

Всемирная Психиатрия

ОФИЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ ВСЕМИРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ (ВПА)

Том 11, Номер 2



Июнь 2012

ОТ РЕДАКТОРА

Концепция «Я» и шизофрения:
некоторые открытые вопросы
Mario Maj

ТОЧКА ЗРЕНИЯ

Ядерный Гештальт шизофрении
Josef Parnas

ВЗГЛЯД В БУДУЩЕЕ

Эффект плацебо: научные факты
в противоречии с этическими
асpekтами и уязвимостью пациента
Fabrizio Benedetti

Прогнозирование уровня
функциональной нетрудоспособности
у больных шизофренией: когнитивный
дефицит, функциональные способности,
симптомы и общесоматическое состояние
Philip D. Harvey, Martin Strassnig

СПЕЦИАЛЬНАЯ СТАТЬЯ

Классификация расстройств приема пищи:
обзор доказательных данных и предложения
для МКБ-11
Rudolf Uher, Michael Rutter

Позитивное психическое здоровье:
возможны ли кросс-культуральные
определения?
George E. Vaillant

КОММЕНТАРИИ

Позитивное психическое здоровье:
исследовательская повестка дня
Alan Carr

Кросс-культуральный взгляд
на позитивное психическое здоровье
с точки зрения теории самоопределения
Kennon M. Sheldon

Клиническая роль психологического
благополучия
Giovanni A. Fava

Развитие здоровой личности и благополучие
C. Robert Cloninger

Что есть здоровье и что значит
«позитивное»? Решение МКФ
Michael Linden

Субъективное позитивное благополучие
Per Bech

Проблемы в определении
позитивного психического здоровья
Hasse Karlsson

65 Позитивное психическое здоровье:
предостережение
Dan J. Stein 106

ОТЧЕТ ОБ ИССЛЕДОВАНИИ

67 Качественные отличия галлюцинаторных
феноменов в клинической и неклинической
популяциях
Giovanni Stanghellini, Álvaro I. Langer,
Alessandra Ambrosini, Adolfo J. Cangas 108

70 Клинические исходы и модулирующие
факторы профилактического
психологического вмешательства
среди школьников, пострадавших
во время военного конфликта на
Шри-Ланке: кластерное
рандомизированное исследование
Wietse A. Tol, Ivan H. Komproe, Mark J.D.
Jordans, Anavarathan Vallipuram,
Heather Sipsma, Sambasivamoorthy Sivayokan,
Robert D. Macy, Joop T. de Jong 112

72 Взаимопомощь у лиц с тяжелыми
психическими расстройствами:
обзор литературы и практики
Larry Davidson, Chyrell Bellamy,
Kimberly Guy, Rebecca Miller 120

90 Опыт организации амбулаторной
психиатрической службы в зоне
Австралии и южной части
Тихого океана
Peter McGeorge 126

97 Последствия ядерной катастрофы
на Фукусиме в 2011 году для психического
здоровья: являются ли внуки жертв
атомной бомбардировки Хиросимы
и Нагасаки более уязвимыми?
Menachem Ben-Ezra, Yuval Palgi,
Yechiel Soffer, Amit Shrira 130

98 Доля преступлений, обусловленных
психическими расстройствами,
в Нидерландах
David J. Vinkers, Edwin de Beurs,
Marko Barendregt, Thomas Rinne,
Hans W. Hoek 131

101 Существует ли разница между программой
обучения и тем, как она реализуется на практике?
Мнения европейских врачей-стажеров
Martina Rojnic Kuzman, Domenico Giacco,
Meinou Simmons, Philippe Wuyts,
Nikolaus Bausch-Becker, Guillaume Favre,
Alexander Nawka 132

103 Вклад ВПА в разработку главы, посвященной
психическим расстройствам, в МКБ-11 133

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 135 обществ из 117 стран, более 200000 психиатров.

Каждые три года ВПА организует Всемирный Психиатрический Конгресс. Кроме того, организуются международные и региональные конгрессы и встречи, тематические конференции. ВПА состоит из 66 научных секций, целью которых является распространение информации и развитие сотрудничества в специальных областях психиатрии. Было подготовлено несколько обучающих программ и выпущены серии книг. ВПА разработала этические руководства для психиатрической практики, включая Мадридскую Декларацию (1996).

Более подробную информацию о ВПА можно найти на веб-сайте www.wpanet.org.

Исполнительный Комитет ВПА

Президент: P.Ruiz (США)

Избранный президент: D.Bhugra (Великобритания)

Генеральный секретарь: L.Küey (Турция)

Секретарь по финансам: Т.Акиүама (Япония)

Секретарь по организации собраний: Т.Окаша (Египет)

Секретарь по образованию: E.Belfort (Венесуэла)

Секретарь по публикациям: M.Riba (США)

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

Секретариат ВПА

Geneva University Psychiatric Hospital, 2 Chemin du Petit Bel-Air, 1225 Chêne-Bourg, Geneva, Switzerland. Phone: +41223055737; Fax: +41223055735; E-mail: wpasecretariat@wpanet.org.

Всемирная Психиатрия

Всемирная Психиатрия – официальный журнал Всемирной Психиатрической Ассоциации. В год выходит три выпуска этого журнала, он бесплатно высылается психиатрам, имена и адреса которых предоставляются национальными организациями и секциями ВПА.

Для публикации в журнале следует присылать отчеты об исследованиях, данные которых ранее не были опубликованы. Статьи должны содержать четыре части: вступление, методы, результаты, обсуждение. Список литературы нумеруется в алфавитном порядке и приводится в конце статьи в следующем виде:

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

All submissions should be sent to the office of the Editor.

Редактор – М. Мај (Италия).

Зам. редактора – P. Ruiz (США).

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

Консультативный комитет – H.S. Akiskal (США), R.D. Alarcón (США), J.A. Costa e Silva (Бразилия), J. Cox (Великобритания), Н. Herrman (Австралия), M. Jorge (Бразилия), Н. Katschnig (Австрия), F. Lieh-Mak (Гонконг-Китай), F. Lolas (Чили), J.J. López-Ibor (Испания), J.E. Mezrich (США), D. Moussaoui (Марокко), P. Munk-Jorgensen (Дания), F. Njenga (Кения), A. Okasha (Египет), J. Parnas (Дания), V. Patel (Индия), N. Sartorius (Швейцария), С. Stefanis (Греция), M. Tansella (Италия), A. Tasman (США), S. Туано (Израиль), J. Zohar (Израиль).

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

Перевод на русский язык организован Советом молодых ученых (ответственная – О.А.Карпенко) Российского общества психиатров.

Главный редактор русской версии – П.В.Морозов

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

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

Концепция «Я» и шизофрения: некоторые открытые вопросы

Mario Maj

Department of Psychiatry, University of Naples SUN, Naples, Italy

Перевод: Смирнова Д.А. (Самара)

Редактор: Курсаков А.А. (Москва)

В концепции шизофрении, в том виде, в котором она заявлена в DSM-IV и готовится предстать в ракурсе разработок диагностических критериев DSM-5, отсутствует четкое описание характерного и определяющего «ядерного» клинического проявления расстройства. В текстах классификаторов последовательно описано множество симптомов и признаков заболевания, в то время как остается неясным, каким образом взаимосвязаны и объединены воедино его разнородные клинические проявления. Мы всегда были заинтересованы понять (1), существует ли на самом деле тот самый гештальт шизофренического синдрома, который не может быть распознан через призму операционального подхода, или же гештальт, предполагаемый в психиатрических традициях, является лишь иллюзией, которую разрешает операциональный подход.

В своей статье, которая содержится в настоящем номере журнала (2), Josef Parnas формулирует точку зрения о том, что ядерным психопатологическим конструктом шизофрении, который определяет гештальт синдрома, является искажение базового, дорефлексивного представления образа «Я». Заданные «базовые настройки самости», «обуславливаемые на уровне головного мозга действием постоянного источника генерируемых внутренних импульсов», в норме несут ответственность за приобретаемый субъективный опыт действий, их согласованность, единство, соответствие и простраивание границ в рамках временных аспектов (4), и сопровождаются возникновением дорефлексивного представления о своем месте в окружающем мире и взаимодействии с ним (2, 5). «Искажение этой особенности» лежит в основе воспроизведения разнообразных клинических проявлений шизофрении. Принятые в настоящее время различия между позитивными, негативными симптомами и симптомами дезорганизации могут рассматриваться в данном ракурсе как поверхностные и вводящие в заблуждение выводы; например, симптомы первого ранга Шнайдемра, привычно определяемые как «позитивные» (т.е. связанные с наличием опыта переживаний, которые в норме отсутствуют), могут потребовать переосмысления в рамках альтернативной интерпретации – «отсутствия чего-то, присутствующего в норме – ощущения самообладания и преднамеренного контроля» (5).

Упомянутая точка зрения, базирующаяся на феноменологической традиции (6, 7), но сочетающаяся с классическими описаниями (8-10) и некоторыми психоаналитическими представлениями (например, 11, 12) о шизофрении, выходит на поверхность в определении заболевания в МКБ-10 («В нарушениях вовлечено большинство основных функций, которые у нормального человека ответственны за формирование чувства индивидуальности, уникальности и саморегуляции»), а также в текстах DSM III и DSM-III-R («Ощущение собственной личности, которое дает нормальному человеку чувство индивидуальности, уникальности и саморегуляции, часто нарушено при шизофрении»), в то время как в DSM-IV и проекте DSM-5 нет даже упоминаний об этом. Данная модель в действительности подкупает интерес и поднимает ряд концептуальных вопросов, которые

могут сформировать направление для дальнейших размышлений и исследовательской активности. Прежде всего, это связано с тем, что в литературе встречается множество определений понятия «Я» (самости) – около двадцати, одно из которых дается Strawson (13).

Во-первых, противоречие появляется (например, 14) уже на уровне описываемой Parnas особенности нарушения чувства самости как характерной черты, формирующейся задолго до манифестации психоза (2,4), и представленного в отдельных психосоциальных подходах (например, 15,16) искаженного восприятия собственной личности, возникающего в болезни, с которым человек активно борется и которое может быть восстановлено (17). Очевидно, что, описываемый Parnas дорефлексивный уровень чувства самости (восприятия собственной личности), представляется более основательным и значимым, чем уровень «Я» в рамках дескриптивных характеристик (18) из психосоциальной литературы. Однако подход Parnas в большей мере сфокусирован на том, что происходит до манифестации шизофренического процесса, тогда как психосоциальные подходы опираются на то, что случается после начала заболевания. Последующие исследования необходимы для того, чтобы изучить, как обозначаемое Parnas, нарушение чувства самости (восприятия собственной личности) ведет себя с течением болезни (в частности, проверить, что происходит с ним в периоды ремиссий).

Во-вторых, это вопрос о том, может ли концепция самости, выстроенная в феноменологических традициях в понятиях «автономности, свободы и подконтрольности» (19), быть вынесена за пределы западного культурного контекста. Утверждается, что развитие индивидуального «Я» подвержено неизбежному влиянию системы общекультурных значений (коллективного «Я») и что в разных сообществах паттерн расстройств самости при шизофрении может отличаться от описанного в западной культуре (19). До настоящего времени не проводилось кросскультуральных исследований, посвященных изучению данного вопроса.

В-третьих, понятие стабильного ядра самости выходит из диалогической психологии (например, 20), в соответствии с которой индивидуально-личностный опыт возникает из диалога различных граней и составляющих «Я», и нарушение данного опыта при шизофрении может являться следствием трудностей в поддержании этого самого диалога в ситуациях межличностного общения (например, 21). Опять же, похоже на то, что разные уровни личного опыта больше сопряжены с «внутренним диалогом «Я», упомянутым выше «повествованием «Я» – «открытой конструкцией, которая подвержена постоянной ревизии» (18) – чем с базовым чувством самости, описываемым Parnas. Тем не менее, интерперсональная динамика, описываемая в диалогическом подходе как основательно простраиваемая межличностная коммуникация, впоследствии разрушающая уязвимое «Я» (например, 22), может быть также объяснена в понятиях уровня индивидуально-личностного опыта, на который ссылается Parnas (например, 23).

В дополнение к этим концептуальным вопросам, модель Parnas обращает внимание на отдельные прак-

тические аспекты, что опять же может задать направление дальнейших исследований.

Во-первых, предлагая формулировать и пытаясь оценить ядерный Гештальт шизофрении, мы должны принимать во внимание риск возродить «атмосферный» диагноз расстройства, возможно, приобретающий исключительную надежность в руках высоких экспертов, но с достаточной долей опасности способный распространиться с потоком ветра в воздухе рутинной клинической практики. Значение этого момента приобретает еще большую глубину, если подход будет адаптирован и принят относительно такой особенно чувствительной области, как ранняя диагностика психоза. Инструментарий для систематической оценки расстройств индивидуально-личностного опыта был разработан и успел продемонстрировать удовлетворительную межэкспертную надежность в ряде исследований (например 24, 25). Однако допустимость и надежность данной оценки в переводе на рутинную клиническую практику еще предстоит изучить (также как следует повысить компетенцию клиницистов относительно вопросов психопатологического знания, чтобы реализовать предлагаемое направление).

Во-вторых, диагностическая специфичность описанных расстройств самости по отношению к шизофрении требует эмпирического подкрепления. Симптомы первого ранга Шнайдера, которые являются типичными в рамках своего происхождения из болезненного индивидуально-личностного опыта, были описаны как возникающие широко за пределами расстройств шизофренического спектра (например, 26). В действительности, одним из предложений относительно диагностических критериев шизофрении для DSM-5 является уход от выделения данных симптомов в особую категорию, т.к. «по сравнению с другими проявлениями, данные характерные симптомы не обнаруживают уникальной диагностической специфичности» (www.dsm5.org). Parnas и соавторы (27) в своем исследовании доказали, что сфера самосознания имеет отличительные особенности у пациентов с шизофренией, по сравнению с больными биполярным расстройством, но эти находки нуждаются в дальнейшем подтверждении, и их внедрение в рутинную клиническую практику требует предварительной оценки.

Третий, и наиболее значимый, аспект касается терапевтических интервенций. Находит ли постулируемый ядерный конструкт расстройства самости свои методы лечения, доступные в практике на настоящий момент времени? Являются ли нарушения индивидуально-личностного опыта (в противопоставление структурированному бреду) реальной мишенью для антипсихотической терапии, или же мы говорим о не изменяемом существенным образом конституциональном дефиците (14)? Могут ли техники когнитивно-поведенческого подхода быть усовершенствованы в свете модели расстройства самости или уровень их воздействия не достаточен по своей глубине, чтобы воздействовать на обозначаемый ядерный психопатологический конструкт? Могут ли в связи с этим другие психотерапевтические подходы, включая психодинамический (например, 12, 28), быть подвергнутыми дальнейшей разработке или претерпеть возрождение? Соотносятся ли расстройство индивидуально-личностного опыта с нейрокогнитивным дефицитом и играет ли роль для восстановления когнитивных функций? Все эти аспекты должны быть изучены в исследованиях соответствующего уровня. В противном случае, они могут сформировать риск для нового терапевтического песимизма, в то самое время, когда психиатрические службы поддерживают идеи и выступают в направлении возможностей восстановления и выздоровления.

Я считаю, что степень влияния интригующего подхода Parnas будет в решающей мере зависеть от того, насколько убедительно будут освещены вышеуказанные вопросы.

Литература:

1. Maj M. Critique of the DSM-IV operational diagnostic criteria for schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1998;172:458-60.
2. Parnas J. The core Gestalt of schizophrenia. *World Psychiatry* 2012; 11:67-9.
3. Kircher T, David AS. Self-consciousness: an integrative approach from philosophy, psychopathology and the neurosciences. In: Kircher T, David AS (eds). *The self in neuroscience and psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003:445-73.
4. Parnas J. Self and schizophrenia: a phenomenological perspective. In: Kircher T, David AS (eds). *The self in neuroscience and psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003:217-41.
5. Sass LA, Parnas J. Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophr Bull* 2003;29:427-44.
6. Minkowski E. *La schizophrénie*. Psychopathologie des schizoids et des schizophrènes. Paris: Payot, 1927.
7. Blankenburg W. *Der Verlust der Natürlichen Selbstverständlichkeit*. Ein Beitrag zur Psychopathologie symptomarmer Schizophrenien. Stuttgart: Enke, 1971.
8. Kraepelin E. *Psychiatrie*, 4th ed. Leipzig: Barth, 1896.
9. Bleuler E. Dementia Praecox oder gruppe der Schizophrenien. In: Aschaffenburg G (ed). *Handbuch der Psychiatrie. Spezieller Teil, 4. Abteilung, 1. Hälfte*. Leipzig: Deuticke, 1911.
10. Berze J. Die primäre Insuffizienz der psychischen Aktivität: Ihr Wesen, ihre Erscheinungen und ihre Bedeutung als Grundstörungen der Dementia Praecox und der hypophrenen überhaupt. Leipzig: Deuticke, 1914.
11. Hartmann H. Contributions to the metapsychology of schizophrenia. In: *The psychoanalytic study of the child*, vol. 8. New York: International Universities Press, 1953:177-98.
12. Kohut H. *The restoration of the self*. New York: International Universities Press, 1977.
13. Strawson G. The self and the SESMET. In: Gallagher S, Shear J (eds). *Models of the self*. Thoverton: Imprint Academic, 1999:483-518.
14. Lysaker PH, Lysaker JT. Schizophrenia and alterations in self-experience: a comparison of 6 perspectives. *Schizophr Bull* 2010;36:331-40.
15. Davidson L. *Living outside mental illness: qualitative studies of recovery in schizophrenia*. New York: New York University Press, 2003.
16. Estroff SE. Self, identity and subjective experiences of schizophrenia: in search of the subject. *Schizophr Bull* 1989;15:189-96.
17. Strauss JS. Subjective experiences of schizophrenia: toward a new dynamic psychiatry – II. *Schizophr Bull* 1989;15:179-87.
18. Zahavi D. Phenomenology of self. In: Kircher T, David AS (eds). *The self in neuroscience and psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003:56-75.
19. Fabrega H, Jr. The self and schizophrenia: a cultural perspective. *Schizophr Bull* 1989;15:277-90.
20. Hermans HJM, Dimaggio G. *The dialogical self in psychotherapy*. London: Brunner Routledge, 2004.
21. Lysaker PH, Lysaker JT. Narrative structure in psychosis: schizophrenia and disruptions in the dialogical self. *Theory Psychol* 2002; 12:207-20.
22. Lysaker PH, Lysaker JT, Davis LW et al. Enactment in schizophrenia: capacity for dialogue and the experience of the inability to commit to action. *Psychiatry* 2006;69:81-93.
23. Stanghellini G. *Disembodied spirits and deanimated bodies*. Oxford: Oxford University Press, 2004.
24. Scharfetter C. The self-experience of schizophrenics. Empirical studies of the ego/self in schizophrenia, borderline disorders and depression, 2nd ed. Zürich: University of Zürich, 1996.
25. Parnas J, Raballo A, Handest P et al. Self-experience in the early phases of schizophrenia: 5-year follow-up of the Copenhagen Prodromal Study. *World Psychiatry* 2011;10:200-4.
26. Peralta V, Cuesta MJ. Diagnostic significance of Schneider's first rank symptoms in schizophrenia. Comparative study between schizophrenic and non-schizophrenic psychotic disorders. *Br J Psychiatry* 1999;174:243-8.
27. Parnas J, Handest P, Saebye D et al. Anomalies of subjective experience in schizophrenia and psychotic bipolar illness. *Acta Psychiatr Scand* 2003;108:126-33.
28. Bion WR. *Second thoughts*. New York: Jason Aronson, 1967.

Ядерный Гештальт шизофрении

Josef Parnas

Psychiatric Center Hvidovre and Center for Subjectivity Research, University of Copenhagen, Njalsgade 142, 2300 Copenhagen S, Denmark

Перевод: Смирнова Д.А. (Самара)

Редактор: Курсаков А.А. (Москва)

Недавняя активная дискуссия во «Всемирной психиатрии» на тему противопоставления прототипов операциональным критериям (1) призывает к переоценке клиничко-феноменологического видения шизофрении с точки зрения прототипического подхода, в особенности, в свете последних данных феноменологической психопатологии (2). Шизофрения активно изучалась в течение более чем столетия, но, не смотря на накопление большого объема разнообразных эмпирических данных, мы все еще имеем частичное представление о диагностических границах (3) и патогенетических механизмах (4, 5) этого расстройства. Эпистемологическое сопротивление формирует целое разнообразие ответных реакций: например, рассмотрение изолированных аспектов фенотипа, взятых в его отдельных составляющих и изучаемых с помощью более легких в постижении переменных; попытки преобразовать шизофрению в своего рода похожее на деменцию нейрокогнитивное заболевание; предложения по дальнейшему упрощению разнообразия психопатологических проявлений (например, понятие «единого психоза»); или даже устранение понятия шизофрении, в целом.

Вызывает сомнения, что подобное уклонение от понимания основополагающего фенотипа, игнорирование и умалчивание эпистемологических проблем, приведут к кристаллизации окончательного научного знания. Единственной стоящей и своевременной ответной реакцией может быть пересмотр клинической сути (природы) шизофрении, с подчеркиванием ее самобытности и теоретических затруднений в ракурсе современных нозологических представлений. Возможно, эпистемологические трудности связаны с феноменологическим своеобразием шизофрении, которое проявляется в ее непрекращающемся изменении.

ЭПИСТЕМОЛОГИЧЕСКИЕ ОГРАНИЧЕНИЯ

Уязвимость эпистемологических аспектов связана с так называемой «проблемой описания» в психиатрии, которая фактически является отражением вопроса соотношения «психика-тело». Это вопрос о том, куда адресован феномен сознания: например, какие разграничения здесь уместны и адекватны, какова природа «психического объекта» (симптом и признак), что является особенным, с точки зрения первого, второго и третьего лица, и какой вид методологии ориентирован на эти феноменологические сферы (6).

С появлением бихевиоризма и операционализма, тема сознания исчезла из академического дискурса, и только в последние 20 лет пережила второе открытие в философии сознания, когнитивных и нейронауках. Сознание (субъективность) находится на передовой линии сегодняшней научной дискуссии, определяя, пожалуй, самую важную и сложную задачу (7). К сожалению, эти события в значительной степени ускользают из основного направления в психиатрии. Тем не менее, концепция психического заболевания, в целом, и шизофрении, в частности, основана на нарушениях полученного опыта, сформированных убеждений и их экспрессии, т. е. нарушениях сознания.

В историческом обзоре понятие шизофрении представляется в качестве конечно достигнутого последо-

вательного и согласованного феноменологического определения (2). Данные феноменологические описания могут быть рассмотрены – в ретроспективе – как повторяющийся поиск характерного фенотипического паттерна, прототипа или Гештальта. Этот поиск четко представлен в знаменитом пассаже немецкого психиатра Rümke, который утверждает, что некоторые галлюцинации и бредовые идеи являются диагностически значимыми для оценки шизофрении только в том случае, если они пронизаны определенным свойственным шизофрении оттенком; тавтологические претензии, которые Rümke сам квалифицирует как «научный абсурд», все-таки является абсурдом, «знакомым каждому опытному клиницисту» (8).

Суть Гештальта состоит в характерном объединении или определенной внутренней организации различных особенностей и феноменов, происходящих из взаимодействия «части» и «целого». В данном ракурсе, психиатрические симптомы и признаки заболевания не могут рассматриваться как не зависящие друг от друга особенности, представлять обособленными (т.е. быть четко определены как те или иные симптомы) «сами по себе», вне эмпирического контекста. Улыбка сама по себе не может быть определена как несоответствующая или глупая. Глупость улыбки может быть распознана только в контексте эмоциональной экспрессии и коммуникации. В отличие от соматической медицины, где симптомы и признаки болезни четко соотносятся с функцией и своего рода внешней физической протяженностью, «экстенциональностью» (например, хронический кашель → подозрение на заболевание легких), психопатологические феномены выделяются опосредованно через их значение или внутреннюю суть, «интенциональность» проявления (например, «избегание других» меняет свое значение, если появляется в связи с параноидным отношением, меланхолией или страхом чтения мыслей из-за открытости мышления).

Диагностическое определение шизофрении в психиатрии дооперационального этапа не сводилось к поперечному, одномоментному и, образно говоря, «двумерному» ее рассмотрению вследствие суммирования независимых друг от друга симптомов и признаков («подсчета симптомов»), а было связано с признанием понятия Гештальта, подчеркивало необходимость наполнения диагноза измерением «глубины», т.е. контекстом взаимосвязей между отдельными особенностями, их качествами, аспектом развития и временным аспектом. Существуют две взаимозависимых клинических особенности, которые укладываются в понятие шизофрении: а) аспект развития, который заключается в том, что шизофрения, как правило, не возникает внезапно, на пустом месте, и почти всегда имеет преморбидную траекторию, б) шизофрения принадлежит спектру условий, различных по интенсивности и качественным проявлениям, которые тем не менее объединены важной характерной чертой фенотипической общности. Оба этих аспекта не являются случайными, дополнительными клиническими фактами, а составляют основание понятия шизофрении, измеряемого существенной характерной чертой болезни.

«ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ» СИМПТОМЫ

Синтез и развитие теории шизофрении были основаны на признании ее феноменологической обособленности и специфичности, прототипическом «что это такое» и феноменологической сути, ядерном Гештальте. Ядерные свойства – это не время от времени появляющиеся феномены (психотические симптомы), а характерные особенности болезни, отражающие ее феноменологическую структуру. Или, перефразируя, обоснованность существования расстройств шизофренического спектра базируется на связи клинических проявлений с их ядерной составляющей.

Было предпринято множество попыток с целью понять и описать этот ядерный Гештальт болезни через перечень ее симптомов и признаков. Блейлер и другие исследователи проводили различия между фундаментальными симптомами, характеризующими ядерную составляющую и специфичными для шизофренического спектра (шизоидия, латентная шизофрения, шизотипические расстройства), и дополнительными феноменами, возникающими в психотическом эпизоде (галлюцинации, бред, развернутые кататонические проявления). Первые были описаны на уровне экспрессии и поведения, т.е. преимущественно как «признаки»: уход в себя, недоступность контакту, неадекватный или странный аффект, отражающие эмоции и аффект отклонения, формальное расстройство мышления, амбивалентность, изменения в структуре личности, двигательные и поведенческие расстройства (2).

При более близком рассмотрении многие из этих особенностей перекрываются друг с другом. Более того, их преимущественно выраженный вонне в признаках («объективный») характер, как правило, связан с аномальным опытом (симптомами). Таким образом, не функционируя как самостоятельные сущности, не зависящие друг от друга признаки, эти отдельные «фундаментальные черты» существуют в рамках большой целостности, объединяющей аномальные опыт и экспрессию, и с диагностической значимостью проявляющейся в контексте и наиболее уязвимо в межличностном и коммуникативно-символическом пространстве. Здесь мы указываем на взаимодействие «части» и «целого» в Гештальте: отдельные черты и особенности наполняют Гештальт его конкретным клиническим содержанием, и в то же время именно целостность Гештальта формирует диагностическую значимость у его отдельных черт и особенностей.

ПОРОЖДАЮЩЕЕ РАССТРОЙСТВО: ИСКАЖЕННАЯ СТРУКТУРА СУБЪЕКТИВНОСТИ

Было представлено множество разнообразных, зачастую метафорических обозначений для лежащей в основе болезни структуры или Гештальта, таких, например, как «разобщенность сознания», «диссонанс», «интрапсихическая атаксия», «аутизм», «утрата витального контакта с реальностью», «общий надлом здравого смысла», «когнитивная дисметрия», и т.д. То, с чем соотносятся все эти обозначения – это не модуль психологической дисфункции или отграниченное, временное, психопатологическое содержание, а скорее признак изменения самой структуры сознания (субъективности, ментальности). В МКБ-8 это было сформулировано как «фундаментальное нарушение личности [т.е., самости], [которое] включает в себя его самые основные функции, те, которые дают нормальному человеку его ощущение индивидуальности, уникальности, и саморегуляции» (мои дополнения в квадратных скобках).

Феноменологический, эмпирический взгляд на понятие самости раскрывает нам то, что мы живем нашу (сознательную) жизнь от первого лица, ощущающего самоприсутствие, отдельную сущность, временность постоянства, осознание воплощения и ограниченности бытия, которые являются предметом его

переживаний. Мир предопределен, то есть всегда по умолчанию принят как реальный, как должное, само собой разумеющийся фон из всех переживаний и всех значений (9). Последние эмпирические исследования подтверждают классические наблюдения, указывающие на то, что именно эта базовая и лежащая в основе субъективного восприятия собственного мира структура является нестабильной или поврежденной при шизофрении, составляя собственно ядро уязвимости (2,10). Зачастую это является результатом опыта тревоги и отчуждения, который случается еще в детстве или в раннем подростковом возрасте. Это повреждение структуры определяет расширение нозологического спектра расстройств шизофренической природы: шизофрении, шизотипического расстройства (11-15) и уязвимости доманифестного периода (16, 17).

Пациенты ощущают в себе эфемерность, недостаток ядерной идентичности, чувствуют себя глубоко (часто невыразимо) отличающимися от других и отчужденными от социального мира. У больных редуцировано чувство воплощенного человеческого существования, самоприсутствия и присутствия в мире, наблюдаются искажения взгляда от первого лица, проявляющиеся в анонимизации или недостаточном чувстве «моего собственного» в поле осознания («мои мысли странные и не имеют отношения ко мне»), отмечается измененное восприятие пространства содержания опыта (например, мысли воспринимаются как пространственно расположенные во внешних объектах) и нарушение чувства конфиденциальности внутреннего мира. Выявляются значительные неполадки в соностройке с миром и погружении в мир и при этом всепроникающее недоумение, когда имеют место неадекватное дорефлективное понимание самоочевидного смысла («Почему трава зеленая?») и гиперрефлексия («Я живу только в своей голове», «Я всегда наблюдаю за собой»). Социальная изоляция и одиночество являются в большей мере солипсистскими, произрастающими «изнутри», а не функционирующими в качестве психологической защиты или простого следствия болезни как депривации. Основное расстройство часто приводит к искаженным и нелепым экзистенциальным паттернам, например, к солипсистской грандиозности, чудаковатому поведению и поступкам, «двойному бухгалтерскому учету», манерному поведению или поиску новых экзистенциальных или метафизических значений (например, присоединение к сектантской, политической или религиозной группе).

Что в действительности является диагностически значимым на уровне ядра Гештальта, так это смысл противостояния условиям, обозначенным фундаментально измененной субъективностью, которая может проявляться во всех сферах психической деятельности: аффекте, экспрессии, мотивации, настроении, когнитивных, воле и действиях. Ядерный Гештальт проступает через полиморфную картину болезни, выражаясь «в том, как пациенты ощущают самих себя, других и окружающий мир, а не только в том, что они чувствуют». Ядерный Гештальт удерживает процесс порождающего состояния, что делает клиническую картину менее загадочной, находя объяснение в том, что он наделен определенными статической (синхронной) и динамической согласованностью его симптоматических элементов. Бред, явления пассивности и галлюцинации в периоды психотических приступов часто проявляются как тематические надстройки более ранних особенностей измененной структуры субъективного опыта восприятия (18).

ВЫВОДЫ

Непреднамеренным следствием операционального ремейка диагностических систем стало снижение психопатологической компетентности и эрудиции (19), сочетающихся с овеществлением диагностических категорий и взаимосвязанных с резким распростране-

нием явления коморбидности. Шизофрения в значительной степени превратилась в психотическое расстройство с хроническим бредом и галлюцинациями, обедненное аффективными возможностями. Диагнозы шизотипического расстройства и дезорганизованной шизофрении (более широко, непараноидная шизофрения) стали клинической редкостью, уступая пространство для множества других, альтернативных (как правило, происходящих из контрольного списка) диагнозов, например, пограничного расстройства личности, социальной фобии, обсессивно-компульсивного расстройства, дефицита внимания с гиперактивностью и т.д. (20).

Не существует иного пути вперед, кроме как возрождение и выстраивание приоритетов обучения психопатологии, включающего общую экспертную оценку психопатологии в совокупности с теоретическими знаниями и междисциплинарными экскурсами и дискуссиями. На сегодняшний день активизация исследований основных характерных особенностей шизофрении представляется крайне необходимой для достижения значимого прогресса в поле патогенетических и терапевтических исследований и улучшения результатов клинической практики, включающей в себя ранние диагностику и вмешательства. Утонченное владение психопатологическим знанием является необходимым условием для прицельного и плодотворного привлечения научных и технических альтернатив, предлагаемых стремительно развивающейся областью нейронаук.

Литература:

1. Westen D. Prototype diagnosis of psychiatric syndromes. *World Psychiatry* 2012;11:16-21.
2. Parnas J. A disappearing heritage: the clinical core of schizophrenia. *Schizophr Bull* 2011;37:1121-30.
3. Jansson LB, Parnas J. Competing definitions of schizophrenia: what can be learned from polydiagnostic studies? *Schizophr Bull* 2007; 33:1178-200.
4. Tandon R, Keshavan MS, Nasrallah HA. Schizophrenia, «just the facts» what we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology. *Schizophr Res* 2008;102:1-18.
5. Kendler KS. The dappled nature of causes of psychiatric illness: replacing the organic-functional/hardware-software dichotomy with empirically based pluralism. *Mol Psychiatry* (in press).
6. Parnas J, Sass LA. Varieties of phenomenology: on description, understanding, and explanation in psychiatry. In: Kendler K, Parnas J (eds). *Philosophical issues in psychiatry: explanation, phenomenology, and nosology*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2008; 239-77.
7. Chalmers DJ. *The character of consciousness*. Oxford: Oxford University Press, 2010.
8. Rümke HC. Der klinische Differenzierung innerhalb der Gruppe der Schizophrenen. *Nervenarzt* 1958;29:40-53.
9. Parnas J, Sass LA. The structure of self-consciousness in schizophrenia. In: Gallagher S (ed). *The Oxford handbook of the self*. New York: Oxford University Press, 2011;521-46.
10. Raballo A, Parnas J. The silent side of the spectrum: schizotypy and the schizotaxic self. *Schizophr Bull* 2011;37:1017-26.
11. Parnas J, Handest P, Jansson L et al. Anomalous subjective experience among first-admitted schizophrenia spectrum patients: empirical investigation. *Psychopathology* 2005; 38:259-67.
12. Parnas J, Raballo A, Handest P et al. Self-experience in the early phases of schizophrenia: 5-year follow-up of the Copenhagen Prodromal Study. *World Psychiatry* 2011;10:200-4.
13. Raballo A, Parnas J. Examination of anomalous self-experience: initial study of the structure of self-disorders in schizophrenia spectrum. *J Nerv Ment Dis* (in press).
14. Raballo A, Saebye D, Parnas J. Looking at the schizophrenia spectrum through the prism of self-disorders: an empirical study. *Schizophr Bull* 2009;37:344-51.
15. Haug E, Lien L, Raballo A et al. Selective aggregation of self-disorders in first-treatment DSM-IV schizophrenia spectrum disorders. *J Nerv Ment Dis* (in press).
16. Nelson B, Thompson A, Yung AR. Basic self-disturbance predicts psychosis onset in the ultra high risk for psychosis «prodromal» population. *Schizophr Bull* (in press).
17. Nelson B, Thompson A, Yung AR. Not all first episode psychosis is the same: preliminary evidence of greater basic self-disturbance in schizophrenia spectrum cases. *Early Intervention in Psychiatry* (in press).
18. Henriksen MG, Parnas J. Clinical manifestations of self-disorders and the Gestalt of schizophrenia. *Schizophr Bull* (in press).
19. Andreasen NC. DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences. *Schizophr Bull* 2007;33: 108-12.
20. Parnas J. The DSM-IV and the founding prototype of schizophrenia: Are we regressing to a pre-Kraepelinian nosology? In Kendler KS, Parnas J (eds). *Philosophy and psychiatry II*. Oxford: Oxford University Press, 2012:237-59.

Эффект плацебо: научные факты в противоречии с этическими аспектами и уязвимостью пациента

Fabrizio Benedetti

Кафедра нейронаук, Медицинский институт Туринского университета; Национальный институт нейронаук, Турин, Италия (Department of Neuroscience, University of Turin Medical School and National Institute of Neuroscience, Corso Raffaello 30, 10125 Turin, Italy)

Перевод: Алфимов П.В. (Москва)

Редактор: Смирнова Д.А. (Самара)

В последние несколько лет получено много новых данных, объясняющих механизмы эффекта плацебо. Нейрофармакологические и нейровизуализационные исследования позволили уточнить природу этого феномена при многих болезненных состояниях, начиная от болевого синдрома до двигательных нарушений и от заболеваний иммунной системы до тревожных и депрессивных расстройств (1–3).

Эффект плацебо – интригующая тема и комплексный феномен, отчасти обусловленный такими психологическими конструктами, как ожидания, убеждения, доверие и надежда. Формирование доверия к действиям врача и назначенному лечению может запустить сложный каскад биохимических реакций, которые, в свою очередь, способны повлиять на восприятие симптомов и течение заболевания. Среди факторов, которые приводят к формированию ожиданий и убеждений, наиболее важным является «вербальное внушение», в связи с чем нейробиологический механизм плацебо можно условно назвать «нейробиологией внушения» или «нейробиологией ожидания» (1).

Показано, что спровоцированные вербальным образом ожидания способны активировать различные нейромедиаторные системы (4–7). Например, при болевом синдроме эндогенные опиоиды и каннабиноиды, дофамин и холецистокинин способны по-разному модулировать восприятие боли. Позитивное вербальное внушение приводит к формированию позитивных ожиданий, которые, в свою очередь, активируют каннабиноидную и опиоидную системы (аналгезирующий эффект плацебо). Негативное вербальное внушение приводит к негативным ожиданиям, которые усиливают активность холецистокинина и деактивируют дофамин (гипералгезический эффект плацебо). Эти биохимические события, вероятно, происходят в «сети модуляции боли», в которой участвуют некоторые корковые и подкорковые структуры (дорсолатеральная префронтальная кора, передняя поясная извилина и периаквадуктальное серое вещество), а также система вознаграждения, в частности прилежащее ядро (8).

На основании последних наблюдений можно сделать вывод о том, что эффект плацебо представляет собой идеальную модель для понимания взаимодействия в системе «разум-тело», где сложная психическая деятельность способна влиять на физиологию организма. Передовыми в этом отношении являются дисциплины, изучающие психическую деятельность – психиатрия и психология. В арсенале психиатрии есть два основных терапевтических инструмента: лекарственные средства и вербальное воздействие. Одной из самых интересных находок недавних исследований является то, что лекарственное и вербальное воздействие имеют схожие механизмы и затрагивают одни и те же биохимические пути (9). Известно, что морфин связывается с опиоидными μ -рецепторами. Вербальное внушение, направленное на облегчение боли, способно активировать эти же самые рецепторы. Схожие находки получены и для каннабиноидных рецепторов. Противопаркинсонические средства связываются с дофаминовыми

рецепторами. Вербальное внушение, направленное на улучшение двигательных функций, активирует те же самые дофаминовые рецепторы в тех же самых областях головного мозга. Таким образом, при приеме лекарственного средства активация целевых рецепторов может происходить двумя способами: вследствие непосредственного химического действия, а также вследствие ожидания терапевтического эффекта.

Феномен ожидания формируется не только вербальным внушением. Общение со специалистами, инструментальные методы, характерная среда пребывания в лечебном учреждении – все это формирует так называемый «терапевтический ритуал». Очевидно, что лекарства сами по себе не так эффективны в отрыве от терапевтического ритуала. Скрытое введение лекарства (например, когда оно вводится без уведомления пациента) менее эффективно по сравнению с открыто заявленным лечением (10–12). При скрытом введении у пациента отсутствует ожидание терапевтического эффекта, что снижает глобальную эффективность лекарственного средства. Другими словами, ожидание и установка пациента вносят свой вклад в фармакодинамику лекарственных средств.

Этот научный факт расширяет наше понимание работы мозга и стратегий социального взаимодействия. Социальный контакт с врачом запускает ряд нейробиологических механизмов, которые сами по себе приводят к терапевтическому эффекту. В этом отношении крайне важным является терапевтический ритуал. Терапевтический и биологический эффекты, связанные с внешней (социальной) стороной лечебного процесса, вероятно, являются эволюционными механизмами, которые берут начало в социальном ухаживании у высших приматов и альтруистическом поведении гоминидов (13). Пациента, который доверяет представителю своей социальной группы, будь то шаману или современному врачу, имеет явное преимущество перед пациентом, у которого нет доверительной установки. В некоторых случаях такое чисто социальное взаимодействие может обладать той же эффективностью, что и лекарственное средство.

