ – опиоидная зависимость, ТЗ – табачная зависимость.

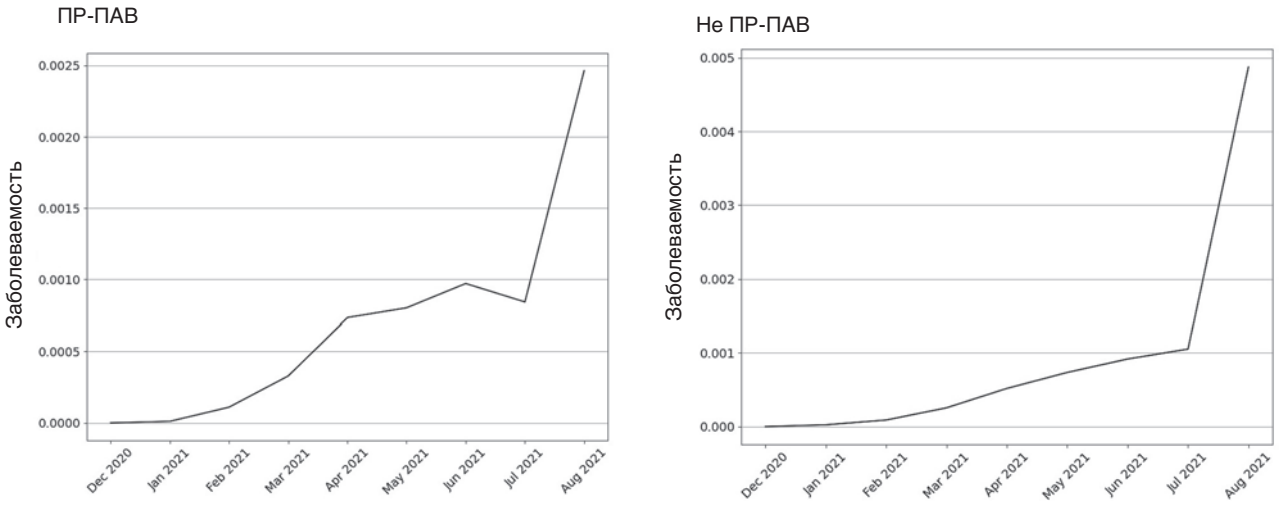

Рисунок 1. Временные тенденции заболеваемости (случай/человеко-день) COVID-19 после полной вакцинации у пациентов с ПР-ПАВ и без таковых

ностью, после сопоставления с остальными демографическими характеристиками, неблагоприятными социоэкономическими детерминантами здоровья, сопутствующими соматическими патологиями и типами вакцин – кроме пациентов с каннабиоидной зависимостью, среди которых афроамериканцы демонстрировали более высокий риск, чем сопоставимые с ними европеоиды (HR=1,63, 95% CI: 1,06–2,51). После сопоставления по полу, национальности, неблагоприятным социоэкономическим детерминантам здоровья и сопутствующим соматическим патологиям вакцинированных участников без ПР-ПАВ выяснилось, что пожилые люди (от 65 лет) больше рисковали заразиться инфекцией, чем молодые (HR=1,08, 95% CI: 1,04–1,13); у женщин риск был ниже, чем у сопоставимых мужчин (HR=0,87, 95% CI: 0,84–0,90); а у афроамериканцев риск выше, чем у сопоставимых европеоидов (HR=1,12, 95% CI: 1,07–1,18) (Рисунок 2).

В группе ПР-ПАВ риск заразиться инфекцией после полной вакцинации был выше у людей, которые недавно обращались к врачу для постановки диагноза ПР-ПАВ: он варьировал от 7,0% в группе «любое время» до 10,5% в группе «декабрь 2020» (p<0,001 между этими двумя группами). Те же тенденции наблюдали для различных подтипов ПР-ПАВ (Таблица 5).

ОБСУЖДЕНИЕ

В этом популяционном когортном исследовании мы сообщаем, что общий риск заражения у полностью вакцинированных пациентов с ПР-ПАВ варьировал от 6,8% при табачной зависимости до 7,8% – для каннабиоидной, причем все эти величины на значимом уровне превосходили 3,6-процентный риск у вакцинированных лиц без ПР-ПАВ. После сопоставления по демографическим характеристикам (пол, возраст, национальность) и типам вакцин (Pfizer, Moderna, Johnson & Johnson), пациенты с ПР-ПАВ – за исключением тех, кто страдал табачной зависимостью – все еще демонстрировали повышенный риск заражения после полной вакцинации по сравнению с сопоставимой когортой без ПР-ПАВ, а самые высокие показатели наблюдались у лиц с кокаиновой (HR=2,06, 95% CI: 1,30–3,25) и каннабиоидной (HR=1,92, 95% CI: 1,39–2,66) зависимостями.

После сопоставления по неблагоприятным социоэкономическим детерминантам здоровья и сопутствующим соматическим патологиям различия в показателях заражения после полной вакцинации у групп с ПР-ПАВ и без такой проблемы исчезли: это наводит на мысль о том, что повышенный риск у пациентов с ПР-ПАВ обусловлен высокой распространенностью у них разнообразных сопутствующих заболеваний. Пациенты с каннабиоидной зависимостью, которые были моложе и страдали меньшим числом сопутствующих патологий, чем люди с другими подтипами ПР-ПАВ, демонстрировали более высокий риск заражения на фоне полной вакцинации даже после сопоставления по неблагоприятным социоэкономическим детерминантам здоровья и сопутствующим соматическим патологиям с лицами без ПР-ПАВ (HR=1,55, 95% CI: 1,22–1,99). Это может говорить о том, что в этой группе более высокому риску заражения после вакцинации могут способствовать дополнительные переменные, например поведенческие факторы или неблагоприятное воздействие каннабиса на работу дыхательной и иммунной систем[31].

Известно, что частота тяжелых исходов COVID-19 у пациентов, заразившихся после полной вакцинации, заметно

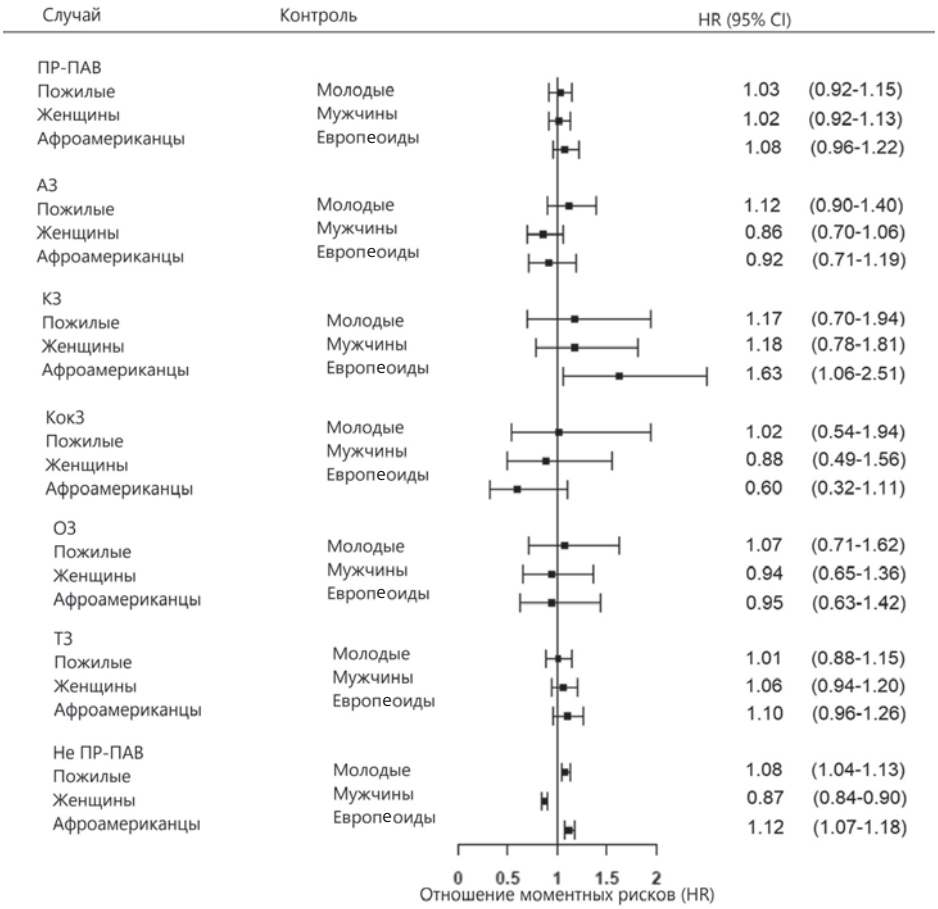

Рисунок 2. Отношения моментных рисков заражения COVID-19 у полностью вакцинированных людей с ПР-ПАВ и тех, кто не страдает такой проблемой: женщины в сравнении с мужчинами; пожилые (от 65 лет) в сравнении с более молодыми (младше 65 лет); афроамериканцы в сравнении с европеоидами. Две стратифицированные по демографическим характеристикам когорты подверглись псевдорандомизации по остальным демографическим признакам (возраст, пол, национальность), неблагоприятным социоэкономическим детерминантам здоровья, сопутствующим соматическим патологиям и типам вакцин. АЗ – алкогольная зависимость, КЗ – каннабиоидная зависимость, КокЗ – кокаиновая зависимость, ОЗ – опиоидная зависимость, ТЗ – табачная зависимость.

ниже, чем у инфицированных невакцинированных лиц[32]. Однако наш анализ исходов показал, что после сопоставления по демографическим характеристикам, неблагоприятным социоэкономическим детерминантам здоровья, сопутствующим соматическим патологиям и типам вакцин риски госпитализации и смерти у пациентов с ПР-ПАВ, заразившихся после вакцинации, и тех, кто не заразился, значительно отличались. У вакцинированных заразившихся пациентов с ПР-ПАВ риск госпитализации составил 22,5% на фоне 1,6% в сопоставимой когорте ПР-ПАВ пациентов, не сталкивавшихся с заражением после вакцинации (RR=14,4, 95% CI: 10,19–20,42). Риск смерти у вакцинированных заразившихся пациентов с ПР-ПАВ был равен 1,7% по сравнению с 0,5-процентным риском в сопоставимой когорте ПР-ПАВ пациентов, не сталкивавшихся с заражением после вакцинации (RR=3,5, 95% CI: 1,74–7,05). Такую же картину мы наблюдали среди полностью вакцинированных участников без ПР-ПАВ. У нас не было возможности выяснить, чем были вызваны госпитализации или смерти в случаях заражения после полной вакцинации: инфекцией COVID-19 или сопутствующими соматическими патологиями, однако масштабные и значимые различия между заразившимися после вакцинации пациентами и сопоставимыми незаразившимися участниками говорят о влиянии COVID-19.

Анализ исходов госпитализаций у когорт с заражением после вакцинации и без такового, вероятно, был скомпрометирован ошибкой обращаемости, так как пациенты, у которых после вакцинации развилась умеренная или тяжелая инфекция, чаще обращаются в медицинские учреждения, чем лица с бессимптомным или легким течением болезни, поэтому в электронных медицинских данных в основном представлены более тяжелые случаи инфекции. С другой стороны, анализ летальных исходов оказался менее чувствителен к ошибке обращаемости, так как о информация о случаях смерти регулярно импортировалась из Social Security Death index. В целом наши результаты говорят о том, что заражения после вакцинации могут привести к серьезным неблагоприятным исходам, включая летальный; этим выводам мы обязаны анализу полностью вакцинированных пациентов, чьи данные взяты из общенациональной базы электронных медицинских карт в режиме реального времени.

Клинические испытания и исследования в реальных условиях показали, что обе вакцины, как Pfizer-BioNTech, так и Moderna высокоэффективны для профилактики инфекции COVID-19 и ее тяжелых исходов[12,13,33–35]. В двух недавних отчетах сообщается о том, что в период распространенности альфа-и дельта-штаммов Pfizer-BioNTech может быть менее эффективным, чем Moderna[36], а также о том, что пожилые обитатели дома престарелых в Онтарио, вакцинированнные Moderna, продемонстрировали более сильный иммунный ответ, чем вакцинированные Pfizer-BioNTech[37]. По нашим наблюдениям, из всех вакцинированных 579 372 пациентов риск заражения был выше у получивших Pfizer-BioNTech, а не Moderna: HR=1,49 (95% CI: 1,31–1,69) в группе с ПР-ПАВ и HR=1,45 (95% CI: 1,38–1,53) в группе без ПР-ПАВ.

В наше исследование вошли месяцы распространения дельта-штамма в США, включая июль и август 2021, когда

Таблица 5. Риск заражения COVID-19 после полной вакцинации среди людей с ПР-ПАВ, обратившихся к врачу для постановки диагноза в разные временные промежутки

	Обращение для постановки диагноза	Число пациентов в когорте	Число пациентов с инфекцией	Риск заражения	*p*
ПР-ПАВ	Любое время	30 183	2113	7,0%	Реф.
	Фев. 2019	4 185	366	8,7%	0,003
	Фев. 2020	13 621	1181	8,7%	<0,001
	Дек. 2020	9041	946	10,5%	<0,001
АЗ	Любое время	7802	563	7,2%	Ref,
	Фев. 2019	4185	366	8,7%	0,003
	Фев. 2020	2959	294	9,9%	<0,001
	Дек. 2020	1858	222	11,9%	<0,001
КЗ	Любое время	2058	160	7,8%	Реф.
	Фев. 2019	1019	91	8,9%	0,270
	Фев. 2020	667	72	10,8%	0,015
	Дек. 2020	403	56	13,9%	<0,001
КокЗ	Любое время	1011	78	7,7%	Реф.
	Фев. 2019	422	41	9,7%	0,211
	Фев. 2020	293	30	10,2%	0,168
	Дек. 2020	176	25	14,2%	0,005
ОЗ	Любое время	2379	170	7,1%	Реф.
	Фев. 2019	1449	114	7,9%	0,409
	Фев. 2020	1078	84	7,8%	0,500
	Дек. 2020	783	67	8,6%	0,193
ТЗ	Любое время	21 941	1490	6,8%	Реф.
	Фев. 2019	13 450	1029	7,7%	0,002
	Фев. 2020	9790	832	8,5%	<0,001
	Дек. 2020	6485	678	10,5%	<0,001

«Любое время» – все пациенты с ПР-ПАВ, независимо от того, когда был поставлен диагноз (референтная группа). Фев. 2019 – пациенты, обращавшиеся для постановки диагноза ПР-ПАВ после февраля 2019; Фев. 2020 – пациенты, обращавшиеся для постановки диагноза ПР-ПАВ во время пандемии, то есть в любое время после февраля 2020; Дек 2020 – пациенты, обращавшиеся для постановки диагноза ПР-ПАВ после одобрения вакцин. АЗ – алкогольная зависимость, КЗ – каннабиоидная зависимость, КокЗ – кокаиновая зависимость, ОЗ – опиоидная зависимость, ТЗ – табачная зависимость

на его долю приходилось более 90% новых случаев[38]. Эффективность вакцин против дельта-штамма ниже, чем против альфа-штамма[39-42]. Данные также свидетельствуют возможном снижении эффективности вакцин против COVID-19 с течением времени[32,43]. Анализ тенденций показал, что частота появления новых инфекций COVID-19, измеряемая в случаях/человеко-день, стабильно возрастала у вакцинированных пациентов с ПР-ПАВ с января по июнь 2021, а затем ускорилась и достигла 0,0025 случаев/человеко-день в августе 2021 года (в 2,5 раза выше, чем в июне 2021). Та же тенденция наблюдалась у полностью вакцинированных пациентов без ПР-ПАВ. Так как вакцина могла быть получена в любое время между декабрем 2020 и августом 2021, рост показателей заражения после вакцинации с течением времени может говорить о возможном снижении вакцинального иммунитета у тех, кто вакцинировался раньше, особенно у пожилых людей. Быстрый рост после июня 2021 можно объяснить появлением дельта- и других штаммов, а также ослаблением мер профилактики.

Из-за отсутствия последовательной информации о штаммах в электронных медицинских картах, мы не смогли оценить вклад дельта-штамма в развитие инфекции после полной вакцинации, включая различия между Pfizer и Moderna. Чтобы понять, как на развитие инфекции после полной вакцинации влияет ослабление эффективности вакцины или появление дельта-штамма (как вместе, так и по отдельности), необходимо продолжать исследования. Ускоренный рост заболеваемости после июня 2021 подчеркивает важность последующих исследований для постоянного контроля заболеваемости инфекциями после полной вакцинации.

В нашем предыдущем исследовании в начале пандемии (февраль – июнь 2020), когда вакцины еще не разработали, мы сообщали о том, как пол и национальность могли влиять на риск заражения COVID-19 у людей с ПР-ПАВ: афроамериканцы рисковали больше, чем европеоиды, а женщины – больше, чем мужчины[6]. В текущем исследовании мы не наблюдали существенных различий в заражении полностью вакцинированных людей с ПР-ПАВ в зависимости от возраста, пола или национальности (после сопоставления по демографическим характеристикам, неблагоприятным социоэкономическим детерминантам здоровья, сопутствующим соматическим патологиям и типам вакцин). Возможно, это обусловлено малым размером выборок, так как у полностью вакцинированных участников без ПР-ПАВ мы наблюдали различия, связанные с возрастом, национальностью и полом: пожилые люди (от 65 лет), афроамериканцы и мужчины заражались чаще, чем более молодые пациенты, европеоиды и женщины. Различия, связанные с возрастом, можно объяснить возрастным ослаблением иммунитета, из-за чего не только повышается восприимчивость к инфекциям, но и снижается профилактическая эффективность вакцинации[44,45]. Причины, по которым на заражение после вакцинации влияет пол и национальность, еще предстоит изучить.

Среди вакцинированных пациентов с ПР-ПАВ риск заражения был выше у тех, кто недавно обращался к врачу для постановки упомянутого диагноза (после декабря 2020), у которых, скорее всего, ПР-ПАВ находились в активной фазе. Эти данные свидетельствуют о том, что сами по себе ПР-ПАВ, даже при наличии вакцины и отдельно от влияния сопутствующих соматических патологий, могут подвергать пациентов повышенному риску заражения COVID-19.

Более высокие показатели инфицирования среди людей с активной фазой ПР-ПАВ частично можно списать на поведение, из-за которого они подвергают себя большей опасности заражения, а также из-за влияния наркотических средств – например, при угнетении дыхания на фоне употребления опиоидов или неблагоприятных последствиях каннабиса для иммунной системы.

В нашем исследовании есть несколько ограничений. Во-первых, несмотря на то, что электронные медицинские карты пациентов широко и привычно используются в обсервационных исследованиях по оказанию медицинской помощи, потреблении лекарственных средств, эпидемиологии (заболеваемости/распространенности), факторам риска и надзору за безопасностью, информация в этих картах может быть скомпрометирована гипо-/гипер- или ошибочной диагностикой и не учитывать все возможные искажающие факторы. Во-вторых, в базе данных TriNetX собраны сведения о людях, обращавшихся в учреждения здравоохранения, поэтому она может не отражать реальную картину населения США, например пациентов из сельских регионов, здоровых людей, нелегальных иммигрантов. В-третьих, туда не всегда попадают данные о вакцинациях, проведенных вне стен больницы, например в центрах массовой вакцинации, аптеках или развлекательных центрах. В-четвертых, мы не смогли определить характер течения COVID-19: бессимптомный, симптоматический или тяжелый, а также вклад дельта-штамма. Чтобы проработать все эти вопросы, необходимо продолжать исследования.

В будущих исследованиях нужно: 1) продолжить изучение долгосрочной эффективности вакцин против COVID-19, так как ведущие позиции заняла инфекция, вызванная дельта-штаммом, и эффективность вакцины может снизиться спустя несколько месяцев; 2) отслеживать исходы, включая случаи смерти и госпитализации, связанные с заражением после вакцинации; 3) сравнивать исходы COVID-19 у вакцинированных и невакцинированных людей с ПР-ПАВ, что важно, так как по всему миру недоверие к вакцинам все еще остается высоким[46]. К факторам, независимо коррелирующим с недоверием к вакцинам, относятся возраст, национальность и более низкий уровень образования[47], которые также особенно сильно влияют на людей с ПР-ПАВ[48,49].

Согласно нашему исследованию, общий риск заражения COVID-19 среди вакцинированных пациентов с ПР-ПАВ оказался низким, что подчеркивает эффективность и необходимость полной вакцинации в этой группе населения. Однако наши выводы подтверждают, что эти люди остаются уязвимыми к инфекции даже после вакцинации, поэтому для профилактики заражения им важно продолжать соблюдать защитные меры.

Благодарности

Мы провели это исследование при поддержке Национального института США по борьбе со злоупотреблением наркотиками (грант № UG1DA049435), Национального института старения США (гранты nos. R01 AG057557, R01 AG061388, R56 AG062272), а также Кливлендской группы по работе с клинической и трансляционной наукой (грант № 1UL1TR002548-01). Авторы хотели бы поблагодарить Д.К. Кельбера из системы MetroHealth и Западный резервный университет Кейза, за доступ к TriNetX.

Библиография

1. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Key substance use and mental health indicators in the United States: results from the 2019 National Survey on Drug Use and Health. Rockville: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2020.
2. Grant BF, Saha TD, Ruan WJ et al. Epidemiology of DSM-5 drug use disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions – III. JAMA Psychiatry 2016;73:39-47.
3. National Institute on Drug Abuse. Health consequences of drug misuse. https://www.drugabuse.gov.
4. Centers for Disease Control and Prevention. COVID-19 and people with certain medical conditions. https://www.cdc.gov.
5. Centers for Disease Control and Prevention. COVID-19 and people at increased risk. https://www.cdc.gov.
6. Wang Q, Kaelber DC, Xu R et al. COVID-19 risk and outcomes in patients with substance use disorders: analyses from electronic health records in the United States. Mol Psychiatry 2021;26:30-9.
7. Wang Q, Xu R, Volkow ND. Increased risk of COVID-19 infection and mortality in people with mental disorders: analysis from electronic health records in the United States. World Psychiatry 2021;20:124-30.
8. Wang Q, Davis PB, Gurney ME et al. COVID-19 and dementia: analyses of risk, disparity, and outcomes from electronic health records in the US. Alzheimers Dement 2021;17:1297-306.
9. Wang Q, Davis PB, Xu R. COVID-19 risk, disparities and outcomes in patients with chronic liver disease in the United States. EClinicalMedicine 2021;31:100688.
10. Wang Q, Berger NA, Xu R. Analyses of risk, racial disparity, and outcomes among US patients with cancer and COVID-19 infection. JAMA Oncol 2021;7:220-7.
11. Wang Q, Berger NA, Xu R. When hematologic malignancies meet COVID-19 in the United States: infections, death and disparities. Blood Rev 2021;47:100775.
12. Polack FP, Thomas SJ, Kitchin N et al. Safety and efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 vaccine. N Engl J Med 2020;383:2603-15.
13. Baden LR, El Sahly HM, Essink B et al. Efficacy and safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 vaccine. N Engl J Med 2021;384:403-16.
14. Sadoff J, Le Gars M, Shukarev G et al. Interim results of a phase 1-2a trial of Ad26.COV2.S Covid-19 vaccine. N Engl J Med 2021;384:1824-35.
15. CDC COVID-19 Vaccine Breakthrough Case Investigations Team. COVID-19 vaccine breakthrough infections reported to CDC – United States, January 1–April 30, 2021. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2021;70:792-3.
16. Hacisuleyman E, Hale C, Saito Y et al. Vaccine breakthrough infections with SARS-CoV-2 variants. N Engl J Med 2021;384:2212-8.
17. Bergwerk M, Gonen T, Lustig Y et al. Covid-19 breakthrough infections in vaccinated health care workers. N Engl J Med (in press).
18. Brown CM, Vostok J, Johnson H et al. Outbreak of SARS-CoV-2 infections, including COVID-19 vaccine breakthrough infections, associated with large public gatherings – Barnstable County, Massachusetts, July 2021. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2021;70:1059-62.
19. Boyarsky BJ, Werbel WA, Avery RK et al. Immunogenicity of a single dose of SARS-CoV-2 messenger RNA vaccine in solid organ transplant recipients. JAMA 2021;325:1784-6.
20. Boyarsky BJ, Werbel WA, Avery RK et al. Antibody response to 2-dose SARSCoV-2 mRNA vaccine series in solid organ transplant recipients. JAMA 2021; 325:2204-6.
21. Benotmane I, Gautier G, Perrin P et al. Antibody response after a third dose of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 vaccine in kidney transplant recipients with minimal serologic response to 2 doses. JAMA (in press).
22. Monin L, Laing AG, Munoz-Ruiz M et al. Safety and immunogenicity of one versus two doses of the COVID-19 vaccine BNT162b2 for patients with cancer: interim analysis of a prospective observational study. Lancet Oncol 2021;22:765-78.
23. Thakkar A, Pradhan K, Jindal S et al. Patterns of seroconversion for SARSCoV-2 IgG in patients with malignant disease and association with anticancer therapy. Nature Cancer 2021;2:392-9.
24. Magrone T, Jirillo E. Drugs of abuse induced-subversion of the peripheral immune response and central glial activity: focus on novel therapeutic approaches. Endocr Metab Immune Disord Drug Targets 2019;19:281-91.
25. Friedman H, Newton C, Klein TW. Microbial infections, immunomodulation, and drugs of abuse. Clin Microbiol Rev 2003;16:209-19.
26. TriNetX Analytics Network. https://trinetx.com.
27. Harrison SL, Fazio-Eynullayeva E, Lane DA et al. Comorbidities associated with mortality in 31,461 adults with COVID-19 in the United States: a federated electronic medical record analysis. PLoS Med 2020;17:e1003321.

28. Annie F, Bates MC, Nanjundappa A et al. Prevalence and outcomes of acute ischemic stroke among patients ≤50 years of age with laboratory confirmed COVID-19 infection. Am J Cardiol 2020;130:169-70.
29. Jorge A, D'Silva KM, Cohen A et al. Temporal trends in severe COVID-19 outcomes in patients with rheumatic disease: a cohort study. Lancet Rheumatol 2021;3:e131-7.
30. Taquet M, Geddes JR, Husain M et al. 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. Lancet Psychiatry 2021;8:416-27.
31. Tashkin DP, Baldwin GC, Sarafian T et al. Respiratory and immunologic consequences of marijuana smoking. J Clin Pharmacol 2002;42:71S-81S.
32. Griffin JB, Haddix M, Danza P et al. SARS-CoV-2 infections and hospitalizations among persons aged ≥16 years, by vaccination status – Los Angeles County, California, May 1 -July 25, 2021. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2021;70:1170-6.
33. Dagan N, Barda N, Kepten E et al. BNT162b2 mRNA Covid-19 vaccine in a nationwide mass vaccination setting. N Engl J Med 2021;384:1412-23.
34. Thompson MG, Burgess JL, Naleway AL et al. Interim estimates of vaccine effectiveness of BNT162b2 and mRNA-1273 COVID-19 vaccines in preventing SARS-CoV-2 infection among health care personnel, first responders, and other essential and frontline workers – eight U.S. locations, December 2020 -March 2021. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2021;70:495-500.
35. Abu-Raddad LJ, Chemaitelly H, Butt AA et al. Effectiveness of the BNT162b2 Covid-19 vaccine against the B.1.1.7 and B.1.351 variants. N Engl J Med 2021; 385:187-9.
36. Puranik A, Lenehan PJ, Silvert E et al. Comparison of two highly-effective mRNA vaccines for COVID-19 during periods of Alpha and Delta variant prevalence. medRxiv 2021;21261707.
37. Abe KT, Hu Q, Mozafarihashjin M et al. Neutralizing antibody responses to SARS-CoV-2 variants in vaccinated Ontario long-term care home residents and workers. medRxiv 2021;21261721.
38. Centers for Disease Control and Prevention Data Tracker. Variant proportions. https://covid.cdc.gov.
39. Bernal JL, Andrews N, Gower C et al. Effectiveness of Covid-19 vaccines against the B.1.617.2 (Delta) variant. N Engl J Med 2021;385:585-94.
40. Pouwels KB, Pritchard E, Matthews P et al. Impact of Delta on viral burden and vaccine effectiveness against new SARS-CoV-2 infections in the UK. medRxiv 2021;21262237.
41. Lopez Bernal J, Andrews N, Gower C et al. Effectiveness of Covid-19 vaccines against the B.1.617.2 (Delta) variant. N Engl J Med 2021;385:585-94.
42. Sheikh A, McMenamin J, Taylor B et al. SARS-CoV-2 Delta VOC in Scotland: demographics, risk of hospital admission, and vaccine effectiveness. Lancet 2021;397:2461-2.
43. Fowlkes A, Gaglani M, Groover K et al. Effectiveness of COVID-19 vaccines in preventing SARS-CoV-2 infection among frontline workers before and during
1. B.1.617.2 (Delta) variant predominance – eight U.S. locations, December 2020 -August 2021. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2021;70:1167-9.
44. Lord JM. The effect of ageing of the immune system on vaccination responses. Hum Vaccin Immunother 2013;9:1364-7.
45. Keener A. Tailoring vaccines for older people and the very young. Nature 2019; 575:S48-50.
46. Khubchandani J, Sharma S, Price JH et al. COVID-19 vaccination hesitancy in the United States: a rapid national assessment. J Commun Health 2021;46:270-7.
47. Fisher KA, Bloomstone SJ, Walder J et al. Attitudes toward a potential SARSCoV-2 vaccine: a survey of US adults. Ann Intern Med 2020;173:964-73.
48. Evans EA, Grella C.E, Washington DL et al. Gender and race/ethnic differences in the persistence of alcohol, drug, and poly-substance use disorders. Drug Alcohol Depend 2017;174:128-36.
49. Vilsaint CL, NeMoyer A, Fillbrunn M et al. Racial/ethnic differences in 12-month prevalence and persistence of mood, anxiety, and substance use disorders: variation by nativity and socioeconomic status. Compr Psychiatry 2019;89:52-60.