Эти черты человека, связанные с доверием и убеждениями, ставят ряд этических проблем перед профессиональным медицинским сообществом и обществом в целом. Этические сложности, связанные с эффектом плацебо, давно известны и широко обсуждались в литературе (14, 15). Современные научные данные о нейробиологии плацебо привели к возникновению новых вопросов. Если исходить из научной предпосылки о том, что терапевтический ритуал влияет на деятельность мозга, выходит, что любой человек, выполняющий этот ритуал, может влиять на нейрофизиологию и добиваться положительных результатов. Если шприц с дистиллированной водой, который держит в руках врач, вызывает к жизни позитивные ожидания пациента, то этим же эффектом могут обладать талисманы и «заклинания» знахарей и шаманов.

В последние годы растет число целителей, колдунов и прочих «специалистов», эксплуатирующих эффект

плацебо, а нейробиологическое обоснование этого эффекта в известной степени «оправдывает» деятельность шарлатанов. После недавней демонстрации действия плацебо на эндогенные опиоиды и каннабиноиды к автору стали обращаться с предложениями использовать в своей практике «целительные» настойки, травы, ритуалы и талисманы, которые формируют у пациентов позитивные ожидания, убеждения и надежду.

В Интернете можно найти множество веб-сайтов, на которых биологический механизм плацебо используется в качестве своего рода оправдания для совершенно нелепых терапевтических ритуалов. Многие утверждают, что для введения пациента в заблуждение неважно, что вы используете – сахарную пилюлю или «волшебный» талисман. Заблуждение лежит основе эффекта плацебо и, действительно, нет особенной разницы в том, от кого исходит этого заблуждение – от врача или от шамана. По мнению многих, любая процедура, способствующая позитивному ожиданию и укреплению веры пациента в лечение, оправдана, независимо от ее природы. Нетрудно представить, как научные аргументы, подтверждающие нейробиологический механизм плацебо, могут быть использованы «целителями» в судебной практике.

Существует три выхода из сложившейся ситуации. Во-первых, можно прекратить все исследования плацебо. Изучая эффект плацебо, нейробиолог стремится объяснить уязвимые черты человеческой психики, которые лежат в основе социального взаимодействия (13). Выходит, что достижения современной нейронауки могут парадоксальным образом привести к упадку медицины, отбросив ее в Средние века, когда лечебный процесс опирался на заблуждения и ритуалы. Во-вторых, можно принять как данность, что ожидание пациента можно формировать любыми доступными средствами, подчас нелепыми и антинаучными. Этот подход представляется нам опасным. В-третьих, можно разработать новые способы коммуникации между научной средой и широкой общественностью. Безусловно, эта задача не из легких. Каждое новое научное достижение неизбежно будет этически уязвимым.

По мнению автора, именно в психиатрии и психологии этические проблемы представляют наибольшую сложность. При психических расстройствах, в первую очередь, при депрессии, тревожных и соматоформных расстройствах, люди чаще обращаются к нелепым методам и недобросовестным целителям. Таким образом, нейробиология внушения и эффект плацебо ставят перед нами этическую дилемму. Изучение слабых и уязвимых сторон психики человека открывает новые механизмы работы мозга, однако, эти же научные достижения могут привести к деградации общества. Требуются новые способы взаимодействия между научной средой, регулирующими органами и средствами массовой информации.

Приведем наиболее важные вопросы, на которые пока не получено ответа. До какого этически допустимого предела можно доводить ожидание пациента? Все

ли средства хороши – и сахарные пилюли, и «волшебные» талисманы? Что делать с пациентами, которые верят в талисманы, но не верят в таблетки и инъекции? Допустимо ли использовать талисманы для активации нейрохимических механизмов? Ответы на эти вопросы нужно найти уже в ближайшем будущем.

Выражение благодарности автора

Настоящая публикация поддержана грантами от администрации Пьемонта (Турин, Италия) и фонда Volkswagen Foundation (Ганновер, Германия).

Литература:

1. Benedetti F. Placebo effects: understanding the mechanisms in health and disease. Oxford: Oxford University Press, 2008.
2. Benedetti F, Carlino E, Pollo A. How placebos change the patient's brain. *Neuropsychopharmacol Rev* 2011;36:339-54.
3. Finniss DG, Kaptchuk TJ, Miller F et al. Biological, clinical, and ethical advances of placebo effects. *Lancet* 2010;375:686-95.
4. Eippert F, Bingel U, Schoell ED et al. Activation of the opioidergic descending pain control system underlies placebo analgesia. *Neuron* 2009;63:533-43.
5. Benedetti F, Amanzio M, Rosato R et al. Non-opioid placebo analgesia is mediated by CB1 cannabinoid receptors. *Nature Med* 2011;17:1228-30.
6. Benedetti F, Amanzio M, Thoen W. Disruption of opioid-induced placebo responses by activation of cholecystokinin type-2 receptors. *Psychopharmacology* 2011;213:791-7.
7. Scott DJ, Stohler CS, Egnatuk CM et al. Placebo and nocebo effects are defined by opposite opioid and dopaminergic responses. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:220-31.
8. Tracey I. Getting the pain you expect: mechanisms of placebo, nocebo and reappraisal effects in humans. *Nature Med* 2010;16:1277-83.
9. Benedetti F. Mechanisms of placebo and placebo-related effects across diseases and treatments. *Annu Rev Pharmacol Toxicol* 2008; 48:33-60.
10. Colloca L, Lopiano L, Lanotte M et al. Overt versus covert treatment for pain, anxiety and Parkinson's disease. *Lancet Neurol* 2004;3:679- 84.
11. Benedetti F, Carlino E, Pollo A. Hidden administration of drugs. *Clin Pharmacol Ther* 2011;90:651-61.
12. Bingel U, Wanigasekera V, Wiech K et al. The effect of treatment expectation on drug efficacy: imaging the analgesic benefit of the opioid remifentanyl. *Science Transl Med* 2011;3:70-14.
13. Benedetti F. *The patient's brain: the neuroscience behind the doctor-patient relationship*. Oxford: Oxford University Press, 2010.
14. Miller FG, Colloca L. The legitimacy of placebo treatments in clinical practice: evidence and ethics. *Am J Bioeth* 2009;9:39-47.
15. Miller FG, Colloca L. The placebo phenomenon and medical ethics: rethinking the relationship between informed consent and risk-benefit assessment. *Theor Med Bioeth* 2011;32:229-43.

Прогнозирование уровня функциональной нетрудоспособности у больных шизофренией: когнитивный дефицит, функциональные способности, симптомы и общесоматическое состояние

Philip D. Harvey, Martin Strassnig

Department of Psychiatry, University of Miami Miller School of Medicine, 1120 NW 14th Street, Suite 1450, Miami, FL 33136, USA

Перевод: Войнова Н.А. (Москва)

Редактор: Павличенко А.В. (Москва)

Нетрудоспособность при шизофрении – распространенное явление, рефрактерное к современной медикаментозной терапии. Несостоятельность больных шизофренией в обыденной жизни является причиной огромных не прямых экономических потерь, которые могут превышать прямые затраты, связанные с купированием психотической симптоматики, не менее, чем в три раза. В связи с этим, лечебные мероприятия, направленные на устранение нетрудоспособности, крайне актуальны. Чтобы эффективно лечить нетрудоспособность, в первую очередь, нужно выделить и обозначить ее причины. По всей видимости, этих причин множество и они частично друг с другом перекрываются. Данная статья посвящена обзору литературы по прогнозу нетрудоспособности при шизофрении. Мы считаем, что когнитивное функционирование, ограничение функциональных способностей, определенные клинические симптомы, а также различные социальные и внешние факторы непосредственно друг с другом связаны. Более того, мы предполагаем, что изменения общесоматического состояния, как недавно показано, является весьма распространенным явлением при тяжелом психическом заболевании, и также может вносить вклад в развитие нетрудоспособности независимо от других, хорошо изученных причин. Мы полагаем, что, помимо мероприятий, которые нацелены на улучшение когнитивных функций, тренинг навыков и социальную поддержку, при прогнозировании реального уровня функционирования и объема терапевтических вмешательств, направленных на устранение нетрудоспособности, нужно также учитывать изменения общесоматического состояния пациентов.

Ключевые слова: шизофрения, нетрудоспособность, когнитивные функции, функциональные способности, внутренняя мотивация, внешние факторы, общесоматическое состояние

(*World Psychiatry* 2012; 11:73-79)

Шизофрения – одно из наиболее инвалидирующих заболеваний (1), а больные шизофренией испытывают сложности в различных сферах своей повседневной жизни (2). Большая часть этих нарушений одинакова в различных странах и культурах. Так, пациенты из развитых и развивающихся стран со сходными демографическими характеристиками демонстрируют схожий уровень снижения функциональных возможностей (3,4).

Сниженная у больных шизофренией способность справляться с когнитивными и функциональными задачами имеет несколько аспектов, включая когнитивное функционирование, измеряемое с помощью выполнения нейропсихологических тестов (5) и инструментов, направленных на прицельную оценку функциональных навыков (6). Кроме того, различные внешние и культуральные факторы могут влиять на повседневную жизнь, причем как в позитивном, так и в нежелательном направлении. Сюда относятся пособие по инвалидности, определенные возможности, поддержка в местах проживания больных, а также различные элементы общественного отношения и стигматизации (7, 8).

Симптомы заболевания, включая депрессию, негативную и психотическую симптоматику, а также критику к болезни также влияют на уровень функционирования (9). Примечательно, что данные факторы, по-видимому, воздействуют на уровень функционирования не через изменения трудоспособности, а напрямую, и не затрагивают способности, лежащие в ее основе.

В конечном счете, есть множество факторов, влияющих на повседневную жизнь людей без серьезных психических расстройств, которым уделялось мало внимания в научных исследованиях, несмотря на тот факт, что они достаточно распространены у лиц с тяжелыми психическими заболеваниями. Эти факторы включают метаболические нарушения, заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а также их последствия для жизни. Хотя наличие этих состояний у боль-

ных шизофренией хорошо известно (10), до настоящего времени было предпринято всего лишь несколько попыток определить, в какой степени они влияют на повседневное функционирование и где именно оно может проявиться.

В данной статье приведены конкретные данные, позволяющие оценить влияния различных факторов на повседневную жизнь больных шизофренией. Этот обзор базируется на анализе опубликованных работ, в которых исследуется связь между различными факторами, потенциально влияющими на прогноз, и исходами заболевания. Кроме того, мы предлагаем несколько дополнительных областей исследования, которые, по-видимому, помогут лучше понять ранее малоизвестные данные об изменениях нетрудоспособности в повседневной жизни. Мы также рассмотрим, насколько вышеуказанные факторы могут уменьшить показатели нетрудоспособности при шизофрении, если их направить в правильное русло.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПОСЕДНЕВНУЮ ЖИЗНЬ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Несмотря на то, что психотические симптомы при шизофрении и других тяжелых психических расстройствах наиболее показательны, самой дорогой проблемой при них является снижение функционирования, которое может приводить к значительно большему материальным затратам, чем те, которые связаны с лечением психотического расстройства, включая траты на медикаментозное лечение и госпитализации. Снижение функционирования у больных шизофренией охватывает такие важные области как самообслуживание, креативность и социальное функционирование (11). В жизни больные значительно реже, чем их здоровые сверстники, достигают определенных высот, а многие функциональные навыки (т.е. социальные, профессиональные, самостоятельного проживания) у них развиваются на более низком уровне.

Снижение функционирования – сложное явление, в развитие которого принимают участие множество факторов. Среди них можно выделить способность применять полученные навыки, мотивация к их использованию, распознавание ситуаций, где они могут оказаться успешными, а также факторы, которые мешают проявиться способностям, мотивации и распознаванию ситуаций, требующих наилучшего использования навыков. Эти негативные факторы включают симптомы основного заболевания, общесоматическое состояние и побочные эффекты лекарственных препаратов. Кроме того, существуют внешние факторы, которые прямо и косвенно влияют на повседневное функционирование. Прямые влияния включают в себя отсутствие возможностей добиться определенных целей (например, проживание в среде, где никто не говорит на твоём родном языке; высокий уровень безработицы) или правовые ограничения (напр., статус иммигранта). Непрямые влияния включают различные препятствия, в частности, неадекватная разница между пособием по инвалидности и медицинской страховкой, что вынуждает людей выбирать между желанием работать или получать лечения их заболевания.

На схеме 1 мы выделали группу факторов, приводящих к снижению функционирования. Прямые влияния включают функциональные способности, социальную когницию, клинические симптомы, внешние факторы и соматическое состояние. Некоторые из них изучались более тщательно, чем другие, а многие вообще никогда не привлекали внимание в рамках систематического мультивариантного исследования, включающего все или хотя бы некоторые из потенциальных предикторов.

Кроме того, влияние некоторых факторов на функциональный исход заболевания (таких, например, как выполнение нейрокогнитивных тестов), оказалось значительно более значимым тогда, когда другие, промежуточные факторы (такие, например, как уровень функциональных возможностей), в расчет не принимались. Подобным образом многие проявления шизофрении оказывают влияние на исход, не затрагивая их фундаментальные области: когнитивную деятельность, функциональные возможности и социальную когницию. Таким образом, наша модель является не результатом мета-анализа, а скорее теоретическим конструктом влияния многих потенциальных факторов на функциональную несостоятельность в повседневной жизни, составленную путем многократных исследований больных шизофренией.

КОГНИТИВНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ

За последние 20 лет отмечалась вспышка интереса в отношении влияния когнитивного дефицита на повседневную жизнь. Было представлено много детальных обзоров, поэтому мы, в свою очередь, только представим их результаты и не станем вдаваться в подро-

сти. Некоторые из них особенно важны. В частности, к ним относятся величина корреляции между когнитивным дефицитом и уровнем снижения повседневного функционирования, особенности их взаимосвязи в различных сферах когнитивных способностей, а также то, какие именно аспекты повседневного функционирования в большей или меньшей мере связаны с когнитивным снижением.

Результаты исследований в целом согласуются друг с другом. Отдельные сферы когнитивных способностей (например, обучение, внимание, исполнительские функции) в малой и умеренной степени соотносятся с глобальными показателями повседневного функционирования (12). Однако их суммарные баллы в целом имеют средние и высокие корреляции с уровнем повседневного функционирования (5, 12). Когда уровень функционирования оценивается клиницистом, то его корреляция с когнитивной сферой оказывается выше, чем при оценке самих больных (13). Существует лишь единичные доказательства того, что определенные области когнитивного дефицита predisполагают к развитию специфических областей функционального снижения. Возможно, последнее обстоятельство связано с тем, что «специфический» когнитивный дефицит определяется с помощью нейропсихологических тестов, которые сами по себе мультифакторны. Большинство исследований говорит о том, что есть определенные функциональные области, в частности, социальные исходы, которые определяются снижением не столько когнитивных функций, сколько другими сферами, такими как снижение социальной когниции (14) и негативные симптомы (15).

Возможность самостоятельно решать жилищные проблемы, по-видимому, наиболее тесно связано с сохранностью когнитивной сферы (11). Многие больные шизофренией не ищут работу, поэтому значимость связи между когнитивными возможностями и трудоустройством, возможно, не очень высока. Однако, если пациенты участвуют в реабилитационных программах и пытаются найти работу, то более высокие исходные показатели когнитивного функционирования и улучшение когнитивной деятельности в результате коррекционных мероприятий определяют их успешность в профессиональной сфере (16,17). Таким образом, если мы хотим предсказать успешность пациента найти работу, исходя из уровня снижения его когнитивных функций, то мы должны учитывать его непосредственное желание найти и удерживаться на ней.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ СПОСОБНОСТИ (FUNCTIONAL CAPACITY)

Это быстро развивающаяся концепция обращается к навыкам, лежащим в основе успешного функционирования. Они включают способность справляться с бытовыми проблемами, работу и социальные навыки (18). Указанные способности можно измерить с помощью тестов, сходных с комплексом нейропсихологических методик в отношении структуры, методов количественной оценки и интерпретации результатов, которые не просто опираются на самоотчет пациента, внешние обстоятельства, или персональную мотивацию к достижению необходимого результата. Соответственно, можно точно определить, сможет ли человек использовать навыки, необходимые для работы или независимого проживания, даже в том случае, если он длительное время до этого не работал или у него не было средств снимать отдельное жилье.

Некоторые исследования показали, что показатели функциональных способностей коррелируют с результатами повседневного функционирования не меньше, чем данные когнитивного функционирования (9). Кроме того, корреляция между результатами выполнения нейропсихологических тестов и результа-

Схема 1. Предикторы нетрудоспособности в повседневной жизни у больных шизофренией.



тами оценки функциональных способностей достаточно высока, в среднем около $r = 0,6$ и более (что с завидным постоянством встречается в разных исследованиях) (13). Предполагалось, что уровень когнитивного снижения влияет на функционирование через связь с функциональными способностями (19). Так, когнитивный дефицит может ослабить способность справляться с повседневными проблемами, что, в свою очередь, снижает вероятность успешной адаптации.

В нескольких работах было показано, что когнитивное функционирование, без учета влияния функциональных способностей, в минимальной степени воздействует на повседневную жизнь (9, 19). Однако, принимая во внимание высокую корреляцию между выполнением нейропсихологических тестов и параметрами функциональных способностей, некоторые исследователи обнаружили противоположный результат: показатели выполнения этих тестов могут объяснить все трудности в повседневной жизни, а функциональные способности при этом совсем не важны (20). Вероятно, последний результат является статистической погрешностью, так как большинство других работ говорят о том, что функциональные способности имеют выраженную связь с уровнем повседневного функционирования, а не наоборот.

Недавно было проведено систематическое крупномасштабное исследование (6), целью которого являлось определить те параметры функциональных способностей, которые одновременно связаны и с когнитивными способностями и с повседневным функционированием. Результаты этого исследования показали, что различные параметры функциональных способностей в высокой степени коррелировали с нейропсихологическими функциями, были связаны с повседневным функционированием, а также на протяжении как длительного, так и короткого времени имели психометрические свойства, связанные с нейропсихологическими переменными. Другие исследования показали, что параметры функциональных способностей имеют психометрические свойства (ретестовая надежность, дисперсия, практические эффекты), очень похожие на те, которые выявляемые в нейропсихологических тестах (21).

Чрезвычайно важными в отношении валидности параметров функциональных способностей (и особенно значимыми в плане их мирового признания) явились результаты, показавшие, что данные параметры оказались схожими в разных странах. Одним из аргументов, ранее высказываемым в пользу того, что нейропсихологическое функционирование является ключевой характеристикой шизофрении, являлось сходство выполнения нейропсихологических тестов на разных течениях болезни, в разных странах и культурах. Схожие данные были получены в отношении оценки функциональных способностей. Например, пациенты из Швеции и Нью-Йорка показали даже более сходные результаты при оценке функциональных способностей, чем при оценке их нейропсихологических характеристик (3). Несмотря на культуральные различия в отношении социальной поддержки больных шизофренией, эта схожесть сохранялась. Так, благодаря социальной поддержке, вероятность самостоятельного проживания больного шизофренией в Швеции почти в три раза выше, чем в Нью-Йорке.

В исследовании, проведенном Китае (4), было показано, что параметры функциональных способностей у больных шизофренией были более чувствительны, чем у здоровых лиц, в отношении уровня образования, охватывающем диапазон от 1 до 20 лет. Существенное значение уровня образования, даже вне его связи с болезнью, указывает на то, что жизнь более образованных людей более сложная и требует наличия большего числа функциональных навыков. С другой стороны, больные с диагнозом «шизофрения», окончившие кол-

ледж, показывают результаты, схожие со здоровыми людьми, окончившими только среднюю школу, что указывает на значительность нарушений, связанных с тяжелым психическим заболеванием по сравнению со здоровыми людьми. Уровень этих различий схож с данными предыдущих исследований, проведенных в США.

СОЦИАЛЬНАЯ КОГНИЦИЯ (SOCIAL COGNITION)

Как указывалось выше, социальная когнития, возможно, более тесно связано с социальными исходами заболевания, чем нейропсихологические характеристики (22). Социальная когнития, в целом, соотносится со сферой когнитивных способностей, но напрямую связано с навыками, необходимыми для социального функционирования, такими как межличностное понимание и взаимодействие. Сфера социальной когниции включает такие области как эмоциональное узнавание (зрительное и слуховое); предположение о том, какое впечатление ты производишь на окружающих; оценка намерений и другие, связанные с ними области (23). Некоторые обзоры (24,25) и недавно опубликованный мета-анализ (14) показали, что социальная когнития имеет устойчивые связи с социальным функционированием, включая такие важные в жизни человека события, как заключение брака или равнозначные им стабильные отношения, а также другие социальные функции, например, развитие и поддержание дружеских взаимоотношений.

Однако, одной из проблем, связанных с социальной когницией, является то, что ее дефиниция и измерение не так хорошо разработаны, как нейропсихологические характеристики или даже функциональные способности. О психометрических свойствах ее параметров известно очень мало и многие из них по-разному понимаются отдельными исследовательскими группами, что приводит к снижению сравнимости исследований, связанными с использованием стандартизированных нейропсихологических методов оценки. Более того, до сих пор существует крайне мало работ, посвященных изучению вклада социальной когниции в другие функциональные области, такие, например, как профессиональная занятость, где социальные способности необходимы для того, чтобы получить и суметь удержаться на разных работах.

КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ, ВКЛЮЧАЯ ДЕПРЕССИЮ

На основе межгруппового анализа было показано, что психотические симптомы при шизофрении очень незначительно влияют на повседневную функционирование (5). Хотя это может показаться странным, но пациенты с полной редукцией психотических симптомов все еще могут обнаруживать значительные сложности в различных функциональных сферах. Кроме того, больные с устойчивыми психотическими состояниями могут проживать самостоятельно. Последнее обстоятельство частично можно объяснить тем, что снижение когнитивного функционирования лишь в небольшой степени связано с текущей психотической симптоматикой. Подобный вывод в настоящее время также был показан в отношении функциональных способностей (9,19). Конечно, выраженное психотическое состояние, влияя на структуру и критичность, может быть главным препятствием в жизни. Как бы то ни было, эти изменчивые взаимоотношения между психозом и исходом в минимальной степени коррелируют друг с другом.

Другие симптомы шизофрении тоже оказывают влияние на повседневную жизнь. Например, негативные симптомы влияют на различные сферы жизни. В качестве примера можно взять социальную отгороженность и ее влияние на социальное функционирование. Социальная изоляция – классический негативный симптом, проявляющийся отсутствием заинтересован-

ности или активном избегании социальных контактах. Этот симптом, возможно, связан с ангедонией и другими областями, снижающими социальное подкрепление, которое происходит при взаимодействии с другими людьми (26). Было показано, что социальная изоляция более тесно связана с социальными исходами болезни, чем измеренные с помощью стандартных методик нейропсихологическое функционирование и показатели социальных навыков (15). Результат также интересен в плане возможных терапевтических вмешательств. Тренировка социальных навыков, хотя и является широко распространенной практикой, может быть бесполезной у того, чье нежелание участвовать в социальной жизни является первопричиной снижения социального функционирования.

В свое время активно обсуждались вопросы взаимоотношения негативных симптомов и когнитивного дефицита (27). Не вдаваясь в детали дискуссии, просто отметим, что несколько различных исследований показали, что можно отдельно измерить вклад когнитивного снижения и негативных симптомов в уровень функционирования. Кроме того, области негативных симптомов и когнитивной деятельности частично перекрываются, хотя уровень этого перекрытия достаточно мал по сравнению со значительно более существенными корреляциями между каждой из этих областей и повседневным функционированием.

Депрессия при шизофрении оказалась частично недооцененным и малоизученным явлением, если учесть ее широкую распространенность и влияния на уровень болезненности и летальности. Очевидно, что у многих больных шизофренией есть симптомы депрессии и могут встречаться критерии депрессивного расстройства одновременно с шизофренией. Было показано, что даже мягкие и умеренно выраженные аффективные симптомы оказывают негативное влияние на повседневное функционирование (28). Вопреки распространенному среди клиницистов мнению, данное неблагоприятное воздействие не является следствием негативного влияния депрессии на нейропсихологические или функциональные способности. Похоже, что это воздействие является более целенаправленным. Так, в трех исследованиях (9,19,29), включающих различных пациентов, нами было показано, что тяжесть депрессии лишь в очень малой степени коррелирует с результатами выполнения тестов на способности, при умеренно выраженной корреляции с повседневным функционированием. Исходя из данных наших собственных исследований, мы пришли к выводу, что депрессия является наиболее мощным предиктором снижения функционирования, имея более широкое (хотя и незначительно) влияние на исход заболевания, чем нейропсихологическая деятельность или функциональные способности (29). Таким образом, депрессию крайне важно принимать во внимание при попытке выяснить причины нетрудоспособности при шизофрении.

АНГЕДОНИЯ

В течение 100 лет, начиная с Крепелина и Блейлера, развивалась идея о том, что ангедония является ведущей характеристикой шизофрении. Последние достижения в области изучения негативных симптомов сделали большой шаг вперед в вопросах понимания комплексной природы изменения гедонистических способностей у больных шизофренией (30).

Многие повседневные действия, по-видимому, совершаются благодаря их подкрепляющим последствиям. Недавние исследования показали, что при шизофрении и депрессии могут быть задействованы различные виды ангедонии. Существенным элементом депрессии, по-видимому, является снижение способности испытывать удовольствие от выполнения потенциально

приятных действий (конечная [consummatory] ангедония). При шизофрении же, похоже, способность испытывать удовольствие сохраняется (26), однако, отмечается снижение способности предвидеть приятные события (предвосхищающая [anticipatory] ангедония). При предвосхищающей ангедонии больные испытывают трудности вспомнить свое поведение, которое приводило к положительному опыту и, следовательно, желание повторить эти действия снижается. Несклько работ, изучающих депрессию и ангедонию у больных шизофренией, показали увеличение частоты конечной (consummatory) ангедонии у больных шизофренией с сопутствующими депрессивными симптомами. Таким образом, лица с депрессивными симптомами при шизофрении могут иметь качественно похожий на лиц с одной лишь депрессией уровень гедонистического снижения (31). Лица с устойчивым когнитивным дефицитом, как это показано у больных шизофренией, возможно, также не могут восстановить в памяти предыдущий положительный опыт, вследствие чего они не могут предвидеть приятные последствия каждого поступка.

Недавние исследования показали, что пациенты, у которых по данным опросников отмечается снижение внутренней мотивации, имеют меньше пользы от лечения, направленного на улучшение когнитивных функций, чем более мотивированные больные (32, 33). Снижение желания прикладывать усилия, даже при том, что они посещают занятия, может приводить к меньшей вовлеченности в терапевтический процесс, что, возможно, приводит к менее интенсивной работе мозга и снижению положительного влияния от тренинга когнитивных навыков. Лечение ангедонии и связанного с ней снижения мотивации, похоже, могло бы быть важнейшей целью улучшения функционирования больных шизофренией.

ВНЕШНИЕ ФАКТОРЫ

Очевидно, внешние факторы связаны с обычной жизнью. Как правило, когда больные шизофренией собираются что-либо сделать, у них, в целом, меньше внутренних стимулов, чем у их здоровых сверстников, а само заболевание способствует дополнительным ограничениям возможностей. Люди, имеющие инвалидность на протяжении всей жизни, финансово уязвимы, возможно, не могут самостоятельно оплатить свое жилье, что, вместе с недостаточной семейной поддержкой, может приводить к череде неприятностей. Финансовые проблемы имеют и другие нежелательные последствия. Недостаточная обеспеченность одеждой может помешать найти работу, а бедность ограничивает пищевой рацион, что, в свою очередь, нежелательно сказывается на соматическом состоянии. Проживание в окружении бедных соседей также повышает риск быть ограбленным и подвергнуться физическому насилию, а больные шизофренией, по-видимому, намного чаще становятся жертвами криминальных действий. Кроме того, проживание в бедных районах также повышает конкуренцию в плане трудоустройства.

Некоторые другие внешние факторы также имеют важное значение. В США пособие по инвалидности и страхование здоровья для многих пациентов тесно связаны между собой. Так, поиск работы может приостановить страховые выплаты, и пациенты, которые стремятся выздороветь и найти работу, могут прекратить принимать лекарственную терапию на некоторое время. Несколько исследований показали, что единственный фактор, который мешает найти работу в США, – пособие по инвалидности, и не потому, что 400\$ в месяц достаточная для проживания сумма, а вследствие внутренней связи между пособием по инвалидности и страховкой, что делает поиск работы без преимуществ медицинского страхования малооправданным фактом (7, 8).

Экономические трудности также крайне негативно влияют на больных шизофренией вследствие уменьшения объема социальных программ. Кроме того, при экономической стагнации более квалифицированные психически здоровые работники могут стать более конкурентоспособными, чем они, при выполнении той же самой работы или в поиске жилья.

СОМАТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ

Больные шизофренией, имеют более высокие, по сравнению с общей популяцией (34, 35), показатели ожирения и сопутствующих медицинских заболеваний (сердечно-сосудистые расстройства, диабет, артериальная гипертензия). Недавно было показано, что факторы, ведущие к развитию ожирения, оказывают крайне негативное влияние на больных шизофренией. В нескольких работах было продемонстрировано каким образом ненормальный образ жизни, включая скудный рацион, малоподвижность, недостаток физической активности и высокий уровень курения, с одной стороны, и прием антипсихотических средств, с другой, приводит к значительно более высокому, чем в популяции, повышению показателей заболеваемости и летальности (36).

Тенденции шизофрении укорачивать продолжительность жизни больных усиливается недостаточностью выявления, регулярного контроля и лечения ожирения и связанных с ним метаболических нарушений, что наблюдается в практическом здравоохранении (37). Это привело к плачевной ситуации, когда пропасть между наблюдаемыми в последние годы успехами в отношении лечения клинических симптомов и качеством жизни, с одной стороны, и уровнем смертности у больных шизофренией, с другой, не только не уменьшается, но, возможно, даже увеличивается (38, 39).

Влиянию ожирения и соматических заболеваний на нетрудоспособность при шизофрении уделялось мало внимания, и они никогда не оценивались в плане их воздействия на клинические особенности, когнитивные процессы и функциональные способности. У психически здоровых людей, например, степень ожирения напрямую связано с ограничениями в обыденной жизни (от легкого снижения активности до полной нетрудоспособности в значимых сферах жизни), а более тяжелое ожирение имеет намного более выраженные негативные влияния (40).

Связанные с ожирением снижения подвижности, гибкости, координации, мышечных навыков, силы и походки ведут к трудностям в таких областях повседневной жизни (activities of daily living, ADLs) как одевание, принятие ванны, прохождение нескольких кварталов, подъем по лестнице, выполнение домашней работы, совершение покупок, пользование общественным транспортом и необходимость какой-либо энергичной работы (41). Эти проблемы обусловлены не только физическими объемами и связанными с ними нарушениями подвижности, но также и с другими дисфункциями (напр., снижение подвижности, гибкости и стойкости) или с наличием медицинских заболеваний, вызванных или усиленных наличием ожирения. С медицинской точки зрения, ущерб, наносимый атеросклерозом, гипергликемией и гипертензией организму, может стать причиной ухудшения когнитивных, моторных функций и походки (40). В качестве примеров можно привести инсульты, сердечные заболевания, сосудистую деменцию, плохое заживление ран и перемежающуюся хромоту.

Тучные больные, страдающие шизофренией, могут иметь схожее с психически здоровыми людьми снижение физической активности, приводящее к нетрудоспособности. Косвенно это подтверждают сами больные: говоря о качестве жизни, они чаще упоминают о своих физических, а не о психологических проблемах, что является результатом восприятия их физических

ограничений (42,43). Когда эти ограничения сочетаются с нарушениями, связанными с тяжелым психическим заболеванием, то негативные влияния могут взаимно усиливаться.

ФИЗИЧЕСКАЯ ФОРМА

В США больные шизофренией находятся в гораздо худшей физической форме, чем их психически здоровые сверстники. Их физические функциональные возможности, проявляющиеся в способности быть физически активными, заметно снижены (44, 45). Причинами этого являются снижение эффективности работы сердца и костно-мышечной системы, выносливости, скорости и, возможно, гибкости. Заболевания дыхательной системы, связанные, по всей видимости, с широкой распространенностью курения, проявляются в укорочении вдоха, который возникает после преодоления определенного нагрузки. Низкий уровень заболеваемости дыхательной системы, однако, может негативно сказаться на требующей умеренных нагрузок физической активности, которую становится трудно поддерживать (46). В это же время анаэробные виды деятельности, которые требуют повышенных физических усилий, бывает невозможно завершить, что также влечет за собой разнообразные последствия (47). Снижение активности может проявляться в том, например, что пациенты не хотят ходить по магазинам, посещать врача, не вовлекаются в профессиональную деятельность или не выполняют рекомендованные им физические упражнения, избегают вступать в контакт с другими пациентами и общественными институтами, так как предъявляемые к ним физические требования воспринимаются ими как чрезмерные или же попросту невыполнимые.

Недостаточность физической активности, в сочетании с малоподвижным образом жизни и нежелательными явлениями, связанными с различными видами лечения, приводит к снижению веры в собственные силы, развитию ожирения и инвалидизации. При улучшении физического самочувствия психически здоровые люди легче включаются в социальную и профессиональную деятельность, могут самостоятельно справляться с повседневными нагрузками, у них снижаются показатели инвалидности вследствие соматических заболеваний (48). Мы предполагаем, что подобное же снижение уровня инвалидности и улучшение повседневной жизни (ADLs) можно ожидать и у больных шизофренией. Поскольку некоторые из выше упомянутых клинических переменных – например, когнитивная деятельность, мотивация или негативные симптомы – могут снижать эффективность терапевтических вмешательств, направленным на улучшение физического состояния больных шизофренией, возможно, здесь потребуются внедрение специальных программ.

Таким образом, физические ограничения могут усилить функциональную недостаточность, которая может быть вызвана снижением когнитивных функций, клиническими симптомами и недостаточными функциональными способностями. В дальнейшем, физические ограничения ухудшают повседневную жизнь в тех сферах, где также действуют присущие шизофрении ограничения. Так, череда факторов, снижающих повседневное функционирование, включает когнитивный дефицит, ухудшение функциональных способностей, наличие определенных симптомов и, недавно сюда включенные, многочисленные соматические ограничения, связанные с отклонениями в состоянии здоровья.

ВЫВОДЫ

Нетрудоспособность при шизофрении является результатом взаимодействия множественных факторов. Они включают изменения в когнитивной сфере, область функциональных способностей, которая

активно изучалась в последнее годы, а также определенные клинические симптомы. Эти изменения исследовались в нескольких работах и обзорах. В итоге, ученые пришли к выводу, что с ними связано около половины изменений в повседневной жизни. Внешние факторы также в значительной мере влияют на повседневную жизнь, что подтверждается связью между пособиями по инвалидности, с одной стороны, и трудовой занятостью и состоянием жилищных условий, с другой.

Мы полагаем, что есть еще один дополнительный фактор, который может рассматриваться как предиктор нетрудоспособности при шизофрении, – плохое соматическое состояние. Его влияние проявляется на нескольких уровнях. Существуют прямые влияния, связанные с объемом тела, подвижностью и гибкостью. Кроме того, возникающие психологические изменения напрямую ухудшают повседневное функционирование, возможно, посредством влияния на когнитивные способности. В дополнение к этому, стигма, в любом случае, оказывает сильнейшее влияние на исходы тяжелых психических заболеваний, которая, вероятно, усиливается при присоединении ожирения.

Воздействие соматического состояния на исход шизофрении представляется несомненным, но оно еще не было достаточно изучено, как это было сделано в отношении других факторов. Мы полагаем, что будущие исследования, посвященные профилактики и лечению метаболических синдромов, будут также учитывать влияние изменения этих факторов на важнейшие сферы повседневной жизни.

Литература:

- Murray CJL, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contributions of risk factors: global burden of disease study. *Lancet* 1997; 349:1436-42.
- Harvey PD, Raykov T, Twamley EM et al. Validating the measurement of real-world functional outcome: Phase I results of the VALERO study. *Am J Psychiatry* (in press).
- Harvey PD, Helldin L, Bowie CR et al. Performance-based measurement of functional disability in schizophrenia: a cross-national study in the United States and Sweden. *Am J Psychiatry* 2009;166: 821-7.
- McIntosh BJ, Zhang XY, Kosten T et al. Performance based assessment of functional skills in severe mental illness: results of a largescale study in China. *J Psychiatr Res* 2011;45:1089-94.
- Green MF, Kern RS, Braff DL et al. Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the “right stuff”? *Schizophr Bull* 2000;26:119-36.
- Green MF, Schooler NR, Kern RD et al. Evaluation of functionally-meaningful measures for clinical trials of cognition enhancement in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2011;168:400-7.
- Rosenheck R, Leslie D, Keefe R et al. Barriers to employment for people with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2006;163:411-7.
- Rosenheck RA, Frisman LK, Sindelar J. Disability compensation and work: a comparison of veterans with psychiatric and nonpsychiatric impairments. *Psychiatr Serv* 1995; 46: 359-65.
- Bowie CR, Leung WW, Reichenberg A et al. Predicting schizophrenia patients' real world behavior with specific neuropsychological and functional capacity measures. *Biol Psychiatry* 2008;63:505-11.
- Newcomer JW. Second-generation (atypical) antipsychotics and metabolic effects: a comprehensive literature review. *CNS Drugs* 2005;19(Suppl. 1):1-93.
- Leung WW, Bowie CR, Harvey PD. Functional implications of neuropsychological normality and symptom remission in older outpatients diagnosed with schizophrenia: a cross-sectional study. *J Int Neuropsychol Soc* 2008;14:479-88.
- McClure MM, Bowie CR, Patterson TL et al. Correlations of functional capacity and neuropsychological performance in older patients with schizophrenia: evidence for specificity of relationships? *Schizophr Res* 2007;89:330-8.
- Leifker FR, Patterson TL, Heaton RK et al. Validating measures of real-world outcome: the results of the VALERO Expert Survey and RAND Panel. *Schizophr Bull* 2011;37:334-43.
- Fett AK, Viechtbauer W, Dominguez MD et al. The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: a meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev* 2011;35:573-88.
- Leifker FR, Bowie CR, Harvey PD. The determinants of everyday outcomes in schizophrenia: influences of cognitive impairment, clinical symptoms, and functional capacity. *Schizophr Res* 2009; 115:82-7.
- McGurk SR, Twamley EW, Sitzer DI et al. A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2007; 164:1791-802.
- McGurk SR, Mueser KT, Pascaris A. Cognitive training and supported employment for persons with severe mental illness: one-year results from a randomized controlled trial. *Schizophr Bull* 2005;31:898-909.
- Harvey PD, Velligan DI, Bellack AS. Performance-based measures of functional skills: usefulness in clinical treatment studies. *Schizophr Bull* 2007;33:1138-48.
- Bowie CR, Depp C, McGrath JA et al. Prediction of real world functional disability in chronic mental disorders: a comparison of schizophrenia and bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2010;167:1116-24.
- Heinrichs RW, Ammari N, Miles AA et al. Cognitive performance and functional competence as predictors of community independence in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2010;36:381-7.
- Leifker FR, Patterson TL, Bowie CR et al. Psychometric properties of performance-based measurements of functional capacity. *Schizophr Res* 2010;119:246-52.
- Harvey PD, Penn DL. Social cognition: the key factor predicting social outcome in people with schizophrenia? *Psychiatry* 2010; 7:41-4.
- Penn DL, Sanna LJ, Roberts DL. Social cognition in schizophrenia: an overview. *Schizophr Bull* 2008;34:408-11.
- Couture SM, Penn DL, Roberts DL. The functional significance of social cognition in schizophrenia: a review. *Schizophr Bull* 2006; 32:S44-S563.
- Green MF, Leitman DI. Social cognition in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2008;34:670-2.
- Gard DE, Kring AM, Gard MG et al. Anhedonia in schizophrenia: distinctions between anticipatory and consummatory pleasure. *Schizophr Res* 2007;93:253-60.
- Harvey PD, Koren D, Reichenberg A et al. Negative symptoms and cognitive deficits: what is the nature of their relationship? *Schizophr Bull* 2006;32:250-8.
- Reickmann N, Reichenberg A, Bowie CR et al. Depressed mood and its functional correlates in institutionalized schizophrenia patients. *Schizophr Res* 2005;77:179-87.
- Sabbag S, Twamley EW, Vella L et al. Predictors of the accuracy of self assessment of everyday functioning in people with schizophrenia. Submitted for publication.
- Horan WP, Kring AM, Gur RE et al. Development and psychometric validation of the Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms (CAINS). *Schizophr Res* 2011;132:140-5.
- Kollias CT, Kontaxakis VP, Havaki-Kontaxaki BJ et al. Association of physical and social anhedonia with depression in the acute phase of schizophrenia. *Psychopathology* 2008; 41:365-70.
- Medalia A, Revheim N, Casey M. Remediation of memory disorders in schizophrenia. *Psychol Med* 2000;30:1451-9.
- Choi J, Mogami T, Medalia T. Intrinsic Motivation Inventory: an adapted measure for schizophrenia research. *Schizophr Bull* 2010; 36:966-76.
- Allison DB, Newcomer JW, Dunn AL et al. Obesity among those with mental disorders: a National Institute of Mental Health meeting report. *Am J Prev Med* 2009;36:341-50.
- Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D et al. Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *Am Heart J* 2005;150: 1115-21.

36. Newcomer JW, Hennekens CH. Severe mental illness and risk of cardiovascular disease. *JAMA* 2007;298:1794-6.
37. De Hert M, Correll CU, Bobes J et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry* 2011;10:52-77.
38. Hoang U, Stewart R, Goldacre MJ. Mortality after hospital discharge for people with schizophrenia or bipolar disorder: retrospective study of linked English hospital episode statistics, 1999-2006. *BMJ* (in press).
39. Capasso RM, Lineberry TW, Bostwick JM et al. Mortality in schizophrenia and schizoaffective disorder: an Olmsted County, Minnesota cohort: 1950-2005. *Schizophr Res* 2008;98:287-94.
40. Alley DE, Chang VW. The changing relationship of obesity and disability, 1988-2004. *JAMA* 2007;29:2020-7.
41. Jain NB, Al Adawi S, Dorvlo AS et al. Association between body mass index and functional independence measure in patients with deconditioning. *Am J Phys Med Rehabil* 2008; 87:21-5.
42. Strassnig M, Brar JS, Ganguli R. Body mass index and quality of life in community-dwelling patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2003;62:73-6.
43. Kolotkin R, Corey-Lisle PK, Crosby RD et al. Impact of obesity on health-related quality of life in schizophrenia and bipolar disorder. *Obesity* 2008;16:749-54.
44. Strassnig M, Brar JS, Ganguli R. Low cardiorespiratory fitness and physical functional capacity in obese patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2011;126:103-9.
45. Vankampfort D, Probst M, Scheewe T et al. Lack of physical activity during leisure time contributes to an impaired health related quality of life in patients with early schizophrenia. *Schizophr Res* 2011;129:122-7.
46. Parameswaran K, Todd DC, Soth M. Altered respiratory physiology in obesity. *Can Respir J* 2006;13:203-10.
47. Fleg JL, Piña IL, Balady G et al. Assessment of functional capacity in clinical and research applications: an advisory from the Committee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention, Council on Clinical Cardiology, American Heart Association. *Circulation* 2000;102: 1591-7.
48. Fentem PH. ABC of sports medicine. Benefits of exercise in health and disease. *BMJ* 1994;308:1291-5.

Классификация расстройств приема пищи: обзор доказательных данных и предложения для МКБ-11

Rudolf Uher^{1,2}, Michael Rutter¹

¹Social, Genetic and Developmental Psychiatry Centre, Institute of Psychiatry, King's College London, UK;

²Department of Psychiatry, Dalhousie University, Halifax, NS, Canada

Перевод: Алфимов П.В. (Москва)

Редактор: Карпенко О.А. (Москва)

Существующая классификация расстройств приема пищи не справляется со своими задачами. Она игнорирует непрерывный характер болезненных проявлений, которые начинаются в детстве и продолжаются в подростковом и зрелом возрасте. При использовании существующей классификации часто приходится прибегать к смене диагноза, чтобы «подогнать» его под естественное течение заболевания. Классификация оторвана от клинической практики, из-за чего исследователи вынуждены вносить в диагнозы несистематические изменения. Классификация расстройств приема пищи в МКБ-11 требует значительной модификации. Авторами проведен обзор возрастных и кросс-культуральных различий в течении и клинических проявлениях расстройств приема пищи. Выдвинуты следующие предположения: а) расстройства приема пищи нужно сгруппировать и выделить категории, которые были бы применимы к разным возрастным группам; б) диагностические рамки нервной анорексии нужно расширить следующим образом: удалить критерий аменореи, включить в весовой критерий любую значимую потерю веса, расширить когнитивный критерий, чтобы допустить оценку возрастных симптомов и симптомов со значимым культуральным подтекстом; в) показатель тяжести «опасно низкая масса тела» должен применяться к тяжелым случаям нервной анорексии с неблагоприятным прогнозом; г) нервная булимия должна включать субъективное компульсивное переедание; д) компульсивное переедание нужно выделить как отдельную категорию, которая бы определялась наличием объективных или субъективных приступов переедания и отсутствием регулярного компенсаторного поведения; е) расстройство избирательного питания (рестриктивное расстройство приема пищи) должно относиться к избирательному питанию у детей и взрослых в отсутствии психопатологических симптомов, связанных с фигурой или массой тела; ж) должен применяться универсальный временной критерий, равный четырем неделям.

Ключевые слова: расстройства приема пищи, расстройства приема пищи в младенческом и детском возрасте, классификация, диагностическая стабильность, кросс-культуральная психиатрия, возрастная психопатология.

(*World Psychiatry* 2012;11:80-92)

Классификация расстройств приема пищи (РПП) в МКБ-10 и DSM-IV является неудовлетворительной. Можно выделить четыре основных недостатка этих диагностических систем. Во-первых, у большинства пациентов психопатологические симптомы, связанные с приемом пищи, не подходят под критерии отдельных расстройств и классифицируются как «другое расстройство» или «РПП без дополнительного уточнения». Во-вторых, у многих пациентов с расстройством приема пищи, со временем приходится менять диагноз, вместо того, чтобы использовать один диагноз, отражающий симптоматику в разном возрасте. В-третьих, во многих клинических исследованиях авторы вынуждены использовать модифицированные диагностические критерии, которые лучше отражают клиническую действительность. В-четвертых, несмотря на то, что сведения о расстройствах питания в детском возрасте обычно упоминаются в анамнезе подростков и взрослых с РПП, связь между детскими РПП и РПП у подростков и взрослых мало исследована. В настоящее время многие исследователи пытаются уточнить роль возрастных и культуральных факторов в развитии расстройств приема пищи.

Неудивительно, что Всемирная организация здравоохранения и Американская психиатрическая ассоциация собираются внести значительные изменения в будущие версии своих классификаций. В литературе можно найти ряд предложений по изменениям. Настоящий обзор представляет собой попытку сравнительного анализа доказательных данных, связанных с классификацией расстройств приема пищи, и модификаций будущей версии МКБ.

МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ

Международная классификация болезней (МКБ) была разработана для облегчения работы медицинских специалистов в различных клинических условиях по всему миру. Диагностические категории МКБ долж-

ны быть применимы в клинике, должны основываться в большей степени на результатах крупных клинических и эпидемиологических исследований, чем на данных фундаментальных и этиологических исследований [1]. Особого внимания требуют кросс-культуральная валидность диагностических критериев и потребности клиницистов из стран с низким доходом [1].

Предложено несколько концептуальных направлений в разработке МКБ-11 [2]. Во-первых, с учетом растущего объема данных о преемственности между расстройствами детского, подросткового и взрослого периодов жизни, предложено убрать группирование расстройств по преимущественному началу в детском и подростковом возрасте. Вместо этого нужно сгруппировать расстройства по психопатологическим симптомам и разработать концепцию возрастного континуума, который допускает начало одних и тех же расстройств в детском, подростковом и взрослом периодах.

Во-вторых, МКБ-10 и DSM-IV содержат чрезмерно большое количество «слишком конкретизированных» диагнозов, что ведет к искусственному завышению показателя коморбидности и частому использованию неинформативных категорий «РПП без дополнительного уточнения» (БДУ) и «другое расстройство» [2]. Требуется обосновать (с позиции доказательной медицины) не только добавление новых или изменение существующих категорий, но и сохранение старых. Пересмотр границ некоторых расстройств может улучшить диагностику большинства клинически значимых форм (будет предотвращено чрезмерно частое использование неинформативной категории «БДУ»).

В МКБ используется «прототипический подход» – характеристики той или иной диагностической категории представлены в «повествовательном» (описательном) формате, наиболее удобном для практикующих врачей [3,4]. В МКБ для модуляции диагностических порогов редко используются критерии продолжительности, частоты и точного количества эпизодов заболева-

ния. Критерии продолжительности зачастую недостоверны и сложны в запоминании. Предложен универсальный временной критерий, равный четырем неделям, он не будет использоваться для диагностики состояний, требующих срочного вмешательства (например, делирия, мании, кататонии), а также быстро манифестирующих непродолжительных расстройств (например, «интермиттирующего эксплозивного расстройства»).

В-четвертых, в основную часть новой классификации предлагается включить категории, которые оказались полезными в клинической практике, но еще не были валидизированы по некоторым критериям (эти категории нужно отметить как «требующие дополнительного изучения»).

В-пятых, для отражения многофакторного характера большинства психических расстройств, в МКБ-11 предлагается убрать разделение между органическими и функциональными расстройствами.

КЛИНИЧЕСКИЕ ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

Весомым аргументом против модификации МКБ является то, что из-за введения новых диагностических критериев результаты исследований, проведенных в прошлом, станут недостоверными. Авторы провели тщательный анализ существующих доказательных данных и их роли в классификации РПП. Проведен обзор недавних клинических исследований по лечению РПП, опубликованных в шести ведущих психиатрических изданиях (*Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *American Journal of Psychiatry*, *Archives of General Psychiatry*, *British Journal of Psychiatry* and *Psychological Medicine*) с января 2000 г. по май 2011 г.

Обзор было включено 18 клинических исследований (см. таблицу 1). Семь исследований были посвящены терапии нервной анорексии. В трех из них (2000 – 2003 гг.) использовались «строгие» критерии DSM-IV или МКБ-10. В четырех недавних исследованиях (2005 – 2010 гг.) использовались расширенные критерии, т. е. была исключена аменорея и (или) смягчен весовой критерий. Одиннадцать исследований были посвящены терапии нервной булимии и связанных заболеваний. В трех из них (2000 – 2003 гг.) использовались «строгие» критерии DSM-IV или DSM-III-R. В восьми исследованиях (2001 – 2009 гг.) использовались расширенные критерии, т. е. в дополнение к нервной булимии включались РПП БДУ по булимическому типу или все РПП без дефицита массы тела.

Стремление исследователей к расширению критериев включения отражает недостаток существующих диагностических систем и желание исследователей приблизиться к клинической действительности. За последние семь лет в перечисленных журналах не было опубликовано ни одного исследования, в котором бы использовались точные критерии DSM-IV или МКБ-10. В результате потеряна унификация критериев включения, т. е. нивелирована основная задача классификации – одинаковая диагностика одних и тех же групп пациентов в разных клинических условиях и исследованиях. По нашему мнению, изменение классификации не сделает существующие доказательные данные недостоверными, т. к. в современных исследованиях и так используются расширенные критерии.

ПРОБЛЕМА В КОНТЕКСТЕ ОСОБЕННОСТЕЙ РАЗВИТИЯ

Важной проблемой является связь между нарушением питания в младенческом и детском возрасте и РПП у взрослых. У взрослых пациентов с РПП в детском или младенческом анамнезе нередко выявляется какое-либо нарушение приема пищи при кормлении или избирательное расстройство приема пищи [23]. К сожалению,

эта закономерность недостаточно изучена. Некоторые авторы предполагают, что существует континуум РПП, который можно проследить с младенческого возраста до периода взрослой жизни [24–26]. Например, в крупном проспективном исследовании показано, что проблемы с кормлением в младенческом возрасте и склонность к недоеданию в детском возрасте являются предикторами нервной анорексии у взрослых (отношение рисков составило, соответственно, 2,6 и 2,7) [26]. В ретроспективном исследовании сиблингов показано, что в детском анамнезе женщин с нервной булимией чаще выявляются эпизоды переедания и быстрого приема пищи, по сравнению с их здоровыми сестрами [25]. К сожалению, в настоящее время существует нехватка данных о длительном наблюдении детей с РПП. Клиническая действительность показывает проблематичность разделения РПП у взрослых и РПП в младенческом и детском возрасте. С одной стороны, все чаще и чаще симптомы «взрослых» РПП встречаются у юных пациентов [27]. С другой стороны, у многих взрослых встречается характерная «детская» симптоматика, например недостаток массы тела, ограничивающее и селективное питание с отсутствием психопатологических симптомов, связанных с фигурой, которые характеризуют РПП и могут быть лучше описаны критериями РПП [28–31].

Схожесть между детскими и взрослыми психопатологическими симптомами РПП не учитывается из-за того, что существующие критерии формальны и не чувствительны к возрасту заболевания [28, 32–34]. Это ограничение очевидно, если проанализировать требования к когнитивному самоотчету в отношении веса, фигуры и образа тела. Считается, что дети и подростки не способны сформулировать соответствующие жалобы из-за недостаточно развитого абстрактного мышления [28, 32–34]. Предлагается использовать для диагностики поведенческие эквиваленты симптомов, оценка которых выполнялась бы клиницистами или родителями, школьным учителем и другими взрослыми лицами [32, 35, 36]. Примеры проблемного поведения, которое можно рассматривать в контексте патогенеза РПП: ребенок часто измеряет вес и оценивает фигуру, выражает беспокойство своим телом вербально или в рисунках. В случае нервной анорексии продромальными детскими симптомами могут являться ограничивающее пищевое поведение, эпизоды переедания и рвоты («очищения»). У детей и молодых подростков чаще возникают ограничивающее поведение, а у пациентов более позднего возраста чаще возникает переедание с очищающим поведением [32, 35, 37].

Среди исследователей существует следующий консенсус: требуется разработка единой классификации, охватывающей все возрастные группы и чувствительной к специфическим детским и подростковым симптомам. Такая классификация будет более точно отражать течение расстройств и континуум РПП в детском, подростковом и взрослом возрасте.

КУЛЬТУРАЛЬНЫЙ КОНТЕКСТ

Прием пищи играет важную культурную роль во многих сообществах. Приемлемые пищевые привычки различаются в разных религиозных и этнических группах, поэтому некоторые авторы относят РПП к «культурально-обусловленным синдромам» [39]. Важно отметить, что большинство опубликованных исследований было проведено на северо-американской и европейской популяциях. В последнее десятилетие появилось много данных о РПП из стран с развивающейся экономикой и стран, претерпевающих социокультурные изменения [39–41]. Накопленные данные показывают, что существующая классификация не обладает достаточной «культуральной чувствительностью» [42].

Нервную анорексию можно встретить в любой культуре, однако, чаще всего она встречается в сообще-

Таблица 1. Диагностические критерии в недавних клинических исследованиях расстройств приема пищи

Автор	Год	Лечение	Метод сравнения	N	Возрастная группа	Целевая популяция	Диагностические критерии включения
Нервная анорексия и связанные заболевания							
Lock et al (5)	2010	Семейная терапия	Индивидуальная терапия	121	Подростки	Нервная анорексия	Критерии DSM-IV с исключением аменореи
Loeb et al (6)	2007	Семейная терапия	----	20	Подростки	Нервная анорексия	Нервная анорексия или подпороговая нервная анорексия
Lock et al (7)	2005	Семейная терапия (короткая версия)	Семейная терапия (длинная версия)	86	Подростки	Нервная анорексия	Смягченный весовой критерий и исключение аменореи
McIntosh et al (8)	2005	КБТ/интерперсональная терапия	Стандартные клинические методы	56	Взрослые	Нервная анорексия	Строгий или мягкий весовой критерий
Pike et al (9)	2003	КБТ	Диетологическое консультирование	33	Взрослые	Нервная анорексия	DSM-IV
Dare et al (10)	2001	Психоанализ, когнитивный анализ и семейная терапия	Стандартное клиническое лечение	84	Взрослые	Нервная анорексия	DSM-IV
Eisler et al (11)	2000	Терапия нескольких семей	Семейная терапия	40	Подростки	Нервная анорексия	DSM-IV или МКБ-10
Нервная булимия и связанные заболевания							
Fairburn et al (12)	2009	КБТ	Ожидание	----	Взрослые	Расстройство приема пищи	Любое расстройство приема пищи с ИМТ>17,5
Schmidt et al (13)	2008	Компьютеризированная КБТ	Ожидание	96	Взрослые	Нервная булимия	Нервная булимия или РПП БДУ по булимическому типу
Schmidt et al (14)	2007	Семейная терапия	КБТ	85	Подростки	Нервная булимия	Нервная булимия или расстройство приема пищи БДУ по типу булимии
Le Grange et al (15)	2007	Семейная терапия	Терапия поддержкой	----	Подростки	Нервная булимия	Нервная булимия или «частичная» нервная булимия
Banasiak et al (16)	2005	Самопомощь под руководством врача	Ожидание	109	Взрослые	Нервная булимия	Полноценный синдром или подпороговое расстройство
Walsh et al (17)	2004	Флуоксетин	Самопомощь	91	Взрослые	Нервная булимия	Субъективные приступы переедания, частота 1 раз в неделю
Carter et al (18)	2003	КБТ-самопомощь	Ожидание	85	Взрослые	Нервная булимия	DSM-IV
Palmer et al (19)	2002	КБТ-самопомощь	Ожидание	121	Взрослые	Булимические расстройства	Нервная булимия, «частичная» нервная булимия или компульсивное переедание
Hsu et al (20)	2001	Когнитивная терапия	Диетологическое консультирование	100	Взрослые	Нервная булимия	DSM-III-R
Safer et al (21)	2001	Диалектическая бихевиоральная терапия	Ожидание	31	Взрослые	Нервная булимия	Один эпизод переедания и «очищения» в неделю
Agras et al (22)	2000	КБТ	Интерперсональная терапия	220	Взрослые	Нервная булимия	DSM-III-R

КБТ – когнитивно-бихевиоральная терапия, ИМТ – индекс массы тела, РПП – расстройство приема пищи, РПП БДУ – расстройство приема пищи без дополнительного уточнения

ствах, которые разделяют западные ценности и образ жизни и живут в достатке [40, 41, 43]. Например, на карибском острове Кюрасао все зарегистрированные случаи анорексии возникали у девушек со смешанным происхождением, которые провели часть жизни в США или Нидерландах. У коренных чернокожих девушек, которые никогда не бывали за границей, не зарегистрировано ни одного случая анорексии [40, 44]. Нервная анорексия относительно редко встречается среди чернокожих женщин в Африке, США и на Карибских островах [45–47]. В Чехии заболеваемость нервной анорексией резко возросла после падения «железного занавеса» – в это время общество подверглось влиянию западных ценностей и СМИ [41].

Кроме распространенности культурный контекст также влияет на клинические проявления нервной анорексии. Например, в Юго-Восточной Азии большинство пациенток с нервной анорексией объясняют ограничение приема пищи дискомфортными ощущениями в животе [28, 48]. Тем не менее, в незападных сообществах встречаются типичные симптомокомплексы нервной анорексии со страхом набрать вес, искажением образа тела и т. д. [28, 48–50]. Встречаемость типичной нервной анорексии в Юго-Восточной Азии ниже, чем в Западных странах, однако, выше, чем в Африке [50]. Показано, что при наличии у пациентов нетипичных способов рационализации своих симптомов в дальнейшей чаще развивается интенсивный

страх набора веса [51]. Чем больше влияние Западных ценностей в сообществе, тем больше вероятность возникновения у пациентов страха набрать вес [52]. Считается, что обе формы анорексии (со страхом набрать вес и без такого) являются контекстуально-зависимыми вариантами одного заболевания. Таким образом, страх набрать вес рекомендуется исключить из критериев нервной анорексии (диагноз будет устанавливаться на основе поведения, направленного на снижение веса и других психопатологических симптомов РПП).

Нервная булимия тесно связана с западными культурными стереотипами [38]. Существует мнение, что распространенность этого расстройства тем выше, чем больше влияние западных ценностей в обществе [38, 41, 43]. Типичная нервная булимия встречается в развивающихся странах, однако, ее распространенность там намного ниже, чем в странах Северной Америки и Западной Европы [43, 49, 50, 53]. Заболеваемость нервной булимией в отдельной стране или диаспоре коррелирует со степенью принятия западных ценностей и влиянием западных СМИ [41, 43, 52, 54]. Анализ симптомов нервной булимии и ее отграничение от условной нормы нужно проводить с учетом культурного контекста. Например, традиционное праздничное переизбытие с последующим употреблением природных слабительных средств среди аборигенов Тихоокеанских островов не считается патологией. С другой стороны, употребление этих же растительных слабительных в сочетании с другими психопатологическими симптомами вне культурально объяснимых событий указывает на наличие РПП [39, 55]. Мотивы поддержания стройной фигуры также могут зависеть от социоэкономического контекста. В странах с развивающейся экономикой стройная фигура может восприниматься как карьерное преимущество – нечто, что помогает найти хорошо оплачиваемую работу и подниматься по карьерной лестнице [42, 56, 57]. Пока неясно, влияют ли подобные культуральные особенности на долгосрочный прогноз заболевания и эффективность терапии. В США пациенты с нервной булимией, принадлежащие к этническим меньшинствам, реагируют на те же методы психологической терапии, что и американцы европеоидной расы [58].

Компульсивное переизбытие (binge eating disorder) сравнительно равномерно распространено в различных странах и этнических группах, однако существуют его культурально-обусловленные клинические варианты. Чернокожие женщины с компульсивным переизбытием в среднем имеют больший вес и в меньшей степени переживают о фигуре, весе и питании. У таких женщин в анамнезе реже встречается нервная булимия, однако, у них так же часто, как и в европеоидной популяции, возникают депрессивные симптомы и нетрудоспособность [59]. В целом, во всех этнических группах наблюдается взаимосвязь между компульсивным переизбытием, ожирением, неудовлетворенностью собственным весом и формой тела и общими психопатологическими симптомами [60, 61]. Растущее число чернокожих женщин с компульсивным переизбытием должно насторожить клиницистов и направить их внимание на этнические группы, которые не имеют европейских корней [59].

ВРЕМЕННАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ И ТРАНСФОРМАЦИЯ ДИАГНОЗА

В лонгитудинальных катамнестических исследованиях нервной анорексии и булимии показано, что со временем у значительного числа пациентов диагноз меняется на другое РПП [62–67]. Трансформация синдрома обычно происходит в первые годы заболевания и имеет определенную последовательность. Обычно ограничительная (рестриктивная) нервная анорексия трансформируется в компульсивное переизбытие с очи-

щающим поведением, а затем в нервную булимию [68–72]. Обратная трансформация встречается относительно редко. Приблизительно у 1/3 пациентов с исходным диагнозом нервной анорексии в течение 5 – 10 лет диагноз меняется на нервную булимию. Лишь у 10–15 % пациентов с исходным диагнозом нервной булимии развивается нервная анорексия [68, 70, 72]. У значительного числа пациентов с исходным диагнозом нервной булимии в последующем регистрируется диагноз компульсивного переизбытия или расстройства приема пищи без дополнительного уточнения (РПП БДУ) [65, 68]. Трансформация того или иного расстройства в РПП БДУ может считаться благоприятным промежуточным состоянием на пути к выздоровлению [68, 73, 74].

Трансформация диагноза может происходить в рамках континуума заболевания, которое началось в детстве и продолжилось в подростковом и взрослом возрасте. Дети и подростки с ограничительным пищевым поведением и гиперактивностью часто отрицают, что причиной их поведения является страх набрать вес, однако затем этот страх у них появляется и им устанавливается диагноз РПП (28, 33, 35).

Важно отметить, что «обратная» трансформация диагноза не является чем-то необычным. Например, у половины пациентов с текущим диагнозом нервной булимии и нервной анорексией в анамнезе в течение нескольких лет может произойти «рецидив» анорексии [70]. При длительно текущих РПП трансформация диагноза является правилом, а не исключением. У большинства пациентов за несколько лет диагноз может поменяться несколько раз [68, 70, 72]. Коморбидные депрессия и злоупотребление алкоголем связаны с большей нестабильностью диагноза РПП [68]. Частая смена диагноза наводит на мысль о том, что мы имеем дело с одним заболеванием.

«Последовательная» коморбидность различных РПП, вероятно, является артефактом классификационной системы, в которой используется несколько узко-специфических категорий с перекрывающимися психопатологическими симптомами. В МКБ-10 и DSM-IV различные РПП являются взаимоисключающими, поэтому их нельзя диагностировать одновременно. Однако последовательная установка этих диагнозов не запрещена. Ни МКБ-10, ни DSM-IV не учитывают динамику этих расстройств. Очевидно, что сложившееся положение дел неудовлетворительно. С одной стороны, создается слишком сложный паттерн «последовательной» коморбидности, с другой стороны опускается важная прогностическая информация. Например, у пациентов с текущим диагнозом нервной булимии присутствие в анамнезе нервной анорексии ухудшает прогноз и увеличивает шансы на обратную трансформацию диагноза [75]. Некоторые авторы предлагают относить нервную булимию к подтипу нервной анорексии [75].

Для радикального решения проблемы последовательной коморбидности может потребоваться установка ограничений на частую смену диагнозов (например, диагноз НА должен сохраняться в течение одного года после нормализации веса) или внесение в классификацию категории «смешанного расстройства приема пищи», которое бы описывало случаи с последовательной сменой нервной анорексии на нервную булимию и наоборот.

РАССТРОЙСТВА ПРИЕМА ПИЩИ В МЛАДЕНЧЕСКОМ И ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Расстройства приема пищи младенческого/детского возраста и подросткового/взрослого возраста классифицируются в разных разделах МКБ-10 и DSM-IV. Расстройства приема пищи младенческого и детского возраста включают отказ от приема пищи, селективный (избирательный) прием пищи, регургитацию пищи с последующим повторным жеванием и без него, а также

употребление несъедобных веществ (парорексия). Проблема этой рубрики заключается в том, что она включает одно гетерогенное расстройство с четкими границами и два редко встречающихся специфических расстройства, которые выявляются как у взрослых, так и у детей [76, 77].

Некоторыми авторами предложены альтернативные классификации РПП. В них гетерогенная категория РПП разделяется на четыре – шесть специфических расстройств [78–80], в ней особое внимание уделяется особенностям вскармливания, а также рассматривается роль ухаживающего лица (родителя) в контексте РПП младенческого и детского возраста [80, 81]. В этих альтернативных классификациях выявляется ряд серьезных недоработок: во-первых, многие клинические случаи остаются за рамками строго очерченных специфических категорий; во-вторых, отдельные расстройства со сложным многофакторным генезом относятся в группы с единой этиологией. В результате ни одна из предложенных альтернативных классификаций не получила широкого распространения. Несколько проще дело обстоит с парорексией и регургитацией, т. к. это довольно «узкие», хорошо различимые синдромы. Тем не менее, и тот и другой синдром нередко встречается у взрослых, а также в контексте других психических (аутизм, врожденной слабоумие и др.) и соматических состояний (дефицит железа, беременность и др.). Наиболее правильной представляется следующая точка зрения: парорексия и регургитация должны диагностироваться на основе поведения, независимо от возраста пациента [76].

РЕСТРИКТИВНОЕ (ОГРАНИЧИТЕЛЬНОЕ) РАССТРОЙСТВО ПРИЕМА ПИЩИ

Рестриктивное (ограничительное) расстройство приема пищи (РППП) предложено в качестве замены неспецифических категорий РПП в младенческом и детском возрасте, а также включает случаи ограничения приема пищи у подростков и взрослых с мотивацией, отличной от страха ожирения и увеличения веса [76].

Симптоматика РППП частично перекрывается с симптоматикой нервной анорексии (ограничение приема пищи и снижение массы тела), однако, при этих расстройствах различаются психопатологические симптомы и мотивация пациентов. При РППП пациенты часто избегают продуктов особого цвета или текстуры, ограничивают свой рацион «безопасными» продуктами и др. Кроме того, при РППП обычно не наблюдается значительных нарушений образа тела.

В диагностике этого расстройства очень важно определение нормы. Как правило, РППП можно диагностировать, если ограничительное поведение приводит к задержке развития у детей, слабости, анемии и других соматическим последствиям в любой возрастной группе, а также к нарушению развития плода у беременных женщин. Диетические предпочтения, получившие широкое распространение в отдельных популяциях (например, вегетарианство, голодание по религиозным мотивам и др.) не могут служить основной для диагностики РППП.

Предлагаемая для МКБ категория РППП согласуется с общим принципом объединения «детских» и «взрослых» расстройств. Кроме того, с помощью этой категории можно описать ряд случаев, которые раньше классифицировались как РПП БДУ. Авторы рекомендуют внести РППП в МКБ-11 в качестве временной категории, требующей дальнейшего изучения. В частности, требуется дополнительное изучение границ между РППП и НА, включая культурально обусловленные варианты НА без страха набрать вес, а также границ между РППП и специфическими фобиями. Внесение в классификацию категории РППП должно повысить интерес исследователей к возрастному континууму РППП.

ПАРОРЕКСИЯ

Парорексия – это повторяющееся употребление в пищу несъедобных веществ (земли, мела, металла, пластмассы, волос, фекалий и др.). В МКБ-10 и DSM-IV парорексия включена в группу расстройств с началом преимущественно в детском и подростковом возрасте. Этот синдром, возникший у взрослого пациента, кодируется в других разделах (например, как РПП БДУ). Целесообразно убрать возрастные ограничения для диагностики этого расстройства, так как нередко оно обнаруживается у взрослых лиц [76]. Диагноз устанавливается в тяжелых случаях, когда употребление несъедобных веществ приводит к серьезным последствиям (например, к отравлению тяжелыми металлами или паразитарной инфекции). При диагностике нужно учесть религиозные и культурные особенности (к примеру, в Нигерии существует традиция поедания глины), а также возможную вторичность по отношению к другим психическим расстройствам (психоз, обсессивно-компульсивное расстройство и др.). Поедание несъедобных веществ часто встречается во время беременности – в этом случае диагноз нужно устанавливать только, если женщина употребляет несъедобное в необычно больших количествах или если это приводит к проблемам со здоровьем.

РАССТРОЙСТВО РЕГУРГИТАЦИИ

При этом расстройстве происходит срыгивание проглоченной пищи из желудка в ротовую полость с последующим ее выплевыванием или повторным пережевыванием. В МКБ-10 и DSM-IV этот синдром был включен под названием «расстройство руминации». Авторы предлагают переименовать этот диагноз в «расстройство регургитации», чтобы избежать путаницы с понятием «руминация» (rumination), которое описывает повторяющиеся идеаторные феномены («мысленная жвачка»). Расстройство регургитации ранее классифицировалось в разделе расстройств с характерным началом в детском возрасте, однако, часто оно возникает и в подростковом периоде. Таким образом, авторы предлагают убрать возрастные ограничения для диагностики этого расстройства.

РАССТРОЙСТВА ПРИЕМА ПИЩИ БЕЗ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО УТОЧНЕНИЯ (РПП БДУ)

Концепция расстройств приема пищи развивалась вокруг категорий нервной анорексии (НА) и нервной булимии. Тем не менее, при реальном применении строгих критериев DSM-IV, большинству пациентов устанавливается диагноз РПП БДУ. Число пациентов с диагнозом РПП БДУ среди всей популяции РПП одинаково во всех возрастных группах и составляет приблизительно 60 % [82–84].

В МКБ-10 РПП БДУ включает атипичную НА, атипичную нервную булимию, «другое РПП» и «расстройство приема пищи, неуточненное». Это тоже не решает проблему – диагнозы атипичной анорексии и атипичной булимии почти не встречаются и являются недоверенными. Приблизительно у 40 % пациентов в соответствии с критериями МКБ устанавливается остаточный диагноз «другое» или «неуточненное расстройство» [82]. Правомерность концепции «атипичной нервной анорексии» вызывает сомнения. В МКБ-10 атипичная НА определяется как состояние, напоминающее НА, но не выполняющее все диагностические критерии (т. е. отсутствует аменорея, не достигнут требуемый порог дефицита массы тела и др.). В литературе термин «атипичная нервная анорексия» используется в более узком контексте для описания РПП со значительным дефицитом массы тела, но с отсутствием переживаний, касающихся фигуры и веса [85, 86]. В этом контексте МКБ-10 представляется настолько же неудовлетворительной, что и DSM-IV.

Причина заключается в том, что существующие критерии специфических РПП (в частности, нервной анорексии и нервной булимии) являются слишком узкими и ригидными. Дефиниции РПП выбиваются из общей тенденции диагностики психических расстройств (обязательное выполнение всех критериев в классификации встречается реже, чем широкий список симптомов с указанием минимального числа выполненных критериев). Например, для диагностики депрессивного эпизода требуется наличие пяти из девяти симптомов, а для диагностики нервной анорексии требуется выполнение четырех критериев из четырех возможных (недостаток массы тела, страх набрать вес, нарушение образа тела и аменорея). Ригидность этого требования приводит к тому, что случаи, в которых не выполняется один из четырех критериев, относятся к РПП БДУ. Значительная часть всех случаев РПП БДУ состоит из таких подпороговых синдромов. РПП БДУ обычно включает: НА без аменореи, НА без страха набрать вес, НА, не выполняющую весовой критерий, нервную булимию с необъективными приступами переедания (т. е. эпизоды употребления небольших количеств пищи), булимию без переедания («очищающее» расстройство – purging disorder), булимию без очищающего поведения (компульсивное переедание), булимию с эпизодами переедания и компенсаторного поведения, возникающими менее двух раз в неделю в течение трех месяцев [29, 84]. Например, в специализированной клинике расстройств приема пищи подпороговые случаи НА и булимии составляют 83 % случаев РПП БДУ [84].

Широкое использование диагноза РПП БДУ нежелательно по нескольким причинам. Во-первых, РПП БДУ – это очень гетерогенная группа с точки зрения симптоматики, прогноза, соматических последствий и клинического исхода [37, 84]. Во-вторых, большинство случаев РПП БДУ является этапом какого-либо специфического РПП (например, пациент соответствовал строгим критериям специфического расстройства в прошлом или будет соответствовать им в будущем) [29, 73]. В-третьих, остаточный характер этой категории неявным образом предполагает ее относительно низкую тяжесть. Это противоречит объективным данным о высокой тяжести РПП БДУ, деформации личности и неблагоприятном прогнозе, включающем высокий риск летального исхода (87, 88). Наконец, для РПП БДУ не существует каких-либо рекомендаций по лечению и реабилитации. Был предложен «трансдиагностический» подход к терапии, якобы применимый к большинству РПП [12]. К сожалению, опубликованные данные не охватывают РПП с дефицитом массы тела и лучше всего применимы к расширенной категории нервной булимии. Схожий метод применялся в недавних клинических исследованиях нервной булимии, которые включали случаи РПП БДУ по булимическому типу [13–15].

Авторы пришли к выводу, что дальнейшее использование категории РПП БДУ бессмысленно и контрпродуктивно. Выдвинут ряд предложений, которые, в теории, могут снизить частоту использования РПП БДУ. В большинстве из них предлагается расширить диагностические критерии нервной анорексии и булимии так, чтобы эти категории «захватили» большую часть случаев РПП БДУ. Вот самые многообещающие из них: исключение критерия аменореи, смягчение весового критерия, смягчение требований к наличию страха набрать вес. Предлагаемое расширение критериев нервной булимии включает снижение требований к частоте приступов переедания и компенсаторного поведения, а также удаление критерия «объективности» переедания (под объективностью понимается необычно большое количество употребленной пищи). Предварительные исследования на подростках и взрослых показывают, что исключение критерия объективности переедания в наибольшей степени снижает

частоту использования категории РПП БДУ [29, 84]. В зависимости от степени расширения критериев новая классификация может помочь умеренно снизить частоту РПП БДУ [68, 89] или полностью избавиться нас от этой категории [90].

Некоторые авторы предлагают ввести в классификацию дополнительные специфические категории. Наиболее целесообразным и научно обоснованным является введение категории компульсивного переедания (binge eating disorder) [91, 92]. Среди других предлагаемых категорий можно выделить «очищающее» расстройство (purging disorder) [93] и синдром ночного переедания (night eating syndrome) [94]. Также предлагается ввести категорию смешанного расстройства приема пищи, в котором сочетаются признаки нервной булимии и нервной анорексии [95]. Наконец, предлагается отменить строгое выполнение всех критериев и ввести список определяющих симптомов. Для диагностики расстройства в этом случае потребуются выполнение лишь нескольких критериев из такого списка [96].

Каждое из приведенных предложений в отношении РПП БДУ представляется логичным и целесообразным, однако, достаточно сложно оценить их совокупный эффект на качество классификационной системы. Кроме того, внедрение некоторых предложений целиком представляет значительные сложности. Например, альтернативная классификация Hebebrand и Bulik [96] концептуально является самым радикальным изменением существующей системы. Эта классификация, по существу, оставляет только нервную анорексию и предлагает исключить все симптоматические критерии. Кроме того, в нее внесены такие неспецифические симптомы как раздражительность и сниженное настроение, что приводит к сложности дифференциальной диагностики с расстройствами из других разделов. Более сбалансированным представляется подход, похожий на предложение Walsh и Sysko [97]. Добавление в классификацию категории компульсивного переедания и общее расширение диагностических критериев согласуется с современными тенденциями в клинических исследованиях и поможет избавиться от неинформативной категории РПП БДУ [90].

Пока не ясно, потребуется ли наличие в классификации «очищающего» расстройства и синдрома ночного переедания после того, как будут расширены критерии нервной анорексии, нервной булимии и компульсивного переедания. Доступные литературные данные показывают, что у многих пациентов с «очищающим» расстройством возникают субъективные приступы переедания. Таким образом, если опустить критерий «необычно большого количества пищи» во время приступа переедания, то большинство этих пациентов можно классифицировать как пациентов с нервной булимией, которая не отличается от «очищающего» расстройства с точки зрения прогноза нетрудоспособности и эффективности терапии [12, 98]. Большинство случаев синдрома ночного переедания можно отнести к категории «компульсивного переедания». Также существует проблема частой смены ведущего синдрома и наличие у одного пациента критериев различных РПП. Авторы солидарны с предложением Fairburn [95] и поддерживают использование категории смешанного РПП. Мы предлагаем использовать эту категорию для относительно тяжелых случаев, в которых одновременно или последовательно наблюдаются признаки нервной анорексии и нервной булимии. Возможно, формулировка должна звучать как «сочетанное расстройство», а не «смешанное».

НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ

Нервная анорексия – это прототип всех РПП, впервые описанный в 19 веке [99, 100]. В МКБ-10 и DSM-IV диагноз НА требует выполнения четырех обязатель-

ных критериев. Три критерия совпадают в обеих диагностических системах: низкая масса тела (ИМТ < 17,5 или вес ниже 85 % нормального веса, ожидаемого для человека данного пола, возраста и роста), нарушение образа тела и аменорея. Четвертый критерий различается: в МКБ-10 требуется, чтобы снижение массы тела было вызвано самим пациентом путем диетических ограничений и (или) очищающего поведения; в DSM-IV требуется присутствие интенсивного страха набора веса или ожирения. В DSM-IV нервная анорексия разделяется на рестриктивный подтип и подтип с компульсивным перееданием и очищающим поведением.

Обе классификации подвергались масштабной критике. Во-первых, обязательное выполнение всех четырех критериев исключает значительное число типичных синдромальных вариантов НА. Больше всего критикуют критерий аменореи, порог массы тела и критерий страха набрать вес. Во-вторых, данные критерии нечувствительны к культурным особенностям; страх набрать вес довольно редко встречается в западных сообществах. В-третьих, в существующих критериях отсутствует гиперактивность – симптом, который часто встречается при НА. Лучше всего о недостатках существующей классификации говорит то, что в современных клинических исследованиях используются расширенные критерии (исключается критерий аменореи, смягчается весовой порог и др., см. таблицу 1). Сначала мы постараемся обосновать сохранение или исключение существующих критериев, а затем перейдем непосредственно к предложениям для новой классификации.