DOI:10.1002/wps.20921

Эффективность психотерапии и фармакотерапии психических расстройств у взрослых: общий обзор и метааналитическая оценка недавних метаанализов

Falk Leichsenring[1,2], Christiane Steinert[1,3], Sven Rabung[4], John P.A. Ioannidis[5-7]

[1]Department of Psychosomatics and Psychotherapy, University of Giessen, Giessen, Germany;
[2]Department of Psychosomatics and Psychotherapy, University of Rostock, Rostock, Germany;
[3]International Psychoanalytic University, Berlin, Germany;
[4]Department of Psychology, University of Klagenfurt, Klagenfurt, Austria;
[5]Department of Medicine, Stanford University School of Medicine, Stanford, CA, USA;
[6]Department of Epidemiology and Population Health, Stanford University School of Medicine, Stanford, CA, USA; 7Department of Biomedical Data Science, Stanford University School of Medicine, Stanford, CA, USA

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

Leichsenring F, Steinert C, Rabung S, Ioannidis J. The efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for mental disorders in adults: an umbrella review and meta-analytic evaluation of recent meta-analyses. ***World Psychiatry*****. 2022;21(1):133-145. doi:10.1002/wps.20941**

Резюме. *Психические расстройства представляют собой проблему общественного здравоохранения во всем мире. В качестве лечения первой линии рекомендуются психотерапия и фармакотерапия. Однако появились доказательства того, что их эффективность может быть переоценена из-за множества недостатков в клинических испытаниях (например, систематическая ошибка публикации, слабые условия контроля, такие как лист ожидания). Мы провели комплексный обзор недавних метаанализов рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) психотерапии и фармакотерапии основных психических расстройств у взрослых. Мы выбрали метаанализы, которые формально оценивали риск систематической ошибки или качество исследований, исключали слабые компараторы и использовали величину эффекта для целевых симптомов в качестве основного результата. Мы провели поиск в PubMed и PsycINFO и отдельных записях Кокрейновской библиотеки на предмет метаанализов, опубликованных в период с января 2014 г. по март 2021 г., сравнивающих психотерапию или фармакотерапию с плацебо или стандартизированным лечением (TAU), или психотерапию с фармакотерапией, или сочетание психотерапии с фармакотерапией либо с монотерапией. Было включено 102 метаанализа, охватывающих 3782 РКИ и 650 514 пациентов, включающих депрессивные расстройства, тревожные расстройства, посттравматическое стрессовое расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство, соматоформные расстройства, расстройства пищевого поведения, синдром дефицита внимания/гиперактивности, расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, бессонница, расстройства шизофренического спектра и биполярное расстройство. При различных заболеваниях и методах лечения эффективность для целевых симптомов были небольшой. Метааналитическая оценка эффективности, о которых сообщают крупнейшие метаанализы по расстройствам, дала стандартизированную среднюю разницу (SMD) 0,34 (95% ДИ: 0,26–0,42) для психотерапии и 0,36 (95% ДИ: 0,32–0,41) для фармакотерапии по сравнению с плацебо или стандартизированного лечения. SMD для прямых сравнений психотерапии и фармакотерапии составил 0,11 (95% ДИ: от -0,05 до 0,26). SMD для комбинированного лечения по сравнению с любой монотерапией составил 0,31 (95% ДИ: 0,19–0,44). Риск предвзятости часто был высоким. После более чем полувека исследований, тысяч РКИ и миллионов вложенных средств эффективность психотерапии и фармакотерапии психических расстройств ограничена, что предполагает эффект потолка для исследований лечения, проводимых в настоящее время. По-видимому, для достижения дальнейшего прогресса требуется смена парадигмы в исследованиях.*

Ключевые слова: *психотерапия, фармакотерапия, психические расстройства, рандомизированные контролируемые исследования, метаанализы, размер эффекта, метааналитическая оценка.*

Психические расстройства представляют собой проблему общественного здравоохранения[1,2] во всем мире. Психотерапия и фармакотерапия рекомендуются в качестве первой линии их лечения[3,4]. Однако недавно появились данные, свидетельствующие о том, что эффективность обоих видов лечения, возможно, была переоценена из-за ряда недостатков клинических испытаний, таких как предвзятость публикаций, лояльность исследователей или использование слабых групп сравнения (в частности, «списка ожидания»)[5-16]. Важно получить реалистичную оценку эффективности психотерапии и фармакотерапии. Считается, что метаанализы и систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) обеспечивают наивысший уровень доказательности[17]. Однако вышеупомянутые предубеждения могут повлиять не только на отдельные РКИ, но и на метаанализы[6,18,19]. Чтобы избежать переоценки эффективности лечения, в метаанализах необходимо систематически учитывать риск предвзятости[6,18-20]. Более того, оценки эффективности зависят от компаратора, с которым тестируются методы лечения. Условия «списка ожидания», например, представляют собой относительно слабый компаратор, приводящий к большему размеру эффекта[6,8,21,22]. Сравнения с плацебо или стандартизированной терапией дают лучшие оценки истинной эффективности лечения[6,22].

Самый последний всеобъемлющий обзор метаанализов как психотерапии, так и фармакотерапии при психических расстройствах, включающий 61 метаанализ, был опубликован в 2014 году, отразив средний размер эффекта (стандартизированная средняя разница, SMD = 0,50)[8]. Однако в некоторых из включенных метаанализов при оценке общей эффективности использовались сравнения «списков ожидания». Кроме того, авторы, похоже, просто усреднили извлеченные размеры эффекта, не проводя метааналитическую оценку, включая взвешивание размеров эффекта. Кроме того, с 2014 года было опубликовано большое количество новых исследований и метаанализов.

В связи с этими причинам мы провели актуальный обобщающий обзор недавних метаанализов психотерапии и фармакотерапии основных психических расстройств у взрослых, в которых в качестве групп сравнения использовались плацебо или TAU и формально оценивался риск предвзятости или качества исследований. В качестве основного результата мы использовали размер эффекта для целевых симптомов соответствующего расстройства.

МЕТОДЫ

Протокол исследования этого общего обзора был заранее зарегистрирован в PROSPERO (Международный перспективный реестр систематических обзоров), регистрационный номер: CRD42020155452.

Критерии включения

Были проведены метаанализы РКИ, сравнивающие психотерапию или фармакотерапию с плацебо или стандартизированной терапией у взрослых с психическими расстройствами, опубликованные с 2014 года. Мы также рассмотрели метаанализы, сравнивающие психотерапию и фармакотерапию друг с другом или их комбинацию с монотерапией. Были включены только метаанализы, которые официально оценивали риск предвзятости или качество исследований. Если для одного условия было доступно несколько метаанализов, удовлетворяющих критериям включения, все они были включены. Требовалось сообщать о SMD или других показателях величины межгруппового эффекта.

Все виды фармакотерапии и психотерапии имели право на включение. Метаанализы, изучающие конкретные подгруппы (например, устойчивую к лечению депрессию, пациентов первичной медицинской помощи, пожилых людей), психиатрические или соматические сопутствующие заболевания (например, депрессия у больных раком), конкретные условия (например, только групповая терапия или стационарная терапия) или стратегии усиления (например, психостимуляторы, добавляемые к антипсихотическим препаратам при шизофрении), или сосредоточение внимания на вторичных результатах (например, качество жизни при депрессии), не были включены. Эти критерии включения соответствуют вышеупомянутому обзору[8] 2014 года, за исключением исключения сравнений в «списках ожидания» и требования проведения метаанализов для оценки риска предвзятости или качества исследований. Приемлемыми были как стандартные, так и сетевые метаанализы.

Было показано, что объединение данных пациентов, получающих стандартизированное лечение или плацебо, с данными пациентов, находящихся в «списке ожидания», увеличивает размеры эффекта[8,22,23]. С другой стороны, можно ожидать, что смешивание данных пациентов, получающих стандартизированную, с данными пациентов, получающих специфическую терапию (например, когнитивно-поведенческую терапию, КПТ), приведет к недооценке величины эффекта рассматриваемого лечения. Поэтому метаанализы, в которых данные о стандартизированной терапии или плацебо смешивались со «списком ожидания» или активным лечением, были исключены.

Поиск исследований

Мы провели поиск в PubMed и PsycINFO, а также в отдельных записях библиотеки Кокрейна для метаанализов РКИ психотерапии и/или фармакотерапии психических расстройств у взрослых, опубликованных в период с января 2014 года по март 2021 года. Четыре рецензента независимо искали исследования. Решение о включении было принято консенсусом, включая еще один вопрос. Поисковые запросы были подвергнуты метаанализу* или метаанализу* в сочетании с тезаурусом отдельных баз данных, касающихся каждого заказа. Чтобы обеспечить сопоставимые результаты, мы использовали синтаксис, примененный в предыдущем наиболее полном обзоре[8].

Обработка данных

Мы сосредоточились на размерах эффекта и 95% доверительных интервалах (CIs) для целевых симптомов соответствующего расстройства (первичный результат). Мы извлекли межгрупповые SMD и связанные с ними показатели (d Коэна, g Хеджеса), как сообщалось в метаанализах. Коэффициенты шансов (ORS) и коэффициенты опасности (HRS) были преобразованы в Sms[24,25]. Данные об относительном риске (RR) были извлечены в соответствии с отчетностью. Мы использовали условные обозначения Коэна d=0,2, d=0,5 и d=0,8 для обозначения малых, средних и больших величин эффекта[26], что соответствует разнице в показателях успеха 11%, 28% и 43%; числа, необходимые для лечения 9, 4 и 2; ORs от 1.43, 2.48 и 4.25; RRs от 1.22, 1.86 и 3.00; и HRs от 1.3, 1.9 и 2.8[24,25,27-29]. Предпочтение отдавалось данным о намерении лечить, когда они были доступны.

Если в метаанализах учитывался риск предвзятости, например, путем дополнительного представления данных отдельно для исследований с низким риском предвзятости или корректировки на предвзятость публикации, мы перечислили все сообщенные размеры эффекта, но предпочтительно сосредоточились на исправленных или высококачественных данных для интерпретации результатов.

Показатели ремиссии и ответа были включены в качестве вторичных результатов, когда они были доступны. Дихотомические переменные имеют некоторые ограничения[30], но в дополнение к SMD они могут предоставить полезную информацию об эффективности.

Один автор извлек данные (тип лечения и расстройства, количество исследований, количество участников, тип компаратора, риск предвзятости, неблагоприятные события / побочные эффекты и размеры эффекта). Данные были перепроверены независимо двумя оценщиками каждый.

Оценка качества

Качество включенных метаанализов было независимо оценено двумя оценщиками. Для целей этого обзора мы использовали пункты 1–9. Контрольного перечня для систематических обзоров и повторных поисков[31,32], дополненные пунктом 12 AMSTAR 2[20] (“Учитывалось ли влияние риска предвзятости в отдельных исследованиях на результаты метаанализа?”) и дополнительный пункт, касающийся того, был ли зарегистрирован метаанализ. В случае разногласий между оценщиками использовались консенсусные рейтинги.

Синтез данных

Результаты крупнейших метаанализов для каждого состояния, т.е. те, которые включают большинство РКИ, представлены и оценены отдельно. Кроме того, эти независимые метаанализы были включены в метаанализы второго порядка, объединяющие их суммарные размеры эффектов для всех различных психических расстройств[33]. Это позволило получить взвешенный эффект психотерапии или фармакотерапии для всех психических расстройств, а также взвешенные эффекты для преимуществ комбинированной терапии и для сравнительной эффективности психотерапии по сравнению с фармакотерапией. Анализ был проведен с помощью комплексного метаанализа (CMA, версия 3) с использованием модели случайных эффектов, основанной на SMD и их CIS, с помощью опции анализа CMA “общие оценки”. Неоднородность оценивалась с использованием статистики I^2. Если в метаанализах сообщалось не об общем размере эффекта, а о размерах эффекта для конкрет-

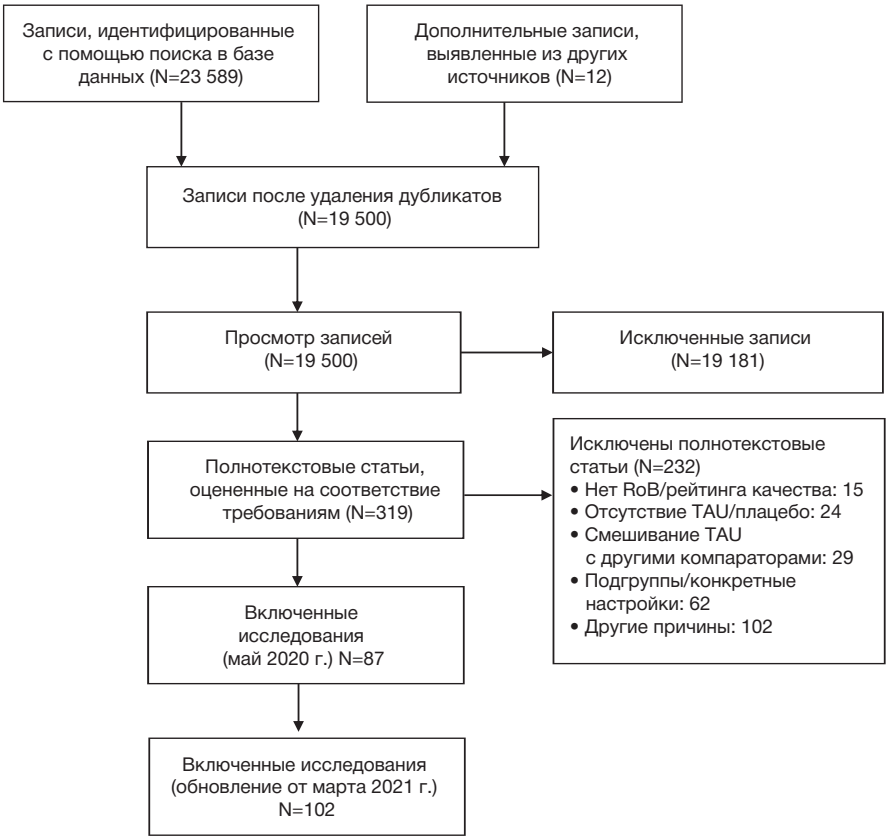

Рисунок 1. Технологическая схема PRISMA. RoB – риск предвзятости, TAU – стандартизированная терапия

ных методов лечения и сравнений, размеры эффекта соответствующих сравнений агрегировались CMA, и полученные в результате общие SMD были введены в метаанализ второго порядка по расстройствам. Использовались только оценки эффекта, основанные по крайней мере на двух первичных РКИ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Включенные метаанализы

В результате поиска был получен 23 601 элемент, который сократился до 19 500 после удаления дубликатов, которые были отобраны по названиям и аннотациям. Полнотекстовая оценка была проведена для 319 статей. Сто два метаанализа соответствовали критериям включения (см. Рисунок 1 и дополнительную информацию). Они включали 69 метааналитических сравнений фармакотерапии с плацебо или ТАУ, 26 сравнений психотерапии с плацебо или ТАУ, 11 сравнений психотерапии с фармакотерапии лицом к лицу и 13 сравнений комбинированной психотерапии и фармакотерапии с любой монотерапией[6,12,13,34-134]. 102 метаанализа охватили 3782 РКИ (диапазон от 2 до 522) и 650 514 пациентов (диапазон от 65 до 116 477) (см. дополнительную информацию).

Во всех метаанализах среднее количество положительно оцененных предметов в оценке качества составило 8,71= 1,43 (диапазон: от 4 до 11). Пункты 10 (пункт 12 AMSTAR 2, касающийся того, учитывал ли мета анализ влияние предвзятости на результаты) и 11 (регистрация исследования) выполнялись реже всего (48% и 47% соответственно). Качество метаанализов существенно не отличалось между психотерапией и фармакотерапией (среднее значение положительно оцененных пунктов: 8,95±1,12 для психотерапии, 8,68±1,54 для фармакотерапии, t=0,74, *p*=0,46).

Психотерапия и фармакотерапия против ТАУ или плацебо

В крупнейших метаанализах размеры эффекта как психотерапии, так и фармакотерапии по сравнению с ТАУ или плацебо были небольшими (SMD<0,50) для большинства расстройств и методов лечения (см. Рисунок 2 и дополнительную информацию). Средние величины эффекта были обнаружены только для фармакотерапии обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) (SMD=0,56)[72], нервной булимии (SMD=0,61)[80] и соматоформных расстройств (SMD=0,50)[91], а также для психотерапии посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) (SMD=0,54)[54] и пограничное расстройство личности (SMD=0,57)[93]. О больших размерах эффекта сообщалось только при психотерапии ОКР (SMD=1,03)[74], однако значительная часть пациентов принимала сопутствующую фармакотерапию[72,74]. В целом риск предвзятости часто был высоким (см. Рисунок 2 и дополнительную информацию).

Для психотерапии и фармакотерапии метаанализ случайных эффектов второго порядка по сравнению с плацебо или TAU дал статистически значимые, но небольшие SMD 0,34 (95% ДИ: 0,26–0,42, I^2=66,33%) и 0,36 (95% ДИ: 0,32–0,41, I^2=70,61%) соответственно, по всем расстройствам (см. Рисунок 2). Для агрегированных данных психотерапии и фармакотерапии SMD составил 0,35 (95 ДИ: 0,31-0,39, I^2=68,23%).

Депрессивные расстройства

Что касается психотерапии депрессивных расстройств, то самый крупный метаанализ показал небольшой SMD 0,31 с поправкой на предубеждения по сравнению с TAU[51] (см. Рисунок 2). Принимая во внимание все включенные метаанализы, психотерапия достигла размеров эффекта

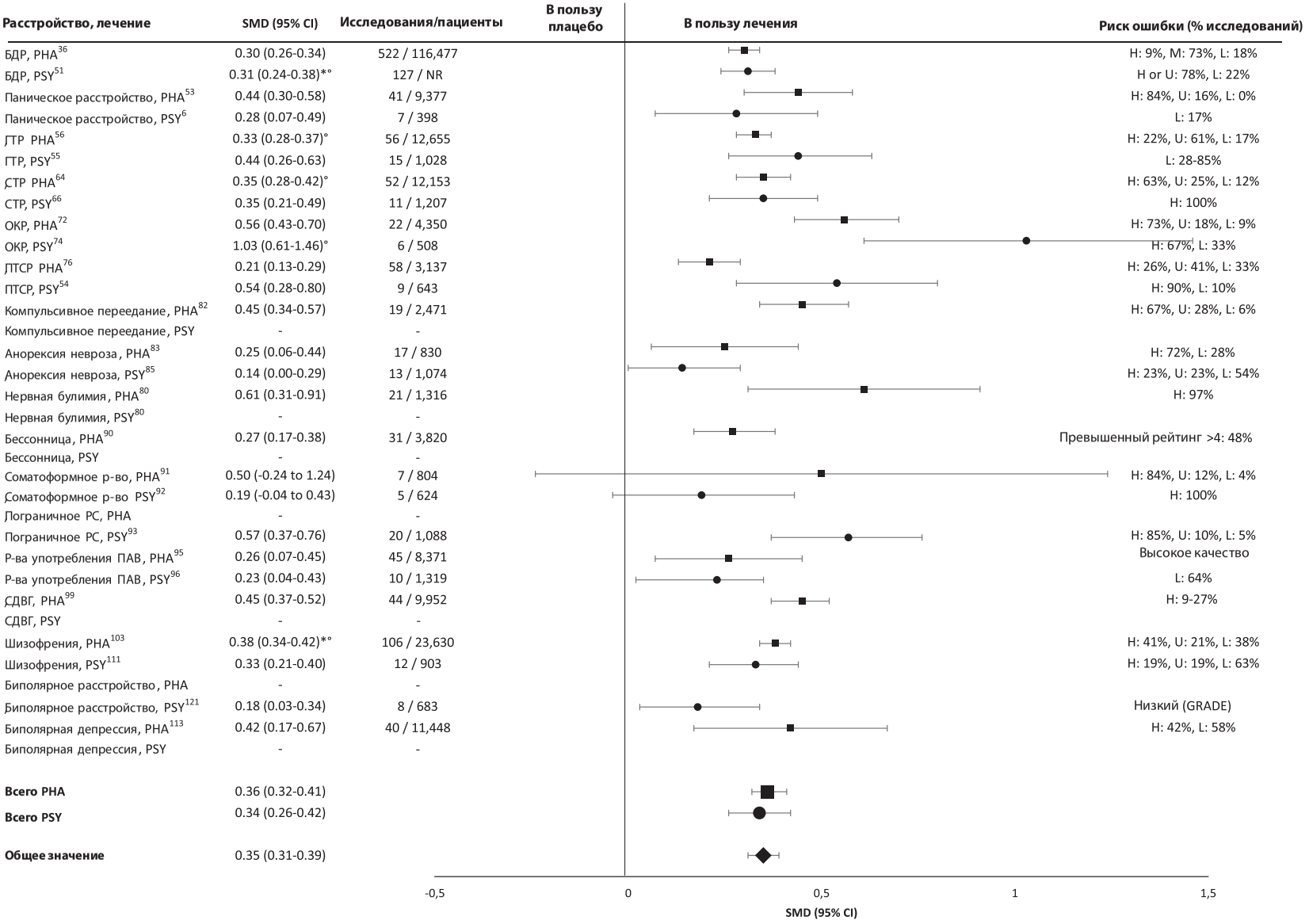

Рисунок 2. Размеры эффекта в крупнейших метаанализах фармакотерапии (квадраты) и психотерапии (круги) по сравнению с плацебо или стандартным лечением (TAU). РНА – фармакотерапия; ГТР – психотерапия, SMD – стандартизированная средняя разница, * – с поправкой на риск предвзятости, ° – с поправкой на эффекты небольшого исследования, БДР – большое депрессивное расстройство, GAD – генерализованное тревожное расстройство, СТР – социальное тревожное расстройство, ОКР – обсессивно–компульсивное расстройство, ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство, РС – расстройство личности, СДВГ – синдром дефицита внимания /гиперактивности, H – высокий, M – средний, L – низкий, U – неопределенный, NR – не сообщается. Там, где SMD не указан, это означает, что достоверный метаанализ, сообщающий об этом значении, не был доступен.

(SMD) от 0,11 до 0,61 по сравнению с плацебо или TAU[6,12,37,50-52], за исключением одного отдаленного метаанализа, в котором сообщалось о большом SMD, составившим 1,1 после терапии и снизившимся до 0,27 через 3–12 недель терапии, что может быть связано с высоким риском ошибки[52]. Большинство размеров эффекта были небольшими (<0,50).

Было обнаружено, что только от 1% до 17% исследований психотерапии депрессии демонстрируют низкий риск предвзятости. Когда метаанализы учитывали риск предвзятости, они последовательно обнаруживали уменьшение размеров эффекта (см. Дополнительную информацию).

Во всех формах психотерапии ремиссия от основного депрессивного расстройства (шкала оценки депрессии Гамильтона, HAM-D<7) была достигнута у 43% пациентов, без существенных различий между различными видами психотерапии[5]. Ответ (снижение показателя HAM-D на 50%) был достигнут у 54% пациентов[5]. TAU превосходил отсутствие лечения в отношении ремиссии (33% против 23%), но уступал психотерапии (33% против 43%)[135].

Самый крупный метаанализ фармакотерапии депрессивных расстройств показал SMD 0,30[36] (см. Рисунок 2). Все величины эффекта (SMD), достигнутые фармакотерапией по сравнению с плацебо, были ниже 0,50 и варьировались от 0,19 до 0,41. Исключением был кетамин, который достиг больших краткосрочных эффектов (0,83, 0,88) через 24 часа и 3-4 дня после лечения, снизившись до 0,31 через 7 дней[13,34-39,41-49]. Большинство размеров эффекта в пересчете на RRs также были небольшими (≤1,22).

Средняя частота ответа на селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) составила 51% против 39% для плацебо[35], что соответствует небольшому эффекту[27].

Многие испытания фармакотерапии при депрессии показали высокий риск отклонений[13,35,36,42] (см. дополнительную информацию).

Тревожные расстройства

В крупнейших метаанализах тревожных расстройств психотерапевты достигли SMD от 0,28 до 0,44[6,55,66] (см. Рисунок 2). В целом психотерапия тревожных расстройств достигла SMDS по сравнению с TAU или плацебо между 0,01 и 0.72[6,54,55,59,65,66,71], за исключением двух отдаленных величин эффекта при генерализованном тревожном расстройстве (1,44, 1,32), каждый из которых основан только на трех исследованиях[6,55]. Два эффекта психотерапии (КПТ) при социальном тревожном расстройстве были средними (0,72, 0,56)[66], но большинство эффектов были небольшими (см. дополнительную информацию).

В целом было обнаружено, что только 17% психотерапевтических исследований при тревожных расстройствах демонстрируют низкий риск предубеждений[6].

В крупнейших метаанализах тревожных расстройств фармакотерапия достигла SMD между 0,33 и 0,45[53,56,64] по сравнению с плацебо (см. Рисунок 2). В целом размеры эффекта для фармакотерапии составляли от 0,01 до 0,56, причем большинство размеров эффекта были небольшими[55-64,66,67,69,70] (см. дополнительную информацию). RR варьировался от 1,20 до 4,03, причем большинство значений были небольшими, одно среднее (ингибиторы моноаминоксидазы) и одно большое (бензодиазепины, RR=4,03)[69].

При социальном тревожном расстройстве и генерализованном тревожном расстройстве фармакотерапия дала показатели ответа 52% и 56% соответственно по сравнению с 32% и 41% при применении плацебо[59,69].

Обсессивно-компульсивное расстройство

Что касается психотерапии (КПТ) ОКР, то самый крупный метаанализ показал большой SMD (1,03)[74] (см. Рисунок 2). Учитывая все метаанализы, сообщалось о больших SMD по сравнению с плацебо (0,91–1,46)[72,74]. При наблюдении в среднем через 15,1 месяца после окончания лечения SMDS снизился с 0,57 до 0,06 для всех сравнений[74]. Результаты последующего наблюдения не были доступны для сравнения с плацебо. Большинство психотерапевтических исследований включали пациентов, принимавших стабильные дозы антидепрессантов[72,74], возможно, переоценивая размеры эффекта в пользу психотерапии[72].

Что касается фармакотерапии ОКР, то самый крупный метаанализ показал средний размер эффекта (SMD=0,56)[72] (см. Рисунок 2). Учитывая все метаанализы, сообщалось о малых и средних SMD (0,45–0,66).

Для большинства исследований психотерапии и фармакотерапии риск предвзятости был высоким (см. Рисунок 2 и дополнительную информацию).

Посттравматическое стрессовое расстройство

Для психотерапии (КПТ) ПТСР самый большой метаанализ показал средний размер эффекта по сравнению с TAU (SMD = 0,54)[54] (см. Рисунок 2), который был стабильным при последующем наблюдении до 12 месяцев после окончания терапии[54]. Для ПТСР, связанного с жестоким обращением в детстве, был обнаружен SMD 0,50 по сравнению с TAU/ плацебо, который был снижен до 0,21 после корректировки на небольшой размер выборки[79].

Что касается фармакотерапии ПТСР, то в крупнейшем метаанализе сообщалось о небольшом SMD по сравнению с плацебо (0,21)[76] (см. Рисунок 2). Учитывая все метаанализы, размеры эффекта, достигнутого фармакотерапией по сравнению с плацебо, были неоднородными (SMDS: от -0,10 до 0,97)[75-78]. Риск предвзятости часто был высок[77,78]. Большой SMD был получен с фенелзином (0,97), средний – с миртазапином (0,79), дезипрамином (0,52) и оланзапином (0,51), все на основе только одного РКИ, за исключением оланзапина[75]. Для СИОЗС и ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (SNRIS) сообщалось о среднем SMD (0,50)[77]. Для всех других препаратов SMD были <0,50 (от -0,10 до 0,47).