Аменорея (отсутствие трех менструаций подряд) часто встречается при НА и непосредственно связано с дефицитом массы тела и избыточными физическими упражнениями. Аменорея может являться неблагоприятным прогностическим признаком будущего бесплодия и снижения плотности костей. Однако ряд обстоятельств не позволяют использовать аменорею в качестве достоверного диагностического критерия. Во-первых, этот критерий неприменим к девочкам, у которых еще не начались менструации, к женщинам в пост-менопаузе, к женщинам, принимающим гормональную терапию, а также к мужчинам. В МКБ-10 предложен мужской эквивалент женских гормональных нарушений – «потеря интереса к сексу и импотенция». Этот критерий оценивается достаточно редко и его роль в синдроме НА не очевидна. Во-вторых: у определенной части пациенток (5–25 % в клинической популяции) нет нарушений месячного цикла, однако, в остальном они полностью выполняют критерии НА и требуют врачебного вмешательства; таким пациентам обычно устанавливается диагноз РПП БДУ. В третьих, своевременная диагностика и лечение затруднительны, если приходится ожидать трех отсутствующих менструаций подряд. Общепринятым является мнение, что аменорею нужно исключить из обязательных критериев НА. Тем не менее, этот симптом по-прежнему важен – он является индикатором тяжести состояния и помогает отграничить НА от условно нормальной конституциональной худобы [101].

Критерий низкой массы тела является определяющим при НА, однако, его точное определение остается дискуссионным. Нередко встречаются пациентки, которые в целом подходят под типичное синдромальное определение НА, но не выполняют весовой критерий (например, имеют ИМТ > 17,5). Такие случаи классифицируются как РПП БДУ. В зависимости от телосложения, верхний порог дефицита массы тела может оказаться слишком низким или слишком высоким. Таким образом, весовой критерий предлагается смягчить или оставить на усмотрение клинициста (www.dsm5.org). Такой подход может снизить частоту РПП БДУ, однако, он также может привести к потере объективности. Тяжелый дефицит массы тела является мощным предиктором плохого прогноза и летального

исхода [102–105]. Как правило, он является достаточным основанием для стационарного лечения. Авторы предлагают следующее: снизить весовой порог до критерия ВОЗ (ИМТ < 18,5), оставить возможность клинического суждения, выявлять в анамнезе тяжелый дефицит массы тела (ИМТ < 14,0), который является показателем тяжести заболевания и плохого прогноза. Низкая масса тела должна считаться симптомом НА только в том случае, если она не вызвана сопутствующей соматической патологией или недоступностью пищи.

В DSM-IV одним из обязательных критериев НА является болезненный страх набрать вес. В МКБ-10 страх ожирения включен в критерий нарушения образа тела. Этот критерий является наиболее дискуссионным. Присутствие страха набрать вес является проблемным с возрастной и культуральной точек зрения. Страх набрать вес редко встречается у детей – для его развития требуется способность к абстрактному мышлению, которое, как правило, возникает только в подростковом возрасте [32]. Женщины, живущие в западных сообществах, редко сообщают о страхе набрать вес, если их спросить о причине голодания [48, 106]. Даже в западных странах некоторые пациенты не сообщают о страхе набрать вес, что приводит к отнесению таких случаев к РПП БДУ [106–108]. Обнаружено, что страх ожирения часто возникает у пациентов в период восстановления массы тела в ходе терапии, даже если они ранее не высказывали ничего подобного [51]. Зависимость этого диагностического критерия от возраста, культурной среды и стадии заболевания ставит под сомнение его достоверность. Тем не менее, считается, что страх набрать вес является одним из ключевых психопатологических симптомов НА [109]. Авторы предлагают расширить этот критерий: включить в него озабоченность фигурой и массой тела, озабоченность вопросами, связанными с питанием, а также повторяющееся поведение, направленное на уменьшение поступления в организм питательных веществ или на увеличение энергозатрат.

Нарушение образа тела – важный аспект НА, отраженный как в МКБ-10, так и в DSM-IV. Это понятие включает искаженное восприятие тела в целом и его отдельных частей, а также непонимание серьезности дефицита веса. Нарушение образа тела часто возникает раньше других симптомов. Сохранение этого симптома в ходе терапии является неблагоприятным прогностическим признаком. Для DSM-5 предложено лишь незначительное перефразирование этого критерия. Авторы согласны с тем, что этот критерий в целом нужно оставить без изменений. Случаи ограниченного пищевого поведения без психопатологических нарушений, связанных с образом тела, можно классифицировать как РППП.

Гиперактивность является отличительной чертой многих случаев НА и признаком, отличающим НА от других причин похудения. Гиперактивность не входит в критерии DSM-IV и МКБ-10. Ранее рекомендовалось включить гиперактивность в поведенческие признаки НА [96]. Гиперактивность присутствует не во всех типичных случаях НА, а также может возникать на разных возрастных этапах заболевания. Рекомендуется включить гиперактивность как дополнительный критерий, который может помочь в дифференцировке НА и вариантов нормы с пограничной массой тела.

В DSM-IV нервная анорексия разделена на рестриктивный подтип и подтип с компульсивным перееданием и очищающим поведением. Такое разделение представляется недостоверным, в виду того, что оно не имеет прогностического значения и оба подтипа часто являются последовательными стадиями одного заболевания [69]. У детей и подростков чаще встречается рестриктивная симптоматика, а приступы переедания с последующим «очищением» чаще наблюдаются у

взрослых [69, 110]. В ряде исследований показано, что очищающее поведение является неблагоприятным прогностическим признаком [69, 105, 110]. При НА с перееданием и очищающим поведением часто происходит смена диагноза на нервную булимию [68, 70]. Во избежание диагностической путаницы авторы рекомендуют относить случаи НА с перееданием и очищающим поведением к категории смешанного РПП. В предложенную категорию «смешанного расстройства приема пищи» будут включаться случаи НА с перееданием и очищающим поведением, а также случаи с последовательной сменой клинически выраженной булимической и аноректической симптоматики.

КОМПУЛЬСИВНОЕ ПЕРЕЕДАНИЕ

Компульсивное переедание (КП) – это расстройство, которое характеризуется повторяющимися приступами переедания (обжорства) без компенсаторного поведения. Оно впервые было описано в 1959 г., однако, лишь в последние два десятилетия оно стало предметом клинических исследований. КП не было включено в МКБ-10, но было приведено в DSM-IV в качестве временного диагноза, требующего дополнительного обоснования. В настоящее время КП признано достоверной диагностической категорией [91, 92].

2/3 пациентов с КП страдают ожирением. КП часто сочетается с другими психическими расстройствами, в первую очередь депрессивными и тревожными, и значительно отличается от этих расстройств по своим психопатологическим проявлениям [128, 129]. Иногда сложно отделить КП от нервной булимии (НБ). Считается, что обе эти категории могут являться разными стадиями одного заболевания [65, 68]. Пациенты с КП в среднем старше пациентов с нервной булимией. Приблизительно у 2/3 пациентов с КП в прошлом имело место неблагоприятное компенсаторное поведение, что указывает на наличие в анамнезе нервной булимии [130]. Психопатологические симптомы, связанные с весом и фигурой, не являются обязательными для диагностики КП, однако, они часто входят в его симптомокомплекс [131, 132].

Как и в случае нервной булимии, диагностические критерии КП являются предметом дискуссии среди исследователей. В DSM-IV приступ переедания определяется следующим образом: прием пищи в количестве, превышающим нормальное количество в схожей ситуации, с ощущением потери контроля над приемом пищи (т. е. с невозможностью остановиться и ограничить себя в еде). Потеря контроля является определяющим симптомом [133]. При КП объем потребляемой пищи обычно достаточно велик, однако, это не может служить определяющим критерием. В ряде случаев при

КП пациент потребляет объективно умеренное или небольшое количество пищи, однако, у него сохраняется схожая психопатологическая симптоматика и субъективная убежденность в том, что пища потребляется в огромных количествах [133]. Кроме того, при КП также встречается симптом приема пищи в одиночестве, чувство стыда и отвращения пациента к самому себе. В соответствии с DSM-IV, КП должно сопровождаться дистрессом – достоверность этого критерия признается многими авторами [134].

Продолжительность эпизодов переедания широко варьирует. В большинстве случаев эпизод переедания длится менее двух часов, однако встречаются и продолжительные эпизоды длительностью до одного дня. Для установки диагноза по DSM-IV требуется наличие двух эпизодов переедания каждую неделю на протяжении минимум шести месяцев. Эти критерии частоты и продолжительности представляются неадекватными и необоснованными. Из-за того, что при КП происходит быстрый набор веса, 6-месячное ожидание, необходимое для установки диагноза, представляется авторам непродуктивным. Показано, что если критерий частоты ограничить до одного эпизода в неделю, это не сильно повлияет на распространенность КП в популяции [135].

Сложился следующий консенсус в отношении КП: этот диагноз является валидным (хорошо воспроизводимым) и полезным в клинической практике. Диагноз КП планируется включить в МКБ-11. Предлагается расширить диагностические критерии КП: нужно включать эпизоды употребления даже небольшого количества пищи при наличии дистресса, потери контроля над приемом пищи и необычного, отличающегося от общепринятых норм характера употребления пищи [97, 116]. Не получено данных, которые бы противоречили универсальному критерию продолжительности (4 недели). Таким образом, по мнению авторов, диагноз КП правомерен, если приступы переедания происходят регулярно в течение последних четырех недель. В менее тяжелых случаях для установки диагноза может потребоваться более продолжительный период наблюдения.

РАССТРОЙСТВА ПРИЕМА ПИЩИ, СВЯЗАННЫЕ С ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ С УСТАНОВЛЕННЫМИ ПРИЧИНАМИ

В дополнение к расстройствам, описанным выше, в МКБ-11 нужно включить указания на расстройства, которые классифицируются в других разделах, но в манифестном периоде проявляются симптоматикой РПП. Ярким примером такого расстройства является синдром Прадера-Уилли, который возникает при удалении участка 15-й хромосомы и классифицируется в

Таблица 2. Рекомендации по классификации расстройств приема пищи в МКБ-11

1.	Объединить расстройства приема пищи в одну группу с диагностическими категориями для всех возрастов.
2.	Расширить категорию нервной анорексии следующим образом: опустить критерий аменореи; расширить весовой критерий (включать даже случаи с незначительным дефицитом массы тела); расширить когнитивный критерий, т. е. включать когнитивные симптомы с возрастными и культуральными особенностями, а также «поведенческие эквиваленты» боязни набрать вес, повышенного внимания к фигуре, весу, и приему пищи.
3.	Ввести универсальный критерий тяжести – «с опасно низкой массой тела». Этот критерий поможет выделить наиболее тяжелые случаи нервной анорексии с неблагоприятным прогнозом.
4.	Расширить категорию нервной булимии, включив туда случаи субъективного переедания.
5.	Ввести категорию «компульсивного переедания», для которой характерно наличие субъективных или объективных приступов переедания в отсутствии регулярного компенсаторного поведения.
6.	Ввести категорию «смешанного расстройства приема пищи» для классификации случаев с одновременным или последовательным выполнением критериев и нервной булимии, и нервной анорексии.
7.	Ввести категорию «рестриктивного расстройства приема пищи» (РППП) для классификации случаев с ограничением приема пищи без сопутствующего изменения массы тела и психопатологических симптомов, связанных с фигурой.
8.	Ввести универсальный критерий минимальной продолжительности расстройства, равный 4 неделям.

разделе XVII МКБ-10. Этот синдром часто включает повышение аппетита, переедание, собирательство еды, поглощение несъедобных веществ, а также нарушение интеллекта.

ВЫВОДЫ

Авторами проведен анализ научной литературы, имеющей отношение к классификации расстройств приема пищи. Особое внимание уделялось клинической применимости диагнозов, эффективности лечения, прогнозу, возрастным и культуральным аспектам диагностики. На основе собранных доказательных данных составлены рекомендации, которые согласуются с основными направлениями разработки МКБ-11. Основные рекомендации представлены в таблице 2. Авторы надеются, что предложенные изменения повысят клиническую применимость классификации РПП и снизят частоту использования неинформативной категории РПП БДУ. Предложенные изменения могут оказаться полезными в исследовательской деятельности, в частности в исследованиях возрастного континума расстройств приема пищи и терапевтических исследованиях.

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ АВТОРОВ

Данная статья написана в рамках деятельности рабочей группы по разработке классификации психических расстройств и расстройств поведения у детей и подростков международной группы экспертов по пересмотру МКБ-10. М. Rutter является председателем рабочей группы, а R. Uher является ее консультантом. Рукопись отражает мнение авторов, и они берут на себя полную ответственность за ее содержание. Авторы выражают признательность U. Schmidt, I. Campbell и B.T. Walsh за комментарии к предварительной версии рукописи.

Литература:

1. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *World Psychiatry* 2011;10:86-92.
2. Rutter M. Child psychiatric diagnosis and classification: concepts, findings, challenges and potential. *J Child Psychol Psychiatry* 2011; 52:647-60.
3. Reed M, Mendonca CJ, Esparza P et al. The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists' Attitudes Towards Mental Disorders Classification. *World Psychiatry* 2011;10:118-31.
4. Maj M. Psychiatric diagnosis: pros and cons of prototypes vs. operational criteria. *World Psychiatry* 2011;10:81-2.
5. Lock J, Le GD, Agras WS et al. Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67:1025-32.
6. Loeb KL, Walsh BT, Lock J et al. Open trial of family-based treatment for full and partial anorexia nervosa in adolescence: evidence of successful dissemination. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46:792-800.
7. Lock J, Agras WS, Bryson S et al. A comparison of short- and longterm family therapy for adolescent anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005;44:632-9.
8. McIntosh VV, Jordan J, Carter FA et al. Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *Am J Psychiatry* 2005;162:741-7.
9. Pike KM, Walsh BT, Vitousek K et al. Cognitive behavior therapy in the posthospitalization treatment of anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 2003;160:2046-9.
10. Dare C, Eisler I, Russell G et al. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial of out-patient treatments. *Br J Psychiatry* 2001;178:216-21.
11. Eisler I, Dare C, Hodes M et al. Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *J Child Psychol Psychiatry* 2000;41:727-36.
12. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA et al. Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *Am J Psychiatry* 2009;166:311-9.
13. Schmidt U, Andiappan M, Grover M et al. Randomised controlled trial of CD-ROM-based cognitive-behavioural self-care for bulimia nervosa. *Br J Psychiatry* 2008;193:493-500.
14. Schmidt U, Lee S, Beecham J et al. A randomized controlled trial of family therapy and cognitive behavior therapy guided self-care for adolescents with bulimia nervosa and related disorders. *Am J Psychiatry* 2007;164:591-8.
15. Le Grange D, Crosby RD, Rathouz PJ et al. A randomized controlled comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:1049-56.
16. Banasiak SJ, Paxton SJ, Hay P. Guided self-help for bulimia nervosa in primary care: a randomized controlled trial. *Psychol Med* 2005;35:1283-94.
17. Walsh BT, Fairburn CG, Mickley D et al. Treatment of bulimia nervosa in a primary care setting. *Am J Psychiatry* 2004;161:556-61.
18. Carter FA, Jordan J, McIntosh VV et al. The long-term efficacy of three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *Int J Eat Disord* 2011;44:647-54.
19. Palmer RL, Birchall H, McGrain L et al. Self-help for bulimic disorders: a randomised controlled trial comparing minimal guidance with face-to-face or telephone guidance. *Br J Psychiatry* 2002;181: 230-5.
20. Hsu LK, Rand W, Sullivan S et al. Cognitive therapy, nutritional therapy and their combination in the treatment of bulimia nervosa. *Psychol Med* 2001;31:871-9.
21. Safer DL, Robinson AH, Jo B. Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behav Ther* 2010;41:106-20.
22. Agras WS, Walsh T, Fairburn CG et al. A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:459-66.
23. Binswanger L. The case of Ellen West. In: May R, Angel E, Ellenberger H (eds). *Existence: a new dimension in psychiatry and psychology*. New York: Basic Books, 1958:237-364.
24. Kotler LA, Cohen P, Davies M et al. Longitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:1434-40.
25. Micali N, Holliday J, Karwautz A et al. Childhood eating and weight in eating disorders: a multi-centre European study of affected women and their unaffected sisters. *Psychother Psychosom* 2007;76:234-41.
26. Nicholls DE, Viner RM. Childhood risk factors for lifetime anorexia nervosa by age 30 years in a national birth cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009;48:791-9.
27. Nicholls DE. Childhood eating disorders: British national surveillance study. *Br J Psychiatry* 2011;198:295-301.
28. Becker AE, Eddy KT, Perloe A. Clarifying criteria for cognitive signs and symptoms for eating disorders in DSM-V. *Int J Eat Disord* 2009;42:611-9.
29. Fairburn CG, Cooper Z, Bohn K et al. The severity and status of eating disorder NOS: implications for DSM-V. *Behav Res Ther* 2007;45:1705-15.
30. Lee S, Ho TP, Hsu LK. Fat phobic and non-fat phobic anorexia nervosa: a comparative study of 70 Chinese patients in Hong Kong. *Psychol Med* 1993;23:999-1017.
31. Vandereycken W. Media hype, diagnostic fad or genuine disorder? Professionals' opinions about night eating syndrome, orthorexia, muscle dysmorphia, and emetophobia. *Eat Disord* 2011;19:145-55.
32. Bravender T, Bryant-Waugh R, Herzog D et al. Classification of child and adolescent eating disturbances. Workgroup for Classification of Eating Disorders in Children and Adolescents (WCEDCA). *Int J Eat Disord* 2007;40(Suppl.):S117-22.
33. Bravender T, Bryant-Waugh R, Herzog D et al. Classification of eating disturbance in children and adolescents: proposed changes for the DSM-V. *Eur Eat Disord Rev* 2010;18:79-89.

34. Loeb KL, Le Grange D, Hildebrandt T et al. Eating disorders in youth: diagnostic variability and predictive validity. *Int J Eat Disord* 2011;44:692-702.
35. Knoll S, Bulik CM, Hebebrand J. Do the currently proposed DSM- 5 criteria for anorexia nervosa adequately consider developmental aspects in children and adolescents? *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2011;20:95-101.
36. Nicholls D, Arcelus J. Making eating disorders classification work in ICD-11. *Eur Eat Disord Rev* 2010;18:247-50.
37. Peebles R, Hardy KK, Wilson JL et al. Are diagnostic criteria for eating disorders markers of medical severity? *Pediatrics* 2010; 125:e1193-201.
38. Keel PK, Klump KL. Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. *Psychol Bull* 2003;129:747-69.
39. Becker AE, Burwell RA, Navara K et al. Binge eating and binge eating disorder in a small-scale, indigenous society: the view from Fiji. *Int J Eat Disord* 2003;34:423-31.
40. Hoek HW, van Harten PN, Hermans KM et al. The incidence of anorexia nervosa on Curacao. *Am J Psychiatry* 2005;162:748-52.
41. Pavlova B, Uher R, Dragomirecka E et al. Trends in hospital admissions for eating disorders in a country undergoing a socio-cultural transition, the Czech Republic 1981-2005. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010;45:541-50.
42. Becker AE. Culture and eating disorders classification. *Int J Eat Disord* 2007;40(Suppl.):S111-6.
43. Eddy KT, Hennessey M, Thompson-Brenner H. Eating pathology in East African women: the role of media exposure and globalization. *J Nerv Ment Dis* 2007;195:196-202.
44. Katzman MA, Hermans KM, Van HD et al. Not your "typical island woman": anorexia nervosa is reported only in subcultures in Curacao. *Cult Med Psychiatry* 2004;28:463-92.
45. Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19: 389-94.
46. Njenga FG, Kangethe RN. Anorexia nervosa in Kenya. *East Afr Med J* 2004;81:188-93.
47. Striegel-Moore RH, Dohm FA, Kraemer HC et al. Eating disorders in white and black women. *Am J Psychiatry* 2003;160:1326-31.
48. Lee S, Lee AM, Ngai E et al. Rationales for food refusal in Chinese patients with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2001;29:224-9.
49. Al-Adawi S, Dorvlo AS, Burke DT et al. Presence and severity of anorexia and bulimia among male and female Omani and non- Omani adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41: 1124-30.
50. Tsai G. Eating disorders in the Far East. *Eat Weight Disord* 2000;5: 183-97.
51. Soomro GM, Crisp AH, Lynch D et al. Anorexia nervosa in 'non-white' populations. *Br J Psychiatry* 1995;167:385-9.
52. Lee S, Ng KL, Kwok K et al. The changing profile of eating disorders at a tertiary psychiatric clinic in Hong Kong (1987-2007). *Int J Eat Disord* 2010;43:307-14.
53. Bhugra D, Mastrogianni A, Maharajh H et al. Prevalence of bulimic behaviours and eating attitudes in schoolgirls from Trinidad and Barbados. *Transcult Psychiatry* 2003; 40: 409-28.
54. Becker AE, Burwell RA, Gilman SE et al. Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 509-14.
55. Thomas JJ, Crosby RD, Wonderlich SA et al. A latent profile analysis of the typology of bulimic symptoms in an indigenous Pacific population: evidence of cross-cultural variation in phenomenology. *Psychol Med* 2011;41:195-206.
56. Anderson-Fye EP. A "coca-cola" shape: cultural change, body image, and eating disorders in San Andres, Belize. *Cult Med Psychiatry* 2004;28:561-95.
57. Pavlova B, Uher R, Papezova H. It would not have happened to me at home: qualitative exploration of sojourns abroad and eating disorders in young Czech women. *Eur Eat Disord Rev* 2008;16:207-14.
58. Chui W, Safer DL, Bryson SW et al. A comparison of ethnic groups in the treatment of bulimia nervosa. *Eat Behav* 2007;8:485-91.
59. Pike KM, Dohm FA, Striegel-Moore RH et al. A comparison of black and white women with binge eating disorder. *Am J Psychiatry* 2001;158:1455-60.
60. Fitzgibbon ML, Spring B, Avellone ME et al. Correlates of binge eating in Hispanic, black, and white women. *Int J Eat Disord* 1998; 24:43-52.
61. Franko DL, Becker AE, Thomas JJ et al. Cross-ethnic differences in eating disorder symptoms and related distress. *Int J Eat Disord* 2007;40:156-64.
62. Bulik CM, Sullivan PF, Fear J et al. Predictors of the development of bulimia nervosa in women with anorexia nervosa. *J Nerv Ment Dis* 1997;185:704-7.
63. Eckert ED, Halmi KA, Marchi P et al. Ten-year follow-up of anorexia nervosa: clinical course and outcome. *Psychol Med* 1995; 25:143-56.
64. Fichter MM, Quadflieg N, Hedlund S. Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2006;39:87- 100.
65. Fichter MM, Quadflieg N, Hedlund S. Long-term course of binge eating disorder and bulimia nervosa: relevance for nosology and diagnostic criteria. *Int J Eat Disord* 2008; 41: 577-86.
66. Herpertz-Dahlmann B, Muller B, Herpertz S et al. Prospective 10-year follow-up in adolescent anorexia nervosa – course, outcome, psychiatric comorbidity, and psychosocial adaptation. *J Child Psychol Psychiatry* 2001;42:603-12.
67. Strober M, Freeman R, Morrell W. The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *Int J Eat Disord* 1997;22:339-60.
68. Castellini G, Lo SC, Mannucci E et al. Diagnostic crossover and outcome predictors in eating disorders according to DSM-IV and DSM-V proposed criteria: a 6-year follow-up study. *Psychosom Med* 2011;73:270-9.
69. Eddy KT, Keel PK, Dorer DJ et al. Longitudinal comparison of anorexia nervosa subtypes. *Int J Eat Disord* 2002;31:191-201.
70. Eddy KT, Dorer DJ, Franko DL et al. Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: implications for DSM-V. *Am J Psychiatry* 2008;165:245-50.
71. Tozzi F, Thornton LM, Klump KL et al. Symptom fluctuation in eating disorders: correlates of diagnostic crossover. *Am J Psychiatry* 2005;162:732-40.
72. Milos G, Spindler A, Schnyder U et al. Instability of eating disorder diagnoses: prospective study. *Br J Psychiatry* 2005;187:573-8.
73. Agras WS, Crow S, Mitchell JE et al. A 4-year prospective study of eating disorder NOS compared with full eating disorder syndromes. *Int J Eat Disord* 2009;42:565-70.
74. Grilo CM, Pagano ME, Skodol AE et al. Natural course of bulimia nervosa and of eating disorder not otherwise specified: 5-year prospective study of remissions, relapses, and the effects of personality disorder psychopathology. *J Clin Psychiatry* 2007;68:738-46.
75. Eddy KT, Dorer DJ, Franko DL et al. Should bulimia nervosa be subtyped by history of anorexia nervosa? A longitudinal validation. *Int J Eat Disord* 2007;40(Suppl.):S67-71.
76. Bryant-Waugh R, Markham L, Kreipe RE et al. Feeding and eating disorders in childhood. *Int J Eat Disord* 2010;43:98-111.
77. Nicholls D, Bryant-Waugh R. Eating disorders of infancy and childhood: definition, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2009;18:17-30.
78. Crist W, Napier-Phillips A. Mealtime behaviors of young children: a comparison of normative and clinical data. *J Dev Behav Pediatr* 2001;22:279-86.
79. Burklow KA, Phelps AN, Schultz JR et al. Classifying complex pediatric feeding disorders. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1998;27:143-7.
80. Chatoor I. Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2002;11:163-83.
81. Davies WH, Satter E, Berlin KS et al. Reconceptualizing feeding and feeding disorders in interpersonal context: the case for a relational disorder. *J Fam Psychol* 2006;20:409-17.
82. Nicholls D, Chater R, Lask B. Children into DSM don't go: a comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence. *Int J Eat Disord* 2000;28:317-24.

83. Fairburn CG, Bohn K. Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome "not otherwise specified" (NOS) category in DSM-IV. *Behav Res Ther* 2005;43:691-701.
84. Eddy KT, Celio DA, Hoste RR et al. Eating disorder not otherwise specified in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47:156-64.
85. Strober M, Freeman R, Morrell W. Atypical anorexia nervosa: separation from typical cases in course and outcome in a long-term prospective study. *Int J Eat Disord* 1999;25:135-42.
86. Dalle GR, Calugi S, Marchesini G. Underweight eating disorder without over-evaluation of shape and weight: atypical anorexia nervosa? *Int J Eat Disord* 2008;41:705-12.
87. Crow SJ, Peterson CB, Swanson SA et al. Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *Am J Psychiatry* 2009; 166:1342-46.
88. Schmidt U, Lee S, Perkins S et al. Do adolescents with eating disorder not otherwise specified or full-syndrome bulimia nervosa differ in clinical severity, comorbidity, risk factors, treatment outcome or cost? *Int J Eat Disord* 2008;41:498-504.
89. Keel PK, Brown TA, Holm-Denoma J et al. Comparison of DSM-IV versus proposed DSM-5 diagnostic criteria for eating disorders: reduction of eating disorder not otherwise specified and validity. *Int J Eat Disord* 2011;44:553-60.
90. Sysko R, Walsh BT. Does the broad categories for the diagnosis of eating disorders (BCD-ED) scheme reduce the frequency of eating disorder not otherwise specified? *Int J Eat Disord* 2010;44:625-9.
91. Striegel-Moore RH, Franko DL. Should binge eating disorder be included in the DSM-V? A critical review of the state of the evidence. *Annu Rev Clin Psychol* 2008;4:305-24.
92. Wonderlich SA, Gordon KH, Mitchell JE et al. The validity and clinical utility of binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2009;42: 687-705.
93. Keel PK, Haedt A, Edler C. Purging disorder: an ominous variant of bulimia nervosa? *Int J Eat Disord* 2005;38:191-9.
94. Striegel-Moore RH, Franko DL, May A et al. Should night eating syndrome be included in the DSM? *Int J Eat Disord* 2006;39: 544-9.
95. Fairburn CG, Cooper Z. Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *Br J Psychiatry* 2011;198:8-10.
96. Hebebrand J, Bulik CM. Critical appraisal of the provisional DSM-5 criteria for anorexia nervosa and an alternative proposal. *Int J Eat Disord* 2011;44:665-78.
97. Walsh BT, Sysko R. Broad categories for the diagnosis of eating disorders (BCD-ED): an alternative system for classification. *Int J Eat Disord* 2009;42:754-64.
98. Keel PK. Purging disorder: subthreshold variant or full-threshold eating disorder? *Int J Eat Disord* 2007; 40 (Suppl): S89-S94.
99. Gull WW. Anorexia nervosa (apepsia hysteric, anorexia hysteric). *Transactions of the Clinical Society of London* 1874; 7: 22-8.
100. Lasague C. On hysterical anorexia. *Medical Times and Gazette* 1873;2:265-266.
101. Attia E, Roberto CA. Should amenorrhea be a diagnostic criterion for anorexia nervosa? *Int J Eat Disord* 2009;42:581-9.
102. Button EJ, Chadalavada B, Palmer RL. Mortality and predictors of death in a cohort of patients presenting to an eating disorders service. *Int J Eat Disord* 2010;43:387-92.
103. Hebebrand J, Himmelmann GW, Herzog W et al. Prediction of low body weight at long-term follow-up in acute anorexia nervosa by low body weight at referral. *Am J Psychiatry* 1997;154:566-9.
104. Rosling AM, Sparen P, Norring C et al. Mortality of eating disorders: a follow-up study of treatment in a specialist unit 1974-2000. *Int J Eat Disord* 2011;44:304-10.
105. Salbach-Andrae H, Schneider N, Seifert K et al. Short-term outcome of anorexia nervosa in adolescents after inpatient treatment: a prospective study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2009; 18: 701-4.
106. Becker AE, Thomas JJ, Pike KM. Should non-fat-phobic anorexia nervosa be included in DSM-V? *Int J Eat Disord* 2009;42:620-35.
107. Ramacciotti CE, Dell'Osso L, Paoli RA et al. Characteristics of eating disorder patients without a drive for thinness. *Int J Eat Disord* 2002;32:206-12.
108. Abbate-Daga G, Piero A, Gramaglia C et al. An attempt to understand the paradox of anorexia nervosa without drive for thinness. *Psychiatry Res* 2007;149:215-21.
109. Habermas T. In defense of weight phobia as the central organizing motive in anorexia nervosa: historical and cultural arguments for a culture-sensitive psychological conception. *Int J Eat Disord* 1996; 19:317-34.
110. Peat C, Mitchell JE, Hoek HW et al. Validity and utility of subtyping anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2009;42:590-4.
111. Russell G. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979;9:429-48.
112. Keel PK, Mitchell JE, Miller KB et al. Predictive validity of bulimia nervosa as a diagnostic category. *Am J Psychiatry* 2000;157:136-8.
113. Thomas JJ, Delinsky SS, St. Germain SA et al. How do eating disorder specialist clinicians apply DSM-IV diagnostic criteria in routine clinical practice? Implications for enhancing clinical utility in DSM-5. *Psychiatry Res* 2010;178:511-7.
114. Hay PP, Bacaltchuk J, Stefano S et al. Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; CD000562.
115. Rossiter EM, Agras WS. An empirical test of the DSM-III-R definition of binge. *Int J Eat Disord* 1990;9:513-8.
116. Wolfe BE, Baker CW, Smith AT et al. Validity and utility of the current definition of binge eating. *Int J Eat Disord* 2009;42:674-86.
117. Fairburn CG. The definition of bulimia nervosa: guidelines for clinicians and research workers. *Ann Behav Med* 1987;9:3-7.
118. Keel PK, Mayer SA, Harnden-Fischer JH. Importance of size in defining binge eating episodes in bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 2001;29:294-301.
119. Mond JM, Latner JD, Hay PH et al. Objective and subjective bulimic episodes in the classification of bulimic-type eating disorders: another nail in the coffin of a problematic distinction. *Behav Res Ther* 2010;48:661-9.
120. Niego SH, Pratt EM, Agras WS. Subjective or objective binge: is the distinction valid? *Int J Eat Disord* 1997;22:291-8.
121. Pratt EM, Niego SH, Agras WS. Does the size of a binge matter? *Int J Eat Disord* 1998;24:307-12.
122. Latner JD, Hildebrandt T, Rosewall JK et al. Loss of control over eating reflects eating disturbances and general psychopathology. *Behav Res Ther* 2007;45:2203-11.
123. Jenkins PE, Conley CS, Rienecke HR et al. Perception of control during episodes of eating: relationships with quality of life and eating psychopathology. *Int J Eat Disord* 2012;45:115-9.
124. Shomaker LB, Tanofsky-Kraff M, Elliott C et al. Salience of loss of control for pediatric binge episodes: does size really matter? *Int J Eat Disord* 2010;43:707-16.
125. Wilson GT, Sysko R. Frequency of binge eating episodes in bulimia nervosa and binge eating disorder: diagnostic considerations. *Int J Eat Disord* 2009;42:603-10.
126. Rockert W, Kaplan AS, Olmsted MP. Eating disorder not otherwise specified: the view from a tertiary care treatment center. *Int J Eat Disord* 2007;40(Suppl.):S99-103.
127. Van Hoeken D, Veling W, Sinke S et al. The validity and utility of subtyping bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 2009;42:595-602.
128. Grilo CM, White MA, Masheb RM. DSM-IV psychiatric disorder comorbidity and its correlates in binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2009;42:228-34.
129. Hilbert A, Pike KM, Wilfley DE et al. Clarifying boundaries of binge eating disorder and psychiatric comorbidity: a latent structure analysis. *Behav Res Ther* 2011;49:202-11.
130. Mond JM, Peterson CB, Hay PJ. Prior use of extreme weight-control behaviors in a community sample of women with binge eating disorder or subthreshold binge eating disorder: a descriptive study. *Int J Eat Disord* 2010;43:440-6.
131. Ahrberg M, Trojca D, Nasrawi N et al. Body image disturbance in binge eating disorder: a review. *Eur Eat Disord Rev* (in press).
132. Goldschmidt AB, Hilbert A, Manwaring JL et al. The significance of overevaluation of shape and weight in binge eating disorder. *Behav Res Ther* 2010;48:187-93.
133. Telch CF, Pratt EM, Niego SH. Obese women with binge eating disorder define the term binge. *Int J Eat Disord* 1998;24:313-7.
134. Grilo CM, White MA. A controlled evaluation of the distress criterion for binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol* 2011; 79:509-14.
135. Hudson JL, Coit CE, Lalonde JK et al. By how much will the proposed new DSM-5 criteria increase the prevalence of binge eating disorder? *Int J Eat Disord* 2012;45:139-41.

Позитивное психическое здоровье: возможны ли кросс-культуральные определения?

George E. Vaillant

Department of Psychiatry, Harvard Medical School, Massachusetts General Hospital, 151 Merrimac Street, Boston, MA 02114, USA

Перевод: Сюняков Т.С. (Москва)

Редакторы: Курсаков А.А., Карпенко О.А. (Москва)

В данной статье содержится обзор семи различных эмпирических моделей психического здоровья: психическое здоровье как состояние выше нормы, характеризующееся суммой баллов более 80 по шкале Глобальной Оценки Функционирования для DSM-IV (Global Assessment of Functioning; GAF); психическое здоровье как наличие совокупности сильных сторон личности, а не отсутствие слабостей; психическое здоровье как зрелость; психическое здоровье как примат позитивных эмоций; психическое здоровье как высокий социо-эмоциональный интеллект; психическое здоровье как субъективное ощущение благополучия; психическое здоровье как психологическая устойчивость (resilience). Предложены меры предосторожности при исследовании психического здоровья, такие как необходимость давать определение психическому здоровью в терминах, которые были бы точны и всеобъемлющи с точки зрения культурных особенностей, а также необходимость эмпирической и лонгитюдной валидации критериев психического здоровья.

Ключевые слова: позитивное психическое здоровье, зрелость, устойчивость, копинг-стратегии, чувство субъективного благополучия, эмоциональный интеллект, позитивные эмоции.

World Psychiatry 2012;11:93-99

Наиболее значимые эпидемиологические исследования последних 50 лет были направлены на изучение психически больных, а не здоровых людей. В результате, мы можем относительно точно определить, что такое психическое заболевание, и относительно четко представляем его границы. Вплоть до последнего времени лишь группа исследований, Sterling County Studies, выполненных под руководством А. Leighton (1), смогли близко подойти к разработке практического позитивного определения психического здоровья. Кроме того, считалось, что достижение психического или физического здоровья выше среднего уровня является прерогативой образования, но не медицины.

В начале прошлого столетия врачи стали активно изучать физиологию человека на больших высотах и показатели хорошего физического здоровья у атлетов, пилотов и, наконец, астронавтов. В 1929-30 годах при Калифорнийском университете в Беркли (University of California at Berkeley) Н. Jones, N. Bayley и J. McFarlane основали Институт развития человека (Institute of Human Development) (2,3). Первоначально направленное на изучение здорового развития детей, данное учреждение предприняло попытку оценить влияние врожденных факторов на эриксоновскую модель нормального развития взрослого человека. В конце 1930-ых годов, интернист А. Wock, занимавшийся физиологией пребывания человека на больших высотах и интересовавшийся проблемами физического благополучия, находясь в Гарвардском университете, инициировал исследование Study of Adult Development (исследование развития взрослых людей) (4,5). Оно было спланировано как междисциплинарное исследование психического и физического здоровья.

Как и хорошее физическое состояние, здоровье психики представляется слишком важным, чтобы его игнорировать, однако дать ему определение – достаточно сложная задача. При этом необходимо учитывать несколько аспектов. Во-первых, при определении психического здоровья нужно принимать во внимание кросс-культуральные различия. В этой связи автор данной статьи осознает, что его вклад может представляться малозначимым для исследователей проблемы из других стран, и указывает на особую важность комментариев к данной работе.

Во-вторых, следует учитывать, что понятие «средний» не тождественно понятию «здоровый». В обще-

ственных исследованиях в число здоровых зачастую попадают лица с распространенными психопатологическими расстройствами. Нельзя забывать, что на состояние здоровья, как в случае, например, числа эритроцитов или функций щитовидной железы, могут указывать средние значения, расположенные в центральной части куполообразной кривой их распределения. С другой стороны, при изучении полей зрения нормальные значения будут находиться в верхнем диапазоне значений, а при оценке концентрации холестерина или билирубина на норму указывают более низкие показатели.

В-третьих, когда сталкиваешься с обсуждением проблем здоровья, необходимо решить, имеет ли исследователь дело с чертой или с состоянием. С этих позиций особую важность приобретают продолжительные исследования. Например, футболист мирового уровня, который из-за вывиха лодыжки временно не может играть (состояние), возможно, более здоров, чем больной диабетом 1 типа (черта), показатели сахара в крови у которого временно находятся в нормальных границах.

Наконец, психическое здоровье не следует рассматривать в отрыве от контекста. Серповидная форма эритроцитов считается болезненной в Париже, но не в центральной Африке, где распространена малярия. В 1940-ые годы обнаружилось, что из личностей параноидного круга получают неважные моряки-подводники, зато они весьма преуспевали на радиолокационной службе. Таким образом, при одних условиях пунктуальность и стремление быть лучше других представляется нормальной чертой, тогда как при других – нет.

Кроме того, если психическое здоровье расценивается как «хорошее», то для чего оно хорошее? Для себя или для общества? Хорошо ли оно с позиций адаптации или с позиций креативности? Когда предпринимаются попытки определить психическое здоровье, биологические принципы обычно главенствуют над антропологическими. Культуральная антропология учит нас, что в зависимости от культуры почти любая форма поведения может считаться здоровой, но в то же время это не означает, что толерантное отношение общества к какому-либо поведению возводит его в ранг здорового. До последнего времени в Португалии алкоголизм не считался болезнью, но это не уменьшало его вклад в смертность населения Лиссабона. Лучшим способом обогатить наше понимание того, что представ-

ляет собой психическое здоровье, представляется его всестороннее изучение в различных здоровых популяциях, в различных культурах и в течение длительного периода времени.

В данной статье проводится сопоставление семи различных эмпирических моделей психического здоровья. Первая из них рассматривает психическое здоровье как состояние выше нормы, характеризующееся суммой баллов более 80 по шкале Глобальной Оценки Функционирования для DSM-IV (Global Assessment of Functioning; GAF, 6). Вторая расценивает его, скорее, как наличие разных сильных сторон человека, чем отсутствие слабостей. В соответствии с третьей моделью позитивное психическое здоровье рассматривается с позиций зрелости. Четвертая гласит о примате позитивных эмоций. Высокий социо-эмоциональный интеллект составляет основу хорошего психического здоровья в пятой модели. Согласно шестой – это субъективное ощущение благополучия. И, наконец, седьмая модель предполагает, что хорошее психическое здоровье отражает феномен психологической устойчивости (resilience).