Расстройства личности

Для психотерапии расстройств личности был доступен только метаанализ пограничного расстройства личности, в котором сообщалось о среднем SMD по сравнению с TAU (0,57), с высоким риском предвзятости в большинстве исследований (см. Рисунок 2)[93].

Обновление для разработки кокрейновского отчета о фармакотерапии пограничного расстройства личности не дало метааналитических результатов, поскольку авторы не нашли убедительных доказательств[136].

Соматоформные расстройства

Что касается психотерапии соматоформных расстройств, то в крупнейшем метаанализе сообщалось о небольшом SMD (0,19, см. Рисунок 2) по сравнению с усиленной помощью, с высоким риском предвзятости из-за отсутствия ослепления[92]. Что касается фармакотерапии соматоформных расстройств, то в крупнейшем метаанализе сообщалось о среднем SMD (0,50, см. Рисунок 2) по сравнению с плацебо[91].

Учитывая все метаанализы, сообщалось о гетерогенных SMD (от 0,13 до 0,91) для фармакотерапии, основанных на

двух или трех РКИ, с высоким риском предвзятости для большинства РКИ[91].

Расстройства пищевого поведения

Что касается психотерапии нервной булимии, то ни один недавний метаанализ не соответствовал критериям включения. В отношении фармакотерапии в крупнейшем метаанализе сообщалось о среднем SMD по сравнению с плацебо (0,61, см. Рисунок 2)[80]. Учитывая все метаанализы, была обнаружена значительная гетерогенность между классами лекарств (SMDs: 0,10–1,00)[80].

Что касается психотерапии расстройства пищевого поведения, связанного с перееданием, то ни один метаанализ не соответствовал критериям включения. Что касается фармакотерапии, то в крупнейшем метаанализе сообщалось о небольшом или среднем SMD по сравнению с плацебо (0,45, см. Рисунок 2)[82]. Учитывая все метаанализы, для фармакотерапии был обнаружен эффект от малого до среднего по сравнению с плацебо (SMD=0,45, OP: 1,67, 2,61)[81,82]. В одном из этих метаанализов сообщалось о высоком риске[82], в другом – о среднем или низком риске смещения[81].

Что касается психотерапии нервной анорексии, то в крупнейшем метаанализе сообщалось о небольшом SMD по сравнению с TAU (0,14, см. Рисунок 2)[85]. В целом размеры эффекта по сравнению с TAU или плацебо были небольшими (SMD=0,10–0,31, OP: 0,97, 1,28)[84-86]. Что касается фармакотерапии, то в самом крупном метаанализе сообщалось о небольшом размере эффекта (SMD=0,25)[83].

Наркологические расстройства

Как для психотерапии, так и для фармакотерапии расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, в крупнейшем метаанализе сообщалось о небольших SMD по сравнению с TAU или плацебо (0,23 и 0,26 соответственно, см. Рисунок 2)[95,96]. Что касается психотерапии, то величина эффекта уменьшалась при наблюдении ≥8 месяцев после окончания лечения (SMD=0,05)[96]. Учитывая все метаанализы, для фармакотерапии были обнаружены небольшие размеры эффекта (SMDS: от 0,07 до 0,35, OP: 0,32–1,39)[94,95].

Бессонница

Что касается психотерапии, то ни один недавний метаанализ не соответствовал критериям включения. Качество исследований было признано низким[137]. Что касается фармакотерапии, то в крупнейшем метаанализе сообщалось о небольшом SMD по сравнению с плацебо (0,27, см. рис. 2)[90]. В целом для фармакотерапии бессонницы сообщалось о малых и средних SMD (от 0,07 до 0,58)[88-90]. В одном метаанализе были представлены размеры эффекта только для одного из восьми показателей результатов с большими SMD (0,88–1,38), что предполагает выборочную отчетность[87].

Синдром дефицита внимания/гиперактивности (СДВГ)

Для психотерапии СДВГ у взрослых метаанализ не мог быть включен 134. Что касается фармакотерапии, то в крупнейшем метаанализе сообщалось о небольшом или среднем SMD по сравнению с плацебо (0,45, см. Рисунок 2)[99]. Учитывая все метаанализы, эффекты фармакотерапии были неоднородными (от 0,16 до 0,97)[98-102]. Большие SMD были обнаружены для амфетаминов[98,100,102], малые и средние SMD для метилфенидата[100,101]. Риск предвзятости часто был высоким или неясным, а уровень доказательств был низким до очень низкого[98,100].

Расстройства шизофренического спектра

Результаты психотерапии при расстройствах спектра шизофрении оценивались в контексте фармакотерапии (т.е. пациенты обычно получали сопутствующие лекарства). Самый крупный метаанализ сообщил о небольшом SMD по сравнению с TAU (0,33, см. Рисунок 2)[111]. Учитывая все метаанализы, были обнаружены небольшие размеры эффекта по сравнению с неспецифическим контролем для общих симптомов, положительных и отрицательных симптомов (SMDS: 0,32, 0,24 и 0,08 соответственно)[138]. По сравнению с TAU, психотерапия достигла малых и средних значений SMD для негативных симптомов (0,15–0,58)[110,112].

Для психотерапии была обнаружена частота ответов 13% на общие симптомы и 25% на положительные симптомы[139] (требовалось уменьшение симптомов не менее чем на 50%). Частота ответов значительно снизилась, если была принята во внимание приверженность исследователя (авторы оценивали разработанную ими терапию) (с 13% до 4,9%)[139].

Для острого фармакологического лечения шизофрении крупнейший метаанализ сообщил об общем SMD 0,45 для целевых симптомов, сниженном до 0,38 после корректировки на предвзятость публикации (см. Рисунок 2)[103]. Эти результаты согласуются с метаанализами конкретных препаратов, таких как кветиапин (SMD=0,33), карипразин (SMD: 0,32–0,37), лурасидон (SMD: 0,34–0,47), арипипразол и брекспипразол (RR=1,1)[104,107-109]. Сообщалось о большом эффекте клозапина (SMD=0,89)[103]. Большие и средние SMD были достигнуты с помощью инъекционных нейролептиков длительного действия при поддерживающем лечении неаффективных психозов (OP: 1,75–3,70)[107].

Для острого лечения шизофрении с помощью фармакотерапии различия в частоте ответов по сравнению с плацебо были небольшими (23% против 14%)[14].

Биполярное расстройство

Для психотерапии биполярного расстройства крупнейший метаанализ сообщил о небольшом размере эффекта по сравнению с TAU (SMD=0,18, см. Рисунок 2)[121], с небольшими размерами эффекта как для симптомов депрессии, так и для симптомов мании (SMD: 0,23 и 0,05 соответственно) и для профилактики рецидивов после терапии (RR: 1.52)[121]. При последующем наблюдении через 26–78 недель после терапии SMD составили 0,21 и 0,38; OP для рецидива составил 1,35[121]. Психотерапия проводилась в контексте сопутствующей фармакотерапии.

При остром лечении мании результаты фармакотерапии неоднородны. В одном метаанализе сообщалось о средних значениях SMD для карипразина (0,51–0,52)[119], а в другом сообщалось о небольшом размере эффекта для арипипразола (SMD=0,16)[115]. Эти два метаанализа включали только три РКИ. Третий метаанализ сообщил об очень большом SMD (1,51) для тамоксифена[120], основанном на двух РКИ с небольшими выборками (16 и 66 случаев соответственно), что делает результаты сомнительными. Это исследование представляет собой явный выброс.

Для острого лечения биполярной депрессии крупнейший метаанализ фармакотерапии показал неоднородные результаты с размерами эффекта (SMD) от 1,41 до -1,84[113]. Большие размеры эффекта были достигнуты флуоксетином (1,41), дивалпроексом (1,25), лурасидоном (1,15), моклобемидом (1,09), карипразином (0,85) и имипрамином (0,86)[113],

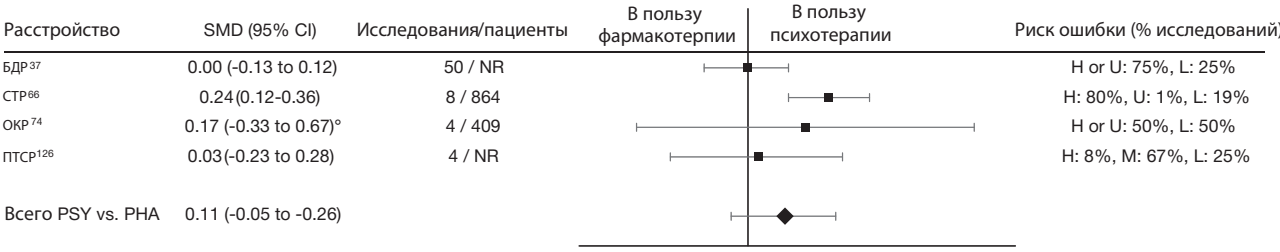

Рисунок 3. Размеры эффекта в крупнейших метаанализах для непосредственного сравнения психотерапии (PSY) и фармакотерапии (PHA). SMD – стандартизированная средняя разница, ° – с поправкой на эффекты небольшого исследования, БДР – большое депрессивное расстройство, СТР – социальное тревожное расстройство, ОКР – обсессивно–компульсивное расстройство, ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство, H – высокий, M – средний, L – низкий, U – неопределенный, NR – не сообщается.

однако все они основаны только на 0–3 прямых сравнениях. Некоторые препараты достигали средних величин эффекта (оланзапин, фенелзин, транилципромин). Размеры эффекта всех других лекарств были невелики[113]. Кветиапин достиг почти среднего эффекта (SMD=0,48) на основе 11 прямых сравнений[113].

Для профилактики маниакальных/гипоманиакальных/смешанных эпизодов размеры эффекта лития были почти средними (RR=1,85)[114]. Средние величины эффекта были зарегистрированы для оланзапина (ОР=2,88) и рисперидона (ОР=2,88); большие величины эффекта для арипипразола (1 раз в месяц) и асенапина (ОР: 3,31, 4,81)[114]. Результаты для асенапина основаны только на одном РКИ[116]. Для всех других лекарств размеры эффекта были невелики[114].

Для предотвращения рецидива любого эпизода настроения у асенапина был обнаружен большой эффект (RR=3,82) с оговоркой, упомянутой выше[114]. Средние величины эффекта были зарегистрированы для кветиапина и оланзапина[114,116,118]. Небольшие размеры эффекта для предотвращения любого приступа настроения были достигнуты литием (RR: 1,60, 1,61) и несколькими другими препаратами[114,118]. Более ранние метаанализы сообщали о неоднородных результатах по предотвращению любого рецидива с помощью лития (SMD: 1.12, 0.47)[140].

Для профилактики депрессивных эпизодов кветиапин и асенапин достигли средних величин эффекта (ОР: 2,08, 2,60). Для всех других препаратов, включая литий (RR=1,26), размеры эффекта были небольшими[114]. Небольшие величины эффекта были обнаружены для антидепрессантов (RR=1,56)[117].

Психотерапия против фармакотерапии

Прямые сравнения психотерапии с фармакотерапией дали небольшие результаты для всех исследованных расстройств, т.е. депрессивных расстройств, тревожных расстройств, ПТСР и ОКР (SMDS: 0,00–0,24, см. Рисунок 3)[37,66,74,126]. Метаанализ случайных эффектов второго порядка по размерам эффектов крупнейших метаанализов (м. Рисунок 3) дал незначимый SMD 0,11 (95% ДИ: от -0,05 до 0,26, I^2=61,99).

Учитывая все включенные метаанализы, не было обнаружено существенных различий в краткосрочной эффективности между психотерапией и фармакотерапией при депрессивных расстройствах, тревожных расстройствах и ПТСР[12,37,66,122-126], лишь за некоторыми исключениями. При ОКР психотерапия достигала средних и больших SMD (0,61–0,95) по сравнению с СИОЗС[72], но в большинстве психотерапевтических испытаний участвовали пациенты, принимавшие стабильные дозы антидепрессантов, что влияло на результаты в пользу психотерапии. Большинство исследований психотерапии и фармакотерапии при ОКР имели высокий риск предвзятости[72]. Что касается долгосрочной эффективности, то психотерапия достигла большого эффекта по сравнению с фармакотерапией при ПТСР (0,83)[126]. Что касается других расстройств, то ни одно сравнение "лицом к лицу" не соответствовало критериям включения.

Сочетание психотерапии и фармакотерапии

В крупнейших метаанализах (Рисунок 4) размеры эффекта (SMD) в пользу комбинированного лечения были небольшими для большинства расстройств, то есть депрессивных расстройств (0,37, 0,15)[37], социального тревожного расстройства (комбинированное по сравнению с фармакотерапией: 0,40)[66], ОКР (комбинированное по сравнению с психотерапией: 0,25) и Посттравматическое расстройство (0,09, 0,12)[126]. Размеры эффекта (SMD) были средними в пользу комбинированного лечения по сравнению с психотерапией при социальном тревожном расстройстве (0,52)[66] и для комбинированного лечения по сравнению с фармакотерапией (СИОЗС) при ОКР (0,73), на основе сетевого метаанализа, включающего только одно прямое сравнение с очень небольшими выборками[72]. Большой размер эффекта был обнаружен только для комбинированного лечения по сравнению с фармакотерапией при СДВГ (0,80)[134], основываясь только на двух РКИ, показывающих высокий риск предвзятости по крайней мере в одной области.

Учитывая все включенные метаанализы, большинство величин эффекта (SMD), достигнутых комбинированным лечением по сравнению с монотерапией при депрессивных расстройствах, тревожных расстройствах, ПТСР, ОКР и СДВГ, были небольшими (0,09–0,48), когда учитывался риск предвзятости[12,37,66,72,74,126,128,129,131,132,134]. Исключениями были превосходство комбинированного лечения в долгосрочных результатах ПТСР над фармакотерапией (SMD = 0,96, на основе только двух прямых сравнений)[126] и превосходство комбинированного лечения над психодинамической терапией при социальном тревожном расстройстве (SMD=0,68), основанное на сетевом метаанализе, включающем ноль прямые сравнения для условия[66], что делает невозможным изучение несоответствий[141].

В нескольких из этих метаанализов риск предвзятости был высоким в нескольких областях, или результаты были основаны только на нескольких или небольших исследованиях[66,72,126,134].

ОБСУЖДЕНИЕ

В этой оценке психотерапии и фармакотерапии психических расстройств у взрослых мы включили данные 102 метаанализов с участием 3782 РКИ и 650 514 пациентов. Мы обнаружили небольшие преимущества в целом для обоих типов вмешательств, со средним значением SMD 0,35 и умеренной неоднородностью по состояниям[142]. Этот вывод ставит под сомнение результаты предыдущего наиболее полного обзора, в котором сообщалось об общем среднем эффекте (SMD=0,50) для психотерапии и фармакотерапии, основанного на 61 метаанализе с 852 РКИ и 137 126 пациентами[8]. Эта последняя оценка, по-видимому, обусловлена

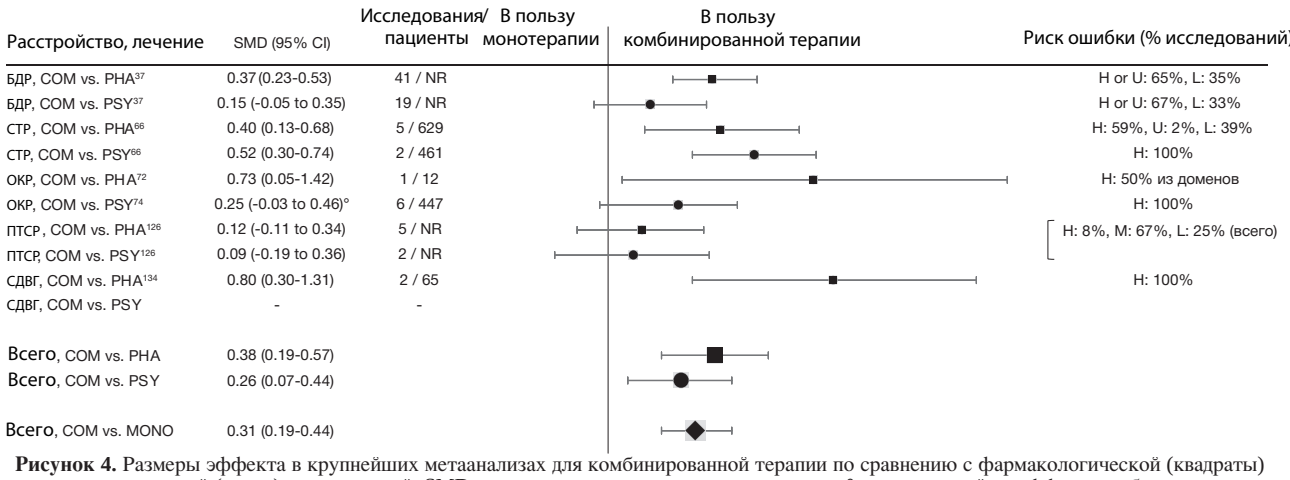

Рисунок 4. Размеры эффекта в крупнейших метаанализах для комбинированной терапии по сравнению с фармакологической (квадраты) или психологической (круги) монотерапией. SMD – стандартизированная средняя разница, ° – с поправкой на эффекты небольшого исследования, COM – комбинированная терапия, PHA – фармакотерапия, PSY – психотерапия, МОНО – монотерапия, БДР – большое депрессивное расстройство, СТР – социальное тревожное расстройство, ОКР – обсессивно-компульсивное расстройство, ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство, СДВГ – синдром дефицита внимания/гиперактивности, H – высокий, M – средний, L – низкий, U – неопределенный, NR – не сообщается.

включением компараторов списка ожидания и усреднением размеров эффекта без выполнения метааналитической оценки случайных эффектов.

Согласно результатам этого общего обзора и метаанализов второго порядка, психотерапия и фармакотерапия дают дополнительный выигрыш в лечении психических расстройств у взрослых, но это незначительно с точки зрения размеров эффекта[26]. Состояния, для которых имелись очень обширные доказательства (например, депрессия), почти всегда имели такие скромные размеры эффекта, когда рассматривались только исследования с низким риском предвзятости или предпринимались усилия по исправлению предвзятости. Средние или большие размеры эффекта были обнаружены только для нескольких условий, и большинство размеров эффектов ≥0,50 были связаны с высоким риском предвзятости и/ или ограниченными доказательствами. Тем не менее аргумент по-прежнему остается в силе, что, хотя существуют некоторые лекарства для лечения общих заболеваний с явно более высокими показателями эффекта, психотропные средства или психотерапия, как правило, не менее эффективны, чем эти лекарства[140].

Следует обсудить некоторые ограничения и особенности этого общего обзора, поскольку они влияют на интерпретацию общих фактических данных. Во-первых, несколько метааналитических сравнений включали лишь несколько исследований, влияющих на статистическую достоверность и внешнюю достоверность результатов.

Во-вторых, результаты сетевых метаанализов требуют некоторой дополнительной осторожности[141,143]. Утверждалось, что эти метаанализы могут предоставить только данные наблюдений, поскольку сравнения между методами лечения являются как прямыми, так и косвенными, и последние не являются рандомизированными[144]. В качестве связанной с этим проблемы транзитивность (аналогичное распределение модификаторов эффекта) может контролироваться статистически только для известных модификаторов, в отличие от контроля всех модификаторов путем рандомизации. Некоторые из сетевых метаанализов, включенных в этот обзор, включали лишь несколько или даже не включали прямых сравнений конкретных методов лечения[66,72,75]. Статистическая мощность может быть низкой, если включено всего несколько исследований с небольшими выборками и большой неоднородностью[141,145]. Таким образом, некоторые несоответствия между прямыми и косвенными сравнениями, возможно, не были обнаружены[145], что, возможно, повлияло на оценки размера эффекта.

В-третьих, мы следовали соглашению Коэна о малых, средних и больших размерах эффекта[26]. Однако клиническая значимость этих оценок неясна. Клиническая польза от вмешательства должна определяться путем сравнения с эталоном, таким как минимальное клинически значимое различие (MCID)[146]. Например, для HAM-D, как утверждают некоторые авторы, минимальное клинически значимое улучшение соответствует разнице в 7 пунктов 147 или SMD=0,88[148]. Если это верно, то в психотерапии или фармакотерапии депрессии величина эффекта 0,30, 0,40 или даже 0,50 соответствует разнице по шкале HAM-D в 2 или 4 балла (т.е. <7), которая не может быть обнаружена клиницистами и поэтому вряд ли может рассматриваться как клинически значимая. При шизофрении для минимального клинического улучшения в 15 баллов по шкале положительных и отрицательных синдромов (PANSS)[149] требуется SMD 0,73, что означает, что SMD ниже 0,73 не обнаруживаются врачами и могут не быть клинически значимыми.

Для лучшего суждения CIS оценок размера эффекта можно сравнить с предлагаемыми значениями MCID[150]. Утверждалось, что, если верхний предел 95% CIS меньше, чем MCID, размеры эффекта можно рассматривать как “определенно клинически не важные”[150]. Для подавляющего большинства метаанализов, посвященных депрессии и шизофрении, это имело бы место, если бы в качестве MCID использовались SMD 0,88 и 0,73. Однако, даже если суммарные размеры эффекта существенно меньше, чем MCID, существует неоднородность в ответах на лечение у разных пациентов. Таким образом, меньшинство пациентов все еще может получить большую пользу от лечения.

В-четвертых, одинаковые величины эффекта могут иметь различное клиническое значение в разных группах пациентов (например, в зависимости от расстройств, пола или возраста) и для разных исходов (например, смертности)[151]. Для результатов, включающих жизненно важные события (например, показатели самоубийств), небольшие различия в показателях успеха могут быть клинически важными, тогда как для непрерывных показателей (часто преходящих) депрессии, тревоги или других симптомов небольшие различия в несколько баллов по шкале могут не иметь значения[152]. Например, из метаанализов, посвященных лечению депрессии, лишь в нескольких рассматривались тяжелые исходы, такие как суицидальное поведение[41,42,44]. В метаанализах, посвященных шизофрении и биполярному расстройству, данные о суицидальном поведении не сообщались, за исключением одного метаанализа[118].

Будущие исследования и метаанализы должны включать такие важные трудные результаты.

В-пятых, было установлено, что TAU в качестве средства сравнения превосходит отсутствие лечения при депрессии (что касается ремиссии, 33% против 23%)[135]. Однако TAU – это гетерогенное состояние, и достигаемый эффект зависит от типа фактически проводимого лечения. Могут быть достигнуты большие размеры эффекта по сравнению с более слабыми формами TAU[23,153]. Это относится и к психологическому плацебо[154].

В-шестых, результаты РКИ могут не обязательно отражать реальную эффективность[155]. В клинической практике пациенты часто страдают от множества психических расстройств, и лечение обычно подбирается с учетом индивидуальных потребностей пациентов. Это относится, например, к продолжительности лечения. Большинство методов лечения, включенных в этот обзор, были краткосрочными[6]. Данные о долгосрочных методах лечения широко отсутствуют в исследованиях РКИ.

Таким образом, систематическая переоценка недавних фактических данных в рамках многочисленных метаанализов по ключевым психическим расстройствам позволила получить общую картину ограниченного дополнительного выигрыша как для психотерапии, так и для фармакотерапии по сравнению с плацебо или TAU. По-видимому, достигнут верхний предел при частоте откликов ≤50% и большинстве SMD, не превышающих 0,30–0,40. Таким образом, после более чем полувековых исследований, тысяч РКИ и миллионов вложенных средств "утечка мозгов на триллион долларов"[2], связанная с психическими расстройствами, в настоящее время недостаточно решается доступными методами лечения. Это не следует рассматривать как нигилистический или пренебрежительный вывод, поскольку, несомненно, некоторые пациенты действительно получают пользу от доступных методов лечения. Однако реалистичный взгляд на ситуацию является необходимым условием для улучшения. Притворство, что все в порядке, не продвинет поле вперед[156], равно как и не приведет к соответствию и получению более похожих результатов[157].

Для достижения дальнейшего прогресса, по-видимому, требуется смена парадигмы в исследованиях. Недавно были сделаны предложения по такому сдвигу[11], например, для повышения методологического качества и воспроизводимости (например, открытая наука[158,159]), улучшения доступных методов лечения – например, путем персонализированного управления[160-162], определения конкретных целей и результатов[163], рассмотрения реакции на предыдущие методы лечения (стадирование)[164,165], переключения или стратегии дополнения[166] – или разработка новых методов лечения (например, изучение нестандартных идей и случайных открытий[167]). Акцент на профилактике (например, в образовательных или профессиональных учреждениях)[168,169] также может улучшить ситуацию.

Совершенствование стратегий лечения психических расстройств можно рассматривать как центральную проблему здравоохранения 21 века.

БЛАГОДАРНОСТИ

Авторы очень благодарны M. Huhn за обеспечением размеров эффекта для фармакологического лечения шизофрении. Они благодарят Дж. Мацата, официального представителя пациентов Федерального объединенного комитета в Германии, за одобрение документа. Они также в долгу перед М. Вольфу за его поддержку в подготовке рисунков, С. Уйсалу за его помощь в оценке качества включенных метаанализов и обзоре извлеченных данных, а также Б. Леовальду и Л. Фейксу за поддержку в поиске метаанализов. Статья посвящена покойному Х. Кехеле, пионеру психотерапевтических исследований. Дополнительная информация об исследовании доступна по адресу https://osf.io/yvg2c/.

Библиография

1. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. Lancet Psychiatry 2016; 3: 171-8.
2. Smith K. Trillion-dollar brain drain – enormous costs of mental health problems in Europe not matched by research investment. Nature 2011; 478: 15.
3. Nathan PE, Gorman JM. A guide to treatments that work, 4th ed. New York: Oxford University Press, 2015.
4. National Institute for Health and Care Excellence. Mental health and behavioural conditions.
5. Cuijpers P, Karyotaki E, Weitz E et al. The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: a meta-analysis. J Affect Disord 2014; 159: 118–26.
6. Cuijpers P, Cristea IA, Karyotaki E et al. How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. World Psychiatry 2016; 15: 245–8.
7. Ioannidis JP. Effectiveness of antidepressants: an evidence myth constructed from a thousand randomized trials? Philos Ethics Humanit Med 2008; 3: 14.
8. Huhn M, Tardy M, Spineli LM et al. Efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy for adult psychiatric disorders: a systematic overview of meta-analyses. JAMA Psychiatry 2014; 71: 706–15.
9. Leichsenring F, Abbass A, Hilsenroth MJ et al. Biases in research: risk factors for non-replicability in psychotherapy and pharmacotherapy research. Psychol Med 2017; 47: 1000–11.
10. Ioannidis JP. Why most published research findings are false. PLoS Med 2005; 2:e124.
11. Leichsenring F, Steinert C, Ioannidis JPA. Toward a paradigm shift in treatment and research of mental disorders. Psychol Med 2019; 49: 2111–7.
12. Driessen E, Hollon SD, Bockting CL et al. Does publication bias inflate the apparent efficacy of psychological treatment for major depressive disorder? A systematic review and meta-analysis of US National Institutes of Health-funded trials. PLoS One 2015; 10:e0137864.
13. Munkholm K, Paludan-Muller AS, Boesen K. Considering the methodological limitations in the evidence base of antidepressants for depression: a reanalysis of a network meta-analysis. BMJ Open 2019; 9:e024886.
14. Leucht S, Leucht C, Huhn M et al. Sixty years of placebo-controlled antipsychotic drug trials in acute schizophrenia: systematic review, Bayesian meta-analysis, and meta-regression of efficacy predictors. Am J Psychiatry 2017; 174: 927–42.
15. 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.
16. Dragioti E, Karathanos V, Gerdle B et al. Does psychotherapy work? An umbrella review of meta-analyses of randomized controlled trials. Acta Psychiatr Scand 2017; 136: 236–46.
17. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. Levels of evidence. https://www.cebm.ox.ac.uk.
18. Higgins JP, Green S. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions. New York: Wiley, 2009.
19. Juni P, Altman DG, Egger M. Systematic reviews in health care: assessing the quality of controlled clinical trials. BMJ 2001; 323: 42–6.
20. Shea BJ, Reeves BC, Wells G et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. BMJ 2017; 358:j4008.
21. Furukawa TA, Noma H, Caldwell DM et al. Waiting list may be a nocebo condition in psychotherapy trials: a contribution from network meta-analysis. Acta Psychiatr Scand 2014; 130: 181–92.
22. Michopoulos I, Furukawa TA, Noma H et al. Different control conditions can produce different effect estimates in psychotherapy trials for depression. J Clin Epidemiol 2020; 132: 59–70.
23. Watts SE, Turnell A, Kladnitski N et al. Treatment-as-usual (TAU) is anything but usual: a meta-analysis of CBT versus TAU for anxiety and depression. J Affect Disord 2015; 175: 152–67.
24. Azuero A. A note on the magnitude of hazard ratios. Cancer 2016; 122: 1298–9.
25. Chinn S. A simple method for converting an odds ratio to effect size for use in meta-analysis. Stat Med 2000; 19: 3127–31.

26. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale: Lawrence Erlbaum, 1988.
27. Kraemer HC, Kupfer DJ. Size of treatment effects and their importance to clinical research and practice. Biol Psychiatry 2006; 59: 990–6.
28. Olivier J, May WL, Bell ML. Relative effect sizes for measures of risk. Commun Stat Theory Methods 2017; 46: 6774–81.
29. Kraemer HC, Neri E, Spiegel D. Wrangling with p-values versus effect sizes to improve medical decision-making: a tutorial. Int J Eat Disord 2020; 53: 302–8.
30. Altman DG, Royston P. The cost of dichotomising continuous variables. BMJ 2006; 332: 1080.
31. Aromataris E, Fernandez R, Godfrey CM et al. Summarizing systematic reviews: methodological development, conduct and reporting of an umbrella review approach. Int J Evid Based Healthc 2015; 13: 132–40.
32. Joanna Briggs Institute. Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses. Adelaide: Joanna Briggs Institute, 2017.
33. Borenstein M, Hedges LV, Higgins JPT et al. Introduction to meta-analysis. Chichester: Wiley, 2011.
34. Bai S, Guo W, Feng Y et al. Efficacy and safety of anti-inflammatory agents for the treatment of major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2020; 91: 21–32.
35. Barth M, Kriston L, Klostermann S et al. Efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors and adverse events: meta-regression and mediation analysis of placebo-controlled trials. Br J Psychiatry 2016; 208: 114–9.
36. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. Lancet 2018; 391: 1357–66.
37. Cuijpers P, Noma H, Karyotaki E et al. A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. World Psychiatry 2020; 19: 92–107.
38. Guo X, McCutcheon RA, Pillinger T et al. The magnitude and heterogeneity of antidepressant response in depression: a meta-analysis of over 45,000 patients. J Affect Disord 2020; 276: 991–1000.
39. Humes EC, Brunoni AR. Comment on Fu, J. and Chen, Y.: The efficacy and safety of 5 mg/d vortioxetine compared to placebo for major depressive disorder: a meta-analysis. Psychopharmacology 2017; 234: 903–4.
40. Fu J, Chen Y. The efficacy and safety of 5 mg/d vortioxetine compared to placebo for major depressive disorder: a meta-analysis. Psychopharmacology 2015; 232: 7–16.
41. Henssler J, Kurschus M, Franklin J et al. Long-term acute-phase treatment with antidepressants, 8 weeks and beyond: a systematic review and meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. J Clin Psychiatry 2018; 79:15r10545.
42. Jakobsen JC, Katakam KK, Schou A et al. Selective serotonin reuptake inhibitors versus placebo in patients with major depressive disorder. A systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. BMC Psychiatry 2017; 17: 58.
43. Kishi T, Meltzer HY, Matsuda Y et al. Azapirone 5-HT1A receptor partial agonist treatment for major depressive disorder: systematic review and meta-analysis. Psychol Med 2014; 44: 2255–69.
44. Koesters M, Ostuzzi G, Guaiana G et al. Vortioxetine for depression in adults. Cochrane Database Syst Rev 2017; 7:CD011520.
45. Kryst J, Kawalec P, Mitoraj AM et al. Efficacy of single and repeated administration of ketamine in unipolar and bipolar depression: a meta-analysis of randomized clinical trials. Pharmacol Rep 2020; 72: 543–62.
46. Laoutidis ZG, Kioulos KT. Desvenlafaxine for the acute treatment of depression: a systematic review and meta-analysis. Pharmacopsychiatry 2015; 48: 187–99.
47. Meeker AS, Herink MC, Haxby DG et al. The safety and efficacy of vortioxetine for acute treatment of major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. Syst Rev 2015; 4: 21.
48. Pae CU, Wang SM, Han C et al. Vortioxetine: a meta-analysis of 12 short-term, randomized, placebo-controlled clinical trials for the treatment of major depressive disorder. J Psychiatry Neurosci 2015; 40: 174–86.
49. Taylor D, Sparshatt A, Varma S et al. Antidepressant efficacy of agomelatine: meta-analysis of published and unpublished studies. BMJ 2014; 348:g1888.
50. Cuijpers P, Turner EH, Mohr DC et al. Comparison of psychotherapies for adult depression to pill placebo control groups: a meta-analysis. Psychol Med 2014; 44: 685–95.
51. Cuijpers P, Karyotaki E, Reijnders M et al. Was Eysenck right after all? A reassessment of the effects of psychotherapy for adult depression. Epidemiol Psychiatr Sci 2019; 28: 21–30.
52. Lopez-Lopez JA, Davies SR, Caldwell DM et al. The process and delivery of CBT for depression in adults: a systematic review and network meta-analysis. Psychol Med 2019; 49: 1937–47.
53. Bighelli I, Castellazzi M, Cipriani A et al. Antidepressants versus placebo for panic disorder in adults. Cochrane Database Syst Rev 2018; 4:CD010676.
54. van Dis EAM, van Veen SC, Hagenaars MA et al. Long-term outcomes of cognitive behavioral therapy for anxiety-related disorders: a systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry 2020; 77: 265–73.
55. Carl E, Witcraft SM, Kauffman BY et al. Psychological and pharmacological treatments for generalized anxiety disorder (GAD): a meta-analysis of randomized controlled trials. Cogn Behav Ther 2020; 49: 1–21.
56. Gomez AF, Barthel AL, Hofmann SG. Comparing the efficacy of benzodiazepines and serotonergic anti-depressants for adults with generalized anxiety disorder: a meta-analytic review. Expert Opin Pharmacother 2018; 19: 883–94.
57. He H, Xiang Y, Gao F et al. Comparative efficacy and acceptability of first-line drugs for the acute treatment of generalized anxiety disorder in adults: a network meta-analysis. J Psychiatr Res 2019; 118: 21–30.
58. Kong W, Deng H, Wan J et al. Comparative remission rates and tolerability of drugs for generalised anxiety disorder: a systematic review and network meta-analysis of double-blind randomized controlled trials. Front Pharmacol 2020; 11:580858.
59. Li X, Zhu L, Su Y et al. Short-term efficacy and tolerability of venlafaxine extended release in adults with generalized anxiety disorder without depression: a meta-analysis. PLoS One 2017; 12:e0185865.
60. Maneeton N, Maneeton B, Woottiluk P et al. Quetiapine monotherapy in acute treatment of generalized anxiety disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Drug Des Devel Ther 2016; 10: 259–76.
61. Qin B, Huang G, Yang Q et al. Vortioxetine treatment for generalised anxiety disorder: a meta-analysis of anxiety, quality of life and safety outcomes. BMJ Open 2019; 9:e033161.
62. Wang SM, Woo YS, Kim NY et al. Agomelatine for the treatment of generalized anxiety disorder: a meta-analysis. Clin Psychopharmacol Neurosci 2020; 18: 423–33.
63. Zhang Y, Huang G, Yang S et al. Duloxetine in treating generalized anxiety disorder in adults: a meta-analysis of published randomized, double-blind, placebo-controlled trials. Asia Pac Psychiatry 2016; 8: 215–25.
64. Curtiss J, Andrews L, Davis M et al. A meta-analysis of pharmacotherapy for social anxiety disorder: an examination of efficacy, moderators, and mediators. Expert Opin Pharmacother 2017; 18: 243–51.
65. Heeren A, Mogoase C, Philippot P et al. Attention bias modification for social anxiety: a systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev 2015; 40: 76–90.
66. Mayo-Wilson E, Dias S, Mavranezouli I et al. Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. Lancet Psychiatry 2014; 1: 368–76.
67. Liu X, Li X, Zhang C et al. Efficacy and tolerability of fluvoxamine in adults with social anxiety disorder: a meta-analysis. Medicine 2018; 97:e11547.
68. Liu H, Li X, Han B et al. Effects of cognitive bias modification on social anxiety: a meta-analysis. PLoS One 2017; 12:e0175107.
69. Williams T, Hattingh CJ, Kariuki CM et al. Pharmacotherapy for social anxiety disorder (SAnD). Cochrane Database Syst Rev 2017; 10:CD001206.
70. Sugarman MA, Loree AM, Baltes BB et al. The efficacy of paroxetine and placebo in treating anxiety and depression: a meta-analysis of change on the Hamilton Rating Scales. PLoS One 2014; 9:e106337.
71. Carpenter JK, Andrews LA, Witcraft SM et al. Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. Depress Anxiety 2018; 35: 502–14.

72. Skapinakis P, Caldwell D, Hollingworth W et al. A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of pharmacological and psychological interventions for the management of obsessive-compulsive disorder in children/adolescents and adults. Health Technol Assess 2016; 20: 1–392.
73. Skapinakis P, Caldwell DM, Hollingworth W et al. Pharmacological and psychotherapeutic interventions for management of obsessive-compulsive disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. Lancet Psychiatry 2016; 3: 730–9.
74. Öst LG, Havnen A, Hansen B et al. Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993-2014. Clin Psychol Rev 2015; 40: 156–69.
75. Cipriani A, Williams T, Nikolakopoulou A et al. Comparative efficacy and acceptability of pharmacological treatments for post-traumatic stress disorder in adults: a network meta-analysis. Psychol Med 2018; 48: 1975–84.
76. de Moraes Costa G, Zanatta FB, Ziegelmann PK et al. Pharmacological treatments for adults with post-traumatic stress disorder: a network meta-analysis of comparative efficacy and acceptability. J Psychiatr Res 2020; 130: 412–20.
77. Lee DJ, Schnitzlein CW, Wolf JP et al. Psychotherapy versus pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: systemic review and meta-analyses to determine first-line treatments. Depress Anxiety 2016; 33: 792–806.
78. Hoskins M, Pearce J, Bethell A et al. Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry 2015; 206: 93–100.
79. Ehring T, Welboren R, Morina N et al. Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse. Clin Psychol Rev 2014; 34: 645–57.
80. Svaldi J, Schmitz F, Baur J et al. Efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for bulimia nervosa. Psychol Med 2019; 49: 898–910.
81. Brownley KA, Berkman ND, Peat CM et al. Binge-eating disorder in adults: a systematic review and meta-analysis. Ann Intern Med 2016; 165: 409–20.
82. Hilbert A, Petroff D, Herpertz S et al. Meta-analysis of the efficacy of psychological and medical treatments for binge-eating disorder. J Consult Clin Psychol 2019; 87: 91–105.
83. de Vos J, Houtzager L, Katsaragaki G et al. Meta analysis on the efficacy of pharmacotherapy versus placebo on anorexia nervosa. J Eat Disord 2014; 2: 27.
84. Hay PJ, Claudino AM, Touyz S et al. Individual psychological therapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa. Cochrane Database Syst Rev 2015; 7:CD003909.
85. Solmi M, Wade TD, Byrne S et al. Comparative efficacy and acceptability of psychological interventions for the treatment of adult outpatients with anorexia nervosa: a systematic review and network meta-analysis. Lancet Psychiatry 2021; 8: 215–24.
86. van den Berg E, Houtzager L, de Vos J et al. Meta-analysis on the efficacy of psychological treatments for anorexia nervosa. Eur Eat Disord Rev 2019; 27: 331–51.
87. Liang L, Huang Y, Xu R et al. Eszopiclone for the treatment of primary insomnia: a systematic review and meta-analysis of double-blind, randomized, placebo-controlled trials. Sleep Med 2019; 62: 6–13.
88. Kishi T, Nomura I, Matsuda Y et al. Lemborexant vs suvorexant for insomnia: a systematic review and network meta-analysis. J Psychiatr Res 2020; 128: 68–74.
89. Kuriyama A, Honda M, Hayashino Y. Ramelteon for the treatment of insomnia in adults: a systematic review and meta-analysis. Sleep Med 2014; 15: 385–92.
90. Winkler A, Auer C, Doering BK et al. Drug treatment of primary insomnia: a meta-analysis of polysomnographic randomized controlled trials. CNS Drugs 2014; 28: 799–816.
91. Kleinstauber M, Witthoft M, Steffanowski A et al. Pharmacological interventions for somatoform disorders in adults. Cochrane Database Syst Rev 2014; 11:CD010628.
92. van Dessel N, den Boeft M, van der Wouden JC et al. Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. Cochrane Database Syst Rev 2014; 11:CD011142.
93. Storebo OJ, Stoffers-Winterling JM, Vollm BA et al. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. Cochrane Database Syst Rev 2020; 5:CD012955.
94. Cheng YC, Huang YC, Huang WL. Gabapentinoids for treatment of alcohol use disorder: a systematic review and meta-analysis. Hum Psychopharmacol 2020; 35: 1–11.
95. Donoghue K, Elzerbi C, Saunders R et al. The efficacy of acamprosate and naltrexone in the treatment of alcohol dependence, Europe versus the rest of the world: a meta-analysis. Addiction 2015; 110: 920–30.
96. Magill M, Ray L, Kiluk B et al. A meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for alcohol or other drug use disorders: treatment efficacy by contrast condition. J Consult Clin Psychol 2019; 87: 1093–105.
97. Vanderkam P, Solinas M, Ingrand I et al. Effectiveness of drugs acting on adrenergic receptors in the treatment for tobacco or alcohol use disorders: systematic review and meta-analysis. Addiction 2021; 116: 1011–20.
98. Castells X, Blanco-Silvente L, Cunill R. Amphetamines for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. Cochrane Database Syst Rev 2018; 8:CD007813.
99. Cunill R, Castells X, Tobias A et al. Efficacy, safety and variability in pharmacotherapy for adults with attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis and meta-regression in over 9000 patients. Psychopharmacology 2016; 233: 187–97.
100. Cortese S, Adamo N, Del Giovane C et al. Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. Lancet Psychiatry 2018; 5: 727–38.
101. Lenzi F, Cortese S, Harris J et al. Pharmacotherapy of emotional dysregulation in adults with ADHD: a systematic review and meta-analysis. Neurosci Biobehav Rev 2018; 84: 359–67.
102. Maneeton N, Maneeton B, Suttajit S et al. Exploratory meta-analysis on lisdexamfetamine versus placebo in adult ADHD. Drug Des Devel Ther 2014; 8: 1685–93.
103. Huhn M, Nikolakopoulou A, Schneider-Thoma J et al. Comparative efficacy and tolerability of 32 oral antipsychotics for the acute treatment of adults with multi-episode schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. Lancet 2019; 394: 939–51.
104. Hutton P, Taylor PJ, Mulligan L et al. Quetiapine immediate release v. placebo for schizophrenia: systematic review, meta-analysis and reappraisal. Br J Psychiatry 2015; 206: 360–70.
105. Kishi T, Ikuta T, Matsuda Y et al. Aripiprazole vs. brexpiprazole for acute schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. Psychopharmacology 2020; 237: 1459–70.
106. McCutcheon RA, Pillinger T, Mizuno Y et al. The efficacy and heterogeneity of antipsychotic response in schizophrenia: a meta-analysis. Mol Psychiatry 2021; 26: 1310–20.
107. Ostuzzi G, Bertolini F, Del Giovane C et al. Maintenance treatment with long-acting injectable antipsychotics for people with nonaffective psychoses: a network meta-analysis. Am J Psychiatry 2021; 178: 424–36.
108. Zhao MJ, Qin B, Wang JB et al. Efficacy and acceptability of cariprazine in acute exacerbation of schizophrenia: meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. J Clin Psychopharmacol 2018; 38: 55–9.
109. Zheng W, Cai DB, Yang XH et al. Short-term efficacy and tolerability of lurasidone in the treatment of acute schizophrenia: a meta-analysis of randomized controlled trials. J Psychiatr Res 2018; 103: 244–51.
110. Cella M, Preti A, Edwards C et al. Cognitive remediation for negative symptoms of schizophrenia: a network meta-analysis. Clin Psychol Rev 2017; 52: 43–51.
111. Jauhar S, McKenna PJ, Radua J et al. Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. Br J Psychiatry 2014; 204: 20–9.
112. Lutgens D, Gariepy G, Malla A. Psychological and psychosocial interventions for negative symptoms in psychosis: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry 2017; 210: 324–32.
113. Bahji A, Ermacora D, Stephenson C et al. Comparative efficacy and tolerability of pharmacological treatments for the treatment of acute bipolar depression: a systematic review and network meta-analysis. J Affect Disord 2020; 269: 154–84.
114. Kishi T, Ikuta T, Matsuda Y et al. Mood stabilizers and/or antipsychotics for bipolar disorder in the maintenance phase: a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials Mol Psychiatry (in press).
115. Li DJ, Tseng PT, Stubbs B et al. Efficacy, safety and tolerability of aripiprazole in bipolar disorder: an updated systematic review and

meta-analysis of randomized controlled trials. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2017; 79: 289–301.
116. Lindstrom L, Lindstrom E, Nilsson M et al. Maintenance therapy with second generation antipsychotics for bipolar disorder – A systematic review and meta-analysis. J Affect Disord 2017; 213: 138–50.
117. Liu B, Zhang Y, Fang H et al. Efficacy and safety of long-term antidepressant treatment for bipolar disorders – A meta-analysis of randomized controlled trials. J Affect Disord 2017; 223: 41–8.
118. Miura T, Noma H, Furukawa TA et al. Comparative efficacy and tolerability of pharmacological treatments in the maintenance treatment of bipolar disorder: a systematic review and network meta-analysis. Lancet Psychiatry 2014; 1: 351–9.
119. Pinto JV, Saraf G, Vigo D et al. Cariprazine in the treatment of bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. Bipolar Disord 2020; 22: 360–71.
120. Talaei A, Pourgholami M, Khatibi-Moghadam H et al. Tamoxifen: a protein kinase C inhibitor to treat mania: a systematic review and meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. J Clin Psychopharmacol 2016; 36: 272–5.
121. Oud M, Mayo-Wilson E, Braidwood R et al. Psychological interventions for adults with bipolar disorder: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry 2016; 208: 213–22.
122. Amick HR, Gartlehner G, Gaynes BN et al. Comparative benefits and harms of second generation antidepressants and cognitive behavioral therapies in initial treatment of major depressive disorder: systematic review and meta-analysis. BMJ 2015; 351:h6019.
123. Cuijpers P, Karyotaki E, Andersson G et al. The effects of blinding on the outcomes of psychotherapy and pharmacotherapy for adult depression: a meta-analysis. Eur Psychiatry 2015; 30: 685–93.
124. Cuijpers P, Donker T, Weissman MM et al. Interpersonal psychotherapy for mental health problems: a comprehensive meta-analysis. Am J Psychiatry 2016; 173: 680–7.
125. Imai H, Tajika A, Chen P et al. Psychological therapies versus pharmacological interventions for panic disorder with or without agoraphobia in adults. Cochrane Database Syst Rev 2016; 10: CD011170.
126. Merz J, Schwarzer G, Gerger H. Comparative efficacy and acceptability of pharmacological, psychotherapeutic, and combination treatments in adults with posttraumatic stress disorder: a network meta-analysis. JAMA Psychiatry 2019; 76: 904–13.
127. Sonis J, Cook JM. Medication versus trauma-focused psychotherapy for adults with posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. Psychiatry Res 2019; 282:112637.
128. Burkner PC, Bittner N, Holling H et al. D-cycloserine augmentation of behavior therapy for anxiety and obsessive-compulsive disorders: a meta-analysis. PLoS One 2017; 12:e0173660.
129. 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.
130. Driessen E, Dekker JJM, Peen J et al. The efficacy of adding short-term psychodynamic psychotherapy to antidepressants in the treatment of depression: a systematic review and meta-analysis of individual participant data. Clin Psychol Rev 2020; 80:101886.
131. Karyotaki E, Smit Y, Holdt Henningsen K et al. Combining pharmacotherapy and psychotherapy or monotherapy for major depression? A meta-analysis on the long-term effects. J Affect Disord 2016; 194: 144–52.
132. Ori R, Amos T, Bergman H et al. Augmentation of cognitive and behavioural therapies (CBT) with d-cycloserine for anxiety and related disorders. Cochrane Database Syst Rev 2015; 5:CD007803.
133. Hoskins MD, Sinnerton R, Nakamura A et al. Pharmacological-assisted psychotherapy for post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. Eur J Psychotraumatol 2021; 12:1853379.
134. Lopez PL, Torrente FM, Ciapponi A et al. Cognitive-behavioural interventions for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. Cochrane Database Syst Rev 2018; 3:CD010840.
135. Kolovos S, van Tulder MW, Cuijpers P et al. The effect of treatment as usual on major depressive disorder: a meta-analysis. J Affect Disord 2017; 210: 72–81.
136. Stoffers JM, Lieb K. Pharmacotherapy for borderline personality disorder – current evidence and recent trends. Curr Psychiatry Rep 2015; 17: 534.
137. Sakaluk JK, Kilshaw RE, Williams AJ et al. Evaluating the evidential value of empirically supported psychological treatments (ESTs): a meta-scientific review. J Abnorm Psychol 2019; 128: 500–9.
138. Jauhar S, Laws KR, McKenna PJ. CBT for schizophrenia: a critical viewpoint. Psychol Med 2019; 49: 1233–6.
139. Bighelli I, Huhn M, Schneider-Thoma J et al. Response rates in patients with schizophrenia and positive symptoms receiving cognitive behavioural therapy: a systematic review and single-group meta-analysis. BMC Psychiatry 2018; 18: 380.
140. Leucht S, Hierl S, Kissling W et al. Putting the efficacy of psychiatric and general medicine medication into perspective: review of meta-analyses. Br J Psychiatry 2012; 200: 97–106.
141. Faltinsen EG, Storebo OJ, Jakobsen JC et al. Network meta-analysis: the highest level of medical evidence? BMJ Evid Based Med 2018; 23: 56–9.
142. Higgins JP, Thompson SG, Deeks JJ et al. Measuring inconsistency in meta-analyses. BMJ 2003; 327: 557–60.
143. Leucht S, Chaimani A, Cipriani AS et al. Network meta-analyses should be the highest level of evidence in treatment guidelines. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2016; 266: 477–80.
144. Cipriani A, Higgins JP, Geddes JR et al. Conceptual and technical challenges in network meta-analysis. Ann Intern Med 2013; 159: 130–7.
145. Veroniki AA, Mavridis D, Higgins JP et al. Characteristics of a loop of evidence that affect detection and estimation of inconsistency: a simulation study. BMC Med Res Methodol 2014; 14: 106.
146. Jaeschke R, Singer J, Guyatt GH. Measurement of health status. Ascertaining the minimal clinically important difference. Control Clin Trials 1989; 10: 407–15.
147. Leucht S, Fennema H, Engel R et al. What does the HAMD mean? J Affect Disord 2013; 148: 243–8.
148. Moncrieff J, Kirsch I. Empirically derived criteria cast doubt on the clinical significance of antidepressant-placebo differences. Contemp Clin Trials 2015; 43: 60–2.
149. Leucht S, Kane JM, Etschel E et al. Linking the PANSS, BPRS, and CGI: clinical implications. Neuropsychopharmacology 2006; 31: 2318–25.
150. Man-Son-Hing M, Laupacis A, O'Rourke K et al. Determination of the clinical importance of study results. J Gen Intern Med 2002; 17: 469–76.
151. McGlothlin AE, Lewis RJ. Minimal clinically important difference: defining what really matters to patients. JAMA 2014; 312: 1342–3.
152. Hengartner MP, Ploderl M. Statistically significant antidepressant-placebo differences on subjective symptom-rating scales do not prove that the drugs work: effect size and method bias matter! Front Psychiatry 2018; 9: 517.
153. Cuijpers P, Quero S, Papola D et al. Care-as-usual control groups across different settings in randomized trials on psychotherapy for adult depression: a meta-analysis. Psychol Med 2021; 51: 634–44.
154. Baskin TW, Tierney SC, Minami T et al. Establishing specificity in psychotherapy: a meta-analysis of structural equivalence of placebo controls. J Consult Clin Psychol 2003; 71: 973–9.
155. Sherman RE, Anderson SA, Dal Pan GJ et al. Real-world evidence – What is it and what can it tell us? N Engl J Med 2016; 375: 2293–7.
156. Cuijpers P, Karyotaki E, Reijnders M et al. Is psychotherapy effective? Pretending everything is fine will not help the field forward. Epidemiol Psychiatr Sci 2019; 28: 356–7.
157. Nicholson JM, Ioannidis JP. Research grants: conform and be funded. Nature 2012; 492: 34–6.
158. Open Science Collaboration. Estimating the reproducibility of psychological science. Science 2015; 349:aac4716.
159. Munafò MR, Nosek BA, Bishop DV et al. A manifesto for reproducible science. Nat Hum Behav 2017; 1:0021.
160. Maj M, Stein DJ, Parker G et al. The clinical characterization of the adult patient with depression aimed at personalization of management. World Psychiatry 2020; 19: 269–93.
161. Maj M, van Os J, De Hert M et al. the clinical characterization of the patient with primary psychosis aimed at personalization of management. World Psychiatry 2021; 20: 4–33.
162. Stein DJ, Craske MG, Rothbaum BO et al. The clinical characterization of the adult patient with an anxiety or related disorder aimed at personalization of management. World Psychiatry 2021; 20: 336–56.
163. Cuijpers P. Targets and outcomes of psychotherapies for mental disorders: an overview. World Psychiatry 2019; 18: 276–85.
164. Fava G, Tomba E, Sonino N. Clinimetrics: the science of clinical measurements. Int J Clin Pract 2012; 66: 11–5.
165. Steinert C, Kruse J, Leichsenring F. Long-term outcome and non-response in psychotherapy: are we short-sighted. Psychother Psychosom 2016; 85: 235–7.

166. Markowitz JC, Milrod BL. What to do when a psychotherapy fails. Lancet Psychiatry 2015; 2: 186–90.
167. Nutt D. Help luck along to find psychiatric medicines. Nature 2014; 515: 165.
168. Barlow J, Schrader McMillan A, Kirkpatrick S et al. Health-led interventions in the early years to enhance infant and maternal mental health: a review of reviews. Child Adolesc Ment Health 2010; 15: 178–85.
169. Fusar-Poli P, Correll CU, Arango C et al. Preventive psychiatry: a blueprint for improving the mental health of young people. World Psychiatry 2021: 20: 200–21.

DOI:10.1002/wps.20941

Оценка влияния факторов окружающей среды на мозг подростка: значение анализа топических и генетических факторов

Klingberg T, Judd N, Sauce B. Assessing the impact of environmental factors on the adolescent brain: the importance of regional analyses and genetic controls. *World Psychiatry*. **2022;21(1):146-147. doi:10.1002/wps.20934**

На подростковый возраст, продолжающийся до 20 лет, приходится период значительных изменений в головном мозге. Одним из основополагающих вопросов нейронауки является роль полученного опыта или, иначе, факторов окружающей среды в этом развитии. Как указывает Turkheimer[1], «развитие в основе своей нелинейно, интерактивно и сложновоспроизводимо в эксперименте». Но в последние два десятилетия наблюдается значительный прогресс в области инструментальных исследований мозга, когнитивных тестах и размерах выборки.

Вероятно, наиболее изученным фактором окружающей среды является социально-экономический статус (СЭС). Этот показатель складывается из множества факторов, влияющих на когнитивный статус ребенка, таких как значимость уровня образования родителей (например, выбор книг дома и интеллектуальная стимуляция за обеденным столом), значение дохода при выборе школы и внешкольных активностей, влияние окружения среди сверстников и доступность услуг. Дети, рожденные и воспитанные родителями с низким индексом СЭС, в среднем оказываются менее развиты в широком спектре областей: имеют более низкие когнитивные возможности и худшую академическую успеваемость, а также чаще страдают от психических расстройств[2,3].

Не удивительно, что исследования с использованием функциональной магнитно-резонансной томографии (фМРТ) демонстрируют отделы мозга, на чью активность влияет СЭС – это лобные и теменные области, отвечающие за способность рассуждать и исполнительные функции, височные речевые зоны, так же как гиппокамп и средняя височная извилина, участвующие в долговременной памяти[4].

Неврологические последствия СЭС даже выходят за рамки специфической активности мозга при выполнении заданий во время исследования (фМРТ). СЭС – одна из немногих внешних переменных, которая, как нам известно, может влиять на макроструктуры мозга (в соответствии с данными структурной МРТ), такие как корковые структуры, обычно стабильные в течение месяцев и даже лет. Большое исследование с применением методов нейровизуализации структур головного мозга с участием 1099 испытуемых в возрасте от 3 до 20 лет показало, что площадь коры головного мозга находится в зависимости от дохода и уровня образования родителей[5]. Были выявлены ассоциации в большей части областей мозга, но наиболее значимые – в отделах, отвечающих за речь, чтение, исполнительные функции и пространственные навыки. Прочие исследования лишь подтвердили полученные данные, но некоторые демонстрировали большую заинтересованность коры лобных отделов, в то время как другие области коры не показали специфических ассоциаций с СЭС[4].