Чтобы избежать придинок относительно того, какие черты характеризуют психическое здоровье, будет не лишним привести аналогию с чемпионом по десятиборью. Какие же характеристики должны быть присущи «звезде дистанции»? Звезда десятиборья должен обладать хорошей мышечной силой, скоростью, выносливостью, ловкостью движений, способностью «ускориться», хотя комбинации этих свойств могут быть различными. Среди чемпионов десятиборья, общие характеристики не будут сильно варьировать от нации к нации и от века к веку. Выраженность отдельных характеристик этого набора у чемпиона десятиборья, как и определяющие характеристики психического здоровья, могут варьировать от культуры к культуре, но, так или иначе, важны все аспекты.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ КАК ЗДОРОВЬЕ «СВЕРХ НОРМЫ», ФОРМАЛЬНО РЕАЛИЗУЮЩЕЕСЯ В ВИДЕ БАЛЛА ПО ШКАЛЕ GAF, ПРЕВЫШАЮЩЕГО 80

После Второй мировой войны стали публиковаться авторитетные работы, посвященные вопросу психического здоровья (7-9). И хотя все они изучали здоровые выборки, акцент в этих работах ставился скорее на отсутствии патологии, нежели на превышающем средний уровень психическом здоровье. Кроме того, многие послевоенные психиатры продолжали придерживаться точки зрения S. Freud, который отрицал существование психического здоровья и воспринимал его как «утопическую мистификацию».

Затем, в 1958 году состоялся доклад M. Jahoda, с которой она выступила перед Американской объединенной Комиссией по психическим заболеваниям и здоровью (10), и который предопределил кардинальные сдвиги во взглядах психиатров на существование психического здоровья. Автор считала, что емкое понятие психического здоровья включает такие свойства, как автономия (самосознание собственной идентичности и чувств); инвестирование в жизнь (постановка задач и ориентировка на будущее); эффективное решение задач (точное восприятие действительности, устойчивость к стрессам, знание окружающей действительности); способность любить, работать и играть. Однако на момент публикации этих критериев не существовало доказательств того, что эти дефиниции являлись чем-то большим, чем набор банальностей.

Затем, в 1962 году последовали исследования R. Grinker «гомоклитов» (лат. homoclitites, «люди удовольствия») – первые эмпирические исследования хорошего психического здоровья (11). В качестве гринкеро-вых гомоклитов выступали майоры, проводившие занятия по физической подготовке, отобранные по

признаку нормальности; однако их изучение было поверхностным. Второе, более продолжительное исследование, представляло собой процесс отбора из 130 здоровых пилотов реактивных истребителей, предварительно обследованных на предмет психического здоровья, семерых американских астронавтов (12). Эти астронавты не только демонстрировали образцовые показатели при обследовании их работоспособности, но и были компетентными в любви. Несмотря на полную риска профессию летчиков-испытателей, все они крайне редко попадали в нештатные ситуации за годы полетов. Они с легкостью справлялись с ситуациями, требующими тесной взаимосвязанности и переносили полную изоляцию. Несмотря на то, что все астронавты сильно отличались друг от друга, все они стали бы звездами «десятиборья» по психическому здоровью.

Еще более значимое исследование психического здоровья было проведено в рамках проекта Menninger Psychotherapy Project во главе с психологом L. Luborsky. Он разработал Health-Sickness Rating Scale (шкалу оценки здоровья-болезни), разброс значений которой лежит в диапазоне от 0 до 100 (13), и оценка по которой основана на наблюдениях за поведением, а не на непосредственном тестировании человека на бумаге. Результат 80 баллов и выше отражал хорошее психическое здоровье, а 95-100 баллов свидетельствовал об «идеальном состоянии полной интеграции, устойчивости к воздействию стрессоров, счастье и социальной эффективности».

Шкала Luborsky была модифицирована двумя из создателей DSM-III в пятую ось диагностики (14). При проведении кросс-культуральных сопоставлений исследователи утверждали возможность использования методики Luborsky в качестве международного «термометра» психического здоровья (15).

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ КАК НАЛИЧИЕ РАЗЛИЧНЫХ СИЛЬНЫХ ЧЕЛОВЕЧЕСКИХ КАЧЕСТВ

Вторая модель, ставшая основой для позитивистского течения в психологии, проистекала из того, что психологи имели свой особенный, отличный от психиатров, взгляд на вопросы психического здоровья (16). Психологи, как и физиологи, глядя на людей, видели непрерывную череду черт, а не мыслили медицинскими категориями, когда человек либо страдает заболеванием, либо нет. В психологии распространены лечебные мероприятия, направленные на улучшение и так адекватных мышления и социальных навыков, в то время как в медицине любое вмешательство в сферу нормальных функций, будь то функции щитовидной железы или здоровые показатели гематокрита, или нормальное настроение, может вызвать лишь осложнения. У здорового и отдохнувшего человека практически каждое психофармакологическое воздействие со временем приведет к снижению функционального потенциала головного мозга. Таким образом, задача медиков, применяющих лекарственное вещество, заключающаяся в борьбе с патологическим процессом, отличается от задач психологов, нацеленных на воспитание положительных психических качеств.

Еще в 1925 году психиатр A. Meyer предупреждал о необходимости прекращения «морализаторства» относительно утопического психического здоровья. Психическое здоровье, полагал он, должно изучаться посредством «добросовестных и непредвзятых исследований» и «конструктивного экспериментирования» (17). Вслед за этим, психолог M. Seligman заявил, что позитивная психология будет использовать экспериментальные методы, обладающие доказательной силой, для изучения хорошего психического здоровья и для внедрения последних эмпирических достижений когнитивной психологии (18).

Начиная с конца 19-ого века, многие социологи критиковали позитивное мышление, а в особенности религиозный оптимизм, навесив на них ярлык дезадаптивной «американской» иллюзии, мешающей точному восприятию реальности. Ницше, Фрейд, Маркс и Дарвин – все они воспринимали оптимизм как явный признак культурного недоразвития в противовес зрелому психическому здоровью. Впоследствии, однако, психологи, практикующие когнитивную терапию, продемонстрировали, что оптимистическое мышление может не только изменить поведение, но и влиять на функции мозга (19). Если принять во внимание, что пессимизм представляет собой доминирующий когнитивный стиль при депрессии, то оптимизм должен доминировать у психически здоровых людей. Частично, важность оптимизма для психического здоровья связана с характерным когнитивным стилем, согласно которому все хорошее, что случается в жизни, происходит по «собственной вине», продлится вечно и затрагивает все сферы жизни, в то время как неприятности эпизодичны, не являются следствием собственных ошибок, и имеют низкую вероятность повториться (20).

Психологи С. Peterson и М. Seligman постулировали четыре компонента хорошего психического здоровья: таланты, вспомогательные ресурсы (enablers), сильные качества и достижения. Таланты присущи с рождения, заложены на генетическом уровне и на них сложно повлиять (например, высокий уровень IQ) (21). Вспомогательные ресурсы отражают благоприятные социальные условия и воздействия, удачное стечение обстоятельств (например, крепкая семья, качественная система образования, проживание в демократичном обществе с равными возможностями). Сильные качества представляют собой характерологические особенности (такие, как доброта, способность прощать, любопытство, честность), отражающие разные стороны психического здоровья, и они могут быть подвержены изменениям. Достижения – это самые разнообразные показатели (например, улучшение социальных связей и чувств собственного благополучия), которые служат для подтверждения эффективности усилий клиницистов.

Какие из сильных качеств наиболее характерны для психического здоровья, остается предметом дискуссий. Мудрость, доброта, способность любить и быть любимым являются теми качествами, против которых мало кто поспорит. Но должно ли мужество быть включено в ряды сильных сторон личности? И почему из их числа исключены ум, хороший музыкальный слух и пунктуальность? Кроме того, широкомасштабные дебаты ведутся вокруг того, является ли позитивное психическое здоровье тем процессом, который должна покрывать какая-то страховая программа. Со временем сообщество должно будет прийти к соглашению, кто должен платить за хорошее психическое здоровье: сами люди, система образования, сторонние финансовые структуры, религиозные организации или все четыре стороны одновременно?

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ КАК ЗРЕЛОСТЬ

В отличие от остальных внутренних органов, состояние которых после достижения зрелости с возрастом остается неизменным или ухудшается, человеческий мозг продолжает развиваться и во взрослом возрасте. Так, в 10-летнем возрасте легкие и почки функционируют гораздо ближе к оптимальному уровню, чем в 60-летнем возрасте, однако эта аналогия неприменима к центральной нервной системе. В известной степени можно сказать, что психическое здоровье взрослого человека отражает продолжающиеся на шестом десятке жизни процессы созревания и миелинизации головного мозга (22,23). В исследованиях было показано, что в возрасте 70 лет люди менее депрессивны и проявляют большую модальность эмоций, чем в возрасте 30 лет (5,24).

В некотором отношении Е. Erikson предвосхитил идеи Jahoda и Grinker, когда в 1950 году разработал первую модель развития взрослого человека на протяжении жизни (25). Согласно предыдущим моделям после 45-50 лет наступало ухудшение. Erikson, напротив, на каждой из восьми стадий развития человека рассматривал очередные «критерии психического здоровья». Вслед за ним, J. Loevinger построил модель развития эго взрослого человека (26), а L. Kohlberg описал модель морального взросления в зрелом возрасте (27). Всем этим моделям присуще то, что, чем выше зрелость человека, тем крепче его психическое здоровье. Возможно, самым лучшим из существующих определений психического здоровья является определение зрелости W. Menninger (28): способность к любви, отсутствие стереотипных паттернов, реалистичное восприятие судьбы в контексте определенного времени и места, обоснованные ожидания и целеполагание и способность надеяться. В этой модели зрелость не только противопоставлена нарциссизму, но и конгруэнтна другим моделям психического здоровья.

Для подтверждения взгляда на психическое здоровье как на процесс созревания, появилась необходимость в проведении исследования, в котором бы изучались поведение и состояние чувств людей на протяжении всей жизни. И хотя подобные продолжительные исследования были проведены лишь в последнее время, все они продемонстрировали непосредственную прямую взаимосвязь между зрелостью и психическим здоровьем (5,24,29,30,31). При этом для того, чтобы показать связь между психическим здоровьем и зрелостью головного мозга, из всех таких исследований должны исключаться лица с травмами головного мозга, а также страдающие большой депрессией, артериосклерозом, болезнью Альцгеймера, алкоголизмом и шизофренией.

В представлении Erikson, зрелость, благодаря усовершенствованию созревания человека под давлением жизненного опыта, приводит к «расширению социального горизонта». В модели Erikson зрелость взрослого индивидуума достигается в течение длительного времени путем успешного решения четырех последовательных задач: «идентичности», «построения близких отношений», «репродуктивности» (generativity) и «целостности». Основываясь на эмпирических данных из гарвардского исследования Study of Adult Development, Vaillant добавил к этому списку еще 2 задачи: «профессиональное определение» перед «репродуктивностью» и «верность предназначению» перед «целостностью» (32). Интересным оказалось то, что способность решать подобные задачи не зависела от образования, пола, социального класса и, по всей видимости, культуры. Возраст, в котором каждая из этих задач решалась, существенным образом варьировал, но достижение зрелости на определенном этапе жизни в высшей степени коррелировало с психическим здоровьем.

При этом идентичность не является простым продуктом эгоцентричности, стремления уйти из дома или выйти замуж / жениться, чтобы избавиться от дисфункциональных семейных взаимоотношений. Существуют колоссальные различия между банальным побегом из дома и постепенным решением задачи осознания того, где заканчиваются семейные ценности и начинаются свои собственные. Такое разграничение происходит в одинаковой мере за счет идентификации и интернализации взаимоотношений с подростковыми друзьями и внесемейными менторами и благодаря простому биологическому созреванию. Например, акцент человека становится относительно постоянным к 16 годам и отражает скорее манеру речи круга общения среди сверстников, нежели акцент родителей.

Затем перед молодым человеком встает задача развития способности к формированию близких отношений, благодаря которым он вместе с партнером учится

осуществлять не эгоистичные, а обоюдные шаги к взаимопониманию. Проживание только с одним человеком, с которым сформированы отношения взаимной привязанности и верности, в юности кажется нежелательным и невозможным. Однако, как только способность к формированию близких отношений развивается, их возможность воспринимается столь же легкой и желательной как поездка на велосипеде. Иногда это могут быть взаимоотношения с человеком того же пола; иногда они полностью асексуальны; а иногда, как в религиозных орденах, может иметь место привязанность к сообществу.

Профессиональное определение обычно представляет собой задачу, которая осуществляется одновременно или непосредственно после решения задачи построения близких отношений. В случае успешного решения этой задачи, карьера становится столь же ценной и значимой, какими раньше казались игры. Существует четыре ключевых критерия, благодаря которым слово «работа» трансформируется в понятие «карьера»: смысловая наполненность, компенсация (то есть, несет пользу другим, а не просто хобби), компетентность, обязательства. Неспособность достигнуть профессионального самоопределения почти патогномично тяжело расстройству личности.

Успех в решении четвертой задачи, репродуктивности, соответствует способности заботиться и заниматься воспитанием следующих поколений. Проведенные исследования показали, что иногда в возрасте от 35 до 55 лет отмечается снижение потребности в достижениях, но растет стремление к обществу и установлению связей. При этом, в зависимости от тех возможностей, которые предоставляет общество, репродуктивность может замещаться работой по консультированию, наставлению, обучению молодых людей в более широких общественных кругах. Успешного решения задачи репродуктивности достигает чуть больше половины населения, и это является мощным индикатором хорошего психического здоровья, которое может быть оценено и другими путями (31, 32).

В качестве предпоследней задачи, которую предстоит решить человеку в жизни, выступает «верность предназначению». Эта задача, часто являющаяся частью наследия предков, заключается в передаче традиций прошлого в будущее. Хранитель предназначения сосредоточен на сохранении плодов коллективной деятельности человечества. Если воспроизводство ассоциируется с заботой о каком-то конкретном человеке, то верность предназначению и связанные с ней мудрость и справедливость, наоборот, менее избирательны; так, справедливость подразумевает, что человек не принимает чьей-либо стороны.

Последней жизненной задачей является целостность, заключающаяся в достижении ощущения умиротворенности и единения, как в отношении собственной жизни, так и в отношении мира в целом, смирения с неизбежностью жизненного цикла, который не имеет альтернативы. В нашем исследовании такой паттерн нормального развития наблюдался и среди мужчин из бедных районов города, и среди одаренных женщин, и среди выпускников университета (5, 32). Тем не менее, крайне необходимо подтверждение кросс-культурального характера этого феномена.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ КАК ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ ЭМОЦИИ

В 19 веке психиатры создали концепцию «морально-го помешательства» и «хорошего характера», в рамках которых психическое здоровье ассоциировалось с высокой нравственностью и соблюдением религиозных норм. Развитие на протяжении 20 века культурной антропологии, психоанализа, бихевиоризма, молекулярной биологии и атеизма, в целом, заставило психи-

атров поставить под сомнение правомерность взаимосвязи между нравственностью (особенно той, на которую указывает религия) и здоровьем. Однако последние достижения в области понимания биологических основ позитивных эмоций развернуло психиатрию в сторону серьезного рассмотрения этих вопросов (33,34). За прошлые десять лет позитивные эмоции, ранее отданные на откуп популярной музыке, пасторальным наставлениям и религии, вызвали интерес у науки.

Пятьдесят лет назад студентам-медикам преподавали, главным образом, представление о гипоталамических эмоциях – жажде, голоде, страхе и гневе. Эти же эмоции встречаются у аллигаторов и децеребрированных кошек. Просоциальные эмоции, такие как сочувствие, сострадание и родительская любовь, как полагали, представляют собой заученное поведение, локализованы в неокортексе, и в этой связи данная сфера была скорее привязана к плану школьного обучения, но не к медицине. Впоследствии, в 1960-х годах Р. MacLean (35), Н. Harlow (36), и J. Bowlby (37) стали рассматривать любовь в большей степени в контексте привязанности, а не сексуальности, и подвели, таким образом, нейробиологические основы под ни чем не подкрепленные взгляды Jahoda, Maslow и даже св.Павла с его «теологическими добродетелями»: верой, состраданием, надеждой и любовью.

Нейробиолог Р. MacLean указал, что лимбические структуры управляют способностями, которые присущи нам, как млекопитающим: памятью (сфера познания), способностью играть (сфера удовольствия), плакать при разлуке (сфера веры / доверия) и заботиться (сфера любви). За исключением зачатков памяти рептилий не проявляют ни одного из этих качеств. Если у самки хомяка удалить кору головного мозга, то она не сможет выйти из лабиринта, но сохранит все нормальные материнские качества. Если же, наоборот, повредить лимбические структуры, то она сможет выполнять тест с лабиринтом, но не будет способна заботиться о потомстве. Очевидными достоинствами положительных эмоций представляются с позиций дарвинизма.

Лишь с появлением новых технологических разработок в последние 20 лет стало возможным проводить исследования нейробиологии позитивных эмоций при помощи функциональной магнитно-резонансной томографии (фМРТ). В различных исследованиях при восприятии разнообразного позитивного опыта (например, при пробе шоколада, при выигрыше денег, при созерцании красивых лиц, при прослушивании хорошей музыки и при оргазме) у людей была определена локализация центров удовольствия в лимбических областях, особенно в орбитофронтальном регионе (зрительная кора), передней поясной и островковой зонах. Все эти разобщенные структуры тесным образом взаимосвязаны и организованы с целью осуществления поиска и распознавания всего того, что попадает под рубрику любви млекопитающих и человеческой духовности. За прошлые двадцать лет нейробиологи, например, J. Allman (38) и G. Rizzolatti (39), обнаружили в лимбической системе веретенообразные и зеркальные клетки, которые лежат в основе просоциального мышления человека.

Зеркальные нейроны локализируются в островковой зоне и передней поясной извилине и, по-видимому, отвечают за эмпатию, способность понимать чувства других людей. Исследования с применением функционального МРТ просоциальных зеркальных клеток передней поясной извилины и островка свидетельствуют, что наибольшая их активность отмечается у людей с наибольшими степенями понимания социальной обстановки и эмпатии, что подтверждалось при помощи обычных «бумажных» тестов (40).

Составляющие эту модель важные позитивные и «нравственные» эмоции включают следующие 8:

любовь, надежду, радость, прощение, сострадание, веру, благоговение и благодарность. Особенно важным представляется то, что все эти 8 выбранных позитивных эмоций затрагивают сферу человеческих взаимоотношений, ни одна из них не является эгоцентричной, все они ориентированы на будущее, и все они составляют основу наиболее значимых верований в мире (41). В данном перечне опущены еще 5 позитивных эмоций, которые ориентированы на настоящее (возбуждение, интерес, удовлетворенность, юмор и уверенность в своих силах), то есть те чувства, которые мы можем испытывать, даже находясь на необитаемом острове.

Ввиду чрезвычайной важности для выживания индивида, все негативные эмоции являются «эгоцентричными». Мы глубоко испытываем и чувства отмищения и прощения, однако долгосрочные последствия этих двух эмоций для психического здоровья сильно различаются. Отрицательные эмоции чрезвычайно необходимы для выживания в настоящем. Эксперименты, проведенные крупными учеными в области нейронаук, в частности, J. Panskepp (42), и психологов, например, В. Fredrickson (33) и S. Lyubormirsky (43), показали, что в то время как негативные эмоции сужают внимание, то есть приводят к тому, что человек «не видит леса за деревьями», позитивные эмоции, особенно радость, делают мышление более гибким, творческим, интегральным и эффективным. Направленные в будущее позитивные эмоции повышают нашу терпимость к незнакомым людям, расширяют моральные принципы и повышают творческий потенциал (34).

Влияние позитивных эмоций на вегетативную нервную систему имеет много общего с реакцией расслабления и медитацией. Негативные эмоции через влияние на симпатическую нервную систему вызывают метаболическую активацию и возбуждают сердечную активность. Позитивные эмоции, наоборот, через парасимпатическую нервную систему, уменьшают основной обмен, понижают артериальное давление, частоту сердечных сокращений и дыхания и снимают мышечное напряжение. фМРТ-исследования медитативной практики Кундалини-йоги демонстрируют, что медитация приводит к повышению активности в гиппокампе и латеральных отделах правого миндалевидного тела, что, в свою очередь, вызывает возбуждение парасимпатической нервной системы и ощущение глубокого умиротворения (44).

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ КАК СОЦИО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ

Высокий уровень социо-эмоционального интеллекта отражает превышающее средний уровень психическое здоровье точно таким же образом, как высокий IQ свидетельствует о более высоких интеллектуальных способностях. Этот эмоциональный интеллект лежит в основе хорошего психического здоровья. В «Никомаховой этике» Аристотель определил социо-эмоциональный интеллект следующим образом: «Разгневаться может любой – это легко. Но тяжело проявлять гнев на нужного человека, в нужной степени, в нужное время, с нужной целью и правильным образом». Однако, не так давно – 50 лет назад – учебник по интеллекту отверг аристотелевское понятие социального интеллекта как «бесплезное». И лишь в 1970-ых годах управление «объектными отношениями» становится для психиатрии более важным, чем управление «инстинктами».

Социальный и эмоциональный интеллект можно определить при помощи следующих критериев (45): точное осознанное восприятие и контроль собственных эмоций; способность управлять эмоциями, чтобы их проявления были адекватными; точное понимание и реакция на эмоции других; способность поддерживать тесные отношения с другими; способность направлять эмоции (побуждения) на желаемую цель.

За последние 25 лет были предприняты шаги, чтобы найти применение нашему пониманию взаимоотношений между социо-эмоциональным интеллектом и психическим здоровьем. Первым шагом в этом направлении стали фМРТ-исследования и нейрофизиологические эксперименты, углубившие наши знания о взаимодействии префронтальной коры и лимбической системы (46,47).

Затем происходило медленное, но неуклонное осмысление «эмоционального интеллекта», производились даже попытки его измерения. За последние десять лет произошло бурное развитие методик оценки эмоционального интеллекта (48).

К настоящему времени разработано множество упражнений, позволяющих управлять взаимоотношениями, которые помогают брачным парам, бизнесменам и дипломатам более искусно разрешать конфликтные ситуации и проводить переговоры. В последние десятилетия также ширились попытки преподавать в школах основы эмоциональной и социальной компетентности, которую иногда называют «эмоциональной грамотностью» (45).

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ КАК СУБЪЕКТИВНОЕ ОЩУЩЕНИЕ БЛАГОПОЛУЧИЯ

Задолго до того, как философы разработали критерии психического здоровья, они предложили определение счастья и «хорошей жизни». Однако если философы на протяжении многих столетий иногда расценивали счастье как величайшее благо, то психологи и психиатры сомневались в этом.

Счастье, произрастающее из удовольствия или лишенной эгоизма любви (агапэ), из чувства самообладания и собственной эффективности, или из игры и состояния «потока» (глубокой, но непринужденной увлеченности), отражает здоровье. Счастье, идущее от духовной дисциплины и концентрации, зрелого юмора, свободы от нарциссической фиксации на чувствах стыда, обиды и жалости к себе – это дар. Подлинное, аутентичное счастье, согласно Seligman, зависит от вовлеченности в достижение поставленной цели, осмысленности, позитивных эмоций и отношений (18).

С другой стороны, субъективное ощущение счастья может соседствовать как с адаптацией, так и с дезадаптацией. Поиск счастья может приобретать эгоистический, нарциссический, поверхностный и примитивный оттенок. Гедонистическое удовольствие может легко прийти, но также легко и уйти. Мнимое счастье может возникать в структуре характера, ассоциирующегося с биполярным и диссоциативным расстройством, а также с экзальтацией «Я», во многом возвеличенного популярной американской психологией. Примером дезадаптирующего «счастья» может служить любое неуправляемое удовлетворение примитивных потребностей: прожорливость, прием наркотиков, приступы гнева, промискуитет и месть. Именно из-за подобной неоднозначности смысла в данной статье вместо понятия «счастья» будет использоваться термин «субъективное ощущение благополучия».

За пределами Америки весь мир всегда скептически относился к американской охваченности идеей счастья. Ряд исследователей в последнее десятилетие, в частности M. Seligman и E. Diener (49,50), указывали, что основная функция субъективного благополучия заключается в облегчении ухода за собой, предотвращения, таким образом, формирования выученной беспомощности. Кроме того, даже при контроле таких факторов, как уровень дохода, образование, вес, курение, прием алкоголя, наличие заболеваний, люди с высоким ощущением субъективного благополучия живут значительно дольше (51).

Тем не менее, попытки измерить субъективное благополучие были разнородными, и единого золотого

Таблица 1. Кросс-корреляции между различными моделями психического здоровья в среднем возрасте и их прогностическая ценность и независимость от социального класса родителей и средовых факторов в детском возрасте: данные Гарвардского исследования взрослого развития (Study of Adult Development at Harvard) (55)

	A	B	C	D	E
Модель А: балл GAF к 50 годам	-				
Модель В: Зрелость	0,59	-			
Модель С: Социальный интеллект	0,38	0,44	-		
Модель D: Субъективное ощущение благополучия	0,4	0,3	0,4	-	
Модель E: Устойчивость	0,76	0,52	0,39	0,31	-
Объективная глобальная оценка психического здоровья в возрасте 65 лет	0,45	0,33	0,3	0,56	0,45
Социальный класс родителей	0,06	0,4	0,18	0,13	0,07
Теплые взаимоотношения в детском возрасте	0,05	0,04	0,07	0,07	0,03

GAF – Шкала глобальной оценки функционирования.
Все корреляции > .25 статистически достоверны при $p < 0.001$.

стандарта выработать так и не удалось. Одни исследователи расценивали субъективное благополучие как общую удовлетворенность жизнью, другие рассматривали более узкие направления: удовлетворенность работой и семейной жизнью. Однако, простой вопрос – «Как Вы оцениваете свою жизнь в целом?» – с 7 последовательными вариантами ответа от «превосходной» до «ужасной» работает на удивление хорошо.

Поскольку короткоживущие средовые факторы могут оказывать влияние на результаты, растет понимание того, что наиболее адекватными методами оценки субъективного благополучия являются методы оценки наборов реального опыта. В исследованиях такого рода испытуемым предлагается оценивать свое текущее субъективное ощущение благополучия в течение многих дней или недель по сигналу, который звучит со случайной периодичностью на протяжении дня (52). Еще лучших результатов позволяют добиться физиологические методики оценки стресса (например, измерение гальванической реакции кожи, содержания кортизола в слюне, съемка выражения лица скрытой камерой), позволяющие усилить вербальное выражение актуального субъективного опыта.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ КАК УСТОЙЧИВОСТЬ (RESILIENCE)

У людей существует 3 типа копинг-стратегий, используемых для совладания со стрессовыми ситуациями. Два из них – сознательные: поиск социальной поддержки и когнитивные стратегии, которые мы специально используем, чтобы пережить стресс. Третий тип стратегий вовлекает бессознательные механизмы, которые нарушают наше восприятие внутренней и внешней реальности, чтобы сгладить субъективный дискомфорт, тревогу и подавленность.

Эти бессознательные психические механизмы обозначаются в шкале Defensive Function Scale для DSM-IV как защитные механизмы. Они могут угнетать импульс (как, например, при реактивном образовании) или сознание (по механизму отреагирования), снижать потребность в других людях (шизоидное фантазирование) или нарушать восприятие реальности (психотическое отрицание). Они могут нарушать наше осознанное узнавание субъектов (проекция), понимание дозволенного (поворот против себя), разрушать мысль (вытеснение) или нивелировать сопутствующий мысли аффект (изоляция аффекта / интеллектуализация).

Наиболее патологическими среди копинг-механизмов являются отрицание и искажение внешней реальности. В повседневной жизни чаще других встречаются следующие незрелые и патологические механизмы защиты, характерные для подростков и взрослых с расстройствами личности: проекция, пассивная агрессия,

отреагирование и шизоидное фантазирование. Третий класс защитных механизмов, часто наблюдается при тревожных расстройствах и бытовых психопатологических нарушениях, включает вытеснение, интеллектуализацию, формирование реакции, смещение (перенос аффекта на более нейтральный объект).

Четвертый класс бессознательных копинг-механизмов характеризует психическое здоровье (53). «Зрелые защитные механизмы» все равно в некоторой степени нарушают и изменяют чувства, сознание, взаимоотношения и чувство реальности, однако эти влияния мягки и гибки. Поступать так, как хотелось бы, чтобы поступали с тобой (альтруизм), выдержка (подавление), осознание будущей боли (предвидение), способность не воспринимать себя слишком серьезно (юмор) и поворот ситуации в полезное русло (сублимация), представляют собой материал, из которого строится психическое здоровье. Но к великому сожалению, эти механизмы не так просто применить при помощи одного лишь усилия воли. Таким образом, сторонний наблюдатель может воспринимать адаптивные механизмы защиты как добродетели, и относиться к предвзятости проекции и вспышкам отреагирования как к грехам. Наконец, как и в отношении других аспектов психического здоровья, надежное определение здоровых, но бессознательных механизмов защиты требует длительного изучения. Оба исследования – и исследование Института человеческого развития Беркли (Berkeley's Institute of Human Development) (54), и гарвардское Исследование развития взрослого человека (Harvard's Study of Adult Development) (55), – показали важность зрелых механизмов защиты для психического здоровья.

Точно также как психиатрия должна понять, каким образом 75 баллов по Оси V можно превратить в 90, насущной проблемой дисциплины является разработка пути, который бы облегчил переход с использования менее зрелых на более зрелые копинг-стратегии. Судя по имеющимся тенденциям, исследования с использованием фМРТ должны продемонстрировать механизм возникновения этих стратегий в головном мозге (46,47) и то, каким образом, используя эмпирические методы, показать процессы формирования более зрелых копинг-стратегий в процессе психотерапии (56).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В статье рассмотрены семь концептуально разных моделей психического здоровья в его позитивном определении. В таблице 1 представлены результаты гарвардского Исследования развития взрослого человека (проспективное исследование недельных жителей бедных районов города), эмпирически демонстрирующие внутренние взаимоотношения между пятью из этих моделей (55). При этом было обнаружено не толь-

ко то, что каждая из пяти моделей (оценка производилась независимым рейтером) достоверно коррелирует с четырьмя другими, но и то, что каждая модель имеет прогностическую значимость в отношении объективной глобальной оценки психического здоровья через 15 лет. Следует обратить внимание, что ни одна из этих пяти моделей не связана с принадлежностью родителей к тому или иному социальному классу, а также с комфортностью условий детского развития.

Теория психического здоровья поднимает проблематику терапевтических вмешательств, позволяющих его достигнуть. Какие сферы психического здоровья предопределены, а какие подвержены изменениям? Как уже указывалось выше, фармакологические средства могут смягчать проявления психического заболевания, но они не улучшают функционирование здорового мозга. Единственный метод укрепления психического здоровья, имеющимися в нашем арсенале, является когнитивное, поведенческое и психодинамическое образование.

В заключение отметим, что при изучении позитивного психического здоровья требуется соблюдать некоторую осторожность. Во-первых, психическое здоровье должно иметь широкое определение, которое бы работало в различных культурных условиях. Во-вторых, критерии психического здоровья должны быть валидизированы путем продольных эмпирических исследований. И, наконец, несмотря на то, что психическое здоровье является одной из наиболее важных человеческих ценностей, оно не должно восприниматься как единственно возможное и абсолютное благо. Мы должны продолжать прилагать наши усилия в направлении достижения хорошего психического здоровья, сохраняя при этом уважение к индивидуальной автономии.

БЛАГОДАРНОСТЬ

Проведение данного исследования спонсировалось научным грантом МН42248 Национального Института Психического Здоровья (National Institute of Mental Health).

Литература:

- Leighton AH. My name is Legion: the Stir-ling County Study, Vol. 1. New York: Basic Books, 1959.
- Clausen J. American lives. New York: Free Press, 1993.
- Jones CJ, Meredith W. Developmental paths of psychological health from early adolescence to later adulthood. *Psychol Aging* 2000;15:351-60.
- Vaillant GE. *Adaptation to life*. Boston: Little Brown, 1977.
- Vaillant GE. *Aging well*. New York: Little Brown, 2002.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental Disorders*, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
- Srole L, Langer TS, Michael ST et al. *Mental health in the metropolis*. New York: Mc-Graw Hill, 1962.
- Leighton DC, Harding JS, Macklin D et al. *The character of danger*, vol. 3. The Stirling County Study. New York: Basic Books, 1963.
- Offer D, Sabshin M. *Normality: theoretical and clinical concepts of mental health*. New York: Basic Books, 1966.
- Jahoda M. *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books, 1958.
- Grinker RR Sr., Grinker RR Jr., Timber-lake J. A study of mentally healthy young males (homoclitcs). *Arch Gen Psychiatry* 1962; 6: 405-53.
- Korchin SJ, Ruff GE. Personality characteristics of the Mercury astronauts. In: Grosser GH, Wechsler H, Greenblatt M (eds). *The threat of impending disaster*. Cambridge: MIT Press, 1964.
- Luborsky L. Clinicians' judgment of mental health: a proposed scale. *Arch Gen Psychiatry* 1962;7:407-17.
- Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL et al. The Global Assessment Scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 1976;33: 766-71.
- Armeli BA, Gerin P, Luborsky L et al. Clinician's judgment of mental health: an international validation of HSRS. *Psycho-ther Res* 1991;1:31-8.
- Seligman MEP, Csikszentmihalyi M. *Positive psychology*. *Am Psychol* 2000;55:5-14.
- Lief A (ed). *The commonsense psychiatry of Dr. Adolf Meyer*. New York: McGraw-Hill, 1948.
- Seligman MEP. *Flourish*. New York: Free Press, 2011.
- Baxter LR, Schwartz JM, Bergman KS et al. Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:681-9.
- Peterson C, Seligman MEP. Causal explanations as a risk factor for depression: theory and evidence. *Psychol Rev* 1984;91:347-74.
- Peterson C, Seligman MEP. *Character strengths and virtues*. New York: Oxford University Press, 2004.
- Yakovlev PI, Lecours AR. The myelogenetic cycles of regional maturation of the brain. In: Minkowski A (ed). *Regional development of the brain in early life*. Oxford: Blackwell, 1967.
- Benes FM, Turtle M, Khan Y et al. Myelination of a key relay in the hippocampal formation occurs in the human brain during childhood, adolescence and adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 477-84.
- Carstensen LL. Evidence for life-span theory of socio-emotional selectivity. *Current Directions in Psychological Science* 1995;4: 151-6.
- Erikson E. *Childhood and society*. New York: Norton, 1950.
- Loevinger J. *Ego development*. San Francisco: Jossey-Bass, 1976.
- Kohlberg L. *Essays on moral development, Vol. 2: The nature and validity of moral stages*. San Francisco: Harper Row, 1984.
- Menninger WC. *A psychiatrist for a troubled world: selected papers of William C. Menninger, M.D.* New York: Viking Press, 1967.
- White RW. *Lives in progress*, 3rd ed. New York: Holt Rinehart & Winston, 1975.
- Friedman HS, Martin LR. *The Longevity Project*. New York: Hudson Street Press, 2011.
- Vaillant GE, Milofsky ES. Natural history of male psychological health: IX. Empirical evidence for Erikson's model of the life cycle. *Am J Psychiatry* 1980;137:1348-59.
- Vaillant GE. *The wisdom of the Ego*. Cambridge: Harvard University Press, 1995.
- Fredrickson BL. The role of positive emotions in positive psychology: the broaden-and-build theory of positive emotions. *Am Psychol* 2001;56:218-26.
- Vaillant GE. *Spiritual evolution: a scientific defense of faith*. New York: Doubleday Broadway, 2008.
- MacLean PP. *The triune brain in evolution*. New York: Plenum, 1990.
- Harlow H. The nature of love. *Am Psychol* 1958;13:673-85.
- Bowlby J. *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock, 1979.
- Allman JM, Watson KK, Tetreault NA et al. Intuition and autism: a possible role for Von Economo neurons. *Trends in Cognitive Science* 2005;9:367-73.
- Rizzolatti G. The mirror neuron system and its function in humans. *Anat Embryol* 2005; 210:419-21.
- Kaplan JT, Iacoboni M. Getting a grip on the other's mind: mirror neurons, intention, understanding and cognitive empathy. *Social Neuroscience* 2006;1:175-83.
- Armstrong K. *The great transformation*. New York: Knopf, 2006.
- Panskepp J. *Affective neuroscience. The foundations of human and animal emotion*. New York: Oxford University Press, 1998.
- Lyubomirsky S, King L, Diener E. The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success? *Psychol Bull* 2005;131:803-55.
- Thayer JF, Sternberg EM. Neural aspects of immunomodulation: focus on the vagus nerve. *Brain, Behavior, and Immunity* 2010;24:1223-8.
- Goleman D. *Emotional intelligence*. New York: Bantam Books, 1995.
- Etkin A, Egner T, Peraza DM et al. Resolving emotional conflict: a role for the rostral anterior cingulate cortex in modulating activity in the amygdala. *Neuron* 2006;51: 871-82.
- Westen D, Blagou PS, Harenski K et al. Neural bases of motivated reasoning: an fMRI study of emotional constraints on partisan political judgments in the 2004 U.S. Presidential Election. *J Cogn Neurosci* 2006;18:1947-58.
- Mayer JD, Salovey P, Caruso D. *Emotional Intelligence Test (MSCEIT)*. Toronto: Multi-Health Systems, 2002.
- Diener E, Suh EM, Lucas RE et al. Subjective well-being: three decades of progress. *Psychol Bull* 1999;125:276-302.
- Diener E. Subjective well-being. *Am Psychol* 2000;55:34-43.
- Diener E, Chan MY. Happy people live longer: subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being* 2011;3:1-43.
- Csikszentmihalyi M. *Flow: the psychology of optimal experience*. New York: Harper Row, 1990.
- Vaillant GE. Adaptive mental mechanisms: their role in a positive psychology. *Am Psychol* 2000;55:89-98.
- Haan N. *Coping and defending*. San Diego: Academic Press, 1977.
- Vaillant GE, Schnurr P. What is a case? A 45-year study of psychiatric impairment within a college sample selected for mental health. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:313-27.
- Perry JA, Beck SM, Constantinides P et al. Studying change in defensive functioning in psychotherapy, using defense mechanism rating scales: four hypotheses, four cases. In: Levy RA, Ablon JS (eds). *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy*. Totowa: Humana Press, 2008:121-53.

Позитивное психическое здоровье: исследовательская повестка дня

Alan Carr

School of Psychology, University College Dublin, Belfield, Dublin 4, Ireland

Перевод: Курсаков А.А. (Москва)

Редактор: Карпенко О.А. (Москва)

Vaillant предоставляет глубокий обзор семи концептуальных моделей позитивного психического здоровья. В качестве наилучшего пути к пониманию психического здоровья он предлагает проведение продольных исследований множества популяций, в условиях различных культур и с использованием инструментов, позволяющих оценить множество концепций.

Заглядывая в будущее, я соглашусь с Vaillant в том, что для создания наиболее пригодной концепции позитивного психического здоровья необходима теоретическая и эмпирическая работа. С теоретических позиций, есть необходимость прояснения и интеграции нынешних перекрывающихся, но различающихся конструктов в более широкие и всеобъемлющие концептуальные рамки. С эмпирической точки зрения, нужно разрабатывать и совершенствовать инструменты для измерения конструктов позитивного психического здоровья на множестве уровней, включая самоотчет, поведенческие характеристики, психофизиологическое реагирование и нейробиологическое функционирование. Кроме того, необходимо провести связь между исследованиями позитивного психического здоровья и психологией нормального и патологического функционирования на протяжении жизни. В частности, было бы ценным посредством генетических, нейробиологических, психоэволюционных исследований и исследований в области развития определить связи между позитивным психическим здоровьем с одной стороны и интеллектом, темпераментом, чертами характера, саморегуляцией и привязанностью с другой.

Необходимо ограничивать позитивное психическое здоровье от уровня интеллекта на основании психометрических измерений, а также от других форм интеллекта в моделях, таких как множественный интеллект Гарднера (1). Очевидно, что высокий IQ и психическое здоровье – не синонимы. Тем не менее, как психическое здоровье, так и интеллект (определенный при помощи тестов на IQ) предполагают способность к эффективному решению проблем и адаптации к среде. Важным для исследования вопросом является вопрос о природе и степени параллелизма между показателем интеллекта, установленным на основании психометрических измерений и позитивным психическим здоровьем на протяжении жизни.

Vaillant указывает на то, что позитивное психическое здоровье приравнивается к социальному и эмоциональному интеллекту. Принимая во внимание установленную корреляцию между религиозными практиками и благополучием (3), есть также основания полагать, что экзистенциальный или духовный интеллект, либо высокая стадия морального развития (2), могут быть центральным аспектом позитивного психического здоровья. Остается неясным характер взаимоотношений между позитивным психическим здоровьем и другими формами интеллекта, такими как музыкальный, кинестетический и натуралистический. Схожие основания могут быть приведены для понятий одаренности и креативности. Некоторые индивиды могут быть исключительно одаренными или креативными в том,

как они решают вопросы, связанные с их собственным позитивным психическим здоровьем.