Как бы то ни было, существуют и подводные камни, о которых стоит помнить, интерпретируя результаты МРТ в этом контексте. В первую очередь типичным методологическим «слепым пятном» подобных исследований является глобальное несоответствие структурных измерений, например при оценке площади коры головного мозга, что часто не принимается в расчет. Также, исходя из отдельных находок, остается не вполне ясным, оказывает ли СЭС специфичное влияние на конкретные области мозга, или всё же его влияние более правильно будет описать как тотальное и повсеместное, с минимальной локальной изменчивостью. Во-вторых, СЭС нельзя считать исключительно фактором окружающей среды, так как в нем имеется и существенный генетический компонент. Например, описано[6], что определенный набор генетических маркеров объясняет ни много ни мало – половину социально-экономического вклада в школьную успеваемость у 16-летних подростков.

В недавнем исследовании[7] с выборкой из 551 типично развивающихся подростка в возрасте от 14 до 19 лет, мы попытались разобраться в сложных взаимоотношениях между воздействием наследственных факторов и факторов окружающей среды на развивающийся мозг. Чтобы оценить вклад генетических факторов, мы использовали комбинированный инструмент измерения – полигенный показатель (PGS), основанный на нескольких тысячах ДНК-маркерах, что были отобраны и взвешены для оптимизации прогнозирования уровня образования (далее обозначаемый как EduYears-PGS). Как и ожидалось, EduYears-PGS и СЭС умеренно коррелировали. Однако, даже учитывая это пересечение, СЭС всё ещё оказывал независимое воздействие на когнитивные способности в возрасте 14 лет. Интересно, что влияние СЭС было примерно в 2 раза более значительным, чем у EduYears-PGS. Анализируя изменения в корковых отделах, был обнаружен эффект воздействия СЭС, но не EduYears-PGS. Это указывало на то, что СЭС продолжал влиять на созревание мозга на протяжении пубертата.

Один из лимитирующих факторов для исследования состоит в том, что, хотя EduYears-PGS является наиболее мощным генным инструментом прогнозирования, доступным для уровня образования, он не учитывает всех генетических вариантов, ассоциированных с СЭС, что подтверждается близнецовыми исследованиями. Другое ограничение в том, что EduYears-PGS оптимизирован для прогнозирования образовательного результата в большей степени, чем СЭС. Как бы то ни было, проведенный нами апостериорный анализ показал, что обнаруженные ассоциации СЭС обусловлены почти исключительно различиями в образовании родителей и, в качестве контроля, EduYears-PGS, который мы использовали, является оптимальным.

Возвращаясь к вышеупомянутому методологическому «слепому пятну», мы также получили структурные МРТ подростков. Изначально, мы обнаружили корреляцию с общей площадью коры полушарий как с СЭС, так и с EduYears-PGS. Однако, после изучения глобального воздействия, никаких дополнительных региональных ассоциаций СЭС и коры головного мозга обнаружено не было. Это означает, что нет никаких признаков, указывающих на наличие какой-либо конкретной нервной структуры или их системы, избирательно заинтересованной, помимо тотальных эффектов СЭС. Показатель EduYears-PGS, напротив, такую региональную ассоциацию обнаружил кроме поверхности коры в правой теменной доле.

Связь СЭС с общей площадью коры головного мозга означает, что поведенческие и психологические последствия низкого СЭС вероятно могут быть далекоидущими. Что может стоять за фактором окружающей среды, оказы-

вающим такое тотальное воздействие на развивающийся мозг подростка? Низкий СЭС ассоциирован с множеством внешних факторов, которые могут влиять на когницию и созревание мозга. Сюда относятся интоксикации, инфекции и стресс во время беременности, неполноценное питание, хронический стресс и отсутствие когнитивной стимуляции в детстве и подростковом возрасте[8,9].

Поскольку исследования обычно показывают воздействие СЭС на протяжении пубертата, можно ожидать, что факторы окружающей среды, такие как хронический стресс или отсутствие интеллектуальной стимуляции, в этот период играют особенно важную роль, в отличие от гестационных факторов. Кроме того, если это тотальное воздействие на мозг (что подтверждается анализом областей в сравнении с общими измерениями) соответствует истине, то оно несет также и негативные последствия для общества. Это снижает вероятность того, что какое-либо конкретное вмешательство, такое как речевые занятия, может компенсировать когнитивные и поведенческие проблемы. Таково крайне неприятное следствие бедности.

Как бы то ни было, вполне вероятно, что глобальный нейротропный эффект низкого СЭС является результатом сочетания множества внешних факторов, и тогда каждый из них может быть идентифицирован и стать мишенью. Таким образом, будущие исследования могли бы подчеркнуть роль конкретных факторов окружающей среды в когнитивном развитии, что помогло бы дать больше информации для принятия организационных решений.

Torkel Klingberg, Nicholas Judd, Bruno Sauce
Department of Neuroscience, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden

Перевод: Гасенко К.А. (Омск)
Редактура: к.м.н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)

Библиография

1. Turkheimer E. Curr Dir Psychol Sci 2000;9:160-4.
2. Bradley RH, Corwyn RF. Annu Rev Psychol 2002;53:371-99.
3. Duncan GJ, Magnuson K, Votruba-Drzal E. Annu Rev Psychol 2017;68:413-34.
4. Farah MJ. Neuron 2017;96:56-71.
5. Noble KG, Houston SM, Brito NH et al. Nat Neurosci 2015;18:773-8.
6. Krapohl E, Plomin R. Mol Psychiatry 2016;21:437-43.
7. Judd N, Sauce B, Wiedenhoeft J et al. Proc Natl Acad Sci 2020;117:12411-8.
8. Hackman DA, Farah MJ, Meaney MJ. Nat Rev Neurosci 2010;11:651-9.
9. Farah MJ. Nat Rev Neurosci 2018;19:428-38.

DOI:10.1002/wps.20934

Развитие эпидемиологии и дифференциального этиопатогенеза расстройств пищевого поведения: значение для профилактики и лечения

Treasure J, Hübel C, Himmerich H. The evolving epidemiology and differential etiopathogenesis of eating disorders: implications for prevention and treatment. ***World Psychiatry*****. 2022;21(1):147-148. doi:10.1002/wps.20935**

За прошедшие десятилетия в классификации расстройств пищевого поведения произошли глубокие изменения. Расширенный диагностический спектр расстройств питания и пищевого поведения теперь варьируется от состояний, характеризующихся ограничением в пище (нервная анорексия и расстройство приёма пищи, избегающего/ограничительного типа, ARFID), до тех, которые проявляются непреодолимой тягой к еде (нервной булимией и патологическим перееданием).

С момента выхода DSM-5 в 2013 году, наличие аменореи больше не является облигатным симптомом для выставления диагноза нервной анорексии, а патологическое переедание признано полноценной диагностической категорией. Большая часть прошлых различий между МКБ и DSM теперь нивелировались: МКБ-11 во многом похожа на DSM-5, единственное важное отличие в том, что субъективные переедания в МКБ-11 рассматриваются в рамках диагноза патологического переедания.

Около 1,4% женщин и 0,2% мужчин сталкиваются с нервной анорексией на протяжении своей жизни; 1,9% женщин и 0,6% мужчин оказываются затронуты нервной булимией, в то время как у 2,8% женщин и 1% мужчин развивается патологическое переедание. Таким образом, патологическое переедание является наиболее часто встречающимся расстройством пищевого поведения[1].

Чтобы судить о временных трендах в возникновении новых случаев потребуются продленные исследования заболеваемости на крупных популяционно-репрезентативных выборках. Исследования заболеваемости учитывают число новых случаев расстройств пищевого поведения в динамичной популяции, что означает, что отдельные её члены могут как войти, так и покинуть указанную популяцию путем, к примеру, миграции или смерти. Следовательно, каждый индивид в популяции оказывается под наблюдением в течение разного временного периода. Эти индивидуальные периоды наблюдения суммируются в общее время наблюдения и пересчитываются в человеко-года. Количество новых случаев на человеко-год отражают показатель заболеваемости.

Несмотря на то, что диагностические спецификаторы претерпели изменения с течением времени, представленность случаев заболевания нервной анорексией и булимией в первичном звене медицинской помощи в тех странах (таких как Великобритания и Нидерланды), где оно является отправной точкой для перехода во вторичное звено, оставалась относительно стабильной на протяжении последних шести десятилетий[2]. С другой стороны, число стационарных пациентов с нервной анорексией в некоторых европейских странах резко возросло, вопреки тому, что большинство клинических руководств рекомендуют эту форму ведения пациентов как третью линию выбора. Точного объяснения этому несоответствию нет. Возможно, снижение уровня смертности позволила страдающим от тяжелых форм заболевания выживать дольше. Другой вероятный вариант заключается в предположении, что уменьшилось влияние защитных факторов окружающей среды, в то время как влияние провоцирующих – возросло.

Нервная анорексия и патологическое переедание – во многом контрастные явления с точки зрения этиопатогенеза и клиники. Нервная анорексия имеет раннее начало в

препубертатном периоде. При патологическом переедании соотношение женщин/мужчин не так разительно, риск у этнических меньшинств выше, а развитие и/или семейная история повышенного веса обычно всегда присутствует. Так как патологическое переедание – сравнительно молодой диагноз, исследований заболеваемости с достаточным временем наблюдения пока не представлено[2].

Полногеномных исследований нервной булимии и патологического переедания не проводилось, но новые исследования предполагают, что профиль генетического риска отличается от профиля нервной анорексии. К примеру, исследование на базе когорты Британского биобанка обнаружило, что взрослые, страдающие патологическим перееданием, также являются носителями полигенной предрасположенности к более высокому индексу массы тела (ИМТ) и синдрому дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ)[3]. Это контрастирует с отсутствием генетических ассоциаций с ИМТ и переменными, связанными с метаболическим синдромом, при нервной анорексии[4].

За последние 70 лет пищевое окружение значительно изменилось. Пищевые технологии расширили доступ к дешевым продуктам с высокой вкусовой привлекательностью (сочетающим соленые, сладкие и жирные элементы), подвергнутым обработке для быстрого всасывания. Это способствовало изменению пищевого поведения – редукции социальной составляющей приема пищи, увеличению потребления фастфуда. Эти изменения в пищевом окружении, вероятно, способствовали росту заболеваемости патологическим перееданием.

Другой ключевой социальной детерминантой является стигматизация по весу (отвержение общества, насмешки, издевательства и обесценивание из-за большого веса), особенно когда индуцированный стыд за собственное тело усваивается. Стигматизация по весу может усугубляться другими формами травмы, отчуждения и дискриминации, которые могут иметь место в маргинализированных группах. Источник подобной нетерпимости повсеместен, от семьи, сверстников, друзей, онлайн-сообщества, до представителей медицины и политики. Например, меры общественного здравоохранения, направленные на борьбу с ожирением, могут нанести вред из-за стигматизации веса и усиления неудовлетворенности своим телом[5]. Действительно, данные по трем возрастным когортам Великобритании позволяют предположить рост вес-контролирующего поведения у подростков обоих полов (почти 50% опрошенных придерживаются диеты), что может привести к резкому росту расстройств пищевого поведения в следующем десятилетии[6].

Основываясь на эпидемиологии расстройств пищевого поведения и выявленных генетических ассоциаций, можно предположить, что к развитию этих расстройств приводит комплекс факторов окружающей среды, а также соматических и психологических предпосылок. Большой спектр переменных может смягчить значение этих уязвимостей. Требуется более широкий подход к профилактике расстройств пищевого поведения и ожирения, с центральным фокусом на борьбу со стигматизацией по весу и преобладание здоровых форм пищевого поведения, физических упражнений, вместо нездорового ограничительного поведения. Расстройство пищевого поведения встречается у людей абсолютно разного веса, комплекции и размера, но пациенты большего веса могут считаться «недостаточно больными» либо сами для себя, либо встречать такое отношение из-за ограниченного финансирования в организациях, оказывающих помощь, таким образом упуская возможность для раннего вмешательства.

С другой стороны, разрабатываются новые подходы для людей с расстройствами пищевого поведения, которым не помогла стандартная терапия. Достижения в области менеджмента патологического переедания включает лечение, направленное на психологические процессы, которые, как считается, предшествуют расстройству и закрепляют его, такие как чувствительность к поощрению, ингибиторный контроль, склонность к СДВГ и интероцептивная осознанность. Один из примеров представлен стратегиями, направленными на усиление ингибиторного контроля[7].

В случаях тяжелой нервной анорексии звучат интригующие клинические описания использования метрелептина, аналога рекомбинантного человеческого лептина часто применяемого для лечения повышенного аппетита при липодистрофии. Эти, казалось бы, противоречащее здравому смыслу утверждения, описаны в экспериментальной работе на животных моделях нервной анорексии[8]. Метрелептин приводил к немедленной редукции депрессивной симптоматики и позже – к разрешению расстройства пищевого поведения[9]. Аналогичный профиль изменений наблюдался после применения нейромодулирующих методов.

Забегая вперед, можно сказать, что прогресс в нашем понимании развивающейся эпидемиологии и дифференциальных этиопатогенетических факторов, связанных с расстройствами пищевого поведения, может улучшить профилактику и лечение, и, хотелось бы надеяться, снизить частоту этих состояний.

Janet Treasure[1,2], Christopher Hübel[3-5], Hubertus Himmerich[1,2]

[1]Department of Psychological Medicine, Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's College London, London, UK;
[2]South London and Maudsley NHS Foundation Trust, Bethlem Royal Hospital, Beckenham, Kent, UK;
[3]Social, Genetic and Developmental Psychiatry Centre, Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's College London, London, UK;
[4]UK National Institute for Health Research (NIHR) Biomedical Research Centre for Mental Health, South London and Maudsley Hospital, London, UK;
[5]National Centre for Register-based Research, Aarhus Business and Social Sciences, Aarhus University, Aarhus, Denmark

Перевод: Гасенко К.А. (Омск)
Редактура: к.м.н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)

Библиография

1. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G et al. Am J Clin Nutr 2019;109:1402-13.
2. Keski-Rahkonen A, Mustelin L. Curr Opin Psychiatry 2016;29:340-5.
3. Hübel C, Abdulkadir M, Herle M et al. Int J Eat Disord 2021;54:785-93.
4. Watson HJ, Yilmaz Z, Thornton LM et al. Nat Genet 2019;51:1207-14.
5. Tomiyama AJ, Carr D, Granberg EM et al. BMC Med 2018;16:123.
6. Solmi F, Sharpe H, Gage SH et al. JAMA Pediatr 2021;175:267-75.
7. İnce B, Schlatter J, Max S et al. J Eat Disord 2021;9:38.
8. Aoki C. Neuromethods 2021;161:267-96.
9. Milos G, Antel J, Kaufmann L-K et al. Transl Psychiatry 2020;10:303.

DOI:10.1002/wps.20935

Психическое здоровье глубоко недоношенных детей и их родителей

Treyvaud K, Brown S. Mental health of children and parents after very preterm birth. ***World Psychiatry*****. 2022;21(1):148-149. doi:10.1002/wps.20936**

Рождение ребенка на сроке менее 32 недель беременности – в значительной степени стрессовый и потенциально травмирующий опыт для родителей. Почти у всех родителей наблюдается повышенная тревога за здоровье и благополучие новорожденного. В некоторых случаях сами роды могут быть травмирующими, женщине может потребоваться госпитализация в отделение реанимации и/или более длительное пребывание в больнице. Родителей могут разлучить с ребенком в течение длительного периода времени, если в отделении интенсивной терапии новорожденных не предусмотрена возможность совместного пребывания.

Помимо непосредственного риска для здоровья ребенка, родители сталкиваются с неясным прогнозом в отношении его здоровья и развития в долгосрочной перспективе. Растет понимание того, что дети, рожденные глубоко недоношенными (<32 недель гестации), подвержены психическим расстройствам в детстве и подростковом возрасте[1]. В дошкольном возрасте они с большей вероятностью сталкиваются с трудностями в усвоении материала и самоконтроля по сравнению со сверстниками, родившимися в срок[2]. Имеются также данные о повышенном риске синдрома дефицита внимания/гиперактивности (СДВГ) в дошкольный период для детей, родившихся крайне недоношенными (<28 недель гестации)[1]. К школьному возрасту, в сравнении с рожденными в срок, у глубоко недоношенных детей вероятность соответствия критериям какого-либо психического расстройства возрастает в 3 раза[3].

Паттерн проблем с психическим здоровьем и психиатрических диагнозов у детей, рожденных глубоко недоношенными, по-видимому, концентрируется вокруг ключевых областей внимания, социальных и эмоциональных трудностей. Это отражается в растущей доле расстройств аутистического спектра (РАС) и СДВГ к школьному возрасту у детей, рожденных глубоко или экстремально недоношенными[1,3]. Этот паттерн сохраняется и в раннем подростковом возрасте с превалированием таких диагностических категорий у недоношенных, как СДВГ, РАС и тревожные расстройства[4]. С течение времени риск психических расстройств, ассоциированных с преждевременными родами, снижается, несмотря на это некоторые исследования сообщают о сохраняющихся различиях в исходах в области психического здоровья[5] с последствиями для качества жизни и функционирования.

Матери и отцы глубоко недоношенных новорожденных испытывают более выраженные симптомы депрессии, тревоги и посттравматического стрессового расстройства в сравнении с родителями доношенных детей. В одном из исследований было обнаружено, что примерно 40% матерей и отцов испытывали депрессивные симптомы и почти 50% сообщили о симптомах тревоги вскоре после родов[6]. Другое исследование продемонстрировало, что около трети матерей и отцов испытали симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) в первые месяцы после очень преждевременных родов, при этом почти пятая часть родителей продолжает сообщать о сохраняющихся симптомах ПТСР через два года после родов[7]. Симптомы депрессии и тревоги у родителей детей, рожденных недоношенными, также остаются более высокими на протяжении детского и подросткового возраста их детей в сравнении с родителями детей, рожденных в срок.

У глубоко недоношенных детей ранние социальные и эмоциональные трудности были ассоциированы с появлением симптомов психического расстройства позднее[1,3]. Также учитывались такие факторы, как более высокий социально-экономический риск в раннем возрасте и тяжелые неонатальные аномалии головного мозга, которые также были ассоциированы с повышенным риском развития в дальнейшем проблем с психическим здоровьем у этих детей[3].

В настоящее время в меньшей степени известно о факторах, повышающих риск психических проблем у родителей после преждевременных родов. В некоторых исследованиях высказаны предположения, что социальное неблагополучие увеличивает риск ухудшения психического здоровья матери, в то время как другие исследователи не выявили такой связи. Родительский анамнез проблем с психическим здоровьем может быть важным фактором, который следует учитывать, однако он редко изучался в этой популяции.

Учитывая сложность прогнозирования того, кто из детей и какие родители могут подвергаться наибольшему риску проблем с психическим здоровьем после преждевременных родов, важно помнить, что преждевременные роды сами по себе являются фактором риска для развития психических нарушений. Зная это, мы нуждаемся в системных и комплексных ответных мерах для улучшения благополучия, мониторинга психического здоровья и облегчения доступа к основанным на фактических данных методам раннего вмешательства для всех семей, в которых произошли очень преждевременные роды. Родители и дети часто вынуждены оставаться в больнице в течение нескольких месяцев, а это означает, что есть возможность для реализации программ скрининга и поддержки внутри больницы, и установления коммуникации семьи с внешними службами, которые могут продолжать обеспечивать мониторинг и вмешательство, где это необходимо, в раннем детстве и в подростковом возрасте для детей и родителей. При разработке таких систем поддержки важно помнить, что представленность психических проблем после преждевременных родов одинакова у матерей и отцов[6,7].

Вмешательство после преждевременных родов должно быть оперативным, индивидуализированным и многоуровневым, и включать непосредственную психологическую помощь родителям и более широкие программы раннего вмешательства для стимуляции развития ребенка и улучшения детско-родительских взаимоотношений. Например, индивидуализированные психологические вмешательства с учетом травм родителей в отделении интенсивной терапии новорожденных и широкие программы раннего вмешательства для семей, столкнувшимися с преждевременными родами, были ассоциированы с лучшим психическим здоровьем родителей[8]. Существуют также доказательства того, что раннее вмешательство для таких семей может улучшить эмоциональную регуляцию и поведение ребенка[9]. Долгосрочные последствия раннего вмешательства для психического здоровья школьников и подростков неизвестны, и системы поддержки должны руководствоваться практикой вмешательств в детской и подростковой психиатрии, основанной на современной доказательной базе.

Медицинские работники, взаимодействующие с детьми и родителями после преждевременных родов, должны быть осведомлены о повышенном уровне депрессии, тревоги и симптомов ПТСР у родителей и повышенном риске СДВГ, РАС и тревожных расстройств у детей и подростков. В пер-

вые годы после родов медицинские работники и представители смежных специальностей, которые посещают семьи для рутинного сопровождения после выписки или работают с семьями в первичном звене имеют хорошие возможности для продолжения или инициирования беседы о психическом здоровье и благополучии с родителями и могут предоставить информацию, направить к специалистам в области психического здоровья, когда это необходимо.

Для специалистов в области психического здоровья, работающих с детьми, интерес к тому, родился ли ребенок недоношенным и последующая история физического и психического здоровья и развития, не только предоставил бы важную информацию о ребенке, но и потенциально дал бы возможность открытого обсуждения опыта родителей. Специалистам в области психического здоровья, работающие с родителями, имевшими опыт преждевременных родов, следует помнить о его потенциальном долгосрочном влиянии на психическое здоровье родителей и риск персистирования симптомов ПТСР, которые могут проявляться как у матерей, так и у отцов.

В целом имеющиеся данные свидетельствуют о том, что в контексте семьи опыт преждевременных родов является важной недооцененной проблемой.

Karli Treyvaud[1,2], Stephanie J. Brown[2,3]

[1]Department of Psychology and Counselling, School of Psychology and Public Health, La Trobe University, Bundoora, VIC, Australia.

[2]Murdoch Children's Research Institute, Parkville, VIC, Australia.

[3]Department of Paediatrics, University of Melbourne, Melbourne, VIC, Australia

Перевод: Гасенко К.А. (Омск)

Редактура: к.м.н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)

Библиография

1. Johnson S, Marlow N. Semin F et al. Neonatal Med 2014;19:97-104.
2. Spittle AJ, Treyvaud K, Doyle LW et al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2009;48:909-18.
3. Treyvaud K, Ure A, Doyle LW et al. J Child Psychol Psychiatry 2013;54:772-9.
4. Yates R, Treyvaud K, Doyle LW et al. Pediatrics 2020;145:e20192699.
5. Johnson S, O'Reilly H, Ni Y et al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2019; 58:820-6.e6.
6. Pace CC, Spittle AJ, Molesworth CM et al. JAMA Pediatr 2016;170:863-70.
7. Pace CC, Anderson PJ, Lee KJ et al. J Dev Behav Pediatr 2020;41:612-8.
8. Treyvaud K, Spittle A, Anderson PJ et al. Early Hum Dev 2019;139:104838.
9. Herd M, Whittingham K, Sanders M et al. Infant Ment Health J 2014;35:630-41.

DOI:10.1002/wps.20936

Как врачи могут помочь женщинам в принятии решения о психофармакологическом лечении во время беременности

Galbally M, Woods N, Snellen M. How clinicians can support women in making decisions about psychopharmacological treatments in pregnancy. *World Psychiatry*. **2022;21(1):149-151. doi:10.1002/wps.20937**

Обеспечение того, чтобы женщины могли принимать полностью осознанные решения по всем аспектам ухода за собой во время беременности, не только требуется законом во многих юрисдикциях, но и является неотъемлемой частью предоставления уважительного и современного медицинского обслуживания, ориентированного на человека.

В настоящее время многие системы здравоохранения признают важность охраны психического здоровья беременных основываясь на широко распространенной практике всеобщего скрининга на депрессию, а также проведение кампаний по повышению осведомленности и пропаганде здорового образа жизни в контексте охраны психического здоровья матерей. Тем не менее когда речь заходит о четком информировании женщин о необходимости уделять приоритетное внимание их психическому здоровью, возникает амбивалентное отношение, особенно в тех случаях, когда сохранение здоровья требует психофармакологического лечения.

Распространенным заблуждением является то, что отказ от лечения психических расстройств с помощью лекарственных препаратов не представляет опасности. Кроме того, недостаточное медикаментозное лечение является распространенным явлением и воспринимается как вариант с меньшим риском, хотя это может привести к воздействию как агента, так и болезни. Для женщин с психическими расстройствами от умеренной до тяжелой степени, такими как тяжелая депрессия, шизофрения и биполярное расстройство, недостаточное лечение или отказ от лечения – небезопасный путь, поскольку оба этих варианта могут иметь значительные последствия и последствия для здоровья матери, для исходов беременности, а также для долгосрочных результатов у ребенка.

Основополагающие принципы информированного согласия на психофармакологическое лечение во время беременности предполагают понимание и информирование о рисках, связанных с лечением. К ним относятся характер, величина и вероятность рисков, связанных с лечением, и любые альтернативные варианты, включая отсутствие лечения[1].

Важными инструментами могут быть адаптация информации, проверка общего понимания и предоставление информации в различных форматах и, при необходимости, с привлечением партнеров, семьи или лиц, осуществляющих уход. Более того, многие женщины мотивированы стремлением достичь лучших последствий для своего будущего ребенка. С одной стороны, рекомендуется учитывать риски специфического лечения, но, с другой стороны, брать во внимание риск значительного рецидива в раннем послеродовом периоде, потенциально влияющего на способность женщины ухаживать за новорожденным. Важно четко донести мысль о том, что забота о собственном психическом здоровье также является началом воспитания и ухода за будущим ребенком.

Важным принципом при поддержке принятия обоснованных решений о лечении психических заболеваний во время беременности действительно является не только сосредоточение внимания на рисках/преимуществах для здоровья женщины, но и понимание последствий для ее плода/младенца и для развивающихся отношений между ними. Эти три элемента внимания психическое здоровье матери, благополучие плода/младенца и качество отношений между матерью и младенцем – должны быть ключевыми для всей перинатальной психиатрической помощи[2]. Для этого требуется, чтобы клиницист поддерживал процесс принятия решений, охватывающий информацию по всем этим трем аспектам риска/пользы от вариантов лечения.

В первую очередь, практикующие врачи должны обладать навыками понимания и интерпретации последних результатов исследований, а также уметь учитывать их в сложном взаимодействии множества факторов, возникающих во время беременности[3]. К сожалению, наша исследовательская база для психофармакологического лечения во время беременности требует навигации по сети противоречивых и часто сбивающих с толку результатов, включая ассоциации без учета соответствующих факторов или с другими очевидными методологическими недостатками. Клинические рекомендации могут дать определенное направление, но практика, основанная на фактических данных, также требует учета более широкого опыта, индивидуальных особенностей пациента и, что важно, предпочтений пациента.

Во-вторых, клиницисты должны преобразовать результаты исследований по ключевым результатам в информацию, которая может быть адаптирована в ходе клинического обсуждения. Это не сравнение результатов с общей популяцией, а сравнение результатов для тех, кто проходил лечение, по сравнению с теми, кто не проходил лечение. Не менее важно сообщать, если риск вряд ли будет клинически значимым[4]. Общая цель состоит в том, чтобы обеспечить четкое и уважительное общение, которое способствует развитию у женщин чувства расширения прав и возможностей, выбора и контроля. Правильное понимание этого не только улучшает принятие обоснованных решений, но и приводит к позитивным терапевтическим отношениям. То, чего хочет каждая женщина, может варьироваться от копий научных работ до краткого описания рисков и преимуществ. Обеспечение того, чтобы врачи надлежащим образом адаптировали информацию, является частью ухода, ориентированного на женщин.

В-третьих, обсуждение жизнеспособных альтернативных методов лечения имеет решающее значение для обеспечения достоверности принятия обоснованных решений. Однако жизнеспособные средства должны быть доступны, приемлемы и соответствовать клинической картине. Доказательная база для психосоциальных вмешательств обычно основывается на обучении и верности конкретному вмешательству, а не на наборе методик[5]. Крайне важно обеспечить альтернативу, основанную на фактических данных. Однако принятию обоснованных решений не способствует обсуждение вариантов, которые не являются действительно жизнеспособными или клинически приемлемыми.

Наконец, врач должен четко сформулировать свои собственные рекомендации, уважая при этом право женщины выбирать наилучший для нее вариант, независимо от того, совпадает это с собственным выбором клинициста или нет.

Применить все это на практике непросто. Для женщин с хроническими психическими расстройствами, такими как

шизофрения или биполярное расстройство, идеальное время для обсуждения вариантов – до зачатия. Женщинам в детородном возрасте следует соблюдать осторожность при применении некоторых препаратов, таких как вальпроаты. Во многих юрисдикциях в настоящее время существуют ограничения на назначение вальпроатов женщинам из-за рисков для здоровья плода и высокого уровня незапланированных беременностей. Переводить женщину с лекарств, противопоказанных во время беременности, следует задолго до попытки забеременеть.