Теории темперамента и личностных черт несут в себе концепцию, согласно которой позитивное психическое здоровье представляет собой определенный тип профиля личности. Например, детей с более покладистым темпераментом могут считать психически более здоровыми, чем тех, с кем имеются трудности или чей темперамент проявляется замкнутым поведением. С точки зрения теорий, подразумевающих выделение различных черт, таких как пятифакторная модель личности, люди с более высокими значениями эмоциональной стабильности, экстраверсии, конформности, добросовестности и открытости к опыту могут рассматриваться как психически более здоровые, чем люди с иными профилями. Vaillant упоминает подобный подход в разделе, где психическое здоровье рассматривается как совокупность свойственных человеку сильных качеств. Так или иначе, я бы хотел исследовать важность установления связи между исследованиями в области позитивного психического здоровья и обширными знаниями, накопленными о темпераменте и личностных чертах (4).

Обширные литературные данные на тему саморегуляции проливают свет на факторы, имеющие отношение к способности человека поддерживать мотивированную активность в то время, когда он претерпевает дистресс (5). Эта способность может быть одним из аспектов позитивного психического здоровья и, возможно, относится к адаптивным защитным механизмам, обсуждаемым Vaillant в разделе об устойчивости (resilience). Исследования процесса саморегуляции и позитивного психического здоровья должны явиться важным приоритетом будущего.

Исследования в области привязанности показали, что безопасный и небезопасный стили привязанности могут быть определены на протяжении жизни, при том, что безопасный стиль связан с более успешной психологической адаптацией (6). Люди с безопасными стилями привязанности, развившимися в результате взаимодействия с чуткими родителями в ранние годы жизни, разрабатывают внутренние рабочие модели своего «Я» и других, которые влекут за собой ожидания, что другие с большой вероятностью будут доступны для удовлетворения потребностей в привязанности. Эта установка на доверие, возможно, является ключевым компонентом позитивного психического здоровья и областью, требующей дальнейших исследований.

Интеграция существующих моделей позитивного психического здоровья, рассмотренных в статье Vaillant, в систему более высокого порядка, наряду с исследованиями, призванными связать такую интегративную модель с представлениями об интеллекте, темпераменте, личностных чертах, саморегуляции и привязанности создадут основу для понимания позитивного психического здоровья в контексте имеющихся знаний о нормальном развитии в процессе жизни. Это также обеспечит научное обоснование для разработки коррекционных программ для улучшения позитивного психического здоровья.

Литература:

1. Gardner H. Frames of mind: theory of multiple intelligences. New York: Basic Books, 2004.
2. Killen M, Smetana J. Handbook of moral development. London: Psychology Press, 2006.
3. Myers D, Eid M, Larsen R. Religion and human flourishing. In: Eid E, Larsen R (eds). The science of subjective well-being. New York: Guilford, 2008:323-46.
4. Bates J, Schermerhorn A, Goonight J. Temperament and personality through the lifespan. In: Lamb M, Freund A (eds). The handbook of lifespan development. Vol. 2. Social and emotional development. New York: Wiley, 2010:208-53.
5. Forgas J, Baumeister R, Tice D. Psychology of self-regulation: cognitive, affective, and motivational processes. New York: Psychology Press, 2009.
6. Cassidy J, Shaver P. Handbook of attachment, 2nd ed. New York: Guilford, 2008. 101

Кросс-культуральный взгляд на позитивное психическое здоровье с точки зрения теории самоопределения

Kennon M. Sheldon

Department of Psychology, University of Missouri, Columbia, MO 65211, USA

Перевод: Курсаков А.А. (Москва)

Редактор: Карпенко О.А. (Москва)

Vaillant представил прекрасный обзор исторических и современных аспектов понятия «позитивного психического здоровья», очертив семь различных концепций этого счастливого состояния. Интересно, что, несмотря на присутствие в названии статьи вопроса о возможности кросс-культурального определения позитивного психического здоровья, Vaillant уделяет данному аспекту лишь небольшое внимание. Являются ли рассмотренные семь моделей подходящими для других культур? Нам это неизвестно. Vaillant представил уместную метафору, рассуждая о десятиборцах-чемпионах: «Все десятиборцы обладают хорошими характеристиками мышечной силы, скорости, выносливости, грации и соревновательного упорства, хотя их комбинации могут отличаться». Это предполагает, что позитивное психическое здоровье может быть охарактеризовано одними и теми же базовыми способами применительно ко всем культурам, даже несмотря на то, что отдельно взятые культуры могут отличаться по этим признакам в количественном отношении или в комбинации черт (то есть, какие-то могут иметь большую «силу», а другие – большую «скорость»). Так или иначе, Vaillant не спекулирует на тему того, как различные типы культур могли бы в большей или меньшей степени подкрепить те или иные из рассмотренных им семи концепций психического здоровья.

С целью пролить больше света на эти вещи, я вкратце опишу теорию самоопределения, теорию мотивационного здоровья, которая получила широкое эмпирическое подтверждение за последние четыре десятилетия и которая, на мой взгляд, представляет собой восьмую (может быть, самую фундаментальную) концепцию психического здоровья (1-3). Возможно, некоторые из читателей этого журнала не знакомы с данной теорией, находящейся под широким куполом «позитивной психологии». Преимущество этой теории состоит в том, что она касается не только позитивного самого по себе, но и стремится найти позитивное в контексте потенциально негативных состояний и ограничений. Эта теория также приводит основательные и хорошо эмпирически подтвержденные доводы о природе позитивной мотивации в разных культурах.

Согласно теории самоопределения, каждый индивид обладает врожденной активностью, стремлением находить и следовать внутренним побуждениям и в

этом процессе учиться, расти и процветать. Внутренние побуждения возникают автоматически, по мере того, как факторы среды подкрепляют их (к сожалению, «контролирующая» среда может их подрывать). Теория также предполагает, что у всех людей есть три базовых психологических потребности, или требования к опыту, удовлетворение которых подкрепляет внутреннюю мотивацию, развитие и здоровье точно так же, как удовлетворение базовых физических потребностей поддерживает рост и здоровье растений (4). Эти три потребности включают в себя автономию (потребность в саморегуляции; владение собственными действиями и идентификация себя со своим поведением); компетенция (потребность быть эффективным; двигаться к совершенствованию навыков и умений); и связанность (потребность чувствовать психологическую связь со значимыми другими; поддерживать и получать поддержку от этих других).

Заметим, что эти три потребности отсылают нас к работе Фрейда «Любовь и Труд», с ее положением о том, что труд должен быть значимым и выбираться самостоятельно. Эти потребности также соотносятся с определением психического здоровья Jahoda, которое упоминается в статье Vaillant: психическое здоровье включает «автономию (контакт с собственной идентичностью и чувствами); инвестирование в жизнь (самоактуализация и нацеленность на будущее); эффективное решение проблем (точное восприятие реальности, резистентность к стрессу, освоение окружающей среды); и способность к любви, труду и игре». Теория самоопределения предполагает, что инвестирование в жизнь и нацеленность на будущее возникают автоматически, когда другие три потребности удовлетворены.

Согласно теории самоопределения, три вышеперечисленные потребности развились вследствие того, что люди, стремившиеся к этим психосоциальным благам и, приобретая их, получали психологическое подкрепление, имели преимущество при отборе по сравнению с теми, кто этого не делал. В настоящее время ключевой характер этих трех компонентов здоровья и благополучия подтвержден большим объемом научной литературы, осветить который не представляется возможным ввиду ограниченного формата этого текста. В качестве лишь одного примера, приведу статью 2001 года, в которой десять возможных психологических потреб-

ностей тестировались на предмет относительной частоты их присутствия (или отсутствия) в списке «наиболее удовлетворяющих событий» согласно самоотчету людей. Автономия, компетентия и связанность заняли в этом исследовании первые места; гедоническое удовольствие, финансовый успех, популярность / статус, безопасность / защищенность и даже физическое здоровье и самоактуализация не получили подтверждения в качестве базовых потребностей согласно использованным в исследовании критериям.

Обращаясь к кросс-культуральному аспекту, утверждение о том, что это сложившиеся в результате эволюции базовые потребности, характерные для природы человека, предполагает, что им должно придаваться большое значение во всех культурах. Литература ясно это подтверждает, и вот лишь один пример. Sheldon с соавт. (6) установили, что эти три потребности предопределяли положительные эмоции и удовлетворенность жизнью в равной степени в 20 различных культурах, включая африканские, азиатские, европейские, латиноамериканские и австралийские. Такой эмпирический подход принимает за доказательство истинности потенциальной потребности тот факт, что она связана с положительными эмоциями и субъективным благополучием (две из семи описанных Vaillant концепции позитивного психического здоровья).

В теории самоопределения позитивные эмоции и субъективное благополучие являются лишь побочными продуктами удовлетворения потребности, а не самостоятельными показателями психического здоровья. Фактически, теория самоопределения могла бы утверждать, что все проявления психического здоровья в итоге подкрепляются или являются следствием удовлетворения психологических потребностей.

Каким же образом культуры различаются между собой в плане психического здоровья? Согласно теории самоопределения, культуры отличаются степенью, в которой они поощряют удовлетворение базовых потребностей людей, так что одни культуры становятся более процветающими (в среднем), чем другие. Например, потребность в автономии обычно меньше поощряется в азиатских обществах, что подтверждается более низкими баллами по удовлетворению потребности в автономии и частично объясняет пониженные показатели положительных эмоций и субъективного благополучия в этих культурах.

Возвращаясь к метафоре о десятиборье, существуют определенные ключевые для психического здоровья составляющие опыта. Психологические здоровые представители любого общества продемонстрируют больше этих составляющих. Так или иначе, разные сообщества будут отличаться в конкретном соотношении того, насколько эти составляющие поддерживаются и поощряются. Например, в своем исследовании 2001 года Sheldon с соавт. (6) показали, что жители Южной Кореи отмечали большее удовлетворение потребности в связанности, чем в компетентии, среди своих «наиболее удовлетворяющих событий», что было прямо противоположно ситуации в США. Тем не менее, и компетентия и связанность в одинаковой степени предопределяли положительные эмоции в обеих культурах.

В заключение, теория самоопределения делает попытку уточнения «психологической пищи», необходимой для всех форм психического здоровья, во всех культурах. Индивидуальные и культуральные различия в удовлетворении потребностей способны объяснить индивидуальные и культуральные различия во многих проявлениях позитивного психического здоровья (7).

Литература:

1. Deci EL, Ryan RM. Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. New York: Plenum, 1985.
2. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the role of basic psychological needs in personality and the organization of behavior. In: John O, Roberts R, Pervin LA (eds). Handbook of personality: theory and research. New York: Guilford, 2008:654-78.
3. Sheldon KM. Optimal human being: an integrated multi-level perspective. New Jersey: Erlbaum, 2004.
4. Ryan RM. Psychological needs and the facilitation of integrative processes. J Pers 1995;63:397-427.
5. Sheldon KM, Elliot AJ, Kim Y et al. What's satisfying about satisfying events? Comparing ten candidate psychological needs. J Pers Soc Psychol 2001;80:325-39.
6. Sheldon KM, Cheng C, Hilpert J. Understanding well-being and optimal functioning: applying the Multilevel Personality in Context (MPIC) model. Psychol Inq 2011;22:1-16.
7. Sheldon KM. Integrating behavioral-motive and experiential-requirement perspectives on psychological needs: a two process perspective. Psychol Rev (in press).

Клиническая роль психологического благополучия

Giovanni A. Fava

Department of Psychology, University of Bologna, Viale Berti Pichat 5, 40127 Bologna, Italy

Перевод: Курсаков А.А. (Москва)

Редактор: Карпенко О.А. (Москва)

В изучении психического здоровья исторически имел место значительный перевес в сторону психологической дисфункции, и здоровье приравнивалось скорее к отсутствию болезни, чем к присутствию благополучия. Ryff и Singer (1) предположили, что отсутствие благополучия приводит к возникновению состояний уязвимости к возможным неприятностям в будущем, и что путь к устойчивому выздоровлению лежит не только через облегчение отрицательных аспектов, но и через формирование положительных. Вывести человека из состояния плохого функционирования – одна из составляющих успеха, однако существует и другая, а именно помощь в продвиже-

нии к восстановлению продуктивного функционирования.

George Vaillant справедливо указывает на относительный вклад и культуральную чувствительность разных моделей позитивного психического здоровья. Так или иначе, понятие о психическом здоровье неразрывно связано с понятием о психологическом благополучии. Детально разработанная модель С. Ryff (2) представляет интеграцию различных точек зрения. Она охватывает шесть взаимосвязанных психологических измерений: позитивную оценку собственного «я», чувство непрерывного роста и развития, веру в то, что жизнь значима и имеет смысл, обладание качественными

взаимоотношениями с другими, способность эффективно справиться со своей жизнью и чувство самоопределения.

Результаты большого количества клинических исследований в существенной мере поддерживают эту модель. При оценке психологического благополучия с использованием Шкал психологического благополучия (Psychological Well-Being Scales) (2) было выявлено, что у пациентов с расстройствами настроения и тревожными расстройствами, находящимися в ремиссии после стандартного фармакологического или психотерапевтического лечения, часто имеют место нарушения в этих сферах (3). Установлено, что недостаток психологического благополучия является фактором риска депрессии (4). Специфическая психотерапевтическая стратегия, направленная на повышение психологического благополучия и устойчивости, терапия благополучия (ТБ) (well-being therapy, WBT), основанная на концептуальной модели Ryff (2), развивалась и тестировалась в многочисленных рандомизированных контролируемых испытаниях (3). Было показано, что применение ТБ в добавление к стандартной когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) у пациентов с рекуррентной депрессией, ответивших на лекарственную терапию, приводит к значительному снижению частоты рецидивов на протяжении 6-летнего периода наблюдения, по сравнению с обычным клиническим ведением (КВ) (5). Более того, было установлено, что комбинация КПТ и ТБ при их последовательном проведении приводит к более высокому по сравнению с одной только КПТ уровню ремиссии по показателям шкал дистресса и благополучия при генерализованном тревожном расстройстве, с сохранением этого эффекта в течение 2-летнего периода наблюдения (6).

Результаты недавнего рандомизированного контролируемого исследования циклотимии (7) дополнили понимание проблемы. Шестидесяти двум пациентам с диагнозом циклотимии по критериям DSM-IV были в случайном порядке назначены КПТ / ТБ или КВ. После лечения были выявлены существенные различия по всем показателям исхода, с более значительным улучшением в группе КПТ / ТБ по сравнению с группой КВ. Терапевтические достижения сохранялись на протяжении периодов наблюдения в один и два года. Эти результаты означают, что последовательное проведение комбинации КПТ и ТБ, нацеленной на оба полюса колебаний настроения и коморбидную тревогу, имеет значительные и стойкие преимущества при циклотимии. Это исследование позволяет предположить, что между различными психологическими измерениями существует некий баланс, который и имеет наибольшее значение.

Ryff и Singer (1) подчеркивают значение наставления Аристотеля искать то, что «занимает промежуточное положение», избегая чрезмерного и крайностей. Преследование благополучия может быть настолько солипсистским и индивидуалистическим, что не оставляет места для взаимосвязи между людьми и пользы для общества. Либо оно может быть сфокусировано на ответственности и обязательствах за пределами человеческой самости, так что его личные таланты и спо-

собности не проявляются и не развиваются. Таким образом, Ryff и Singer (1) придают значение понятию баланса, как теоретическому ориентиру и как эмпирической реальности, которая должна приниматься во внимание исследователями благополучия.

Применение модели Ryff (2) с целью диагностики и лечения предполагает, что оптимальный баланс благополучия отличается у разных людей: нет одного правильного способа быть благополучным (люди отличаются комбинациями сильных и уязвимых сторон, и каждый вынужден иметь дело с тем, что имеется у него в распоряжении).

Применение данной модели в кросс-культуральном ключе является целесообразным и должно интегрировать концептуальные рамки Vaillant. Более того, Ryff (2) подчеркивает, что личные активы должны рассматриваться в комбинации с контекстуальными переменными (работа, семейная жизнь, социальные обязательства и социально-экономические условия). Основной посыл состоит в том, что личность, благополучие и дистресс сходятся воедино разными путями у разных людей.

G. Engel (8) определил этиологические факторы как «факторы, которые перегружают или ограничивают производительность систем, обеспечивающих рост, развитие или адаптацию». Позитивное психическое здоровье должно быть адресовано к этим этиологическим факторам. Оценка благополучия и следование таким стратегиям его повышения, как ТБ, должны внедряться в практику клинического обследования и учитываться в планах терапии (9).

Литература:

1. Ryff CD, Singer BH. Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being. *J Happiness Stud* 2008;9:13-39.
2. Ryff CD. Challenges and opportunities at the interface of aging, personality and wellbeing. In: John OP, Robins RW, Pervin LA (eds). *Handbook of personality: theory and research*. New York: Guilford, 2008:399-418.
3. Fava GA, Tomba E. Increasing psychological well-being and resilience by psychotherapeutic methods. *J Personality* 2009; 77:1903-34.
4. Wood AM, Joseph S. The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: a ten year cohort study. *J Affect Disord* 2010;122:213-7.
5. Fava GA, Ruini C, Rafanelli C et al. Six year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression. *Am J Psychiatry* 2004;161:1872-6.
6. Fava GA, Ruini C, Rafanelli C et al. Wellbeing therapy of generalized anxiety disorder. *Psychother Psychosom* 2005; 74: 26-30.
7. Fava GA, Rafanelli C, Tomba E et al. The sequential combination of cognitive behavioral treatment and Well-being Therapy in cyclothymic disorder. *Psychother Psychosom* 2011;80:136-43.
8. Engel GL. A unified concept of health and disease. *Perspect Biol Med* 1960;3:459-83.
9. Fava GA, Sonino N, Wise TN (eds). *The psychosomatic assessment. New strategies for improving clinical practice*. Basel: Karger, 2012.

Развитие здоровой личности и благополучие

C. Robert Cloninger

Center for Well-Being, Washington University School of Medicine, 660 South Euclid Avenue, St. Louis, MO 63110, USA

Перевод: Курсаков А.А. (Москва)
Редактор: Карпенко О.А. (Москва)

George Vaillant описывает семь концепций позитивного психического здоровья: эффективное функционирование, сильные качества характера, зрелость, баланс позитивных эмоций, социально-эмоциональный интеллект, удовлетворенность жизнью (истинное счастье) и устойчивость. Эти описания отражают его выдающийся вклад в эпидемиологические исследования психического здоровья, а вместе с тем и его принадлежность к школам психоанализа и позитивной психологии. Он делает ценное наблюдение, что эти семь концепций благополучия в значительной мере накладываются друг на друга.

Соотношения, обнаруженные Vaillant в результате эмпирической оценки этих конструктов, позволяют предположить, что основанное на принципе обратной связи взаимодействие между множественными отдельными процессами приводит к возникновению благополучия как сложной адаптивной системы (1,2). Формирование благополучия подразумевает наличие такой сложной адаптивной системы, потому что одни и те же личностные черты могут предопределять разные медицинские исходы (т.е. мультифинальность), а различные наборы личностных черт могут приводить к одному и тому же исходу (т.е. эквивинальность) (2). Таким образом, линейные стадийные модели развития, такие как модели Эриксона, Пиаже и Кольберга, являются несовершенными.

Наличие обратной связи в динамике благополучия открывает оптимистические перспективы для охраны психического здоровья, так как свидетельствует о существовании множества путей к благополучию, которые могут быть адаптированы к уникальным сильным и слабым сторонам каждого человека. В то же самое время, такие сложные динамические соотношения представляют собой трудную проблему утверждения отдельных параметров для оценки компонентов благополучия. Показатели, используемые в каждой из семи описанных Vaillant концепций благополучия, умеренно коррелируют с показателем зрелости (т.е. самонаправленности и способности к сотрудничеству) Шкалы Темперамента и Характера (Temperament and Character Inventory, TCI) и низкими показателями избегания вреда (3). К сожалению, в отношении этого остаточного разнообразия нет достаточного понимания в отношении содержания, структуры или функции других личностных измерений, таких как самотрансцендентность и упорство, хотя идет развитие в этом направлении (4-6).

Тем не менее, динамическая природа процессов, способствующих благополучию, подразумевает ключевую роль самотрансцендентности в том, что здоровье расцветает благодаря развитию зрелости, целостности, мудрости, устойчивости и креативности. Спираль зрелости Эриксона и Vaillant может быть систематически соотнесена с развитием трех черт характера – самонаправленности, способности к сотрудничеству и самотрансцендентности (1). Как и Vaillant, DSM-5 предлагает общее определение здоровой личности в терминах, имеющих отношение к самонаправленности и способности к сотрудничеству. В то же время, в DSM-5 игнорируется самотрансцендентность, хотя все три характеристики важны для предопределения физического,

психического и социального компонентов здоровья и счастья (3).

Самотрансцендентный облик единого целого является, по сути, фундаментальным для здорового развития личности, даже несмотря на то, что в материалистических культурах это может обесцениваться. Например, один из представителей гуманистической психологии, Г. Олпорт, утверждал: «Базовое экзистенциальное стремление расти, следовать за смыслом и искать единства также является данностью. Это важнейшее обстоятельство – даже более выдающееся свойство человеческой природы, чем склонность поддаваться давлению окружения» (7). Понимая необходимость динамического баланса между автономией и связанностью, Олпорт охарактеризовал психологическую зрелость как адаптивный набор из семи функций: а) расширение «я» (self-extension) (неподдельная и устойчивая вовлеченность в значимые виды деятельности, такие как работа, семейная жизнь или общественно полезная деятельность); б) стабильные формы теплого отношения к другим, такие как терпимость, эмпатия, доверие и искренность; в) принятие себя (self-acceptance) или эмоциональная защищенность (способность к регуляции своих эмоциональных состояний и жизни с ними); г) реалистичное восприятие и оценка (видение мира таким, какой он есть, в противоположность тому, чтобы использовать защиту или исказить реальность, потокая своим желанием); д) «проблемоцентрированность» (problem-centeredness) (находчивость при решении проблем); е) самообъективизация (selfobjectification) (осознание себя, позволяющее человеку смотреть на себя с критикой и юмором); ж) объединяющая философия жизни, обеспечивающая осмысление и интеграцию целей и ценностей (7). Согласно Олпорту, здоровая личность постоянно стремится к консолидации личности посредством интеграции всех аспектов его / ее жизни.

Вдохновленная описаниями психологической зрелости, сделанными Олпортом и другими гуманистами, С. Ryff разработала надежные параметры для измерения составляющих психического здоровья или, в ее терминологии, психологического благополучия (8). Параметры Ryff оказались полезными в дифференциации психобиологических коррелятов благополучия и состояния нездоровья (9). Ее эмпирические находки показывают, что отсутствие симптомов психических заболеваний не обеспечивает присутствие положительных эмоций, удовлетворения жизнью и других показателей благополучия. К сожалению, концепция, предложенная Ryff, не предусматривает параметров для измерения самотрансцендентности или объединяющей философии жизни. Ее параметры в некоторой степени объясняются высокими значениями самонаправленности и способности к сотрудничеству, а также низким уровнем избегания вреда. Предложенные Ryff параметры для измерения личностного роста положительно, но лишь в слабой степени, коррелируют с самотрансцендентностью (10). Более совершенная модель благополучия потребует лучшего понимания роли самотрансцендентности (5). В противоположность использованию защитных форм поведения и напря-

женного самоконтроля, точка зрения единства выражается в таких видах активности как плавность при выполнении атлетических движений, импровизация при исполнении музыкальных произведений, доверительное восприятие социальной поддержки и щедрость при благотворительных пожертвованиях. В каждом из этих случаев перечисленные виды активности активируют наиболее поздно развившиеся отделы мозга, в частности префронтальные области (11). Активация передней префронтальной коры создает ощущение удовлетворения даже в те моменты, когда человек предвидит неприятности или жертвует чем-то, имеющим для него личную ценность.

Подводя итог вышесказанному, концепции Vaillant могут помочь людям в осмыслении функций различных составляющих благополучия. Еще много работы предстоит проделать для разработки эмпирических параметров, способных достоверно дифференцировать разные процессы, которые обеспечивают развитие здоровой личности и возникновение благополучия. Нам необходимо углубить понимание ключевой роли самотрансцендентности наряду с другими личностными измерениями в развитии здоровья и счастья (3,5). Огромный недостаток находящихся на подходе классификаций психических расстройств состоит в том, что они заключают в себе слишком мало научного понимания благополучия или вовсе игнорируют его. Я аплодирую George Vaillant и руководству «Всемирной Психиатрии» за их вклад в создании этой ценной дискуссии на тему благополучия.

Литература:

1. Cloninger CR. Feeling good: the science of well-being. New York: Oxford University Press, 2004.
2. Cloninger CR, Cloninger KM. Person-centered therapeutics. *International Journal of Person-centered Medicine* 2011;1:43-52.
3. Cloninger CR, Zohar AH. Personality and the perception of health and happiness. *J Affect Disord* 2011;128:24-32.
4. Cloninger CR, Zohar AH, Hirschmann S et al. The psychological costs and benefits of being highly persistent: personality profiles distinguish mood and anxiety disorders. *J Affect Disord* (in press).
5. Josefsson K, Cloninger CR, Hintsanen M et al. Associations of personality profiles with various aspects of well-being: a populationbased study. *J Affect Disord* 2011;133:265-73.
6. Cloninger CR. The science of well-being: an integrated approach to mental health and its disorders. *World Psychiatry* 2006;5:71-6.
7. Allport GW. Patterns and growth in personality. New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1961.
8. Ryff CD, Keyes CL. The structure of psychological well-being revisited. *J Pers Soc Psychol* 1995;69:719-27.
9. Ryff CD, Dienberg Love G, Urry HL et al. Psychological well-being and ill-being: do they have distinct or mirrored biological correlates? *Psychother Psychosom* 2006; 75:85-95.
10. Rozsa S, Cloninger CR. Personality and well-being. In preparation.
11. Cloninger CR. The evolution of human brain functions: the functional structure of human consciousness. *Aust N Z J Psychiatry* 2009; 43:994-1006.–

Что есть здоровье и что значит «позитивное»? Решение МКФ

Michael Linden

Charité University Medicine, Berlin and Rehabilitation Centre Seehof of German Federal Pension Agency, Teltow/Berlin, Germany

Перевод: Курсаков А.А. (Москва)
Редактор: Карпенко О.А. (Москва)

Говоря о позитивном здоровье, необходимо прояснить понятия и определения. Vaillant дает целый спектр ответов, но в то же время поднимает еще больше вопросов, требующих подробного обсуждения.

Первый вопрос, который требует прояснения – что подразумевается под «здоровьем». В добавление к тому, о чем пишет Vaillant, в определении нуждается понятие «позитивного» и то, являются ли в данном случае слова «позитивное» и «здоровье» синонимами. Vaillant указывает на исключительных людей, таких как астронавты и чемпионы по десятиборью. Это предполагает, что позитивное здоровье отличается от здоровья как такового, то есть от здоровья обычных людей. Если именно это имеется в виду, то возникает вопрос, кто заинтересован в таких крайних показателях здоровья и может ли это вообще быть названо здоровьем? Является деформированное сердце атлета здоровым или болезненным, учитывая, что оно может стать причиной смерти человека, хотя временно позволяет ему достигать высоких результатов в спорте? И не называется ли постоянное пребывание в счастливом и благополучном состоянии гипертимией? Так что же является критерием, позволяющим нам считать что-то «здоровым»? Нам нужны нормы, и Vaillant верно замечает, что они не могут быть получены ни из распределения баллов, ни посредством оценки достижений.

Второй вопрос, требующий прояснения – отношение между здоровьем и болезнью. Vaillant говорит, что

«психическое заболевание – это состояние, которое может быть достоверно определено», и затем противопоставляет психическое заболевание «позитивному психическому здоровью». Вопреки традиционному взгляду, что «здоровье» и «болезнь» являются двумя концами одномерного континуума, Vaillant предлагает двухмерную концепцию, говоря, например, о футболисте мирового уровня со сломанной лодыжкой, который является больным и здоровым в одно и то же время. Предположение о том, что здоровье и болезнь составляют два независимых измерения, позволяет изучать взаимодействие между ними и не только измерять, но и специфическим образом воздействовать и на болезнь и на здоровье. Что особенно характерно для лечения хронических заболеваний, таких как инфаркт миокарда, рак или тревога – проблема во многих случаях не столько в самой болезни, сколько в ухудшении здоровья по причине болезни. Мы назвали это «синдромом кукушкиного яйца». Чтобы иметь красивый сад, не достаточно вырвать сорняки (то есть воздействовать на болезнь), нужно еще и сажать цветы (улучшать здоровье). Существует длинный список хорошо изученных терапевтических вмешательств, направленных на улучшение здоровья, которые мы обобщили под термином «салютотерапия» (“salutotherapy”) (1).

Третий вопрос, требующий прояснения – какие параметры включены в понятие «здоровья». Vaillant указывает на семь областей психологических исследо-

ваний, но существуют и другие концептуальные модели, представляющие интерес. К ним относятся личность, когнитивный интеллект (не только эмоциональный интеллект), повседневная активность, работоспособность, копинги, социальная компетентность, самоэффективность, адаптация, психология смысла жизни, психология мудрости, качество жизни, чувство согласованности (2-5). Эти измерения также являются важными при описании психологии здоровья и каждое из них подкреплено большим объемом исследований. Еще один вопрос – почему в обсуждении упомянуты только психологические концепции. Разве не существует биологических или соматических измерений психического здоровья? (6).

Таким образом, можно заключить, что проблемы со здоровьем те же самые, что и с болезнью. Не существует общего определения ни для болезни, ни для здоровья, которые бы охватывали все аспекты этих явлений. Есть много заболеваний, довольно сильно отличающихся по определениям и критериям, и по аналогии мы должны говорить о многих, разнообразных формах здоровья. Структура статьи, написанной Vaillant, следует этому курсу, так как в ней обсуждается не здоровье, а устойчивость, благополучие и тому подобные понятия, каждое из которых важно, необходимо и полезно, но не является «здоровьем как таковым».

Существует ли способ ответить на открытые вопросы и прийти к «дифференциальному диагнозу» здоровья? Международная классификация функционирования, инвалидности (нетрудоспособности) и здоровья (МКФ), разработанная Всемирной организацией здравоохранения (7), может послужить системой отсчета для классификации здоровья, так же как МКБ – для классификации болезней. МКФ описывает «функциональное здоровье», проводя границы между функцией, способностью, средой, человеком и участием. Способность квалифицируется в соотношении с контекстуальными факторами, что решает проблему норм (8). Это аналогично тестам на интеллект, где коэффициент интеллекта рассчитывается, в том числе, исходя, например, из возраста и образования. МКФ учитывает соматические и психологические функции и включает

перечень видов деятельности и контекстуальных факторов, наряду с рекомендациями по их оценке. МКФ обеспечивает систему, в рамках которой каждый может включить все разнообразие понятийных конструкций, описанных Vaillant. Она показывает, что мы не должны искать одного единственного определения здоровья, так как существует много вариантов здоровья, которые представляют интерес для терапевтов тогда, когда они представляются необходимыми, находятся в опасности или нарушены у отдельно взятого индивида в определенный момент времени (8-10).

Литература:

1. Linden M, Weig W (eds). Salutotherapie. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 2009.
2. Antonovsky A. The salutogenetic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion International 1996;11:11-8.
3. Cantor N, Kihlstrom J.F. Personality and social intelligence. Englewood: Prentice Hall, 1987.
4. Endicott J, Nee J. Endicott Work Productivity Scale (EWPS): a new measure to assess treatment effects. Psychopharmacol Bull 1997;33:13-6.
5. Trompenaars FJ, Masthoff ED, Van Heck GL et al. Relationship between social functioning and quality of life in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. Int J Soc Psychiatry 2007;53:36-47.
6. Hellhammer D, Hellhammer J. Stress: the brain-body connection. Basel: Karger, 2008.
7. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: World Health Organization, 2001.
8. Linden M, Baron S, Muschalla B. Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen (Mini-ICF-APP). Göttingen: Huber, 2009.
9. Baron S, Linden M. The role of the «International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF» in the classification of mental disorders. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2008;255:81-5.
10. Linden M, Baron S, Muschalla B. Capacity according to ICF in relation to work related attitudes and performance in psychosomatic patients. Psychopathology 2010;43:262-7.

Субъективное позитивное благополучие

Per Bech

Psychiatric Research Unit, Mental Health Centre North Zealand, Dyrehavevej 48, DK-3400 Hillerød, Denmark

Перевод: Курсаков А.А. (Москва)

Редактор: Карпенко О.А. (Москва)

Среди семи моделей позитивного психического здоровья, так хорошо описанных Vaillant в этом выпуске журнала «Всемирная Психиатрия», модель субъективного благополучия, отражающая позитивный тон определения здоровья, данного Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), имеет кросс-культуральную обоснованность (валидность). Фактически, Vaillant сам ссылается на одиночный скрининговый вопрос «как вы оцениваете вашу жизнь в целом?» в качестве простого вопроса, претендующего на роль такого валидного в кросс-культуральном отношении показателя.

В опроснике «Шкала качества жизни», разработанном ВОЗ (ШКЖВОЗ), есть другой «глобальный» вопрос – «как бы вы оценили качество вашей жизни?». Этот показатель измеряется по «биполярной» шкале с такими категориями ответов как «плохое», «ни плохое, ни хорошее» и «хорошее» (1). Во многих кросс-культуральных исследованиях ШКЖВОЗ признана эффективной (1).

В конце 1970-х Index Medicus одобрил применение самооценочных шкал качества жизни для оценки результатов клинических исследований. Чаще всего в 1980-х и 1990-х годах использовались Шкала общего психологического благополучия (2) и Краткий опросник здоровья из 36 пунктов (SF-36) (3). Психометрический анализ этих шкал выявил факторы физического и психического здоровья. Индекс благополучия ВОЗ (ВОЗ-5) был разработан с целью измерения позитивного психического здоровья (4). Он включает в себя следующие пять пунктов: а) чувство радости и хорошего расположения духа, б) чувство спокойствия и расслабленности, в) чувство собственной активности и энергичности, г) чувство свежести и бодрости при пробуждении и д) чувство заинтересованности в повседневных делах. Категории ответов, принимающих в расчет период последних двух недель, ранжируются согласно принципу Ликерта в пределах от «все

время» до «никогда». Как и в SF-36, общий балл по шкале ВОЗ-5 распределяется в пределах от 0 до 100, так, что более высокие значения соответствуют более высокому уровню благополучия. Пониженный уровень позитивного благополучия по ВОЗ-5 является чувствительным показателем наличия проблем в сфере психического здоровья (5); в клинических испытаниях лечение направлено на повышение общего балла до средних значений, существующих в популяции, т.е. приблизительно до 70 (6).

Субъективное психологическое благополучие или связанное со здоровьем качество жизни часто считают индивидуалистическим, личностным или идеографическим аспектом, подразумевая сложность его кросс-культурального определения. Как уже сказано в соответствующей литературе (7), субъективное благополучие может в первую очередь быть охарактеризовано как саморефлективный, личный язык, посредством которого человек коммуницирует с самим собой с момента, когда он или она просыпается, встречает и планирует день, ощущает эмоциональный аппетит для того, чтобы его начать. Тем не менее, исследования по всему миру свидетельствуют о том, что пункты ВОЗ-5, по всей видимости, охватывают основные способы ощущения благополучия, позволяющие перевести этот личный язык на простой язык общения (6,7).

В таблице 1 своей статьи Vaillant демонстрирует, что субъективное благополучие на самом деле предопределяло объективное психическое здоровье с наивысшим, по сравнению с другими моделями позитивного здоровья, коэффициентом корреляции, на протяжении периода времени длительностью 15 лет. Предопределяющая валидность ВОЗ-5 при анализе 6-летней выживаемости кардиологических пациентов также оказалась высокой (8).

Vaillant утверждает, что «химические препараты облегчают симптомы психического заболевания, но не улучшают функционирование здорового мозга». Недавно при испытаниях антидепрессантов был представлен фармакопсихометрический треугольник (6,7,9). Эффекты фармакотерапевтических химических препаратов, таким образом, триангулированы. Антидепрессанты нацелены не на непосредственное лечение сниженного качества жизни, а на лечение депрессивного расстройства (А) с наименьшими побочными эффектами (В). Когда баланс между (А) и (В) оценивается самими пациентами при помощи субъективных шкал благополучия, таких как ВОЗ-5 (С), нацеленных на повышение баллов до уровня средних значений общей популяции (6), антидепрессанты, как заключает Vaillant, не повышают уровень психического

здоровья выше этих значений. Сорок лет назад великий американский психофармаколог Л. Холистер (6) учил меня, что когда мы лечим 35-летнего мужчину от большой депрессии с помощью антидепрессантов, мы можем за 6 недель снизить тяжесть его депрессии до уровня ремиссии, а затем, при хорошем раскладе, вывести его из депрессивного эпизода посредством продолжающейся противорецидивной терапии. С другой стороны, мы не способны таким образом превратить пациента в великого скрипача, если до лечения он никогда не держал в руках скрипку.

Как психиатры, работающие в области клинической медицины, мы делаем все возможное, чтобы восстановить функции мозга наших пациентов, страдающих от психических заболеваний. При этом субъективное благополучие используется в качестве важнейшей цели лечения в пределах фармакопсихометрического треугольника.

Литература:

1. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA et al. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res* 2004;13:299-310.
2. Bech P. Rating scales for psychopathology, health status and quality of life. A compendium on documentation in accordance with the DSM-III-R and WHO systems. Berlin: Springer, 1993.
3. McHorney CA, Ware JE, Jr, Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care* 1993;31:247-63.
4. Bech P, Olsen LR, Kjoller M et al. Measuring well-being rather than the absence of distress symptoms: a comparison of the SF-36 Mental Health subscale and the WHO Five Well-Being Scale. *Int J Methods Psychiatr Res* 2003;12:85-91.
5. Henkel V, Mergl R, Kohnen R et al. Identifying depression in primary care: a comparison of different methods in a prospective cohort study. *BMJ* 2003;326:200-1.
6. Bech P. *Clinical psychometrics*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2012.
7. Bech P. Applied psychometrics in clinical psychiatry: the pharmacopsychometric triangle. *Acta Psychiatr Scand* 2009;120:400-9.
8. Birket-Smith M, Hansen BH, Hanash JA et al. Mental disorders and general well-being in cardiology outpatients – 6-year survival. *J Psychosom Res* 2009;67:5-10.
9. Bech P, Fava M, Trivedi MH et al. Outcomes on the pharmacopsychometric triangle in bupropion-SR vs. buspirone augmentation of citalopram in the STAR*D trial. *Acta Psychiatr Scand* 2012;125:342-8.

Проблемы в определении позитивного психического здоровья

Hasse Karlsson

University of Turku, Finland

Перевод: Курсаков А.А. (Москва)

Редактор: Карпенко О.А. (Москва)

Я хочу поздравить George Vaillant с его гармоничным представлением и вдумчивым обсуждением семи основных моделей позитивного психического здоровья. Несмотря на множество достоинств, статья порождает и ряд вопросов. Ввиду ограниченности формата, я сосредоточусь лишь на нескольких из них.

Во-первых, я не согласен с утверждением Vaillant о том, что границы психических заболеваний являются относительно понятными. Я думаю, что одна из главных проблем в современной психиатрии – нечеткость диагностических границ. Вот лишь один пример. Недавно мы показали, что изменение порога всего для одного симптома во время диагностического интервью приводило к существенным изменениям в показателях распространенности большого депрессивного эпизода (1). При использовании порога «депрессивное настроение на протяжении всего дня» распространенность составила 4,7 %, в то время как при пороге «депрессивное настроение большую часть дня» или «как минимум половину дня» показатели распространенности составили 9,2 % и 11,9 % соответственно. Эта проблема с неясностью границ имеет отношение, конечно, и к вопросу о позитивном психическом здоровье.

Сложность определения позитивного психического здоровья проиллюстрирована очевидными недостатками многих из предложенных объяснений. В них функционирование выше нормы, присутствие сильных качеств человеческой природы, позитивные эмоции и субъективное благополучие перечислены как критерии. Однако если, согласно исходной идее, позитивное психическое здоровье – это больше, чем просто отсутствие психического заболевания, говорить о том, что эти аспекты составляют основу позитивного психического здоровья проблематично, потому что их отсутствие имеет высокие корреляции с наличием психической болезни.