Для тех женщин, которые принимают такие лекарства, как литий, ламотриджин или нейролептики, рекомендуется обеспечить эффективное лечение, ведущее к беременности, а также рассмотреть такие области, как прием фолиевой кислоты, оценка уровня витамина D и уделять особое внимание общему состоянию здоровья. Хотя может быть нецелесообразно менять лекарство, можно свести к минимуму вредные последствия путем тщательного мониторинга и корректировки дозы, поскольку как печеночный метаболизм, так и почечный клиренс ускоряются на поздних сроках беременности.

Существуют клинические пособия, которые могут быть адаптированы для поддержки в рамках служб[6]. Примером мониторинга и корректировки дозы является литий: он включает гарантию раннего скрининга на риск развития порока сердца, а затем тщательный и строгий контроль за уровнем содержания лития в крови в течение третьего триместра, до родов и в послеродовой период[7]. Что касается антипсихотиков, особенно с риском возникновения нарушения обмена веществ, еще одним примером является раннее обследование на гестационный диабет в 16–18 недель, вместо того, чтобы ждать обычного рутинного скрининга в 28 недель, чтобы выявлять и лечить любой возникающий диабет на ранней стадии и предотвращать вред от длительной гипергликемии для женщины и ребенка[8].

Некоторые женщины, принимающие антидепрессанты, обеспокоены тем, что их ребенок может родиться зависимым от препаратов. Опасения появляются из-за неправильного понимания плохой неонатальной адаптации, которую связывают с приемом антидепрессантов во время беременности. Эти симптомы могут быть обусловлены отменой препарата или же реакцией на токсины. Чаще всего они не ярко выражены и купируются самостоятельно, что важно упоминать в контексте обеспечения психологической помощи[9].

Ввиду отсутствия определенности, что лучше выбор между вариантами нелегок ни для женщин, ни для лечащих врачей. Любые изменения в обозримом будущем потребуют согласованных усилий практикующих врачей, исследователей, спонсоров и женщин, чтобы изменить текущую повестку дня исследований и обеспечить инвестиции в исследования, способные прояснить риски и преимущества психофармакологического лечения во время беременности. В конечном счете, именно эти инвестиции вместе с оказанием помощи, ориентированной на человека, будут способствовать развитию действительно обоснованного принятия решений о лечении психических заболеваний, в том числе фармакологических, у беременных женщин.

Megan Galbally[1-3], Nicole Woods[4], Martien Snellen[5]

1Discipline of Psychology, Murdoch University, Perth, WA, Australia; 2School of Medi-cine, University of Notre Dame, Fremantle,WA,Australia; 3Women's Health, Genetics and Mental Health, King Edward Memorial Hospital, Perth, WA, Australia; 4Community Advisory Council, King Edward Memorial Hospital, Perth, WA, Australia; 5Mercy Hospital for Women, Melbourne, VIC, Australia

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

Библиография

1. Snellen M, Thompson G, Murdoch N. In: Galbally M, Snellen M, Lewis A (eds). Psychopharmacology and pregnancy. Berlin: Springer, 2014:5-17.
2. Galbally M, Watson SJ, Boyce P et al. J Affect Disord 2020;272:363-70.
3. Galbally M, Crabb C, Snellen M. Lancet Psychiatry 2018;5:608-10.
4. Grove K, Lewis AJ, Galbally M. Pediatrics 2018;142:e20180356.
5. Malhi GS, Bell E, Bassett D et al. Aust N Z J Psychiatry 2021;55:7-117.
6. Galbally M, Snellen M, Walker S et al. Aust N Z J Psychiatry 2010;44:99-108.
7. Poels EMP, Bijma HH, Galbally M et al. Int J Bipolar Disord 2018;6:26.
8. Galbally M, Frayne J, Watson SJ et al. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2020;60:63-9.
9. Galbally M, Spigset O, Johnson AR et al. Pediatr Res 2017;82:806-13

DOI:10.1002/wps.20937

Терапевтический ответ на СИОЗС по сравнению с когнитивно-поведенческой терапией при депрессии: подход, ориентированный на конкретные симптомы

Boschloo L, Hieronymus F, Cuijpers P et al. Clinical response to SSRIs relative to cognitive behavioral therapy in depression: a symptom-specific approach. ***World Psychiatry*****. 2022;21(1):152–153. doi:10.1002/wps.20944**

Как антидепрессанты, так и когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) были признаны эффективными в снижении общей тяжести депрессии[1,2]. Метаанализ на уровне пациента[3] показал, что медикаментозное лечение было несколько более эффективным, чем КПТ, и что это не зависело от тяжести депрессии до лечения. Решающим шагом в улучшении клинической практики было бы выявление факторов, которые действительно играют роль в терапевтическом ответе на лечение и, таким образом, могут быть использованы как инструмент помогающий принять решение, определяющие индивидуальный подход к лечению[4].

В предыдущей статье, опубликованной в этом журнале[5], мы сообщили, что индивидуальные симптомы различаются по их ответу на антидепрессанты, в отличии от КПТ. В целом медикаментозное лечение было более эффективным, чем КПТ, в уменьшении аффективных симптомов (т.е. подавленного настроения и тревожности) и когнитивных симптомов (например, чувства вины и суицидальных мыслей), тогда как их эффективность была сопоставима для большинства симптомов, связанных, например, со сном, возбуждением и функциями организма. Мы также применили методы сетевой оценки, чтобы выявить сложные закономерности, в которых изменения отдельных симптомов были связаны, и, следовательно, могли обнаружить те симптомы, которые давали ответ непосредственно на лекарство (т.е. прямые эффекты лечения) или только косвенно затронутые воздействием на другие симптомы (т.е. косвенные эффекты лечения).

Поскольку нейробиологические механизмы воздействия и последующие клинические профили классов антидепрессантов различаются, важно одновременно изучать только один класс лекарств. Хотя ранее мы объединяли данные, касающиеся антидепрессантов разных классов[5], в настоящем анализе внимание уделялось только одной группе – селективных ингибиторах обратного захвата серотонина (СИОЗС), поскольку они являются наиболее часто назначаемыми антидепрессантами. Таким образом, из нашей предыдущей выборки[3,5] мы отобрали пациентов с первичным диагнозом депрессивного расстройства (тяжелого депрессивное расстройство или дистимии) на основе DSM, участвующих в испытаниях, сравнивающих СИОЗС с КПТ. Выборку текущего исследования составили 599 пациентов (68,4% женщин; средний возраст: 42,7 года) из шести исследований с полными данными о симптомах до и после лечения. Из этих пациентов 391 (65,3%) получали СИОЗС и 208 (34,7%) КПТ.

Статистическое программное обеспечение R (версия 4.0.5) использовалось для оценки сети, включающей состояние лечения (СИОЗС по сравнению с КПТ) и изменения отдельных симптомов депрессии во время лечения. Поскольку это объединяет двоичную переменную (условие лечения) с непрерывными переменными (баллы изменений), сеть была оценена с помощью пакета mgm[6] с использованием смешанной графической модели и визуализирована с помощью пакета qgraph[7].

Изменения в отдельных симптомах депрессии оценивались с использованием 17 отдельных пунктов шкалы оценки депрессии Гамильтона (HDRS)[8], как до, так и после лечения (через 8–16 недель после предварительной оценки лечения). Чтобы улучшить интерпретацию, мы разделили 17 симптомов на пять категорий: два аффективных симптома (т.е. подавленное настроение и тревожность), четыре когнитивных симптома (т.е. чувство вины, мысли о самоубийстве, потеря интереса к работе/деятельности и снижение когнитивных способностей, включая трудности с концентрацией внимания), семь симптомов возбуждения/соматических симптомов (т.е. внутреннее напряжение, соматические проявления тревоги, общие соматические симптомы – включая апатию, снижение/отсутствие либидо, ипохондрию и желудочно-кишечную симптоматику), три, связанные со сном (т.е. бессонница, сопровождающаяся сложностью с засыпанием, ночными пробуждениями и ранними подъемами), и один, касающийся отсутствия критики к заболеванию. Пункты были оценены либо от 0 до 4 (все аффективные и когнитивные симптомы, возбуждение/соматические симптомы тревоги и ипохондрия), либо от 0 до 2 (большинство симптомов возбуждения/соматических симптомов, все симптомы, связанные со сном, и отсутствие критики).

В результате было обнаружено единственное прямое положительное воздействие СИОЗС по сравнению с КПТ для двух аффективных симптомов, а точнее для подавленного настроения и тревожности (обе силы связи = 0,05). Изменения подавленного настроения были в основном связаны с редуцированием тревожной симптоматики (сила связи = 0,17), всеми четырьмя когнитивными симптомами (сила связи варьировалась от .08 для чувства вины до 0,24 для потери интереса к работе и деятельности) и, хотя и в меньшей степени, специфическими симптомами возбуждения/соматическими симптомами (например, сила связи 0,11 для желудочно-кишечных проблем и 0,08 для общих соматических симптомов, включая апатию). Изменения тревожных переживаний были в основном связаны с изменениями подавленного настроения (сила связи = 0,17) и большинством симптомов возбуждения/соматических симптомов (например, сила связи 0,20 для соматической тревоги и 0,08 для возбуждения).

Интересно, что мы также обнаружили два вредных воздействия СИОЗС по сравнению с КПТ, как на симптомы, связанные с внутренним напряжением, точнее на соматическую тревогу (сила связи = 0,09), так и на возбудимость (сила связи = 0,03). Изменения в соматических проявлениях тревоге были связаны с изменениями в конкретных других симптомах (сила связи 0,20 для тревожных переживаний), тогда как изменения в возбуждении не были или были очень слабо связаны с изменениями в других симптомах.

По нашим результатам СИОЗС показали больший эффект по сравнению с КПТ в улучшении подавленного настроения и нивелировании тревожных переживаний, в то же время они менее эффективны в работе с соматическими проявлениями тревоги и внутренним напряжением. Это говорит о том, что пациенты, страдающие в большей степени от первых двух симптомов и в меньшей степени от двух последних, могут извлечь наибольшую пользу из СИОЗС, и наоборот.

Чтобы изучить это, мы выделили группы пациентов (квартили, Q1-Q4) на основе показателя тяжести до лечения, в котором эти четыре симптома были суммированы и взвешены по их силе связи, полученной из сети. Как и ожидалось, общая эффективность СИОЗС по сравнению с КПТ увеличилась в группах, набравших более высокие баллы по этому показателю тяжести (т.е. d Коэна =0,10 в 1 квартале, .01 во 2 квартале, – 0,05 в 3 квартале и –0,16 в 4 квартале).

В заключение, наше исследование является первым, в котором различаются прямые и косвенные эффекты СИОЗС, специфичные для симптомов, по сравнению с КПТ (и наоборот) и, следовательно, может дать важную информацию о потенциальных механизмах клинических изменений во время различных методов лечения. СИОЗС в основном оказывают прямое благотворное воздействие на два аффективных симптома, что соответствует метаанализу отдельных пациентов, сравнивающему СИОЗС в плацебо-контролируемом исследовании[9]. Наиболее важные косвенные эффекты СИОЗС обнаруживаются для всех когнитивных симптомов, включая клинически значимые симптомы, такие как суицидальные мысли и потеря интереса, а также специфические симптомы возбуждения/соматические симптомы. СИОЗС оказывают пагубное воздействие на два специфических симптома возбуждения (т.е. соматические проявления тревоги и внутренним напряжением), которые являются распространенными побочными эффектами СИОЗС, которые могут быть зафиксированы с помощью HDR.

Мы также пришли к выводу о том, что информация, полученная от этих сетей, могла бы способствовать более эффективному выявлению пациентов, которые с наибольшей вероятностью выиграют от одного лечения по сравнению с другим. То есть пациенты, которые больше страдали от подавленного настроения и психической тревоги и меньше от соматической тревоги и возбуждения, с наибольшей вероятностью получали пользу от СИОЗС, тогда как для КПТ было верно обратное. Однако важно отметить, что размеры эффекта были небольшими (d Коэна варьировался от 0,10 в 1 квартале до -16 в 4 квартале), что несколько ограничивало актуальность результатов для врачебной практики.

Подход, основанный на конкретных симптомах, ценен, но также и сложен, поскольку необходимы дополнительные исследования надежности и обоснованности оценки отдельных симптомов с помощью отдельных элементов (HDRS). Кроме того, существующая классификация симптомов – как и любая классификация – может быть чрезмерно упрощенной, поскольку, например, аффективные симптомы могут также включать когнитивный компонент, а когнитивные симптомы – аффективный компонент. Тем не менее мы хотим подчеркнуть, что подход, ориентированный на конкретную симптоматику, является весьма многообещающим для определения комплексного терапевтического ответа на лечение депрессии и для определения персонализированных методов лечения.

Lynn Boschloo[1,2], Fredrik Hieronymus[3], Pim Cuijpers[2], ICECA Work Group

[1]Department of Clinical Psychology, Utrecht University, Utrecht, The Netherlands; [2]Department of Clinical, Neuro and Developmental Psychology,VU University Amster-dam, Amsterdam, The Netherlands; [3]Institute of Neuroscience and Physiology, Uni-versity of Gothenburg, Gothenburg, Sweden

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

Библиография

1. Cipriani A, Furukawa T, Salanti G et al. Lancet 2018;10128:135766.
2. Cuijpers P, Quero S, Noma H et al. World Psychiatry 2021;20:28393.
3. Weitz ES, Hollon SD, Twisk J et al. JAMA Psychiatry 2015;72:1102-9.
4. Maj M, Stein DJ, Parker G et al. World Psychiatry 2020;19:26993.
5. Boschloo L, Bekhuis E, Weitz ES et al. World Psychiatry 2019;18:18391.
6. Haslbeck JMB, Waldorp LJ. J Stat Softw 2020;93:146.
7. Epskamp S, Cramer AOJ, Waldorp LJ et al. J Stat Softw 2012;48:118.
8. Hamilton M. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960;23:5662.
9. Hieronymus F, Emilsson JF, Nilsson S et al. Mol Psychiatry 2015;21:52330.

DOI:10.1002/wps.20944

Охват вакцинацией против COVID-19 людей с тяжелыми психическими заболеваниями: когортное исследование, проведенное в Великобритании

Hassan L, Sawyer C, Peek N et al. COVID-19 vaccination uptake in people with severe mental illness: a UK-based cohort study. ***World Psychiatry*****. 2022;21(1):153-154. doi:10.1002/wps.20945**

Пандемия COVID-19 усугубила ранее существовавшее неравенство в отношении здоровья между людьми с тяжелыми психическими заболеваниями (severe mental illness – SMI) и населением в целом. Это неравенство справедливо рассматривается как проблема прав человека[1]. Быстро накапливающиеся данные свидетельствуют о том, что люди с тяжелыми психическими заболеваниями непропорционально сильно страдают от инфекции COVID-19, демонстрируя повышенный риск госпитализации и смертности[2].

Недавно внимание было обращено на справедливое распределение вакцины против COVID-19. Опираясь на этические рамки, прозвучали призывы – первый из которых появился в этом журнале[3] – уделять приоритетное внимание вакцинации людей с тяжелыми психическими заболеваниями. Серьезно пострадав от пандемии, Великобритания стала одной из самых быстрых стран в мире, внедривших свой план вакцинации, и одной из немногих стран, где четко определены приоритеты для лиц с SMI[4]. Появляются данные о внедрении вакцин среди подгрупп населения в Соединенном Королевстве[5]. Однако для оценки выполнения планов вакцинации и информирования практикующих специалистов в области психического здоровья необходимы более подробные данные о распространении вакцинации среди людей с различными психиатрическими диагнозами.

Мы изучаем последствия COVID-19, используя неидентифицированные данные электронной медицинской карты из Медицинской карты Большого Манчестера (GMCR), общей медицинской карты для 2,8 млн человек, включающей информацию в режиме реального времени из первичной медицинской помощи, госпитализаций и записей о психиче-

ском здоровье. Используя GMCR, мы сравнили показатели вакцинации в выборке из 1 152 831 взрослого человека с SMI и без него. Наблюдение за отдельными лицами велось до 30 июня 2021 года, в преддверии ослабления Великобританией ограничений на COVID-19 19 июля 2021 года. Одобрение было получено в рамках процесса управления вторичными видами использования и исследованиями GMCR.

Все пациенты, которые были зарегистрированы у врача общей практики в Большом Манчестере 31 января 2020 года в возрасте 18 лет и старше и с пожизненным диагнозом SMI, зарегистрированным в их истории первичной медицинской помощи, имели право на включение в выборку тяжелого психического заболевания. Эта выборка была разделена на три иерархически определенные, взаимоисключающие группы лиц с шизофренией или связанными с ней психотическими расстройствами (N=46 859), биполярным расстройством (N=3461) и рекуррентным тяжелым депрессивным расстройством (N=134 661). Наряду с этим мы также получили 10-процентную выборку лиц с диагнозами других депрессивных расстройств, исключая все ранее упомянутые диагнозы (N=45 586). Для целей сравнения мы получили записи для 922 264 контрольных групп, соответствующих возрасту и полу, без признаков SMI или депрессивных расстройств, отобранных в соотношении 4:1 по отношению к случаям.

Нашим итоговым показателем была доля лиц, получивших по крайней мере одну дозу вакцины против COVID-19 к 30 июня 2021 года, как указано в их записях о первичной медицинской помощи. Мы также стремились изучить долю лиц, зарегистрированных как отказавшихся от вакцинации. Модели условной логистической регрессии использовались для оценки скорректированных коэффициентов вероятности (aORs) и 95% доверительных интервалов (CIs). Анализы контролировались по социально-демографическим ковариациям, включая возраст, пол, этническую принадлежность и дециль Индекса множественной депривации (IMD). В случае отсутствия этнической принадлежности использовались условные расчеты (N=105 407; 9,1%), IMD (N=1734; 0,2%) и гендерные данные (N=121; <0,1%). Все статистические анализы были выполнены в R версии 4.0.0.

По сравнению с соответствующими контрольными группами, показатели вакцинации были самыми высокими среди людей с рекуррентной тяжелой депрессией (77,1%; aOR=1,22, 95% CI: 1,21–1,23), за которыми следовали биполярное расстройство (75,7%; aOR=1,19, 95% CI: 1,14–1,23), другие депрессивные расстройства (75,1%; aOR=1,19, 95% CI: 1,18–1,20) и психотические расстройства (69,6%; aOR=1,03, 95% CI: 1,01–1,04). Распространенность вакцинации среди всех контрольных групп составила 68,4%.

Доля лиц, зарегистрированных как отказавшихся от вакцинации к 30 июня 2021 года, среди всех контрольных групп составила 2,0%. Показатели того, что было зарегистрировано снижение вакцинации, были значительно выше среди всех обследованных психических расстройств, причем самые высокие диагнозы психотических расстройств (5,0%; aOR= 2,32, 95% CI: 2,22–2,42), за которыми следует биполярное расстройство (3,8%; aOR = 1,91, 95% CI: 1,60–2,27), рекуррентная тяжелая депрессия (2,9%; aOR=1,43, 95% CI: 1,38–1,48) и другие депрессивные расстройства (2,8%; aOR=1,40, 95% CI: 1,32–1,48).

Это одно из немногих исследований на международном уровне, в котором сообщается о распространенности вакцинации против COVID-19 среди людей с психическими расстройствами[5,6]. Наши результаты показывают, что люди с SMI, особенно с аффективными расстройствами, были значительно более склонны к вакцинации против COVID-19, чем люди без тяжелых психических заболеваний. Несмотря на это, однако, лица с психиатрическими диагнозами, и особенно те, кто страдает шизофренией или связанными с ней психотическими расстройствами, значительно чаще имели записи об отказе от вакцинации против COVID-19.

В предыдущем исследовании в Великобритании сообщалось, что показатели вакцинации среди людей с SMI были значительно ниже, чем у людей без тяжелых психических заболеваний[5], но этот анализ был ограничен до марта 2021 года среди людей в возрасте 80 лет и старше. Исследование, проведенное в Израиле[6] – стране, которая также активно действовала в отношении вакцинации против COVID-19, – также сообщило о более низких шансах вакцинации среди людей с шизофренией. Хотя обнадеживает тот факт, что мы не наблюдали этого разрыва в Великобритании, похоже, что значительная доля людей с SMI и в частности людей с психотическими расстройствами, оставалась не вакцинированной по состоянию на 30 июня 2021 года. Это вызывает беспокойство, учитывая более высокие показатели сопутствующих физических заболеваний, наблюдаемых в этих группах, что может увеличить риск госпитализации и смертности от COVID-19[2], особенно по мере появления новых штаммов и ослабления ограничений на соблюдение социальной дистанции.

Более высокие шансы отказа от вакцинации среди людей с тяжелыми психическими заболеваниями, и в частности психотическими расстройствами, требуют дальнейшего внимания. Если принять это за чистую монету, это может указывать на повышенную нерешительность в отношении вакцинации среди людей с SMI. В качестве альтернативы, это может быть просто артефактом процессов внедрения вакцин, отражающим, что медицинские работники, возможно, более активно предлагали, обсуждали и/или регистрировали попытки продвижения вакцинации среди людей с SMI, что привело к более высоким показателям регистрации отклоненных предложений о вакцинации.

Хотя наши результаты ограничены Большим Манчестером, это значительная и важная популяция в Северной Англии, регионе, который, как известно, непропорционально сильно пострадал от COVID-19[7]. Незначительные различия в выборе источников данных, региональных границ и показателей численности населения могли привести к различиям между нашими оценками распространенности и оценками, зарегистрированными центральным правительством. Кроме того, контрольные группы были сопоставлены по возрасту и полу, но не по сопутствующим заболеваниям; таким образом, контрольные группы, скорее всего, были физически более здоровыми.

Заметно более высокие шансы на снижение вакцинации, зарегистрированные среди людей с тяжелыми психическими заболеваниями, и особенно среди людей с психотическими расстройствами, указывают на то, что могут потребоваться более целенаправленные усилия по обеспечению информацией для помощи в принятии более обоснованных решений и поощрения использования вакцин среди этих уязвимых групп населения при сохранении уважения личных границ.

Устранение целого ряда индивидуальных и системных барьеров на пути вакцинации, которые могут возникнуть у людей с тяжелыми психическими заболеваниями, требует срочного исследования[8]. Наряду с этим, в будущих исследованиях следует изучить, в какой степени клинические и психологические факторы объясняют принятие вакцинации и отказ от нее среди людей с SMI.

Lamiece Hassan[1], Chelsea Sawyer[1], Niels Peek[2-4], Karina Lovell[5], Andre F. Carvalho[6], Marco Solmi[7-9], George Tilston[2,4], Matthew Sperrin[2], Joseph Firth[1,10]

[1]Division of Psychology and Mental Health, University of Manchester, Manchester, UK; [2]Division of Informatics, Imaging and Data Sciences,

University of Manchester, Man-chester, UK; [3]NIHR Greater Manchester Patient Safety Translational Research Centre, University of Manchester, Manchester, UK; [4]NIHR Manchester Biomedical Research Centre, University of Manchester, Manchester, UK; [5]Division of Nursing, Midwifery and Social Work, University of Manchester, Manchester, UK; [6]IMPACT Strategic Research Centre, School of Medicine, Deakin University, Geelong, VIC, Australia; [7]Psychiatry Department, University of Ottawa, Ottawa, ON, Canada; [8]Ottawa Hospital, University of Ottawa, Ottawa, ON, Canada; [9]Ottawa Hospital Research Institute Clinical Epidemiology Program, University of Ottawa, Ottawa, ON, Canada; [10]Greater Manchester Mental Health NHS Foundation Trust, Manchester Academic Health Science Centre, Manchester, UK

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

Библиография

1. Maj M. World Psychiatry 2009;8:12.
2. Wang Q, Xu R, Volkow ND. World Psychiatry 2021;20:12430.
3. De Hert M, Mazereel V, Detraux J et al. World Psychiatry 2021;20:54-5.
4. De Picker LJ, Dias MC, Benros ME et al. Lancet Psychiatry 2021;8:3569.
5. OpenSAFELY Collaborative, Curtis HJ, Inglesby P et al. medRxiv 2021;21250356.
6. Tzur Bitan D. World Psychiatry 2021;20:3001.
7. Munford L, Khavandi S, Bambra C et al. A year of COVID19 in the North: regional inequalities in health and economic outcome. Newcastle: Northern Health Science Alliance, 2021.
8. Warren N, Kisely S, Siskind D. JAMA Psychiatry 2021;78:58990.

DOI:10.1002/wps.20945

CopeNYP: краткая дистанционная психологическая интервенция, помогающая облегчить симптомы депрессии и тревоги у медицинских работников во время пандемии COVID-19

Solomonov N, Kanellopoulos D, Grosenick L et al. CopeNYP : a brief remote psychological intervention reduces health care workers' depression and anxiety symptoms during COVID-19 pandemic. ***World Psychiatry*****. 2022;21(1):155–156. doi:10.1002/wps.20946**

Пандемия COVID-19 существенно повлияла на психологическое благополучие работников здравоохранения во всем мире[1]. По данным метаанализа, примерно 20–30% персонала испытывали симптомы депрессии, тревоги или посттравматического стрессового расстройства[2,3]. Об эффективности индивидуализированных интервенций известно мало[4].

Мы разработали и опробовали CopeNYP – корпоративную дистанционную интервенцию, рассчитанную на четыре сеанса. Наша модель включала краткие ориентированные на развитие навыков приемы, заимствованные из доказательных психотерапевтических методик (среди которых терапия через решение проблем, поведенческая активация и поддерживающая терапия) и подстраивающиеся под конкретные потребности и обстоятельства работников, занятых в здравоохранении.

Первый сеанс был посвящен выявлению потребностей, связанных с психическим здоровьем, и оценке имеющейся социальной поддержки, составлению краткосрочных целей лечения, дестигматизации трудностей психиатрического характера и просветительской беседе о симптомах тревоги и депрессии, а также воздействии травмы и стресса. На каждом новом сеансе врачи работали с поведенческой активацией и снижением стресса (путем вовлечения в приятную деятельность, релаксации, развития навыков осознанности), валидацией эмоций и приемами решения проблем (включая разрешение внутренних конфликтов, уменьшение социальной изоляции, копинг-стратегии, помогающие справиться с потерей и горем). На последнем сеансе занимались подкреплением навыков, профилактикой рецидива и, при необходимости, планированием будущего.

CopeNYP создали и запустили в психиатрическом отделении медицинского центра Вайля Корнелла (Weill Cornell Medicine's Psychiatry Department). Мы проверили, насколько эффективно она облегчает симптомы депрессии и тревоги у работников сферы здравоохранения.

Кураторами интервенции стали 67 человек (среди них 41 клинический психолог, три работника сферы социальной защиты/пастырского консультирования, четыре психиатра, четыре психолога-докторанта и 15 психологов-постдоков). Кураторы прошли краткое обучение по пошаговой оценке, психотерапевтическим приемам, основанным на расстановке приоритетов и развитии навыков, а также еженедельно посещали групповую супервизию и при необходимости могли получить консультацию от более опытных коллег.

Сотрудникам больницы CopeNYP презентовали на совещаниях, посвященных новостям COVID-19, и путем внутрикорпоративной коммуникации. Всем работникам, испытывающим стресс или потребность побеседовать с психотерапевтом, предлагали присоединиться к интервенции. Критерии исключения отсутствовали. Чтобы принять участие, служащие отправляли заявку администраторам по электронной почте или телефону. Исследование было одобрено экспертным советом медицинского центра Вайля Корнелла.

На первом и последнем сеансах тревогу и депрессию оценивали с помощью Опросника по состоянию здоровья 9 (PHQ-9)[5] и Опросника по генерализованному тревожному расстройству (GAD-7)[6]. Суицидальность оценивали в начале работы по Колумбийской шкале оценки серьезности суицидальных намерений (C-SSRS)[7], при необходимости процедуру повторяли. Для контроля симптомов на 2-м и 3-м сеансе прибегали к PHQ-4[8].

Сотрудников с тяжелыми симптомами перенаправляли для получения более длительной или, при неизбежном риске вреда, неотложной помощи. При показаниях к фармакотерапии участников направляли к психиатру для обследования/лечения, до начала которого они продолжали работать с CopeNYP. При необходимости после последнего сеанса сотрудников отправляли на дополнительную психотерапию.

PHQ-9 и GAD-7 объединили в шкалу PHQ-4, чтобы оценить угол наклона во всех временных точках с помощью линейной регрессионной модели со смешанными эффектами для учета внутрисубъектных корреляций (случайные эффекты: угол наклона и свободный коэффициент субъ-

екта; фиксированный эффект: время). Анализ проводился на модифицированной выборке начавших лечение (то есть пациентов, посетивших хотя бы один сеанс). Частную eta в квадрате рассчитывали для фиксированного эффекта времени. Среди работников, прошедших четыре сеанса CopeNYP, мы оценили показатели клинического ответа (то есть 50-процентное снижение баллов по PHQ-9 или GAD-7).