С точки зрения представителей Скандинавии концепция «духовности» как одного из компонентов позитивного психического здоровья выглядит особенно необычно. Скандинавские страны, возможно, являются наиболее светскими по сравнению с большинством других стран мира. Для финского ученого вроде меня такие слова как «вера» и «духовность» в контексте позитивного психического здоровья звучат очень странно.

Определение духовности с годами изменилось (2). Если под «духовностью» здесь понимается религиозность, то я думаю, что неправильно связывать позитивное психическое здоровье с идеологией любого рода. Это подразумевало бы, что люди без религиозных взглядов не могут быть такими же психически здоровыми, как «духовные» люди. Насколько я знаю, нет исследований, которые бы показали, что агностики или атеисты психически менее здоровы, чем «духовные» люди.

С другой стороны, если духовность понимается здесь более широко, то в действительности существуют некоторые исследования, указывающие на связь духовности с психическим здоровьем. Но здесь проблема заключается в том, что современные параметры для измерения «духовности» фактически измеряют такие вещи как чувство значимости и смысла в жизни, социальная связан-

ность, оптимизм, гармония, миролюбие и общее благополучие (2,3). Очевидна тавтология, потому что пациенты, страдающие психическими заболеваниями, обычно не обнаруживают этих качеств. Соответственно, нет ничего удивительного, что эти параметры положительно коррелируют с психическим здоровьем.

Определения зрелости и социоэмоционального интеллекта, по-моему, являются менее проблематичными, но их недостаток состоит в том, что они сведены к психологической сфере. Если мы предполагаем, что такие характеристики, как способность любить, нравственность, репродуктивность, разрешение конфликтов и преодоление трудностей относятся к центральным качествам позитивного психического здоровья, то возможно мы должны включить в определение подтверждение того, что эти способности реализуются в реальной жизни. Тогда нам пришлось бы определять позитивное психическое здоровье, например, в терминах действий, приближающих людей к такому обществу, в котором было бы больше равноправия, меньше конкуренции и эксплуатации, чем в большинстве существующих сейчас.

Мое последнее замечание состоит в том, что физическое здоровье в конечном итоге определяется в биологических терминах. Если человеческий разум коренится в головном мозге, не должно ли окончательное определение позитивного психического здоровья основываться на оптимальном функционировании мозга? В статье Vaillant, в разделах, где он описывает модели положительных эмоций и социально-эмоционального интеллекта, есть соображения на этот счет. Хотя я уверен, что нейробиология в будущем внесет важный вклад в эту дискуссию, я, не верю, что однажды у нас будет однозначное нейробиологическое описание оптимального функционирования мозга как основы позитивного психического здоровья. На мой взгляд, первопричина этого состоит в том, что «психическое» проявляет свойства производного по отношению к функции мозга (см. 4). Другая причина в том, что определения являются и должны являться в некоторой степени зависимыми от контекста. Позитивное психическое здоровье – это не только свойство отдельно взятого индивида, но и нечто находящееся под влиянием социальных феноменов (5).

Литература:

1. Karlsson L, Marttunen M, Karlsson H et al. Minor change in diagnostic threshold leads into major alteration in the prevalence estimation of depression. *J Affect Disord* 2010;122:96-101.
2. Koenig HG. Concerns about measuring «spirituality» in research. *J Nerv Ment Dis* 2008;196:349-55.
3. Salander P. Who needs the concept of «spirituality»? *Psycho-oncology* 2006;15:647-9.
4. Karlsson H, Kamppinen M. Biological psychiatry and reductionism. Empirical findings and philosophy. *Br J Psychiatry* 1995; 167:434-8.
5. Van Lente E, Barry MM, Molcho M et al. Measuring population mental health and social well-being. *Int J Public Health* (in press).

Позитивное психическое здоровье: предостережение

Dan J. Stein

Department of Psychiatry and Mental Health, University of Cape Town, South Africa

Перевод: Курсаков А.А. (Москва)

Редактор: Карпенко О.А. (Москва)

Концепция позитивного психического здоровья, несомненно, «слишком важна, чтобы ее не замечать». В то же время, как утверждает в своей заставляющей задуматься статье Vaillant, «изучение позитивного психического здоровья требует соблюдения мер предосторожности». Здесь я хотел бы подчеркнуть два момента: позитивное психическое здоровье остается нечетко определенным и спорным конструктом, и на данный момент информации о вмешательствах, направленных на улучшение позитивного психического здоровья и проводимых клиницистами, немного.

Vaillant оказывает нам услугу, очерчивая разные модели осмысления позитивного психического здоровья, однако сама множественность этих моделей указывает на спорный характер данного конструкта. В то время как в отношении границ между типичными физическими заболеваниями существует некоторая договоренность, в отношении понятия о физической пригодности, вероятно, согласия гораздо меньше. В конце концов, способ определения физической пригодности (physical fitness) зависит в большей степени от конкретного индивида и от вида деятельности, для которой эта пригодность определяется (1). Аналогичным образом, несмотря на наличие некоторой договоренности о границах типичных психических расстройств (2), гораздо меньшего согласия удалось достигнуть в отношении позитивного психического здоровья.

Как нам прийти к консенсусу, принимая во внимание потенциальную важность позитивного психического здоровья? Vaillant отстаивает понятия, чувствительные в культуральном отношении и всеобъемлющие. Хотя такая цель представляется достойной похвалы, в пределах культур может существовать полное заблуждение насчет научных конструктов. Альбернативный подход – положиться на эволюционную теорию, как это делается в некоторых подходах к описанию болезни (3). Однако принимая во внимание несомненную пластичность человеческой природы, эволюционная теория скорее может подчеркнуть именно эту пластичность, а не специфические стабильные и универсальные характеристики психического здоровья. Соответственно, в противовес сказанному Vaillant, эволюционная теория подчеркивает возможную пользу негативных эмоций, в то время как позитивные эмоции могут быть неадаптивными (4).

В случае с болезнью, для более типичных состояний (например, острая инфекция) может иметь место определенное согласие в отношении того, что состояние является патологическим, что индивиды не несут ответственности за развитие этого состояния, и что оно требует лечения. При этом менее типичные состояния (например, избыточное употребление алкоголя), могут в зависимости от времени и места вызывать определенные расхождения во мнениях касательно вредности этого состояния, ответственности людей и необходимости медицинского вмешательства (5). Тем не менее, на основании аргументов за и против выделения того или иного нетипичного состояния в качестве медицинского заболевания, рациональное решение может быть принято.

Аналогичным образом, для позитивного психического здоровья вероятно согласие в отношении некоторых типичных компонентов (например, устойчи-

вость к стрессу) (6) при наличии разногласий в отношении нетипичных (например, профессиональное самоопределение). Во многих районах высокие уровни безработицы и другие социальные факторы могут предотвратить трансформацию «работы» в «карьеру». Как и в случае категоризации отдельных состояний в качестве психических расстройств, обоснованное решение может быть принято на основании тщательной оценки соответствующих фактов и значений (5).

Что касается вмешательства, направленных на улучшение психического здоровья, мы легко согласимся с тем, что косметические хирурги, помогающие обезображенным детям, являются докторами. Мы также легко согласимся, что хирург, который хочет путем преобразования определенного человека сделать его похожим на его любимого киноактера – не доктор, а шмоктор (7). У нас достаточно оснований, чтобы спорить о том, является ли косметическая хирургия, направленная на улучшение облика определенных людей в определенном направлении делом докторов или шмокторов.

Аналогично, в случае с позитивным психическим здоровьем, клиницисты, работающие в сфере психического здоровья, имеют основания интересоваться ключевыми, общепризнанными аспектами (например, устойчивость после травмы). Может быть сложнее добиться консенсуса о том, что клиницисты, помогающие людям, скажем, «настроиться на энергии вселенной», являются не докторами, а шмокторами. Опять же, мы имеем право спорить о том, являются ли отдельно взятые вмешательства специалистов в области психического здоровья, направленные на усиление разума, делом докторов или шмокторов.

Предметом такого спора отчасти является обоснованность соответствующих целей (например, хирургическое вмешательство ради того, чтобы выглядеть как кинозвезда, не представляется связанным со здоровьем), а отчасти – рентабельность (например, общество может возложить на себя затраты на косметическую хирургию серьезных дефектов, но не процедур, направленных на совершенствование). Аналогичным образом, общество может решить сосредоточиться на лечении пациентов с тяжелыми психическими расстройствами вместо того, чтобы финансировать клинические вмешательства, повышающие устойчивость.

Стоит упомянуть, что многие вмешательства потенциально способны помочь психологическому процветанию людей, в том числе образованию, занятию искусствами и т.п. В самом деле, постоянно растут объемы литературы в сфере концептуальных разработок на тему значения жизни (8) и эмпирических исследований благополучия и счастья (9-11). При этом вопрос, о котором бесполезно спорить – должны ли вмешательства, направленные на улучшение психического здоровья, находиться в компетенции клиницистов, работающих в области охраны психического здоровья.

Кроме того, принятие решений требует проведения эмпирических исследований затрат, связанных с этими вмешательствами, и их преимуществ. Vaillant утверждает, что психофармакологические вмешательства безрезультатны в отношении здоровых людей. Примечательно, что большое число людей в популяции использует

психотропные вещества с целью совершенствования (12). Нет причины заранее заключать о том, что такие вещества всегда являются вредными; на самом деле, учитывая генетическую вариабельность, индивидуальные реакции могут весьма различаться (13).

Точка зрения Vaillant состоит в том, что мы можем улучшить психическое здоровье когнитивными, поведенческими и психодинамическими средствами. Вместе с тем, существует недостаток эмпирических данных об эффективности и рентабельности вмешательств, направленных на улучшение позитивного психического здоровья. Вполне возможно, что правильное питание и физическая активность могут представлять собой одни из самых эффективных и рентабельных вмешательств, направленных на улучшение позитивного психического здоровья (14). Более очевидной является необходимость дополнительных исследований в этой области.

В заключение, споры на арене общественного здравоохранения часто имеют отношение не к психиатрическим расстройствам, а скорее к психическому здоровью. Возможно, в качестве примера этому может служить лозунг Всемирной Организации Здравоохранения «нет здоровья без психического здоровья». Такая риторика может предложить ряд преимуществ. Более того, научное понимание позитивного психического здоровья является важной областью для исследований.

В то же время требуется осторожность. В то время как существует всеобщее согласие о необходимости лечения некоторых типичных и обременительных физических и психических расстройств, существуют разногласия о том, что составляет позитивное психическое здоровье и о том, какие клинические вмешательства могут быть эффективными и рентабельными. Эмпирические данные могут пролить больше света на эти ключевые вопросы.

Литература:

1. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep* 1985; 100: 126-31.
2. Stein DJ, Phillips KA, Bolton D, et al. What is a mental/psychiatric disorder? From DSM-IV to DSM-V. *Psychol Med* 2010;40: 1759-65.
3. Wakefield JC. Disorder as harmful dysfunction: a conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder. *Psychol Rev* 1992;99:232-47.
4. Nesse RM. Natural selection and the elusiveness of happiness. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2004;359:1333-47.
5. Stein DJ. *Philosophy of psychopharmacology*. Cambridge: Cambridge University Press, 2008.
6. Stein DJ. The psychobiology of resilience. *CNS Spectr* 2009;14(Suppl. 3):41-7.
7. Parens E. Is better always good? The enhancement project. In: Parens E (ed). *Enhancing human traits: ethical and social implications*. Washington: Georgetown University, 1998:1-28.
8. Metz T. New developments in the meaning of life. *Philosophy Compass* 2007;2:196- 217.
9. Kahneman D. *Well-being: the foundations of hedonic psychology*. New York: Russell Sage Foundation, 2003.
10. Cloninger C. The science of well-being: an integrated approach to mental health and its disorders. *World Psychiatry* 2006;5:71-6. 109
11. Haidt J. *The happiness hypothesis: finding modern truth in ancient wisdom*. New York: Basic Books, 2006.
12. Greely H, Sahakian B, Harris J et al. Towards responsible use of cognitive-enhancing drugs by the healthy. *Nature* 2008; 456:702-5.
13. Stein DJ. *Philosophy of psychopharmacology*. *Perspect Biol Med* 1998;41:200-11.
14. Stein DJ, Collins M, Daniels W et al. Mind and muscle: the cognitive-affective neuroscience of exercise. *CNS Spectr* 2007;12: 19-22.

Качественные отличия галлюцинаторных феноменов в клинической и неклинической популяциях

Giovanni Stanghellini¹, Álvaro I. Langer², Alessandra Ambrosini¹, Adolfo J. Cangas²

¹Department of Biomedical Science, G. d'Annunzio University, Chieti, Italy;

²Department of Clinical Psychology, University of Almeria, Spain

Перевод: Алфимов П.В. (Москва)

Редактор: Фролов А.М. (Москва)

Авторы исследовали две группы участников – клиническую, состоящую из пациентов с шизофренией, и неклиническую, состоящую из студентов. Участники самостоятельно заполняли Расширенную шкалу галлюцинаций (RHS). Если участник давал положительный ответ на один из пунктов шкалы, его просили дать развернутое описание своих переживаний (привести примеры). Описания, полученные в двух группах, имели значительные отличия. В неклинической популяции нецелесообразно использовать опросники лишь с двумя вариантами ответов («да» или «нет»). Не представляется возможным достоверно оценить галлюцинаторные и другие схожие явления, не имея точной характеристики, то есть качественного феноменологического описания.

Ключевые слова: континуальная модель, галлюцинации, псевдопсихотические явления, феноменология, качественный анализ, шизофрения

(*World Psychiatry* 2012; 11: 110-113)

В последнее время становится популярным мнение о том, что психотические симптомы, такие как бред и галлюцинации, могут возникать у здоровых людей [1]. Это мнение подкрепляется тем, что явления, регистрируемые в клинической и неклинической популяциях, в чем-то схожи и частично перекрываются (концепция «псевдопсихотических симптомов», т. е. симптомов, находящихся в середине континуума болезнь–здоровье) [2].

В 1981 г. опубликована Шкала галлюцинаций Лони-Слейда [3] (LSHS – Launay-Slade Hallucination Scale). Она представляет собой заполняемый пациентом опросник из 12 пунктов, направленных на выявление расстройств восприятия и субклинических галлюцинаторных феноменов. С публикации шкалы LSHS начался 30-летний период изучения галлюцинаций в неклинических популяциях. Шкала LSHS неоднократно дополнялась и пересматривалась [4–6]. Для более подробной оценки зрительных галлюцинаций Morrison и соавт. [5] исключили из шкалы три оригинальных пункта и внесли в нее четыре новых. Эта версия шкалы получила название RHS (Revised Hallucination Scale – Расширенная шкала галлюцинаций) (см. таблицу 1). RHS широко использовалась в исследованиях клинических и неклинических популяций [7, 8].

Шкала LSHS и другие похожие психометрические инструменты разрабатывались для оценки «предрасположенности к галлюцинаторным переживаниям», то есть «фенотипа уязвимости», но не «фенотипа болезни» [3]. Результаты исследований, проведенных в неклинических популяциях, использовались в качестве аргумента, подтверждающего относительно высокую распространенность галлюцинаций в общей популяции как психотического симптома – компонента предполагаемого «фенотипа болезни». Показательным примером этой точки зрения является следующая цитата [9]: «В ряде исследований авторы оценивали галлюцинаторные переживания в группах студентов, используя самозаполняемые опросники. Результаты этих исследований предполагают, что значительное число здоровых людей в тот или иной период жизни испытывают галлюцинации».

Многие исследователи стали искать связь галлюцинаторных феноменов в неклинических популяциях с другими психологическими и психопатологическими переменными – тревогой, депрессией и стрессовыми факторами [10], эмоциональными нарушениями [11], личностными характеристиками [12] и «метакогнитивными» параметрами [13]. Анализ результатов этих исследований позволил выдвинуть ряд важных теоретических

Таблица 1. Пункты RHS (Расширенной шкалы галлюцинаций)

1.	Мои мысли кажутся мне такими же реальными, как и фактические события моей жизни.
2.	Независимо от того, насколько сильно я пытаюсь сконцентрироваться на работе, в голову постоянно лезут отвлеченные мысли.
3.	Бывало так, что я слышал чей-то голос, а рядом никого не оказывалось.
4.	Звуки, которые я слышу, когда предаюсь мечтам и фантазиям, обычно четкие и хорошо различимые.
5.	Люди, которых я представляю, когда предаюсь мечтам и фантазиям, кажутся настолько живыми, что я считаю их настоящими.
6.	Мечтая или фантазируя, я представляю себе звуки или мелодии и слышу их так же четко, как настоящие.
7.	Я слышу голос, который проговаривает мои мысли вслух.
8.	Меня беспокоят голоса, возникающие у меня в голове.
9.	Я видел перед собой лицо человека, хотя рядом со мной никого не было.
10.	Когда я смотрю на предметы, они кажутся мне странными.
11.	Я вижу тени и фигуры там, где ничего нет.
12.	Когда я смотрю на предметы, они кажутся мне нереальными.
13.	Когда я смотрю на себя в зеркало, я кажусь себе другим человеком.

тических положений: а) симптомы, наблюдаемые у психотических пациентов, можно выявить и количественно оценить в неклинической популяции [2]; б) дефиниция психоза может включать лишь небольшой (и при этом необязательно клинический) компонент всего фенотипического континуума [9]; в) клинические проявления психоза можно изучать в группах, к которым выявляется его неклинический фенотип [9].

Несмотря на большой объем эмпирических данных, по настоящее время не опубликовано ни одного исследования, в котором бы проводилось качественное сравнение «псевдопсихотических» явлений в клинических и неклинических популяциях. Другими словами, если представители обеих популяций положительно отвечают на один и тот же пункт RHS, неясно, имеют ли они в виду одно и то же явление.

В настоящем исследовании авторы попросили участников к каждому положительному ответу по шкале RHS предоставить дополнительный комментарий, т. е. дать качественную характеристику своих переживаний. Авторы поставили перед собой задачу выявить отличия и схожесть феноменов, описываемых испытуемыми обеих групп.

МЕТОДЫ

Участники случайным образом отбирались в клиническую и неклиническую группы. Клиническая группа состояла из 23 пациентов с диагнозом шизофрении, установленным по критериями DSM-IV-TR. Пациенты набирались в дневных стационарах Национального центра здравоохранения провинции Альмерия (Испания). Возраст участников – от 21 до 63 лет, 73 % были мужчинами, 27 % – женщинами. Все пациенты были родом из Испании, ни один из них не был иммигрантом, никто из них не был трудоустроен. Во время проведения исследования все пациенты получали плановую терапию антипсихотиками и (или) антидепрессантами. В неклиническую группу вошли 60 студентов университетов Южной Испании (Андалусия). Возраст участников – от 17 до 29 лет, 48 % были мужчинами, 52 % – женщинами.

Все участники самостоятельно заполняли опросник RHS. Если участник давал положительный ответ на какой-либо пункт RHS, его просили предоставить дополнительный комментарий – описание или при-

мер своих переживаний. Исследователи записывали комментарии участников дословно.

Исследователи не знали, к какой группе относится участник. Каждый исследователь независимо от других анализировал комментарии и присваивал им цифровой код. В дальнейшем комментарии группировались в соответствии с феноменологическими аналогиями (например, как грезоподобные явления или фантазии) или по контексту, в котором возникли феномены (например, гипнагогические или гипнопомпические галлюцинации). Окончательная категоризация комментариев проводилась путем сравнения цифровых кодов, присвоенных им всеми исследователями. После этого категориям присваивались названия с использованием системы психопатологической оценки AMPD [14]. Комментарии, которые не удалось описать по системе AMPD, классифицировались с использованием терминов, взятых из руководства по общей психопатологии [15].

Протокол исследования был утвержден этическими комитетами Больницы Альмерии и Больницы Пониентэ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Прототипы комментариев (описаний), предоставленных участниками, приведены в таблицах 2 и 3. Типы описаний, полученные в двух группах, значительно различались. Например, в комментариях к пунктам 3, 4, 8, 9 и 12 (см. таблицу 1) участники давали описания гипнагогических и гипнопомпических галлюцинаций («В состоянии полусна, когда я еще не заснул, но уже не бодрствую, я могу слышать, как другие люди зовут меня по имени»), грезоподобных переживаний («В моменты, когда я фантазирую, я могу увидеть лицо своего отца») и псевдогаллюцинаций («Когда я занимаюсь дома, я могу услышать голос своей матери, зовущей меня. Я живу с матерью, и она действительно часто меня зовет, поэтому в такие моменты мне кажется, что это происходит на самом деле»). В клинической группе пациенты описывали слуховые вербальные галлюцинации («Я слышу голос, который приказывает мне сделать что-то или о ком-нибудь рассказывает»), ощущение «центральности», т. е. сосредоточенности на своем «Я» («При просмотре ТВ-передачи я думал, что ее участники обращаются ко мне»), зрительные галлюцинации («Я видел призрак своего брата, который показывал

Таблица 2. Прототипические описания феноменов в клинической группе

Пункты RHS	Категории	Описания
1	Дереистическое мышление	Я считаю, что мой брат умер, хотя на самом деле он жив.
1, 3, 8, 10, 11	Центральность (сосредоточенность на своем «Я»)	При просмотре ТВ-передачи я думал, что ее участники обращаются ко мне.
3, 7, 8	Слуховые вербальные галлюцинации	Я слышу голос, который приказывает мне сделать что-то или о ком-нибудь рассказывает.
3, 4, 5, 9	Зрительные галлюцинации	Я видел призрак своего брата, который показывал мне, как ему больно.
6	Яркое воображение	Часто мне достаточно представить себе музыкальную композицию, чтобы услышать в голове инструменты и мелодии.
2, 12	Обсессивно-компульсивные явления	Иногда я просто нападаю на людей, хотя на самом деле я хороший человек и никому не сделал ничего плохого.
10, 13	Дереализация-деперсонализация	Когда я смотрю на людей и обычные предметы, они кажутся мне странными, как будто ненастоящими.
4, 9, 11, 12	Тангенциальное мышление	Слушая песню Анны Белен, на словах «...ворота Алькалы, о, как быстро течет время...» я заплакал – я родом из Мадрида и у меня возникли приятные воспоминания о своих студенческих годах.
2, 3, 5, 7, 13	Резидуальная категория	Я пытался вступить в диалог со своей мыслью, считая, что это чья-то речь. В этот момент я думал, что у меня есть какая-то сила и другие люди могут меня слышать (передача мыслей на расстоянии). Я представила, что внутри меня живет другая женщина (чувство овладения).

RHS – Revised Hallucination Scale (Расширенная шкала галлюцинаций)

Таблица 3. Прототипические описания феноменов в неклинической группе

Пункты RHS	Категории	Описания
1, 4, 5, 8, 9	Фантазии и грезоподобные переживания	В моменты, когда я фантазирую, я могу увидеть лицо своего отца.
3, 4, 8, 9	Гипнагогические и гипнопомпические галлюцинации	В состоянии полусна, когда я еще не заснул, но уже не бодрствую, я могу слышать, как другие люди зовут меня по имени.
3, 4, 7, 8, 9, 12	Псевдогаллюцинации	Когда я занимаюсь дома, я могу услышать голос своей матери, зовущей меня. Я живу с матерью, и она действительно часто меня зовет, поэтому в такие моменты мне кажется, что это происходит на самом деле.
4, 5, 6	Яркое воображение	Если мне очень нравится песня, я могу слушать ее у себя в голове.
1	Магическое мышление	Иногда я представляю себе ситуации, и потом они действительно происходят.
2	Мешающие мысли	Когда я пытаюсь заниматься, в голову постоянно лезут неприятные мысли о ссоре с подружкой.
2	Рассеянность	У меня проблемы в семье и часто мне сложно сконцентрироваться на занятиях.
10, 12	Внимательность и рефлексия	Если я долго смотрю на лицо другого человека, он представляется мне в новом свете. Я хочу сказать, что у меня появляется понимание того, что этот человек не такой, каким я представлял себе его раньше.
13	Колебания настроения	Бывают дни, когда я очень энергична, хорошо выгляжу и не замечаю морщин вокруг глаз. Бывают и другие дни, когда я подавлена настолько, что даже не могу заставить себя открыть входную дверь.
11	Аффективные иллюзии	Когда я лежу в постели, я вижу на стене какие-то тени. Затем я понимаю, что всего лишь уличное освещение.
8, 12	Резидуальная категория	Когда я сильно нервничаю, мне кажется, что окружающие и их поступки не имеют никакого смысла, как будто я попала в дурацкий спектакль (дереализация). Иногда, когда у меня поднимается температура, я слышу «голоса». В детстве такое происходило довольно часто (органические галлюцинации).

RHS – Revised Hallucination Scale (Расширенная шкала галлюцинаций)

мне, как ему больно») или предоставляли ответы, не относящиеся к вопросу (тангенциальное мышление – «Слушая песню Анны Белен, на словах «...ворота Алькалы, о, как быстро течет время...» я начинаю плакать. Я родом из Мадрида и у меня возникли приятные воспоминания о своих студенческих годах»).

В ответах на 1-й пункт RHS («Мои мысли кажутся мне такими же реальными, как и фактические события моей жизни») в неклинической группе были получены комментарии, свидетельствующие о магическом мышлении («Иногда я представляю себе ситуации, и потом они действительно происходят»), а в клинической группе – комментарии, отражающие дереистическое мышление («Я считаю, что мой брат умер, хотя на самом деле он жив»). В ответах на 2-й пункт RHS («Независимо от того, насколько сильно я пытаюсь сконцентрироваться на работе, в голову постоянно лезут отвлеченные мысли») в неклинической группе были получены комментарии, описывающие «мешающие мысли» («Когда я пытаюсь заниматься, в голову постоянно лезут неприятные мысли о ссоре с подружкой»), а в клинической группе – комментарии, описывающие обсессивно-компульсивные явления («Иногда я просто нападаю на людей, хотя на самом деле я хороший человек и никому не сделал ничего плохого»).

В ответах на 10-й пункт RHS («Когда я смотрю на предметы, они кажутся мне странными») в неклинической группе были получены комментарии, описывающие процессы рефлексии и внимания («Если я долго смотрю на лицо другого человека, он представляется мне в новом свете. Я хочу сказать, что у меня появляется понимание того, что этот человек не такой, каким я представлял себе его раньше.»), а в клинической группе – комментарии, характеризующие дереализацию («Когда я смотрю на людей и обычные предметы, они кажутся мне странными, как будто ненастоящими»).

В ответах на 11-й пункт RHS («Я вижу тени и фигуры там, где ничего нет») в неклинической группе были

получены комментарии, описывающие аффективные иллюзии («Когда я лежу в постели, я вижу на стене какие-то тени. Затем я понимаю, что всего лишь уличное освещение»), а в клинической группе – комментарии, описывающие ощущение центральности, т. е. сосредоточенности на своем «Я» («Я понял, что эти тени пришли за мной»).

Только для 6-го пункта RHS («Мечтая или фантазируя, я представляю себе звуки или мелодии и слышу их так же четко, как настоящие») в обеих группах получены сопоставимые комментарии, характеризующие яркое воображение (пример из неклинической группы – «Если мне очень нравится песня, я могу слушать ее у себя в голове», пример из клинической группы – «Часто мне достаточно представить себе музыкальную композицию, чтобы услышать в голове инструменты и мелодии»).

ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты настоящего исследования показывают, что люди, страдающие психозом, и здоровые студенты по-разному описывают свои переживания, отвечая на опросник RHS. Можно сказать, что эти различия носят фундаментальный характер.

Галлюцинации и схожие с ними феномены нельзя достоверно описать, используя только количественные параметры (частоту и интенсивность). Достоверная оценка требует качественного феноменологического описания. У пациентов с психозом описываемые переживания были тесно связаны с самосознанием (идентичностью), нарушением чувства собственного «Я» и метаморфозой связи между «Я» и окружающей действительностью [16-18]. Среди здоровых лиц описываемые явления были связаны с определенными жизненными ситуациями (например, с потерей близкого человека) или являлись единичными изолированными феноменами.

Авторы согласны с точкой зрения Kendler [19]: психопатологическая оценка не должна опираться на про-

стую констатацию наличия или отсутствия симптома, а также на поверхностные симптомы, которые признаны относительно надежными (патогномичными). Для понимания сути симптома требуется тщательный феноменологический анализ.

Результаты настоящего исследования предполагают, что при изучении галлюцинаций, особенно в неклинических популяциях, нецелесообразно использовать простые опросники, основанные на прямых положительных и отрицательных ответах. Это не значит, что исследовать галлюцинации у здоровых лиц не нужно. Авторы лишь подчеркивают, что существующая методология требует серьезной доработки. Псевдопсихотические расстройства у здоровых лиц и симптомы шизофрении в чем-то схожи, но при этом они представляют собой самостоятельные феномены.

Требуется углубленная феноменологическая квалификация нарушений восприятия (в частности, галлюцинаций). Такой подход позволит избежать распространенных диагностических ошибок (например, расширительной диагностики шизофрении), а также предотвратит создание недостоверных патогенетических моделей, основанных на неточной оценке нарушений восприятия в неклинических популяциях. Если существующая методология не будет феноменологически доработана, существует риск того, что многие исследователи придут к недостоверным выводам [20].

Ограничением настоящего исследования является то, что в неклиническую группу вошли только студенты. Очевидно, что эта группа не является репрезентативной по отношению к общей популяции. Также важно подчеркнуть, что все сведения, предоставленные участниками, должны анализироваться в культурном контексте Испании. В будущих исследованиях представляется интересным сравнить наши результаты с результатами, полученными в других странах, а также в других клинических и неклинических группах (например, в группах пациентов с биполярным расстройством и в группах здоровых лиц среднего возраста).

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ АВТОРОВ

Настоящая публикация была поддержана Министерством образования и науки Испании (гранты SEJ2006-02342/PSIC и FPU/AP2007-02810).

Литература:

1. David AS. Why we need more debate on whether psychotic symptoms lie on a continuum with normality. *Psychol Med* 2010;40: 1935-42.
2. vanOs J, Linscott RJ, Myin-Germeys I et al. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychol Med* 2009; 39:179-95.
3. Launay G, Slade PD. The measurement of hallucinatory predisposition in male and female prisoners. *Pers Individ Differ* 1981;2:221-34.

4. Bentall RP, Slade PD. Reliability of a scale measuring disposition towards hallucinations: a brief report. *Pers Individ Differ* 1985;6: 527-9.
5. Morrison AP, Wells A, Nothard S. Cognitive factors in predisposition to auditory and visual hallucinations. *Br J Clin Psychol* 2000;39:67-78.
6. Laroi F, Marczewski P, van der Linden M. Further evidence of the multi-dimensionality of hallucinatory predisposition: factor structure of a modified version of the Launay-Slade Hallucination Scale in a normal sample. *Eur Psychiatry* 2004;19:15-20.
7. Langer AI, Cangas AJ, Serper M. Analysis of the multidimensionality of hallucination-like experiences in clinical and nonclinical Spanish samples and their relation to clinical symptoms: implications for the model of continuity. *Int J Psychol* 2011;46:46-54.
8. Cangas AJ, Errasti JM, Garcha JM et al. Metacognitive factors and alterations of attention related to predisposition to hallucinations. *Pers Individ Differ* 2006;40:487-96.
9. Johns LC, van Os J. The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clin Psychol Rev* 2001;21:1125-41.
10. Paulik G, Badcock JC, Maybery MT. The multifactorial structure of the predisposition to hallucinate and associations with anxiety depression and stress. *Pers Individ Differ* 2006;41:1067-76.
11. Allen P, Freeman D, MacGuire P et al. The prediction of hallucinatory predisposition in non-clinical individuals: examining the contribution of emotion and reasoning. *Br J Clin Psychol* 2005;44: 127-32.
12. Laroi F, DeFruyt F, van Os J et al. Associations between hallucinations and personality structure in a non-clinical sample: comparison between young and elderly samples. *Pers Individ Differ* 2005;39: 189-200.
13. Stirling J, Barkus E, Lewis S. Hallucination proneness, schizotypy and meta-cognition. *Behav Res Ther* 2007; 45:1401-8.
14. Guy W, Ban TA. The AMDP System: a manual for the assessment and documentation of psychopathology. Berlin: Springer-Verlag, 1982.
15. Oyeboode F. Sims' symptoms in the mind. An introduction to descriptive psychopathology. Edinburgh: Saunders Elsevier, 2008.
16. Straus E. Aesthesiology and hallucinations. In: May R, Angel E, Ellenberger HF (eds). *Existence: a new dimension in psychiatry and psychology*. New York: Basic Books, 1958:139-69.
17. Sass LA, Parnas J. Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophr Bull* 2003;29:427-44.
18. Stanghellini G. *Psicopatologia del senso comune*. Milano: Cortina, 2008.
19. Kendler KS. Introduction: Why does psychiatry need philosophy. In: Kendler KS, Parnas J (eds). *Philosophical issues in psychiatry: explanation, phenomenology, and nosology*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2008:1-16.
20. Daalamn K, Boks MPM, Diederer KMJ et al. The same or different? A phenomenological comparison of auditory verbal hallucinations in healthy and psychotic individuals. *J Clin Psychiatry* 2011;72:320-5.

Клинические исходы и модулирующие факторы профилактического психологического вмешательства среди школьников, пострадавших во время военного конфликта на Шри-Ланке: кластерное рандомизированное исследование

Wietse A. Tol^{1,2}, Ivan H. Komproe^{2,3}, Mark J.D. Jordans², Anavarathan Vallipuram⁴, Heather Sipsma¹, Sambasivamoorthy Sivayokan⁴, Robert D. Macy⁵, Joop T. de Jong⁶

¹Global Health Initiative, MacMillan Center, Yale University, New Haven, CT, USA

²Department of Research and Development, HealthNet TPO, Amsterdam, the Netherlands; London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK

³Utrecht University, Faculty for Behavioral and Social Sciences, Utrecht, the Netherlands

⁴Shanthiham and University of Jaffna Teaching Hospital, Jaffna, Sri Lanka

⁵Centre for Trauma Psychology and Harvard School of Medicine, Boston, MA, USA

⁶Amsterdam Institute for Social Science Research, University of Amsterdam, the Netherlands; Boston University School of Medicine, Boston, MA, USA; Rhodes University, Grahamstown, South Africa

Перевод: Карпенко О.А. (Москва)

Редактор: Алфимов П.В. (Москва)

Целью настоящего исследования была оценка клинических исходов, модераторов и медиаторов профилактического психологического вмешательства, проводимого обученными добровольцами среди школьников, пострадавших от войны на севере Шри-Ланки. Проведено кластерное рандомизированное исследование. Был проведен скрининг 1370 детей, случайным образом отобранных в школах. 399 детей были отобраны либо в лечебную группу (n=199) либо в контрольную группу ожидающих лечения (n=200). Вмешательство состояло из 15 сеансов, которые проводились в течение 5 недель. Сеансы включали когнитивно поведенческие методики и элементы креативного самовыражения. Оценка проводилась перед вмешательством, через 1 неделю и через 3 месяца. Основные клинические исходы (конечные точки исследования): посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), симптомы тревоги и симптомы депрессии. Не было обнаружено главного эффекта вмешательства в отношении основных клинических исходов. Главные эффекты вмешательства наблюдались в отношении нарушений поведения. Этот эффект был сильнее в младшей возрастной группе. Кроме того, были выделены положительные предикторы эффективности вмешательства в отдельных подгруппах. Наиболее выраженный эффект наблюдался у мальчиков в отношении симптомов ПТСР и тревоги, и у детей младшего возраста в отношении просоциального поведения. Более выраженный эффект в отношении ПТСР, тревоги и нарушения функционирования был выявлен у детей с более слабым воздействием актуальных военных стрессоров. У девочек в лечебной группе наблюдалась меньшая редукция симптомов ПТСР, чем в контрольной группе. Мы считаем, что профилактическое психологическое вмешательство в школах в нестабильных регионах с военными действиями может положительно повлиять на психическое благополучие у некоторых детей. В то же время, у других детей такое вмешательство может замедлить процесс естественного восстановления. Роль пола, возраста и военных стрессоров в дифференцированном эффекте профилактической психологической терапии требует дополнительного изучения в будущих исследованиях.

Ключевые слова: вооруженный конфликт, политическое насилие, посттравматическое стрессовое расстройство, тревога, депрессия, вмешательство в школах, профилактика, Шри-Ланка

(*World Psychiatry* 2012;11:114-122)

Гражданская война в Шри-Ланке закончилась в 2009 году после того, как правительство объявило победу над организацией «Тигры освобождения» Тамил Илама. Война оказала большое влияние на психическое здоровье населения [1, 2]. Ряд эпидемиологических исследований показал высокую распространенность психических расстройств среди детского населения Шри-Ланки. В двух исследованиях, проведенных на северо-востоке страны, показано, что распространенность посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) составляет 25% и 30%, а распространенность большого депрессивного расстройства – 20% [3, 4]. Кроме того, психологи выявили повышенный уровень психологического дистресса среди населения и негативное воздействие длительного военного конфликта на общественное устройство, например на семейную и общественную жизнь на севере и востоке Шри-Ланки [5, 6].

Несмотря на явные признаки увеличения психиатрических и психосоциальных проблем у населения, в Шри-Ланке сохраняется нехватка ресурсов здравоохранения, связанных с психическим здоровьем. Кроме того, эти ресурсы централизованы, что характерно для стран с низким и средним уровнем дохода

(НСУД) [7]. Принимая во внимание этот недостаток в системе здравоохранения, понятно, что имеется потребность в легко осуществимых вмешательствах, которые можно быстро применять в больших детских коллективах. Для проведения профилактического вмешательства в школах обычно привлекаются специально обученные люди, не являющиеся специалистами в области психического здоровья [8-10]. В недавно опубликованной статье содержится обзор доказательных данных о психиатрической помощи и психосоциальной поддержке детям в образовательных учреждениях [11]. В ней содержится информация о двух независимых мета-анализах, которые рассматривают наиболее часто оцениваемые клинические исходы (конечные точки): ПТСР и симптомы интернализации. В первом мета-анализе содержатся данные четырех рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), в которых оценивались результаты помощи в школах детям и подросткам, пережившим войну в Боснии и Герцеговине [12], Индонезии [13, 14], Непале [15] и Палестине [16], а также вмешательства среди школьников, пострадавших в 2004 г. от цунами на Шри-Ланке [17]. В этом мета-анализе не выявлено суммарного

эффекта вмешательства в отношении симптомов ПТСР (наблюдалась значительная гетерогенность этого эффекта в различных РКИ). Во втором мета-анализе выявлен значительный положительный эффект вмешательств на симптомы интернализации. В этот мета-анализ вошли РКИ из первого мета-анализа, а также результаты межличностной групповой психотерапии и креативной игровой психотерапии подростков, пострадавших в ходе вооруженного конфликта на севере Уганды [18], а также результаты групповых психосоциальных вмешательств для матерей детей младшего возраста, пострадавших в вооруженном конфликте в Боснии и Герцеговине [19]. Учитывая высокую распространенность проблем с психическим здоровьем в местах вооруженных конфликтов и растущую популярность психологической помощи детям, пострадавшим от войн в странах НСУД, представляется важным проведение тщательного анализа клинических исходов профилактического вмешательства.

Целью настоящего исследования являлась оценка клинических исходов вторичной профилактики, осуществляемой на уровне школ, и предлагаемой детям, пострадавшим от войны на севере Шри-Ланки. Гипотеза заключалась в том, что вмешательство должно улучшить психическое здоровье детей. Кроме того, целью исследования было выявление модераторов и медиаторов вмешательства. Гетерогенность эффектов терапии в прошлых РКИ указывает на необходимость изучения модулирующих факторов (модераторов), в частности, обстоятельств и категорий пациентов, у которых более терапия более эффективна. Исследование медиаторов позволяет выявить предпосылки и механизмы действия психологического вмешательства [20, 21].

Ранее было показано, что пол и возраст являются модераторами вмешательств, проводимых в школах среди детей, пострадавших от военных конфликтов. В Индонезии вмешательство было эффективно в отношении ПТСР и нарушенного функционирования только у девочек, тогда как метод поддержания надежды был одинаково эффективен и у мальчиков, и у девочек [13, 14]. В Непале не было обнаружено главных эффектов терапии, но было обнаружено влияние на общие психологические сложности и агрессию у мальчиков, а у девочек – влияние на просоциальное поведение. Кроме того, наблюдались отличия, связанные с возрастом. У старших детей отмечалась лучшая динамика в отношении чувства надежды. Факторы возраста и пола имели значение также в Палестине – применяемая методика оказывала влияние на различные эмоциональные и поведенческие паттерны у детей школьного возраста, особенно у мальчиков. Для детей старшей возрастной группы эффект наблюдался только у девочек-подростков [16].