Всего в программе приняли участие 534 работника сферы здравоохранения. Экспертный совет медицинского центра не разрешил делиться их демографическими данными. Выборка включала 35,2% среднего медицинского персонала (N=188), 24,3% – вспомогательного персонала (N=130), 22,8% административного больничного персонала (N=122); 13,8% врачей/преподавателей уровня докторантуры и практикантов (N=74), 2,4% подсобных рабочих (N=13) и 1,3% родственников работников (допущенных к участию по их просьбе; N=7). В целом 70% участников были работниками первой линии и взаимодействовали с людьми; 19% работали удаленно; 11% не указали формат занятости.

В общей сложности с 27 марта 2020 по 16 апреля 2021 года было проведено 1423 сеанса со средним значением в 25,41±13,31 сеансов в неделю и 2,66±1,28 на одного сотрудника (141 участник прошел всего один сеанс; 106 – два сеанса; 103 – три сеанса; 166 – четыре сеанса; 18 – больше четырех сеансов). При записи на интервенцию 45% сотрудников сообщали о как минимум умеренной тревоге (от 10 баллов по GAD-7); 42% – о как минимум умеренной депрессии (от 10 баллов по PHQ-9), а 10% упоминали суицидальные мысли (от 1 балла по 9-му пункту PHQ-9).

Линейная регрессионная модель со смешанными эффектами показала значительное облегчение симптомов во время прохождения интервенции во всей выборке (средний балл по PHQ-4: 5,65±2,95 при записи, 3,32±2,46 на последнем сеансе; F3,823=109,23, p<0,001, eta в квадрате = 0,27). Эффекты лечения были более выраженными у работников с клинически значимыми симптомами при записи (от 6 баллов по PHQ-4) со средним снижением показателей PHQ-4 с 8,09±1,78 до 4,36±2,63 (F3,462=139,99, p<0,001, eta в квадрате = 0,46).

Когда мы контролировали число госпитализаций и формат занятости (на первой линии с людьми или удаленно), чтобы учесть возможные последствия пандемии для симптомов за рамками интервенции, упомянутые выше размеры эффектов оставались значимыми (главные эффекты и взаимодействие со временем были незначительными). Среди участников, прошедших оценку как при записи на интервенцию, так и на последнем ее сеансе, у 42% число баллов по GAD-7 сократилось на более чем 50% (среднее значение: -4,45, SD=4,42), а у 43% наблюдали более чем 50-процентное снижение баллов по PHQ-9 (среднее значение: -3,97, SD=4,42).

Таким образом, мы выяснили, что краткая, корпоративная, дистанционная интервенция, в основе которой лежит психотерапевтическая методика развития навыков, позволила существенно облегчить симптомы депрессии и тревоги среди работников сферы здравоохранения: большинство из них работали на первой линии и, вероятно, подвергались острому и хроническому стрессу из-за COVID-19. Это один из первых отчетов об эффективности такой краткой психологической интервенции для помощи работникам сферы здравоохранения в пандемию, к которой те могут обращаться по мере необходимости.

Несмотря на сложность непосредственного сравнения, процент ответивших на лечение оказался схожим с тем, что наблюдали при работе с краткими доказательными психотерапевтическими методиками, и выше, чем у контрольных психотерапевтических групп[9]. К ограничениям исследования можно отнести отсутствие контролей и короткий период наблюдения. Тем не менее наши результаты подтверждают, что доступные, высококачественные, краткие интервенции могут облегчить психологический дистресс среди работников сферы здравоохранения и послужить образцом для других его систем.

Исследование проведено при поддержке Национального института психического здоровья США (по гранту K23 MH123864).

Nili Solomonov, Dora Kanellopoulos, Logan Grosenick, Victoria Wilkins, Rachel Goldman, Shira Ritholtz, Avital Falk, Faith M. Gunning

Department of Psychiatry, Weill Cornell Medicine, New York, NY, USA

Перевод: Василенко Е.Е. (Челябинск)
Редактура: к.м.н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)

Библиография

1. Chew NWS, Lee GKH, Tan BYQ et al. Brain Behav Immun 2020;88:559-65.
2. Luo M, Guo L, Yu M et al. Psychiatry Res 2020;291:113190.
3. Li Y, Scherer N, Felix L et al. PLoS One 2021;16:e0246454.
4. Traverson L, Stennett J, Mathevet I et al. medRxiv 2021:21255908.
5. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. J Gen Intern Med 2001;16:606-13.
6. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW et al. Arch Intern Med 2006;166:1092-
7. Posner K, Brown GK, Stanley B et al. Am J Psychiatry 2011;168:1266-77.
8. Stanhope J. Occup Med 2016;66:760-1.
9. Cuijpers P, Quero S, Noma H et al. World Psychiatry 2021;20:283-93.

DOI:10.1002/wps.20946

Устойчивые технологии для снижения стресса у подростков и молодежи (STARS): трансдиагностический чат-бот, разработанный ВОЗ для молодых людей в состоянии дистресса

Hall J, Jordan S, van Ommeren M et al. Sustainable Technology for Adolescents and youth to Reduce Stress (STARS): a WHO transdiagnostic chatbot for distressed youth. ***World Psychiatry*****. 2022;21(1):156–157. doi:10.1002/wps.20947**

К 14 годам наступает манифест вплоть до половины психических расстройств, часто имеющих долгоиграющие и серьезные последствия для здоровья и работоспособности на протяжении всей жизни. Самоповреждающее поведение, депрессия и тревожность находятся на соответственно третьем, четвертом и шестом месте среди основных причин

утраты лет здоровой жизни (DALYs)[1]. Подростковый возраст – важнейший период для поддержки психического здоровья. Доказательная база эффективности психологических интервенций для подростков растет, однако доступ к таким услугам все еще оставляет желать лучшего.

Чтобы расширить доступ к научно обоснованным психологическим интервенциям, Всемирная организация здравоохранения разрабатывает и тестирует краткие трансдиагностические масштабируемые психологические интервенции для молодежи и других групп населения, оказавшихся в неблагоприятном положении[2–5]. Работа ведется и над цифровыми решениями вопроса.

Цифровые психиатрические интервенции подают большие надежды в смягчении симптомов депрессии и тревоги в подростковом возрасте[6]. Тем не менее сообщается о высоких показателях отсева[7]: возможно, это обусловлено тем, что подростки привыкли к другим цифровым продуктам, которым распространенные диджитал-инструменты для психиатрических интервенций уступают в интерактивности и привлекательности[8].

Для повышения вовлеченности пользователей8 цифровых технологий можно обратиться к принципам человекоориентированного дизайна (HCD), которые помогут выявить потребности клиентов, определить условия взаимодействия с продуктом и выстроить работу над его дизайном с учетом этих данных. HCD также применяется в разработке целого ряда цифровых вмешательств с дружелюбным интерфейсом, например предназначенных для поддержки доказательных терапевтических методик в сообществах с ограниченными ресурсами[9].

Проект Устойчивых технологий для снижения стресса у подростков и молодежи (STARS) от ВОЗ направлен на создание и тестирование доказательных цифровых психологических интервенций для молодых людей, переживающих высокий уровень дистресса. Разработчики руководствовались HCD и до настоящего времени ориентировались на пользователей в возрасте 15–18 лет, прислушиваясь к отзывам о прототипах от самих подростков, собирая мнения экспертов и изучая обзоры литературы. Заранее не было известно, каким получится конечный продукт: в процессе проектирования он превратился в чат-бот (онлайн-приложение, с которым пользователь взаимодействует при помощи текстовых сообщений), в основе которого лежат принципы трансдиагностической когнитивно-поведенческой терапии (КПТ).

Сначала нужно было понять специфику подростковой аудитории и условия, в которых будет осуществляться интервенция, – это стало первым шагом проектирования. Для этого группа специалистов ВОЗ совместно с партнерами из Южной Африки, Пакистана, Ямайки, Непала и Палестины и оккупированных палестинских территорий провела опросы и наблюдения, желая таким образом определить, в какой психиатрической помощи нуждаются подростки и как у них обстоят дела с технологиями и повседневной жизнью. Одновременно с этим команда составляла описательные литературные обзоры (например, об использовании технологий и эффективных психологических интервенциях для подростков) и опрашивала экспертов (представителей общественности, исследователей в области подростковой психиатрии). Итогами работы над этой стадией разработки стали собирательные персонажи, «портреты», к которым часто прибегают при использовании HCD-подхода и которые в целом отражают специфику, потребности и мотивации опрошенной подростковой аудитории.

На втором этапе команде предстояло придумать, «каким» психологическим контентом наполнить продукт и «в каком виде» предложить его пользователю. Идеи для выполнения последней задачи искали на творческих мастерских с подростками и специалистами; в обзорах релевантных продуктов, уже опробованных подростковой аудиторией (например, мобильных приложений); и в отзывах на доступные цифровые интервенции. Кроме того, разработчики опирались на обзоры литературы и мнения экспертов. В конце этого этапа создатели определились с идеями подачи психологического контента (например, посредством видео, радиосообщений, приложений) и содержанием доказательных методик (техники решения проблем или осознанности).

На основе этих идей разработали прототипы, которые с помощью группы подростков протестировали в пяти разных условиях, чтобы понять, как пользователи работают с продуктом. После получения обратной связи черновые варианты доработали и продолжили тесты. Такой итеративный процесс (создание идеи, прототипирование и сбор отзывов) с постепенными прописыванием и развитием интервенции длился до тех пор, пока не удалось создать полностью рабочую и удобную для пользователя версию.

Итоговый вариант интервенции STARS представляет собой чат-бот на основе логического дерева решений, рассчитанный на 10 сеансов чата. Каждый из них длится примерно 10 мин, а подача основного психологического контента происходит посредством имитации естественного разговора, в котором делятся видео, эмоджи и историями. Пользователю предлагают выбирать варианты с заранее прописанным ответом, а иногда вводить его самостоятельно. Для закрепления изученного подготовлены тесты, повторения и возможность пройти сокращенную, «резюмирующую» версию уже освоенных модулей. Для повышения вовлеченности в чат-бот встроены элементы персонализации: например, можно настроить уведомления и предоставляемый контент (какое задание по регуляции эмоций выполнить, за какой историей следить).

В основе психологического контента лежит принцип КПТ, целесообразность которого подтвердили описательные обзоры, результаты тестирования прототипов и консультации со специалистами. Для работы с разнообразными потребностями в сфере психического здоровья у подростков выбрали трансдиагностический подход. 10 сеансов распределены следующим образом: 1. Введение (обзор интервенции, политика частного и конфиденциального использования); 2. Эмоции (образовательная сводка об эмоциях); 3. Расслабление (приемы регуляции эмоций вроде медленного дыхания); 4. и 5. «Что мы делаем» (поведенческая активация); 6. и 7. Решение проблем (приемы управления проблемами); 8. и 9. Внутренний диалог (мысленный вызов); и 10. «Что дальше» (закрепление полученных знаний и планирование будущего).

STARS сделана так, чтобы ее можно было адаптировать к использованию в различных условиях, в том числе странах с низким и средним уровнем дохода. Ею можно воспользоваться при помощи имеющихся систем чат-ботов на базе различных технологий (приложения, веб-сайты, мессенджеры) с относительно небольшим объемом данных и возможностью масштабирования после релиза. Сценарии разговоров, а также картинки, видео и истории создавались таким образом, чтобы их можно было легко перевести и адаптировать. Есть возможность добавить функцию просмотра сообщений человеком, чтобы чат-бот можно было использовать с куратором или без него.

Пилотный запуск STARS состоялся в Южной Африке. Работа по улучшению продукта продолжается в других странах, а в Иордании планируется начать рандомизированное контролируемое исследование. Если эффективность подтвердится по крайней мере двумя РКИ, STARS появится в открытом доступе, благодаря чему старшие подростки и молодые люди смогут получить доступ к этой высокомасштабируемой интервенции.

Разработка STARS велась при поддержке Фонда Ботнар. Авторы несут ответственность за мнения, выраженные в

данном письме, и они не обязательно представляют взгляды, решения или политику учреждений, с которыми они связаны.

Jennifer Hall[1], Stewart Jordan[1], Mark van Ommeren[1], Teresa Au[1], Rajiah Abu Sway[2], Joy Crawford[3], Heba Ghalayani[4], Syed Usman Hamdani[5,6], Nagendra P. Luitel[7], Aiysha Malik[1], Chiara Servili[1], Katherine Sorsdahl[8], Sarah Watts[1], Kenneth Carswell[1]

[1]Department of Mental Health and Substance Use, World Health Organization, Geneva, Switzerland;
[2]WHO Office for West Bank and Gaza, occupied Palestinian territories;
[3]EVE for Life, Kingston, Jamaica;
[4]War Child Holland, Amsterdam, The Netherlands;
[5]Department of Primary Care and Mental Health, University of Liverpool, Liverpool, UK;
[6]Human Development Research Foundation, Punjab, Pakistan;
[7]Transcultural Psychosocial Organization Nepal, Kathmandu, Nepal;
[8]Department of Psychiatry and Mental Health, University of Cape Town, Cape Town, South Africa

Перевод: Василенко Е.Е. (Челябинск)
Редактура: к.м.н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)

Библиография

1. Vos T, Lim SS, Abbafati C et al. Lancet 2020;326:1204-22.
2. Epping-Jordan JAE, Harris R, Brown FL et al. World Psychiatry 2016;15:295-6.
3. Dawson KS, Watts S, Carswell K et al. World Psychiatry 2019;18:105-7.
4. Dawson KS, Bryant RA, Harper M et al. World Psychiatry 2015;14:354-7.
5. Carswell K, Harper-Shehadeh M, Watts S et al. mHealth 2018;13:34.
6. Garrido S, Millington C, Cheers D et al. Front Psychiatry 2019;10:759.
7. Valimaki M, Anttila K, Anttila M et al. JMIR mHealth uHealth 2017;5:e180.
8. Scholten H, Granic I. J Med Internet Res 2019;21:11528.
9. Lyon AR, Koerner K. Clin Psychol Sci Pract 2016;23:180-200.

DOI:10.1002/wps.20947

Психиатрическая помощь «на крыше мира»

Xiang Y, Zhang Q. Mental health services on the roof of the world. *World Psychiatry*. **2022;21(1):157–158. doi:10.1002/wps.20797**

В последнее десятилетие в Китае быстро развивалась сфера психиатрической помощи[1]. С 2002 по 2016 год число психиатрических больниц по всей стране увеличилось с 583 до 1026 учреждений, а доля дипломированных психиатров и психиатров-ординаторов возросла с 1,27 до 2,15 на 100 000 человек соответственно.

В силу исторических, социокультурных и экономических причин ресурсы для оказания психиатрической помощи главным образом сосредоточены в городах, однако менее доступны или даже отсутствуют в экономически неразвитых регионах, например в районе Цинхай-Тибетского плато – «крыше мира».

В отличие от остальных китайских регионов, Тибетское плато очень редко попадало в эпидемиологические исследования психических расстройств. В 2003 году в Тибетском автономном районе (часть Цинхай-Тибетского плато) провели многоэтапное рандомизированное эпидемиологическое исследование[3,4], которое показало, что распространенность расстройств настроения, шизофрении и алкогольной зависимости в течение жизни составила 0,56%, 0,37% и 3,08% соответственно. Для тяжелых психических расстройств этот показатель оказался равным 1,14%.

В районе Цинхай-Тибетского плато проживают около 10,24 млн человек – так что из упомянутых данных следует, что тяжелыми психическими расстройствами страдают примерно 116,7 тыс. человек, еще 315 тыс. живут с алкогольной зависимостью.

Жители Тибета с психическими расстройствами обычно не обращаются за профессиональной помощью. По заветам тибетского буддизма со своими проблемами они чаще всего идут в храм для обращения к Будде, а не к врачам. Кроме того, иногда в ход идет тибетская медицина, однако достоверные доказательства ее эффективности при лечении психиатрических расстройств отсутствуют[4].

Более того, в области Тибетского плато практически нет доступа к психиатрической помощи. Например, первая и единственная амбулаторная психиатрическая больница в Лхасе (столице Тибетского автономного района) появилась только в 2004 году, а работал там всего один психиатр – а уже в 2008 году из-за переезда этого психиатра она закрылась[4,5].

В последние несколько лет жители тибетского региона начали осознавать важность доступа к психиатрической помощи. Чтобы обеспечить регулярный характер медицинского обслуживания в сфере психического здоровья, китайское правительство приняло эффективные меры. К 2017 в уезде Нанцянь, провинция Цинхай, открылась первая и на данный момент единственная психиатрическая больница в Тибетском районе с 32 медицинскими работниками (психиатрами и медсестрами) и 52 койками[6].

Из-за нехватки местного психиатрического персонала, трудностей с подготовкой и непрерывным образованием, китайское правительство ежегодно отправляет в упомянутую больницу старших психиатров и медсестер из Пекина и обеспечивает их обучение. Однако в эту клинику могут обратиться только местные пациенты и население соседних районов. У большинства жителей Цинхай-Тибетского плато, имеющих психиатрические расстройства, до сих пор нет доступа к профессиональной помощи.

Таким образом, усилия китайского правительства и органов здравоохранения позволили повысить доступность услуг в сфере психического здоровья, однако важно продолжать работать над решением проблем с психиатрической помощью в области Цинхай-Тибетского плато.

Оба автора внесли равный вклад в эту работу.

Yu-Tao Xiang[1,2], Qinge Zhang[3]

[1]Unit of Psychiatry, Institute of Translational Medicine, Faculty of Health Sciences, University of Macau, Macao SAR, China;
[2]Center for Cognition and Brain Sciences, University of Macau, Macao SAR, China;
[3]National Clinical Research Center for Mental Disorders and Beijing Key Laboratory of Mental Disorders, Beijing Anding Hospital, and Advanced Innovation Center for Human Brain Protection, Capital Medical University, Beijing, China

Перевод: Василенко Е.Е. (Челябинск)
Редактура: к.м.н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)

Библиография

1. Xiang Y-T, Ng CH, Yu X et al. World Psychiatry 2018;17:231-2.
2. Que J, Shi L, Liu J et al. Chinese J Psychiatry 2019;52:139-44.
3. Wei G, Liu SM, Zhang W et al. Chinese J Nerv Ment Dis 2008;134:601-4.
4. Xie L, Wei G, Xu Y et al. Shanghai Arch Psychiatry 2018;30:127-30.
5. Cyranoski D. Nature 2010;468:145.
6. Luo Y. The first psychiatric hospital in the Tibetan area of China was established in Nangqian county, Qinghai province. http://news.sina.com.cn.

DOI:10.1002/wps.20797

Альтернативы принуждению в психиатрической помощи: официальная позиция WPA и призыв к действию

Herrman H, Allan J, Galderisi S, Javed A, Rodrigues M. Alternatives to coercion in mental health care: WPA Position Statement and Call to Action. *World Psychiatry*. **2022;21(1):159–160. doi:10.1002/wps.20950**

WPA желает ускорить общемировой процесс перехода к альтернативам принуждению в сфере охраны психического здоровья. Многие психиатры, врачи других специальностей, а также люди с личным опытом психиатрических нарушений и их семьи сходятся во мнении о чрезмерном использовании принудительных методов[1,2] и необходимости внедрения альтернативных решений для повышения качества психиатрической помощи.

Первым шагом в этом направлении стали официальная позиция и призыв к действию, принятые Генеральной ассамблеей WPA в октябре 2020 года[3]. Во всех странах важно задействовать службы здравоохранения, сообщества, организации и потребителей их услуг, а также правительства, чтобы убедиться, что у людей, живущих с психическими расстройствами или психосоциальными отклонениями, есть доступ к высококачественному уходу и поддержке, которые позволяют удовлетворить потребности в условиях уважения прав.

Эти права закреплены в Конвенции ООН о правах инвалидов[3,4]. В нее включены права на: равенство и отсутствие дискриминации; равное положение перед законом; свободу от пыток, бесчеловечного или унижающего обращения; уважение к физической и психической неприкосновенности; и уважение к дому и семье.

Термин «принуждение» означает насильственное действие, недобровольное лечение или угрозы в процессе оказания помощи или устранения предполагаемого вреда, который человек по причине своего психического состояния причиняет самому себе или окружающим. К принудительным практикам относятся официальное помещение в психиатрическое учреждение, оказание ухода без согласия («принудительное лечение»), изоляция и фиксация, в том числе при помощи механических приспособлений, с участием персонала или посредством психотропных средств главным образом для ограничения движения («химическая фиксация»)[4].

Вопрос об оправданности применения принудительных мер в сфере психиатрического лечения и охраны психического здоровья для защиты тех, кто их применяет, или по другим причинам, остается предметом острых дискуссий[5,6]. В своей официальной позиции WPA учитывает разносторонние взгляды и опыт психиатров, врачей других профилей, людей с личным опытом психиатрических нарушений, их семей и лиц, осуществляющих за ними уход. Позиция, разработанная совместно с обществами-членами WPA и представителями защиты прав пациентов, определяет направление работы и предлагает конкретную отправную точку для ее начала, даже признавая важность, казалось бы, неразрешимого вопроса о соблюдении прав (который иногда называют «женевским тупиком»)[7,8].

В основе призыва к действию WPA лежит прагматический подход. Существует обширная и растущая доказательная база[4] внедрения эффективных альтернатив принуждению в учреждениях здравоохранения стран с низким, средним и высоким уровнем дохода. Многие такие изменения способствуют соблюдению прав и выздоровлению пациентов, а также переходу к системам ухода, ориентированным на восстановление: например, среди них можно выделить привлечение пациентов, внимание к ранним вмешательствам, комплексный и персонализированный уход, его непрерывность за пределами больницы и помощь с ведением полноценной общественной жизни[9–11].

Неспособность внести такие изменения подвергает людей с опытом психиатрических нарушений, а также лиц, осуществляющих профессиональный и неофициальный уход, постоянному риску причинения вреда: причем эпизодическая шумиха в СМИ или политизация усилий по пресечению принудительных мер способствует стигматизации и дискриминации, которые усиливают страх и отчуждение. В мире существует множество самых разных социальных, культурных и экономических факторов, препятствующих таким нововведениям. Косвенными или непосредственными барьерами на пути к альтернативам могут быть сложившийся порядок применения и осведомленности о принуждении, качество подготовки, отношение к уходу, медицинским ресурсам, типам учреждений и законам, по которым те работают[4].

Учитывая доказательства того, что альтернативы принуждению существуют, повышают качество ухода и помогают избежать вреда. WPA призывает психиатров и медицинских работников, общественных активистов и политических деятелей к: 1) изучению доказательной базы альтернативных принуждению мер (например, Safewards [«Безопасные палаты»], Six Core Strategies [«Шесть ключевых стратегий»], Open Door Policies [«Политика открытых дверей»] и World Health Organization's Quality Rights Initiative [«Инициатива ВОЗ по правам на качественное медицинское обслуживание»])[4] и осмыслению опыта тех, кто способствовал появлению перемен; 2) поиску достижимых альтернатив; и 3) активному сотрудничеству с партнерами для развития и внедрения этих научно обоснованных альтернативных мер. В качестве примера работы со всеми заинтересованными сторонами стали рекомендации WPA по работе с пациентами и лицами, помогающими семье с уходом[12], которые вошли в Этический кодекс WPA[13].

Призыв к действию предлагает обществам-членам WPA и партнерам определить приоритетные для своих стран меры. Можно выбрать из 15 рекомендаций по нескольким направлениям: лечение и уход; политика и законодательство; культура медицинской помощи и отношение к ее оказанию; и исследовательские программы. Например, у психиатров есть возможность серьезно повлиять на отношение, практику и обучение в сфере медицинской помощи. Голос психиатра часто очень важен, когда нужно убедить директивные органы отдать приоритет вопросу альтернатив принуждению, выделить ресурсы на их внедрение, считать эти изменения показателями эффективности медицинской помощи и создать общедоступные базы данных для наукометрических нужд. Они могут объяснить, почему при ухудшении состояния важно вмешаться как можно раньше, чтобы избежать ситуаций, когда принуждение расценивается как необходимость.

Психиатры играют существенную роль в формировании политической

воли, развитии научно обоснованных стратегий и обмене опытом с коллегами, работающими в других условиях; а также обеспечении полного участия пациентов, их семей и помощников в принятии решений, касающихся ухода, исследований, оценки и выработке тактики. Необходимо собирать показания лиц и семей, столкнувшихся с принудительными мерами в оказании помощи, и продвигать их интересы. Коллективный голос – тот ключ, который поможет правительствам, исследователям и спонсорам осознать приоритетность развития и тестирования альтернатив принуждению в самых разных условиях, в том числе с совершенно разным доступом к ресурсам[1,2].

WPA планирует продолжить работу с членами-обществами и другими партнерами, участвующими в разработке Официальной позиции, как и с более масштабными национальными и международными сообществами. Осуществляется (или планируется) перевод Официальной позиции на несколько языков. Мы можем достичь цели путем постоянной работы, со временем набирающей силу и обороты, чтобы добиться перехода от принудительных мер к альтернативным, повысить качество психиатрической помощи и обеспечить устойчивые изменения, фундаментально важные для жизни и здоровья пациентов и их семей и сферы охраны психического здоровья в целом.

Helen Herrman[1,2], John Allan[3], Silvana Galderisi[4], Afzal Javed[5], Maria Rodrigues[6] и WPA Task Force on Implementing Alternatives to Coercion in Mental Health Care

[1]Orygen, Parkville, VIC, Australia;
[2]Centre for Youth Mental Health, University of Melbourne, Parkville, VIC, Australia;
[3]University of Queensland, Brisbane, QLD, Australia;
[4]Department of Psychiatry, University of Campania L. Vanvitelli, Naples, Italy; 5WPA Pre

Перевод: Василенко Е.Е. (Челябинск)
Редактура: к.м.н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)

Библиография

1. Bhugra D, Tasman A, Pathare S et al. Lancet Psychiatry 2017;4:775-818.
2. Mahomed F, Stein MA, Patel V. PLoS Med 2018; 15:e1002679.
3. Rodrigues M, Herrman H, Galderisi S et al. WPA Position Statement and Call to Action: Implementing alternatives to coercion: a key component of improving mental health care. www. wpanet.org.
4. WPA Task Force on Implementing Alternatives to Coercion in Mental Health Care. Discussion paper. www.wpanet.org.
5. UN High Commissioner for Human Rights. Committee on Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General Comment on Article
1. 12: Equal recognition before the law. Geneva: UN High Commissioner for Human Rights, 2014.
6. Dawson J. Int J Law Psychiatry 2015;40:70-9.
7. Appelbaum P. World Psychiatry 2019;18:1-2.
8. Martin W, Gurbai S. Int J Law Psychiatry 2019; 64: 117-28.
9. Herrman H. World Psychiatry 2020;19:256-7.
10. Herrman H. World Psychiatry 2020;19:404-6.
11. Singh SP, Javed A and WPA Expert International Advisory Panel for Early Intervention in Psychosis. World Psychiatry 2020;19:122.
12. Wallcraft J, Amering M, Freidin J et al. World Psychiatry 2011;10:229-36.
13. Appelbaum PS, Tyano S. World Psychiatry 2021;20:308-9.

DOI:10.1002/wps.20950

Работа секретариата ВПА: реорганизация подходит к концу

Morozov P. WPA Secretariat's work: reorganization almost completed. ***World Psychiatry*****. 2022;21(1):160-161. doi:10.1002/wps.20951**

Пандемия COVID-19 повлияла на нашу жизнь[1-4], и самая большая в мире психиатрическая организация, Всемирная Психиатрическая Ассоциация (ВПА), которая объединяет под своим крылом более 250 000 специалистов из 121 страны и представляет 145 национальных сообществ психиатров, не осталась незатронутой. В этих абсолютно новых условиях реорганизация и оптимизация работы Секретариата, в соответствии с современными реалиями, стала высшим приоритетом. Работа включала реструктуризацию всего процесса взаимодействия; определение перспектив развития, стратегии и координации наших медиаресурсов; и использование новых цифровых технологий, включавших оперативное управление нашим веб-сайтом (www.wpanet.org).

Ответственность каждого члена Секретариата в Женеве была определена более четко; были утверждены рабочие отношения Секретариата с каждым отдельным членом Исполнительного Комитета; секция Секретариата, ответственная за финансовую работу, была функционально трансформирована, а также были наняты новые сотрудники, которые теперь вовлечены непосредственно в эту деятельность.

Касательно распределения ответственности и поддержки членов Исполнительного Комитета, был утвержден принцип, согласно которому каждый член Комитета должен получать поддержку от назначенного члена персонала. В связи с ограниченным составом персонала каждый член Комитета должен продолжать использовать его/ее поддержку на местах. Важно подчеркнуть, что оптимизация работы не подразумевает увеличение финансирования, а лишь перераспределяет функции сотрудников. Процесс был завершен под прямым руководством Президента ВПА и при активном участии других членов Исполнительного Комитета. Кроме этого, мы задействовали услуги внешних консультантов, специализирующихся на менеджменте крупных международных организаций. Основываясь на их рекомендациях, Секретариат занимался оптимизацией рабочего процесса и отчетности в соответствии с использованием современных цифровых технологий. Это позволит значительно улучшить обратную связь Секретариата ВПА со всеми структурами организации и, конечно же, со всеми Сообществами Членами ВПА.

Наше взаимодействие со всеми восемнадцатью Представителями Зон было значительно улучшено. В дополнение к их обязательным ежегодным встречам, Представители теперь (по нашему предложению и при поддержке Секретариата) будут проводить несколько неформальных консультативных встреч, во время которых они обсудят текущие проблемы и координацию своих действий. С целью ускорения этого процесса был создан специальный чат. Генеральный Секретарь включен во все эти процессы. Эти договоренности в значительной степени полезны во время подготовки к Конгрессам ВПА. По инициативе этой группы обсуждается идея организации ряда Региональных и Тематических Конгрессов, включая первый из них в Африке.

Новой инициативой, которая была успешно предложена и организована на практике, была публикация ежеквартального WPA e-Newsletter. По соглашению с Исполнительным Комитетом и при содействии с рядом структур ВПА, первое издание было выпущено в июле, а второе в октябре 2021 года.

Большой объем подготовительной работы был сделан ради этого мероприятия; финансовые ресурсы для проекта на следующий год были утверждены; был назначен консультант по вопросам взаимодействия, который выполняет технические и редакторские функции. Публикация WPA e-Newsletter была доверена Генеральному Секретарю, однако основной менеджмент и координация проекта легла напрямую на плечи Президента ВПА. Исполнительный Комитет ВПА утвердил принципы, план и структуру каждой из тем WPA e-Newsletter, предложенных нами: 1. Письмо Президента; 2. Административные обновления (в т.ч. напоминания о необходимости высылать информацию о смене исполнительных или контактных данных в каждом отделе Ассоциации, предстоящие выплаты взносов, возможность отправки информации через интернет, и другая информация), проводимые Генеральным Секретарем и Главой Исполнительного отдела; 3. Обновления от других Членов Исполнительного Комитета – каждый Секретарь может рассказать о важных событиях прошедшего квартала или выделить важный проект – в т.ч. работа конкретной Секции, грядущие или прошедшие встречи, новые публикации и новые пополнения на учебном портале, финансовые обновления или деятельность по увеличению финансирования; 4. Новости, связанные с Планом Действий на 2020–2023[5-7], включая обновления от Рабочих Групп; 5. Новости от структур ВПА, включая Сообщества – Члены ВПА, Научные Секции, Правление, Совет, Комитеты, Сотрудничающие Центры[8]; 6. Важнейшее из World Psychiatry; 7. Рекомендуемое к прочтению: ссылки на новые статьи/журналы/публикации, предпочтительно связанные каким-либо образом с Планом Действий или с основной миссией ВПА; 8. Предстоящие мероприятия – список грядущих встреч ВПА и совместных собраний или курсов; 9. Важнейшие детали предстоящих курсов на обучающем портале; 10. Вопросы и Ответы – раздел, который позволит вдохновить двустороннее взаимодействие со структурами Ассоциации.

Важно заметить, что все это – общие усилия, которым содействуют не только члены Исполнительного Комитета, но и все структуры Ассоциации. Жизненно необходимо, чтобы контент создавался для всех категорий, чтобы сделать e-Newsletter интересным. Для успешной реализации инициативы запланировано, что Исполнительный Комитет ВПА, Правление и Совет будут вовлечены в получение и развитие контента в соответствии с надлежащими сроками. Мы также рассматриваем возможность включения статьей на других языках, помимо английского, с целью увеличения интереса, видеоматериалов для продвижения сообщений от Президента, и обзоров важных для ВПА исторических событий.

Petr V. Morozov
WPA Secretary General

Перевод: Северцев В.В. (Москва)
Редактура: к.м.н. Чумаков Е.М. (Санкт-Петербург)

Библиография

1. Morozov PV. WPA Secretariat's work during the COVID-19 pandemic. World Psychiatry. 2021;20(2):310-311. doi:10.1002/wps.20863
2. Adhanom Ghebreyesus T. Addressing mental health needs: an integral part of COVID-19 response. World Psychiatry. 2020;19(2):129-130. doi:10.1002/wps.20768
3. Stewart DE, Appelbaum PS. COVID-19 and psychiatrists' responsibilities: a WPA position paper. World Psychiatry. 2020;19(3):406-407. doi:10.1002/wps.20803
4. Wasserman D. Future WPA President's public mental health agenda. World Psychiatry. 2021;20(2):309-310. doi:10.1002/wps.20862
5. Javed A. WPA Action Plan 2020-2023: a way forward. World Psychiatry. 2020;19(3):411-412. doi:10.1002/wps.20791
6. Javed A. Implementation of the WPA Action Plan 2020-2023. World Psychiatry. 2021;20(3):451-452. doi:10.1002/wps.20895
7. Javed A. Setting priority areas for WPA's new triennium. World Psychiatry. 2021;20(1):146. doi:10.1002/wps.20840
8. Fiorillo A, Bhui KS, Stein DJ, et al. The 2021-2024 Work Plan of WPA Collaborating Centres. World Psychiatry. 2021;20(3):457. doi:10.1002/wps.20917

DOI: 10.1002/wps.20951

Волонтерская программа ВПА: пилотный проект в Мексике

Thomson S, Chumakov E, Van Hoof J, Ng B, Ng R. WPA Volunteering Programme: a pilot project in Mexico. ***World Psychiatry*****. 2022;21(1):161-162. doi:10.1002/wps.20952**

У Всемирной Психиатрической Ассоциации (ВПА) есть основополагающая миссия по расширению доступа к качественной помощи во всех странах мира[1-3]. Ключ к достижению этого – обеспечение высококачественного психиатрического обучения для специалистов в области психического здоровья, особенно тех, кто работает в популяциях с низкой доступностью помощи.

Как часть осуществления Плана Действий ВПА 2020–2023, была образована Рабочая группа по Волонтерству[4], чьей основной целью является разработка платформы для предоставления высококачественного психиатрического обучения с помощью экспертного волонтерства от Сообществ – Членов ВПА, которые обладают лучшими ресурсами для обучения, для специалистов в области психического здоровья, работающих в странах, обладающих сравнительно ограниченными ресурсами.

В свете возможности возникновения подводных камней и трудностей в процессе организации и реализации международной волонтерской программы, особенно в период транспортных ограничений, связанных с пандемией COVID-19, ощущалось необходимым запустить пилотный проект (включавший онлайн-волонтерство) в установленных местах, чтобы дать возможность Рабочей группе полностью оценить и обучиться процессу организации прежде, чем открывать полномасштабную программу[5].

Пилотный проект был завершен в Апреле-Июне 2021 года. Коллеги из города Zapopan в Мексике, работавшие в San Juan de Dios Hospital, связались с преподавателем-психотерапевтом из Нидерландов, J. Van Hoof, который любезно согласился подготовить и провести шесть модулей по современной психотерапевтической теории

и практике, основанной на механизмах работы мозга.

Организация программы осуществлялась в соответствии с планом, представленным на сайте Рабочей группы по Волонтерству ВПА (https://www.wpanet.org/wg-on-volunteering). Профессор B. Ng, работающий в г. Mexicali, контактировал с коллегами из разных городов Мексики, чтобы выяснить лучшие условия реализации проекта, создать соответствующие пояснения перед запуском программы и оказать помощь. Список потенциальный мест изначально включал Campeche, Monterrey and Zapopan, где в итоге пилотный проект и проходил.

Десять обучающихся (40% начинающих карьеру психиатров и 60% психиатров, проходящих программу резидентуры; 60% мужчин; средний возраст 30,1±3,3 года) были выбраны, основываясь на их интересе к теме, освещаемой в проекте. Начинающие карьеру психиатры имели до 5 лет опыта клинической практики в психиатрии.

В связи с пандемией COVID-19 пилотная программа осуществлялась через онлайн-волонтерство[5], с помощью интерактивных онлайн-лекций, с фокусом на том, что участники уже знают и что хотели бы изучить. Чтобы реализовать подходящую и гибкую программу, адаптированную под идеи участников, значительная часть времени была отведена на вопросы и ответы. Обучающиеся участвовали в выборе темы для каждого занятия.

Часовые занятия проходили в течение трех месяцев и включали изучение функций и активности основных мозговых структур, эволюцию психиатрии, теории привязанности, теории объектных отношений, нейротрансмиссии, депрессии, теории и терапии травмы, а также генетики и развития.

Анонимное анкетирование после курса продемонстрировало удовлетворенность участников, высокой оценкой были отмечены практическая значимость и польза в клинической практике от полученных знаний (средний балл по шкале Ликерта составил 4,3±0,8 из 5 возможных) и общая удовлетворенность была оценена в 4,4±0,5 балла (из 5 возможных). Не было обнаружено каких-либо технических трудностей, а английский язык был приемлем в качестве основного языка (несмотря на то, что и обучающиеся, и преподаватель не являлись носителями английского).

Все участники в пилотном проекте были удовлетворены размером группы во время обучения, а 80% участников также были удовлетворены продолжительностью занятий. Лишь 10% ответили, что предпочли бы сократить либо увеличить продолжительность программы. В комментариях участники отметили доброту и теплоту преподавателя, человечность всего подхода, изложенного в курсе, возможность узнать об опыте специалиста из другой страны, получение информации о новых методах лечения и нейробиологических достижениях. Было получено несколько предложений о том, что было бы полезным рассылать список литературы и планировать онлайн-встречи заранее.

Преподаватель выразил крайнюю удовлетворенность опытом проведения этого курса, а также отметил дружелюбную атмосферу с самого старта. Участники были мотивированы, так как сами выбрали темы, которые им были интересны. Преподаватель подчеркнул важность возможности получения доступа к поддержке в любое время, напрямую от организаторов в Мексике.

На старте занятий участники и преподаватель согласились, что содержание встреч будет конфиденциальным, чтобы дать возможность всем быть открытыми, особенно если это касалось непосредственно пациентов.

Невзирая на огромное расстояние между Мексикой и Нидерландами, возникло чувство близости, схожести опыта и дружелюбия. Хоть занятия и не были записаны на видео, в анонимном анкетировании, проходившем после обучения, участники были согласны на осуществление видеозаписи в будущем, чтобы дать другим людям, не участвовавшим в курсе, возможность повысить свои знания, посмотрев запись.

Сертификат Непрерывного медицинского образования ВПА был выдан всем участникам, прошедшим все модули курса.

Вторая крупная пилотная программа, сфокусированная на психическом здоровье детей и подростков, запланирована для проведения в Пакистане. Рабочая группа ВПА по Волонтерству принимает предложения от Сообществ – Членов ВПА для дальнейших учебных проектов.

Sophia Thomson[1], Egor Chumakov1, Jacques Van Hoof[1], Bernardo Ng[1,2], Roger M.K. Ng[1,3]

[1]WPAWorkgroup on Volunteering;
[2]WPA Zone 2 Representative;
[3]WPA Secretary for Education

Перевод: Северцев В.В. (Москва)
Редактура: к.м.н. Чумаков Е.М. (Санкт-Петербург)

Библиография

1. Javed A. WPA Action Plan 2020-2023: a way forward. World Psychiatry. 2020;19(3):411-412. doi:10.1002/wps.20791
2. Javed A. Setting priority areas for WPA's new triennium. World Psychiatry. 2021;20(1):146. doi:10.1002/wps.20840
3. Javed A. Implementation of the WPA Action Plan 2020-2023. World Psychiatry. 2021;20(3):451-452. doi:10.1002/wps.20895
4. Ng RMK. WPA educational initiatives: where are we after three years? World Psychiatry. 2020;19(2):257-258. doi:10.1002/wps.20751
5. Ng RMK. Update from the WPA Secretary for Education. World Psychiatry. 2021;20(2):312-313. doi:10.1002/wps.20865

DOI:10.1002/wps.20952

Обновленная информация о научных совещаниях ВПА

Pi EH. Update on WPA Scientific Meetings. *World Psychiatry*. **2022;21(1):162-163. doi:10.1002/wps.20953**

Пандемия COVID-19 изменила мир и постоянно препятствовала организации медицинских конференций по всему миру. Столкнувшись с этими неопределенными и беспрецедентными временами, Всемирная Психиатрическая Ассоциация (ВПА) продолжает внимательно следить за глобальной оценкой риска в отношении пандемии и ее влияния на международные поездки для проведения очных встреч.

За последние месяцы Ассоциация добилась значительного прогресса и будет продолжать это делать. За прошедший год она создала самую современную платформу, разработанную для того, чтобы сделать виртуальный опыт простым, образовательным, удобным, интерактивным и запоминающимся. Научные мероприятия продолжают удовлетворять потребности мирового психиатрического сообщества и предоставляют передовую информацию о последних достижениях в психиатрии.

В наше время, когда количество очных встреч ограничено, встреча в виртуальном формате является безопасным и отличным способом позволить Сообществам – Членам ВПА наладить контакты, продолжать строить связи друг с другом и позволить всем принять участие в пределах своей собственной безопасности. Виртуальные встречи позволили нам вместе создать новые возможности и сделать мероприятия еще более доступными для мировой аудитории.

ВПА учитывает, что глобальное распространение инфекции повышает риск развития психических расстройств и рецидивов существующих психических расстройств, что ведет к увеличению нагрузки на службы по охране психического здоровья. Ассоциация стремится содействовать углублению понимания общественного психического здоровья среди профессионалов и общественности, включая сотрудничество с организациями пациентов и семейными организациями. Шестнадцать рабочих групп были созданы для решения шести приоритетных задач Плана Действий ВПА на 2020–2023[1].

Ключевыми особенностями Плана Действий ВПА являются продвижение психиатрии как медицинской специальности в клинической, академической и исследовательской областях, и продвижение общественного психического здоровья в качестве руководящего принципа; подчеркнуть особую роль психиатров в работе с другими специалистами в области здравоохранения, общественного здоровья, правовых и социальных аспектах оказания медицинской помощи; обеспечивать позитивное взаимодействие ВПА с Сообществами – Членами и специалистами в области психического здоровья, и работниками здравоохранения в целом[2]. Шесть областей Плана Действий ВПА включают: общественное психическое здоровье; укрепление компетенций; психическое здоровье детей, подростков и молодежи; решение проблем, связанных с коморбидностью при психических расстройствах; развитие партнерства с другими профессиональными и неправительственными организациями; а также продолжение и завершение предыдущих Планов действий ВПА.

Среди текущих приоритетов особое внимание по-прежнему уделяется общественному психическому здоровью[1,3].

Поскольку пандемия COVID-19 создала огромную нагрузку на системы здравоохранения во всем мире, службы психического здоровья также серьезно пострадали. Разрушительное глобальное бремя психических расстройств не ослабевает и значительно усугубляется пандемией. Истинное бремя лежит не только среди выявленных пациентов, но и среди населения в целом, где стресс, выгорание, депрессия, тревога, и расстройства сна часто остаются нераспознанными, не лечатся и редко предотвращаются. Сейчас в подавляющем большинстве случаев эти состояния усугубляются последствиями пандемии, включая смерть близких и связанное с этим горе. Большинство предотвратимых нарушений здоровья имеют серьезные последствия не только для индивидуального благополучия, но и для экономического процветания каждой страны[4-7].

Научные встречи ВПА направлены на то, чтобы соответствовать Плану действий ВПА и шести направлениям развития, а также для решения вышеупомянутых приоритетных задач. Программа этих встреч идет полным ходом. Были проведены или планируются следующие мероприятия: первый в истории виртуальный Всемирный Конгресс Психиатрии “Психиатрия в неспокойном мире”, Бангкок, Таиланд, 10–13 марта 2021 года, с замечательной программой интерактивных сессий и докладчиками мирового класса, что сделало его увлекательным и насыщенным; Региональный конгресс “Междисциплинарное понимание коморбидности в психиатрии: от науки к интегрированному лечению”, Санкт-Петербург, Россия, 15–18 мая 2021 года; Региональный конгресс “Психопатология в переходные периоды”, Киев, Украина, 7–9 июля, 2021; Всемирный Конгресс Психиатрии “Новый мир, новые вызовы для психиатрии и психического здоровья”, Картахена, Колумбия, 18–21 октября 2021 года; Тематический конгресс, Картахена, Колумбия, февраль 2022 года; Тематический конгресс “Общественное психическое здоровье”, Лахор, Пакистан, 11–13 марта 2022 года; Тематический конгресс, Москва, Россия, 2–3 июня, 2022; Тематический конгресс “Раннее вмешательство в психиатрии на протяжении всей жизни”, Афины, Греция, 23–25 июня 2022 года; Всемирный Конгресс Психиатрии, Бангкок, Таиланд, 3–6 августа 2022 года; Межсекционный тематический конгресс, Мальта, 10–12 ноября 2022 года; Региональный конгресс, Хаммамет, Тунис, 15–17 декабря 2022 года; Тематический конгресс “Психическое здоровье в новую эпоху”, Карачи, Пакистан, 3–5 марта 2023 года; и Всемирный Конгресс Психиатрии, Вена, Австрия, сентябрь 2023 года.

В настоящее время все еще неизвестно, когда пандемия будет ослаблена и мы сможем безопасно путешествовать и возобновить личные встречи. Мы будем внимательно следить за дальнейшим развитием пандемии и старательно вносить соответствующие коррективы в планирование будущих встреч. Тем временем, мы продолжаем делать все возможное, чтобы продвигать миссию ВПА и способствовать достижениям и успеху Ассоциации, работая в тесном сотрудничестве с Исполнительным комитетом и Секретариатом, чтобы контролировать и координировать все официальные встречи ВПА, а также управлять заявками на проводимые совместно с ВПА встречи, нести ответственность за разработку предложений по проведению Всемирных Конгрессов Психиатрии и других встреч, а также оказывать помощь во всех аспектах их организации[8].

ВПА уверена, что, используя эти возможности, предпринимая глобальные действия и тесно сотрудничая с международными организациями, мы преодолеем все вызовы. Вместе мы будем двигаться вперед и определять будущее психиатрии.

Edmond H. Pi
WPA Secretary for Scientific Meetings

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

Библиография

1. Javed A. Implementation of the WPA Action Plan 2020–2023. World Psychiatry. 2021;20(3):451-452. doi:10.1002/wps.20895
2. Javed A. Setting priority areas for WPA 's new triennium. World Psychiatry. 2021;20(1):146-146. doi:10.1002/wps.20840
3. Morozov P. WPA Secretariat's work during the COVID-19 pandemic. World Psychiatry. 2021;20(2):310-311. doi:10.1002/wps.20863
4. Adhanom Ghebreyesus T. Addressing mental health needs: an integral part of COVID-19 response. World Psychiatry. 2020;19(2):129-130. doi:10.1002/wps.20768
5. Stewart D, Appelbaum P. COVID-19 and psychiatrists' responsibilities: a WPA position paper. World Psychiatry. 2020;19(3):406-407. doi:10.1002/wps.20803
6. Wasserman D. Future WPA President's public mental health agenda. World Psychiatry. 2021;20(2):309-310. doi:10.1002/wps.20862
7. Wang Q, Xu R, Volkow N. Increased risk of COVID-19 infection and mortality in people with mental disorders: analysis from electronic health records in the United States. World Psychiatry. 2020;20(1):124-130. doi:10.1002/wps.20806
8. 9. Pi E. Plan of the WPA Secretary for Scientific Meetings for the triennium 2020–2023. World Psychiatry. 2021;20(2):311-312. doi:10.1002/wps.20864

DOI:10.1002/wps.20953

Полевые испытания главы МКБ-11 о психических расстройствах с использованием интернета

Fabrazzo M. Internet-based field trials of the ICD-11 chapter on mental disorders. ***World Psychiatry*****. 2022;21(1):163-164. doi:10.1002/wps.20954**

Глава МКБ-11 о психических и поведенческих расстройствах и нарушениях нейропсихического развития уже завершена, и в настоящее время во всем мире предпринимаются значительные усилия по обучению специалистов в области психического здоровья по использованию соответствующих клинических описаний и диагностических рекомендаций (Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, CDDG)[1-5]. Многие спорные вопросы, которые обсуждались при разработке этой главы, подробно рассматривались в этом журнале[6-15].

Завершению работы над главой предшествовала обширная программа международных полевых исследований. Они включали исследования с использованием интернета и на базе клиник. Полевые исследования в интернете проводились через Глобальную сеть клинической практики (Global Clinical Practice Network, GCPN) Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). В настоящее время она включает более 16 000 клиницистов из 159 стран (51% психиатры, 30% психологи; 40% из Европы, 25% из западной части Тихого океана, 24% из Северной и Южной Америки, 5% из Юго-Восточной Азии, 3% из Восточного Средиземноморья, и 3% из Африки; 63% из стран с высоким уровнем дохода, 37% из стран со средним и низким уровнем дохода). Полевые исследования на базе клиник были проведены при участии Сотрудничающих центров ВОЗ.

Полевые исследования в интернете использовали методологию клинических случаев для изучения принятия клинических решений в связи с предложенными диагностическими категориями; в то время как полевые исследования на базе клиник (или экологическое внедрение) оценивали надежность и клиническую полезность диагностических рекомендаций на реальных пациентах.

Несколько работ, в которых сообщается о результатах полевых исследований с использованием интернета, были опубликованы в последние два года, они охватывают некоторые из основных разделов МКБ-11, посвященных психическим расстройствам[16].

В работе, сравнивающей диагностическую точность и клиническую полезность десяти психических расстройств (шизофрения, шизоаффективное расстройство, биполярное аффективное расстройство второго типа, рекуррентное депрессивное расстройство, умеренное расстройство личности, расстройство адаптации, осложненное посттравматическое стрессовое расстройство, расстройство переедания, расстройство телесного дистресса и компульсивное расстройство сексуального поведения), было сообщено, что МКБ-11 CDDG имеют значительно более высокую диагностическую точность (71,9% против 53,2%), простоту в использовании, более понятны и требуют меньше времени для постановки диагноза, по сравнению с МКБ-10 CDDG. Точность диагностики была одинаковой в разных регионах ВОЗ и не зависела от клинического опыта участников. Не было никаких различий между врачами и психологами в точности диагностики, но участники, представляющие другие медицинские профессии, испытывали бОльшие трудности в определении правильных диагнозов на основе МКБ-11 CDDG[16].

В полевом интернет-исследовании, проведенном при участии 2288 специалистов в области психического здоровья, зарегистрированных в GCPN, МКБ-11 CDDG значительно повысили точность постановки диагноза всех расстройств питания и пищевых расстройств по сравнению с МКБ-10 CDDG, и получили более высокие оценки клинической полезности. Аналогичные результаты были получены на пяти языках (английском, китайском, французском, японском и испанском). Включение в МКБ-11 расстройства переедания и расстройства, связанного с избеганием и ограничением приема пищи, уменьшило использование редко используемых диагнозов[16].

Дальнейшее полевое исследование с использованием интернета, проведенное при участии 1357 членов GCPN на четырех языках (английском, испанском, японском и русском), выявило сходные общие уровни точности диагностики аффективных расстройств с использованием МКБ-11 и МКБ-10 CDDG, но использование МКБ-11 CDDG было связано с большей точностью в определении депрессивных эпизодов при рекуррентном депрессивном расстройстве[16].

Полевое исследование, проведенное с использованием интернета с участием 1840 специалистов в области психического здоровья, зарегистрированных в GCPN, установило, что клиницисты значительно точнее диагностируют генерализованное тревожное расстройство, специфические фобии и сепарационное тревожное расстройство у взрослых при использовании МКБ-11 CDDG по сравнению с МКБ-10 CDDG, также участники дают вы-

сокую оценку клинической полезности диагностики этих расстройств. Участники нашли МКБ-11 CDDG простыми в использовании, ясными и хорошо подходящими для пациентов, которых они видели в своей клинической практике, хотя и испытывали некоторые трудности в том, чтобы определить границу между расстройством и нормой для подпороговых случаев тревоги[16].

Полевое исследование с использованием интернета с участием 1717 специалистов в области психического здоровья, являющихся членами GCPN, показало, что использование МКБ-11 CDDG привело к более точной дифференциальной диагностике обсессивно-компульсивных и сходных расстройств друг от друга по сравнению с использованием МКБ-10 CDDG[16].

Небольшое улучшение было также обнаружено в точности диагностики клинических случаев шизоаффективного расстройства с использованием МКБ-11 по сравнению с МКБ-10 CDDG16 в полевом интернет-исследовании с участием 873 клиницистов. Однако все еще наблюдалась проблема в определении того, было ли наличие аффективных симптомов в большей степени связанно с диагнозом шизоаффективного расстройства или аффективного расстройства[16].

Наконец, в ходе полевого интернет-исследования, проведенного с участием 196 клиницистов на трех языках (английском, испанском и японском), было установлено, что МКБ-11 привела к более точному определению сильной раздражительности и лучшей дифференциации от пограничных проявлений. Примечательно, что участники, использующие DSM-5, в большинстве случаев не применяли диагноз деструктивного расстройства дисрегуляции настроения, когда это было уместно[16].

Эти результаты, дополняющие результаты полевых исследований, проведенных в клиниках, показали, что межрейтерская надежность для основных групп психических расстройств в МКБ-11 варьировалась от 0,45 до 0,88 и в целом превосходила надежность МКБ-10. МКБ-11 CDDG были восприняты как понятные и простые в использовании, точно соответствующие представлениям о пациентах и предоставляющие полезное руководство по отличию каждого расстройства от нормы и от других расстройств[16]. Эти результаты обнадеживают в отношении клинической полезности главы МКБ-11 о психических, поведенческих расстройствах и нарушениях нейропсихического развития, в то время, когда внедрение новой диагностической системы планируется во всем мире.

Michele Fabrazzo

WHO Collaborating Center for Research and Training in Mental Health, Naples, Italy

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

Библиография

1. First M, Gaebel W, Maj M et al. An organization- and category-level comparison of diagnostic requirements for mental disorders in ICD-11 and DSM-5. World Psychiatry. 2021;20(1):34-51. doi:10.1002/wps.20825
2. Pinto da Costa M, Ng R, Reed G. International classification systems: views of early career psychiatrists. World Psychiatry. 2021;20(1):148-149. doi:10.1002/wps.20834
3. Perris F. ICD-11 sessions at the 19th World Congress of Psychiatry. World Psychiatry. 2020;19(2):263-264. doi:10.1002/wps.20754
4. Piegari G. The WHO's Global Clinical Practice Network and the ICD-11 implementation. World Psychiatry. 2021;20(2):313-314.
5. Giuliani L. ICD-11-related educational activities. World Psychiatry. 2021;20(3):457-458. doi:10.1002/wps.20920
6. Maj M, Stein D, Parker G et al. The clinical characterization of the adult patient with depression aimed at personalization of management. World Psychiatry. 2020;19(3):269-293. doi:10.1002/wps.20771
7. Maj M, Os J, De Hert M et al. The clinical characterization of the patient with primary psychosis aimed at personalization of management. World Psychiatry. 2021;20(1):4-33. doi:10.1002/wps.20809
8. Stein D, Craske M, Rothbaum B et al. The clinical characterization of the adult patient with an anxiety or related disorder aimed at personalization of management. World Psychiatry. 2021;20(3):336-356. doi:10.1002/wps.20919
9. Lahey B, Moore T, Kaczkurkin A, Zald D. Hierarchical models of psychopathology: empirical support, implications, and remaining issues. World Psychiatry. 2021;20(1):57-63. doi:10.1002/wps.20824
10. Kotov R, Jonas K, Carpenter W et al. Validity and utility of Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): I. Psychosis superspectrum. World Psychiatry. 2020;19(2):151-172. doi:10.1002/wps.20730
11. Krueger R, Hobbs K, Conway C et al. Validity and utility of Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): II. Externalizing superspectrum. World Psychiatry. 2021;20(2):171-193. doi:10.1002/wps.20844
12. Sanislow C. RDoC at 10: changing the discourse for psychopathology. World Psychiatry. 2020;19(3):311-312. doi:10.1002/wps.20800
13. Zimmerman M. Why hierarchical dimensional approaches to classification will fail to transform diagnosis in psychiatry. World Psychiatry. 2021;20(1):70-71. doi:10.1002/wps.20815
14. Fried E, Greene A, Eaton N. The p factor is the sum of its parts, for now. World Psychiatry. 2021;20(1):69-70. doi:10.1002/wps.20814
15. Cohen B, Ravichandran C, Öngür D, Harris P, Babb S. Use of DSM -5 diagnoses vs. other clinical information by US academic-affiliated psychiatrists in assessing and treating psychotic disorders. World Psychiatry. 2021;20(3):447-448. doi:10.1002/wps.20903
16. World Health Organization. GCP.Network. https://gcp.network.

DOI:10.1002/wps.20954

Русская версия журнала ВПА
«Всемирная психиатрия» издается как приложение
к журналу «Психиатрия и психофармакотерапия»
им. П.Б. Ганнушкина
(ISSN 2075–1761, Рег. номер ПИ №ФС 77-64502 от 31 декабря 2015 года)

БЛАГОДАРНОСТЬ

Перевод на русский язык, издание и распространение журнала осуществлены благодаря поддержке
СОЮЗА ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