В литературе обсуждалась важность наличия опыта насилия в прошлом в связи с военными стрессовыми факторами в настоящем, но подобные исследования у детей не проводились [22–24]. Несколько исследований показали, что повседневные (актуальные) стрессоры военного времени (например, недостаточное удовлетворение базовых потребностей, насилие дома и в ближайшем окружении, злоупотребление психоактивными веществами) в определенной степени являются медиатором связи между опытом насилия (очевидец/исполнитель убийств, бомбардировки, сексуальное насилие, попадание под перекрестный огонь и т. д.) и симптоматикой ПТСР [25, 26].

Было сделано предположение, что вмешательство, направленное на уменьшение психологических жалоб, может быть менее эффективно по отношению к лицам, на которых продолжают ежедневно воздействовать актуальные стрессовые факторы военного времени (модерирующая взаимосвязь в данном качественном исследовании).

В качестве потенциального медиатора эффективности вмешательства изучались стратегии совладания. Прежние исследования детей, пострадавших от войн, подтвердили наличие взаимосвязи между совладанием и психологическими симптомами, хотя остается не до конца понятным какие именно стратегии совладания (например, сфокусированные на эмоциях или сфокусированные на проблемах) являются оптимальными в подобных обстоятельствах [27]. Специфической целью оцениваемого вмешательства являлось усиление стратегий совладания. Предполагалось, что изучаемое вмешательство увеличит количество стратегий совладания у детей, а также повысит удовлетворенность этими стратегиями, и что это, в свою очередь, будет способствовать снижению интенсивности психологических симптомов.

МЕТОДЫ

Условия и участники

Данные собирались в провинциях Теллипалай и Адавил полуострова Джафна на севере Шри-Ланки в период между сентябрем 2007 и мартом 2008 года. В августе 2006 соблюдавшееся с 2002 года мирное соглашение было нарушено, в результате была перекрыта единственная дорога, ведущая на полуостров Джафна. Последствиями этого стали голод, комендантский час, блокирование дорог, исчезновения людей, ненаказуемые убийства и перестрелки между армией и «Тиграми освобождения». На основании опыта прошлых вооруженных конфликтов в данном регионе, исследователи предположили, что участники исследования и персонал будут в безопасности, а занятия в школах продолжатся.

Во избежание влияния посторонних факторов во время применения вмешательства в школах вместо индивидуальной рандомизации была проведена кластерная рандомизация (cluster randomization). Рандомизация проводилась в два этапа. На первом этапе были выделены регионы, и каждый регион случайным образом был отнесен либо в группу активного вмешательства, либо в контрольную группу (см. рисунок 1). На втором этапе были случайным образом выбраны школы для включения в исследование. Все школы из списка, предоставленного правительством, подходили для исследования.

В случайно выбранных школах учащиеся 4–7 классов (9–12 лет) прошли процедуру скрининга для выявления критериев включения. Процедура скрининга проводилась с помощью Детского скринингового инструмента оценки психологического дистресса (Child Psychosocial Distress Screener (CPDS)) – психометрического инструмента с подтвержденной кросс-культурной конструктивной валидностью, разработанного для применения у детей, ставших жертвами вооруженных конфликтов [28, 29]. В соответствии с вторичными профилактическими целями вмешательства (воздействие на симптомы психологического дистресса и распространенные психические расстройства, усиление защитных факторов), применяемый скрининговый инструмент, состоящий из 7 пунктов, использовался для выявления: а) наличия факторов риска (т. е. фактов воздействия военных событий, факта возникновения дистресса во время этого воздействия, текущие психологические симптомы и влияние на функционирование в школе); б) отсутствие защитных факторов (т. е. недостаточная социальная поддержка и низкая способность к совладанию). При скрининге наряду со сведениями, предоставляемыми детьми, использовались сведения, полученные от учителей. Ни один ребенок, соответствующий критериям включения, не выбыл из исследования. У небольшой группы детей с тяжелыми психическими проблемами в дополнение к участию в исследовании было проведено индивидуальное консультирование (N=19, 4,8%).



12 школ для каждой группы исследования были выбраны на основе расчета статистической мощности. В более ранних исследованиях, в которых применялись такие же инструменты, величина эффекта для ПТСР составляла 1,10 и 0,78 для депрессивных симптомов [30, 31]. Для выявления изменений с такой же величиной эффекта, при $b = 0,02$ (двусторонний) и $a = 0,95$, для исследования необходимо было отобрать как минимум 18 и 35 детей (для ПТСР и депрессивных симптомов, соответственно). Для вычисления внутригрупповой корреляции 35 умножили на $1 + (m-1)r$, где $m=30$ (средний размер группы), $r=0,1$ (внутригрупповая корреляция), мощность 95 %, в результате данных расчетов размер группы должен был составить 137 человек. Учитывая возможность выбывания из исследования, было решено набирать по 180 детей в каждую группу. Мы установили, что как минимум 15 детей в каждой школе будут соответствовать критериям включения по результатам скрининга, поэтому было решено включить по 12 школ в каждую из групп исследования.

ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Психологическое вмешательство включало 15 сеансов в течение 5 недель. Сеансы проводились местным персоналом (неспециалистами), который прошел обучение по применению вмешательства и супервизию за год до проведения исследования. Специалисты, проводящие вмешательство, имели как минимум диплом об окончании школы, и отбирались, исходя из их способности и желания работать с детьми так, как это показывалось в демонстрационных роликах и интервью.

Вмешательство заключалось в применении когнитивно-поведенческих методик (психообразование, усиление стратегий совладания и контролируемая экспозиция травматических событий прошлого путем рисования) и элементов креативной экспрессии (коллективные игры, структурированные движения, музыка, спектакли и танцы) в группах по 15 детей, целью которых было уменьшение выраженности распространенных психических расстройств и усиление защитных факторов [32].

Вмешательство выполнялось по определенной схеме. Как во время сеансов, так и в промежутках между ними, особое внимание уделялось: информированию, безопасности и контролю на 1-й неделе (сеансы 1-3); стабилизации, осознанию и самооценке на 2-й неделе (сеансы 4-6); описанию травмы (trauma narrative) на

3-й неделе (сеансы 7-9); выявлению ресурсов и формированию навыков совладания на 4-й неделе (сеансы 10-12); повторное включение в социальный контекст и планирование будущего на 5-й неделе (сеансы 13-15).

Каждый сеанс был разделен на четыре части, которые начинались и заканчивались структурированными движениями, песнями и танцами с использованием «парашюта» (т. е. большого разноцветного тканевого круга). Вторая часть была посвящена «основной активности», т. е. основной теме недели (например, психодраматические упражнения, направленные на выявление социальной поддержки в окружающей среде или рисование травматического события), в третьей части занятия участники играли в коллективную игру (т. е. в игру, в которой должны участвовать все дети для создания групповой сплоченности).

Вмешательство было частью более обширной государственной программы психологической поддержки детей, пострадавших от войны, в которую входили первичные и третичные профилактические мероприятия.

КЛИНИЧЕСКИЕ ИСХОДЫ (КОНЕЧНЫЕ ТОЧКИ ИССЛЕДОВАНИЯ)

Все стандартизированные конечные точки были отобраны на основании предварительного качественного исследования, которое включало 18 интервью с основными информирующими лицами, 20 обсуждений в фокус-группах и 23 полуструктурированных индивидуальных интервью с детьми (и членами их семей), у которых выявлялись проблемы с психическим здоровьем [33]. В рамках качественного анализа также выявлялись потенциальные новые конечные точки. Стандартизированные оценочные шкалы были переведены на тамильский язык с использованием формы контроля перевода, которая обеспечивает структурированный метод подготовки инструментов для транскультурных исследований [34].

ОСНОВНЫЕ КОНЕЧНЫЕ ТОЧКИ

Симптомы ПТСР оценивались с помощью Шкалы оценки симптомов ПТСР у детей (Child PTSD Symptom Scale, CPSS). Это шкала состоит из 17 пунктов, она измеряет симптомы ПТСР по критериям DSM-IV с помощью 4-балльной градации тяжести (диапазон 0-51) [35]. Внутренняя надежность (коэффициент надежности Кронбаха) в нашей выборке составила 0,84. Депрессивные симптомы оценивались с помощью Шкалы

самоотчета депрессии (Depression Self-Rating Scale, DSRS), состоящей из 18 пунктов. В этой шкале используется 3-бальная градация тяжести (диапазон 0-36) [36]. Внутренняя надежность в выборке составила 0,65. Симптомы тревоги оценивались с помощью Скринингового инструмента по выявлению эмоциональных расстройств тревожного спектра (Screen for Anxiety Related Emotional Disorders, SCARED-5), состоящей из 5 пунктов. В этой шкале используется 3-бальная градация тяжести (диапазон 0-10) [37]. Внутренняя надежность в выборке составила 0,52.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КОНЕЧНЫЕ ТОЧКИ

Для оценки общего психического здоровья использовался Опросник устойчивости и сложности (52 пункта, версия для самоотчета), который доступен на тамильском языке и валидизирован в регионе Джафна [38]. Четыре подшкалы, относящиеся к психологическим сложностям суммировались для подсчета общего балла сложностей (диапазон 0-40, внутренняя надежность 0,78), а пятая подшкала из 5 пунктов оценивала просоциальное поведение (диапазон 0-10, внутренняя надежность 0,60).

В предварительном качественном исследовании с помощью интервью были выделены и категоризированы все психологические жалобы, предъявляемые участниками исследования. Были выделены две группы симптомов, которые не очень хорошо выявляются стандартизированными оценочными шкалами: жалобы на воздействие сверхъестественных сил (влияние злых духов, черной магии или демонов) и связанные с войной поведенческие нарушения (использование насилия в качестве способа разрешения конфликтов, имитация поведения солдат или повстанцев). Отобрав наиболее часто встречающиеся жалобы, мы создали шкалы из 6 и 8 вопросов, каждая из которых предлагала 4-бальную систему ответов (диапазон 0-18 и 0-24, внутренняя надежность 0,58 и 0,61, соответственно).

Нами также создана шкала для оценки нарушения функционирования [39]. На основании краткосрочного наблюдения за участниками исследования, изучения дневников и поведения в детских фокус-группах выделено 10 форм деятельности, которые отражают ежедневный образ жизни ребенка и связаны с его личной жизнью (гигиена, сон и др.), семьей (работа по дому и др.), сверстниками (игры и др.), школой (участие в школьной жизни, выполнение домашних заданий и др.), общественной жизнью (помощь пожилым людям и др.) и религиозной жизнью (выполнение обрядов). Детей спрашивали о нарушении этих видов деятельности с помощью 4-бальной системы ответов (диапазон 0-30, внутренняя надежность 0,80).

МОДЕРАТОРЫ И МЕДИАТОРЫ

Пол и возраст (количество лет) оценивались в демографической части опросника. Опыт насилия и ежедневные стрессоры оценивались с помощью созданной исследователями оценочной шкалы. После свободного перечисления основных негативных факторов, связанных с войной, 20-ю местными добровольцами, были отобраны наиболее часто упоминаемые факторы военного времени, которым могли подвергаться дети. В результате была разработана дихотомическая шкала (да/нет) из 10 пунктов, описывающих неблагоприятные факторы в прошлом (диапазон 0-10, например, наблюдение взрывов, убийств, подвергание пыткам или наблюдение за пытками, опыт сексуального насилия) и 11 пунктов, оценивающих воздействие ежедневных стрессоров военного времени (диапазон 0-11, например, неудовлетворение основных потребностей, насилие дома, злоупотребление алкоголем, отделение от семьи, переезд).

Стратегии совладания и удовлетворенность ими оценивались с помощью опросника Kidcore (версия для

детей младшего возраста 7-2) [40]. Опросник Kidcore состоит из 15 вопросов, касающихся 10 стратегий совладания, которые оценивались с помощью воображаемой школьной проблемы (например, ребенок старательно учился, но получил плохие оценки). Детям необходимо было ответить, какие стратегии совладания они бы использовали (дихотомические ответы: да/нет) и как бы они оценили свою удовлетворенность примененной стратегией (3-бальная шкала: 1 – полностью неудовлетворен, 2 – в какой-то степени удовлетворен, 3 – совершенно удовлетворен; диапазон 0-30; внутренняя надежность 0,77).

ПРОЦЕДУРЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Все оценочные инструменты предъявлялись в виде интервью группой исследователей, которые не участвовали в психокоррекционной работе. Оценка проводилась в приватной обстановке в школах. Исследователи проходили 3-недельное обучение по использованию оценочных шкал.

Исследователи не знали, какие школы выбраны для проведения вмешательства.

До начала исследования мы обсудили наши планы с местным руководством, школами и родителями на собраниях местных жителей. После объяснения целей и процедуры исследования дети и родители подписали информированное согласие. Официальное этическое разрешение было предоставлено международным экспертным советом Свободного университета (VU University) и комитетом по образованию региона Джафна.

СТАТИСТИКА

Для оценки сопоставимости условий исследования, демографических показателей и показателей психического здоровья перед проведением вмешательства использовался критерий χ^2 с поправкой на непрерывность или точный критерий Фишера. Для непрерывных показателей использовался критерий Стьюдента для независимых выборок.

Лонгитудинальные изменения в конечных точках оценивались путем моделирования латентного роста с помощью структурных уравнений [41]. Для оценки основного эффекта интервенции и моделирования модулирующих эффектов использовались условные модели роста, при этом, соответственно, проводился контроль главных эффектов. Все модели контролировались в отношении равномерности выборки. Моделирование латентного роста проводилось в два этапа. На первом этапе моделирование роста проводилось с использованием показателей по конечным точкам на 1-й, 6-й и 18-й неделях, при этом оценивалось изменение эффекта вмешательства с течением времени. На втором этапе добавлялись модераторы и их главные эффекты для исследования потенциальных вариаций эффектов вмешательства.

На этапе третьего измерения отсутствовали данные по двум участникам (они не явились для катанестического обследования на 18-й неделе), в связи с этим был проведен полный анализ случая с исключением двух участников с отсутствующими данными.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Исходные характеристики

Исследователями проведено сравнение демографических характеристик (пол, религия, условия проживания, род деятельности ухаживающих лиц, размер дома и прилегающих участков), наличие опыта насилия, актуальных военных стрессоров и баллов по конечным точкам. Статистически значимой разницы между условиями исследования не выявлено (таблица 1). В выборке преобладали мальчики (61,4 %), участники преиму-

Таблица 1. Сравнение исходных показателей по баллам травматического опыта и конечным точкам исследования

	Лечебная группа (N=199)	Группа ожидания (N=200)	t(df=397)	p	КВК
	Среднее + SD	Среднее + SD			
Воздействие	1,93±1,34	1,91±1,45	0,141	0,888	-0,006
Актуальные стрессоры	4,05±1,94	4,16±1,98	-0,559	0,576	0,174
Скрининг	6,27±1,44	6,34±1,44	-0,476	0,634	0,050
Жалобы ПТСР	15,03±8,89	15,70±9,12	-0,748	0,455	0,002
Депрессивные жалобы	8,39±4,54	8,56±4,37	-0,388	0,698	0,000
Жалобы на тревогу	3,29±2,13	3,17±2,16	0,566	0,571	-0,005
Жалобы на воздействие сверхъестественных сил	2,21±2,59	1,97±1,92	10,034	0,302	0,008
Поведенческие жалобы	2,00±2,84	1,99±2,23	0,039	0,969	-0,029
Общие сложности (SDQ)	10,74±5,57	10,29±5,44	0,823	0,411	0,005
Просоциальное поведение	8,21±1,82	8,34±1,72	-0,755	0,451	0,021
Стратегии совладания	7,89±3,07	7,87±2,88	0,082	0,935	-0,032
Удовлетворенность стратегиями совладания	18,29±8,11	18,23±7,44	0,079	0,937	-0,034
Нарушение функционирования	3,64±4,47	3,23±4,37	0,933	0,351	0,003

КВК – коэффициент внутригрупповой корреляции; ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство; SDQ – опросник устойчивости и сложностей

Таблица 2. Средние отличия по конечным точкам исследования у мальчиков и девочек (исходный уровень и 3-й месяц исследования)

Конечные точки	Мальчики				Девочки			
	Лечебная группа (n=122)	Контрольная группа (N=123)	Сравнение лечебной и контрольной групп		Лечебная группа (n=76)	Контрольная группа (n=78)	Сравнение лечебной и контрольной групп	
	Среднее ± SD	Среднее ± SD	t (df=243)	p	Среднее ± SD	Среднее ± SD	t (df=152)	p
Симптомы ПТСР	5,49±8,15	5,49±7,75	-0,004	0,997	4,83±8,17	7,88±8,49	-2,274	0,024 ^b
Депрессивные симптомы	1,64±4,80	1,62±4,48	0,033	0,974	1,42±3,86	2,03±4,02	-0,951	0,343
Симптомы тревоги	1,70±2,46	1,07±2,21	2,090	0,038 ^a	1,29±2,44	1,55±2,43	-0,667	0,506
Общие сложности	3,35±5,55	2,07±5,55	1,809	0,072	3,37±5,18	3,06±5,59	0,350	0,727
Жалобы на сверхъестественное воздействие	1,11±2,53	0,43±1,75	1,667	0,097	1,09±2,49	0,77±1,97	0,895	0,323
Поведенческие нарушения	0,94±2,55	0,60±2,21	1,103	0,271	0,55±1,85	0,27±2,83	0,733	0,465
Просоциальное поведение	0,11±2,11	0,12±1,91	-0,067	0,947	-0,30±1,49	-0,09±1,87	-0,780	0,437
Нарушение функционирования	2,13±4,27	0,94±3,89	2,276	0,24 ^a	2,00±4,15	1,60±5,33	0,515	0,607

ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство; a – величина эффекта от 0,27 до 0,29; b – величина эффекта 0,37

щественно были индуистами (81,0%), возраст детей составлял 9 – 12 лет (среднее 11,03±1,05).

Все дети подвергались в среднем двум видам стрессовых событий военного времени. Чаще всего дети видели тела убитых (51,9%), становились свидетелями смерти членов семьи (35,3%) и попадали под арест (32,6%). Кроме того, отмечалось в среднем четыре вида актуальных стрессовых факторов военного времени, наиболее часто встречались: переезды (73,9%); бедность (67,9%), неудовлетворенность основных потребностей (62,7%) и конфликты в ближайшем окружении (62,7%). Коэффициенты внутригрупповой корреляции конечных точек находились в диапазоне от -0,034 до 0,174.

Изменения в конечных точках, модераторах и медиаторах.

Сначала проводилась приблизительная оценка изменений средних показателей (без поправки на кластерную вариабельность) в качестве начального экспериментального анализа изменений в конечных точках (таблица 2). Этот анализ показал статистически более

значимые изменения у мальчиков по тревоге и нарушению функционирования в лечебной группе (величина эффекта от 0,27 до 0,29). У девочек было обнаружено непреднамеренное вредное воздействие вмешательства: у девочек, находящихся в «списке ожидающих», происходило более значимая редукция симптоматики ПТСР, чем у девочек в лечебной группе (величина эффекта 0,37).

Для оценки лонгитудинальных траекторий изменений по конечным точкам и влияния модулирующих факторов было проведено моделирование латентного роста с поправкой на неравномерность выборок внутри каждой школы. Нами оценивалось, являлись ли условия проведения исследования прогнозирующим фактором различных траекторий роста, а также модулируют ли такие факторы как пол, возраст, прошлый опыт насилия и актуальные военные стрессоры эффект вмешательства с течением времени (таблица 3). Каких-либо статистически значимых взаимосвязей между условиями исследования и промежуточными результа-

Таблица 3. Модель оценки долгосрочных изменений по конечным точкам; в качестве модераторов используется пол и возраст

Конечная точка	Отрезок ^а		Наклон: главный эффект ^б		Наклон: взаимодействие с полом ^с		Наклон: взаимодействие с возрастом ^д		Наклон: взаимодействие с прошлым опытом насилия ^а		Наклон: взаимодействие с актуальными стрессорами	
	Оценка	SE	Оценка	SE	Оценка	SE	Оценка	SE	Оценка	SE	Оценка	SE
Симптомы ПТСР	-0,306	0,879	0,281	0,332	-10,169	0,444**	0,-0,293	0,261	0,001	0,134	0,244	0,108**
Депрессивные симптомы	-0,385	0,454	0,115	0,112	-0,206	0,242	0,134	0,152				
Симптомы тревоги	-0,075	0,188	-0,037	0,065	-0,308	0,144**	0,035	0,062	-0,048	0,050	0,066	0,032**
Общие сложности	0,037	0,516	-0,198	0,280	-0,409	0,225	-0,102	0,184				
Жалобы на сверхъестественное воздействие	0,149	0,280	-0,121	0,064*	-0,116	0,101	-0,022	0,071				
Поведенческие нарушения	0,080	0,209	-0,132	0,045***	-0,089	0,100	0,112	0,048**	-0,028	0,076	0,015	0,043
Просоциальное поведение	-0,030	0,166	0,016	0,052	-0,101	0,095	-0,107	0,050**	0,014	0,032	-0,035	0,020
Нарушение функционирования	-0,427	0,482	-0,036	0,143	-0,346	0,178	0,102	0,109	0,000	0,111	0,167	0,069**

ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство; а – средний балл в исходной точке, с поправкой на кластеризацию; б – изменения в конечных точках на 0-й, 6-й и 18-й неделях; с – отрицательная оценка указывает на снижение по конечным точкам у мальчиков; д – отрицательная оценка указывает на снижение по конечным точкам на каждый год жизни. * статистически значимо при <0,06, ** статистически значимо при <0,05, *** статистически значимо при <0,01

тами обнаружено не было, что доказывает сопоставимость условий исследования в исходной точке. По основным конечным точкам (ПТСР, тревога, депрессия) не отмечалось статистически значимой разницы между лонгитудинальными траекториями, однако для дополнительных точек была обнаружена статистически значимая разница между траекториями. У участников из лечебной группы с течением времени наступило улучшение в отношении нарушений поведения по сравнению с участниками из контрольной группы (наклон кривой -0,132; $p=0,003$). Кроме того, наблюдалась значимая взаимосвязь между условиями исследования и возрастом в случае нарушений поведения, в группе интервенции у детей младшего возраста отмечалось более выраженное улучшение, чем у старших детей ($p=0,019$).

Кроме того, выявился эффект вмешательства в отдельных подгруппах. Фактор пола являлся значимым модератором симптомов ПТСР (наклон кривой -1,169; $p=0,009$) и тревоги (наклон кривой -0,308; $p=0,032$), мальчики в лечебной группе показали более выраженное улучшение, чем мальчики в контрольной группе. Статистически значимая связь с возрастом выявилась в отношении просоциального поведения (наклон кривой 0,112; $p=0,032$). Чем старше были дети, тем менее эффективным оказывалось вмешательство; другими словами, вмешательство было эффективным в отношении просоциального поведения среди детей младшей возрастной группы.

В качестве модераторов использовались опыт насилия и актуальные стрессоры военного времени (таблица 3). В связи с тем, что результаты предыдущих анализов не показали статистически значимого изменения траекторий в отношении депрессивных симптомов, жалоб на сверхъестественные воздействия и общих психологических симптомов, эти модераторы не включались в данный анализ. Была выявлена важная модулирующая роль опыта актуальных ежедневных стрессоров. Этот фактор модерировал лечебный эффект, у детей в группе интервенции с низким уровнем данных стрессоров были лучшие результаты в отношении симптомов ПТСР (0,244; $p=0,024$), тревоги (0,066; $p=0,039$) и нарушения функционирования (0,167; $p=0,016$), по сравнению с детьми в контрольной группе. Согласование моделей при моделировании латентного роста наблюдалось практически

во всех случаях, сравнительный критерий согласия находился в диапазоне от 0,87 до 1,00.

Наконец, в качестве возможного медиатора вмешательства изучалась стратегия совладания. Анализ приложенных средних изменений и моделирования латентного роста не показал разницы между группами исследования в отношении траекторий стратегий совладания и удовлетворенностью ими. Наличие значимой связи между вмешательством и предполагаемым медиатором является основополагающим условием медиаторной роли. Это условие не подтвердилось, поэтому в дальнейшем потенциальная роль стратегий совладания не оценивалась.

ОБСУЖДЕНИЕ

Полученные данные об эффективности вторичной профилактики среди школьников Шри-Ланки дополняют существующие знания о психическом здоровье и роли психосоциального вмешательства в местах вооруженных конфликтов. Как и в случае раннего вмешательства среди школьников, пострадавших от войн, эффект проводимых мероприятий был дифференцированным. Главный эффект был обнаружен в отношении нарушений поведения, он был более выражен у детей младшего возраста. Использовалась специальная локальная версия шкалы для оценки нарушений поведения. Нарушения поведения включали использование насилия для разрешения конфликтов, подражание солдатам, высказывание неуважения к старшим. Эти поведенческие нарушения являются специфическими для детей, пострадавших от войн.

Вмешательство было наиболее эффективным у детей с низким уровнем актуальных ежедневных стрессоров военного времени (ПТСР, тревога, нарушение функционирования), у мальчиков (ПТСР и тревога) и детей младшего возраста (просоциальное поведение). Нами был выявлен непреднамеренный отрицательный эффект вмешательства у девочек с ПТСР.

Прежде чем перейти к детальному обсуждению результатов, нужно отметить некоторые методологические ограничения настоящего исследования. Во-первых, несмотря на то, что группы исследования не разглашались людям, проводившим оценку состояния детей, не было возможности контролировать неразглашение условий самими детьми. Во-вторых, несмотря

на то, что использовалась валидизированная местная версия Опросника устойчивости и сложности (Strengths and Difficulties Questionnaire), местная критериальная валидность данной шкалы по первичным конечным точкам (ПТСР, депрессия и тревога) не доказана. В-третьих, внутренняя надежность некоторых показателей была несколько ниже допустимой (для симптомов тревоги). Исследование имело практический дизайн и было спланировано в соответствии с рекомендациями CONSORT [42].

То, что у девочек в контрольной группе динамика в отношении ПТСР была лучше, чем у девочек в лечебной группе, является важной и неожиданной находкой данного исследования. Возможным объяснением может являться наложение модулирующего фактора пола и актуального опыта ежедневных стрессоров военного времени.

Оба параметра модулируют взаимодействия между условиями исследования и изменениями симптомов ПТСР и тревоги. Возможно, что актуальный опыт стрессоров военного времени отличался у мальчиков и девочек, и эта разница привела к разному результату вмешательства. Кроме того, возможно, что специфические аспекты психологической работы (например, усиление специфических механизмов совладания или стратегии социальной поддержки) оказали влияние на различие эффекта у мальчиков и девочек. Данное допущение согласуется с гендерными различиями, обнаруженными в прежних исследованиях психологических вмешательств у детей и подростков, пострадавших от войны [13-15, 18]. В настоящей работе, возможно, имело значение то, что вмешательство проводилось раздельно для мальчиков и девочек.

Находки настоящего исследования подчеркивают важность дальнейшего изучения роли профилактического вмешательства в поддержании психического здоровья детей, пострадавших от войны. Недостаточное количество выявленных главных эффектов на основные конечные точки может указывать на то, полноценная клиническая психотерапия является более адекватным методом, чем профилактическое вмешательство в школах. Например, исследования в развитых странах выявили эффективность когнитивно-поведенческой терапии, а также десенсибилизации и коррекции переработки информации с помощью движений глазных яблок [43]. Первичная и вторичная профилактика у детей, пострадавших от вооруженных конфликтов, представляется важной по двум причинам. Во-первых, такое вмешательство может оказаться полезным не только при ПТСР [33]. В настоящем исследовании был обнаружен эффект в отношении поведенческих нарушений, тревоги, просоциального поведения и нарушения функционирования. В ранних исследованиях показано дополнительная эффективность по таким параметрам, как чувство надежды, социальная поддержка, агрессия и общие психологические сложности [13-15]. Во-вторых, несмотря на то, что наблюдаемые результаты по величине эффекта значительно отстают от результатов индивидуальной клинической психотерапии и ограничиваются отдельными группами населения, нельзя не отметить то, что профилактическое психологическое вмешательство куда более доступно и легко выполнимо [44]. Данные настоящего исследования указывают на необходимость более тщательного анализа факторов риска и защиты у детей-жертв вооруженных конфликтов [45, 46], а также важность изучения естественных восстановительных психологических механизмов [14, 47]. Эти направления были обозначены как наиболее приоритетные при последнем пересмотре приоритетов психиатрических и психосоциальных исследований [48, 49].

Данное исследование демонстрирует существующие ограничения по интеграции психиатрической помощи

в сообщество в странах НСУД. Если вмешательство проводится не в клинических условиях, а в сообществе, и осуществляется не специалистами, а обученными добровольцами, то эффекты такого вмешательства будут в большей степени модулироваться внешними факторами (например, бедностью, насилием, маргинализацией). Важно учитывать не только факт эффективности вмешательства, но и условия обеспечения этой эффективности в конкретных социокультурных обстоятельствах.

Неоднократно подчеркивалось, что в условиях нехватки специалистов в области психического здоровья в развивающихся странах эту роль должны брать на себя профессионалы общественного здравоохранения. Они должны обеспечивать повышение качества и объема психиатрической помощи населению [50]. Результаты настоящего исследования показывают, что клиницисты, работающие в неблагополучных регионах, могут и должны прибегать к помощи специально обученных непрофессионалов, которые способны уменьшить уровень дистресса среди населения. В регионах с актуальными стрессовыми событиями клиницистам нужно учитывать модулирующие факторы, которые влияют на эффективность профилактических мероприятий. Вероятно, лечение ПТСР должно включать врачебную помощь или другие направления терапии (например, индивидуальную или семейную психотерапию).

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ АВТОРОВ

Авторы выражают благодарность организации PLAN Netherlands за спонсирование данного исследования. Спонсор не участвовал в разработке дизайна и проведении исследования (в сборе, анализе и интерпретации данных, в подготовке, редактировании и утверждении рукописи).

Литература:

1. Somasundaram D. Scarred minds: the psychological impacts of war on Sri Lankan Tamils. New Delhi: Sage Publications, 1998.
2. Somasundaram D, Jamunanantha CS. Psychosocial consequences of war: Northern Sri Lankan experience. In: de Jong JTVM (ed). Trauma, war, and violence: public mental health in socio-cultural context. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2002:205-58.
3. Catani C, Jacob N, Schauer E et al. Family violence, war, and natural disasters: a study of the effect of extreme stress on children's mental health in Sri Lanka. BMC Psychiatry 2008; 8: 33-4.
4. Elbert T, Schauer M, Schauer E et al. Trauma-related impairment in children: a survey in Sri Lankan provinces affected by armed conflict. Child Abuse & Neglect 2009;33:238-46.
5. Somasundaram D. Collective trauma in northern Sri Lanka: a qualitative psychosocial-ecological study. Int J Ment Health Syst 2007;1:5.
6. Catani C, Schauer E, Neuner F. Beyond individual war trauma: domestic violence against children in Sri Lanka and Afghanistan. J Marital Fam Ther 2008;34:165-76.
7. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M et al. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. Lancet 2007;370:878-89.
8. Panter-Brick C, Eggerman M, Gonzalez V et al. Violence, suffering, and mental health in Afghanistan: a school-based survey. Lancet 2009;374:807-16.
9. Stein BD, Jaycox LH, Kataoka SH et al. A mental health intervention for schoolchildren exposed to violence: a randomized controlled trial. JAMA 2003;290:603-11.
10. Kavanagh J, Oliver S, Caird J et al (eds). Inequalities and the mental health of young people: a systematic review of secondary school-based cognitive behavioural intervention. London: EPPI1.Centre, University of London, 2009.
11. Tol WA, Barbui C, Galappatti A et al. Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: linking practice and research. Lancet 2011;378:1581-91.

12. Layne CM, Saltzman WR, Poppleton L et al. Effectiveness of a school-based group psychotherapy program for war-exposed adolescents: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008;47:1048-62.
13. Tol WA, Komproe IH, Susanty D et al. School-based mental health intervention for children affected by political violence in Indonesia: a cluster randomized trial. *JAMA* 2008;300:655-62.
14. Tol WA, Komproe IH, Jordans MJ et al. Mediators and moderators of a psychosocial intervention for children affected by political violence. *J Consult Clin Psychol* 2010;78:818-28.
15. Jordans MJ, Komproe IH, Tol WA et al. Evaluation of a classroom-based psychosocial intervention in conflict-affected Nepal: a cluster randomized controlled trial. *J Child Psychol Psychiatry* 2010; 51:818-26.
16. Khamis V, Macy R, Coignez V. The impact of the Classroom/Community/Camp-based Intervention (CBI) Program on Palestinian children. Save the Children, USA, 2004.
17. Berger R, Gelkopf M. School-based intervention for the treatment of Tsunami-related distress in children: a quasi-randomized controlled trial. *Psychother Psychosom* 2009;78:364-71.
18. Bolton P, Bass J, Betancourt T et al. Interventions for depression symptoms among adolescent survivors of war and displacement in northern Uganda: a randomized controlled trial. *JAMA* 2007; 298:519-27.
19. Dybdahl R. Children and mothers in war: an outcome study of a psychosocial intervention program. *Child Dev* 2001;72:1214-30.
20. Kraemer HC, Wilson T, Fairburn CG et al. Mediators and moderators of treatment effects in clinical trials. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:877-83.
21. Kazdin AE. Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annu Rev Clin Psychol* 2007;3:1-27.
22. Miller KE, Rasmussen A. War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Soc Sci Med* 2010;70:7-16.
23. Neuner F. Assisting war-torn populations: should we prioritize reducing daily stressors to improve mental health? Comment on Miller and Rasmussen (2010). *Soc Sci Med* 2010; 71:1381-4.
24. Miller KE, Rasmussen A. Mental health and armed conflict: the importance of distinguishing between war exposure and other sources of adversity: a response to Neuner. *Soc Sci Med* 2010;71:1385-9.
25. Fernando G, Miller KE, Berger DE. Growing pains: the impact of 122 World Psychiatry 11:2 – June 2012 disaster-related and daily stressors on the psychological and psychosocial functioning of youth in Sri Lanka. *Child Dev* 2010;81:1192-210.
26. Rasmussen A, Nguyen L, Wilkinson J et al. Rates and impact of trauma and current stressors among Darfuri refugees in eastern Chad. *Am J Orthopsychiatry* 2010;80:227-36.
27. Punamaki RL. Resiliency in conditions of war and military violence: preconditions and developmental processes. In: Galalda ME, Flament M (eds). *Working with children and adolescents: an evidence-based approach to risk and resilience*. Lanham: Jason Aronson, 2006:129-78.
28. Jordans MJD, Komproe IH, Tol WA et al. Screening for psychosocial distress amongst war-affected children: cross-cultural construct validity of the CPDS. *J Child Psychol Psychiatry* 2009;50:514-23.
29. Jordans MJD, Komproe IH, Ventevogel P et al. Development and validation of the Child Psychosocial Distress Screener in Burundi. *Am J Orthopsychiatry* 2008;78:290-9.
30. Cohen JA, Deblinger E, Mannarino AP et al. A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43:393-402.
31. Layne CM, Pynoos RS, Saltzman WR et al. Trauma/grief-focused group psychotherapy: school-based postwar intervention with traumatized Bosnian adolescents. *Group Dynamics: Theory, Research and Practice* 2001;5:277-90.
32. Macy RD, Johnson Macy D, Gross SI et al. Healing in familiar settings: support for children and youth in the classroom and community. *New Directions in Youth Development* 2003;98:51-79.
33. Tol WA, Reis R, Susanty D et al. Communal violence and child psychosocial wellbeing: qualitative findings from Poso, Indonesia. *Transcult Psychiatry* 2010;47:112-35.
34. van Ommeren M, Sharma B, Thapa SB et al. Preparing instruments for transcultural research: use of the Translation Monitoring Form with Nepali-speaking Bhutanese refugees. *Transcult Psychiatry* 1999;36:285-301.
35. Foa EB, Johnson KM, Feeny NC et al. The Child PTSD Symptom Scale: a preliminary examination of its psychometric properties. *J Clin Child Psychol* 2001;30:376-84.
36. Birleson P. The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self-rating scale – a research report. *J Child Psychol Psychiatry All Discipl* 1981;22:73-88.
37. Birmaher B, Brent DA, Chiappetta L et al. Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): a replication study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:1230-6.
38. Lukumar P, Wijewardana K, Hermansson J et al. Validity and reliability of Tamil version of Strengths and Difficulties Questionnaire self-report. *Ceylon Med J* 2008;53:48-52.
39. Tol WA, Komproe IH, Jordans MJD et al. Developing a function impairment measure for children affected by political violence: a mixed methods approach in Indonesia. *Int J Qual Health Care* 2011;23:5-83.
40. Spirito A, Stark LJ, Williams C. Development of a brief coping checklist for use with pediatric populations. *J Pediatr Psychol* 1988;13:555-74.
41. Duncan TE, Duncan SC. An introduction to latent growth curve modeling. *Behav Ther* 2004;35:333-63.
42. Thorpe KE, Zwarenstein M, Oxman OD et al. A pragmatic explanatory continuum indicator summary (PRECIS): a tool to help trial designers. *J Clin Epidemiol* 2009; 62: 464-75.
43. Silverman WK, Ortiz CD, Viswesvaran C et al. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2008;37:156-83.
44. Patel V, Flisher AJ, Nikapota A et al. Promoting child and adolescent mental health in low and middle income countries. *J Child Psychol Psychiatry* 2008;49:313-34.
45. Betancourt TS, Brennan RT, Rubin-Smith J et al. Sierra Leone's former child soldiers: a longitudinal study of risk, protective factors, and mental health. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010; 49:606-15.
46. Panter-Brick C, Goodman A, Tol WA et al. Mental health and childhood adversities: a longitudinal study in Kabul, Afghanistan. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011;50:349-63.
47. Tol WA, Jordans MJD, Reis R et al. Ecological resilience: working with child-related psychosocial resources in war-affected communities. In: Brom D, Pat-Horenczyk R, Ford J (eds). *Treating traumatized children: risk, resilience, and recovery*. London: Routledge, 2009:164-82.
48. Tol WA, Patel V, Tomlinson M et al. Research priorities for mental health and psychosocial support in humanitarian settings. *PloS Med* 2011;8:e1001096.
49. Tol WA, Patel V, Tomlinson M et al. Relevance or excellence? Setting research priorities for mental health and psychosocial support in humanitarian settings. *Harv Rev Psychiatry* 2012;20:25-36.
50. Patel V. The future of psychiatry in low- and middle-income countries. *Psychol Med* 2009;39:1759-62.

Взаимопомощь у лиц с тяжелыми психическими расстройствами: обзор литературы и практики

Larry Davidson, Chyrell Bellamy, Kimberly Guy, Rebecca Miller

Program for Recovery and Community Health, Yale University School of Medicine, 319 Peck Street, Building 1, New Haven, CT 06513, USA

Перевод: Павличенко А.В. (Москва)

Редактор: Курсаков А.А. (Москва)

Взаимопомощь или «поддержка равных» (peer support), возникшая в 90-ые годы прошлого века как часть движения потребителей психиатрических услуг, в настоящее время во многом рассматривается как результат недавних преобразований в области общественной психиатрии. На самом деле она уходит корнями в далекое прошлое, так как была введена в практику еще в конце 18 века во Франции, в эпоху «морального лечения», Пуссеном и Пинелем. В дальнейшем, на протяжении всей истории психиатрии, к ней периодически возвращались. В настоящее время движение поддержки равных стремительно расширяется в ряде стран и, как следствие, стало предметом многих исследований. Есть данные, говорящие о том, что персонал, принятый из числа бывших пациентов и работающий в сфере традиционной психиатрии, способен более эффективно вовлекать больных в процесс лечения, способствовать снижению использования пунктов экстренной медицинской помощи и больницы, а также уменьшению употребления психоактивных веществ у лиц с сопутствующими болезнями зависимости. В своей деятельности эти работники используют собственный положительный опыт лечения, моделирование ролей, традиционную поддержку. Также было обнаружено, что они могут усилить у клиентов надежду, чувство, что можно контролировать и изменить свою жизнь; повысить самоконтроль, ощутить принадлежность к обществу и удовлетворение от различных сфер жизни; снизить глубину депрессивного и психотического состояний.

Ключевые слова: взаимная поддержка, собственный опыт, ролевые игры, эмпатия, выздоровление.

(*World Psychiatry* 2012;11:123-128)

«В той мере, в которой это возможно, все работники отбираются из числа психически больных пациентов. В любом случае, они лучше подходят для этой ответственной работы, так как они обычно являются более добрыми, честными и гуманными людьми». Ж.-Б. Пуссен в его письме 1793 г. Филиппу Пинелю.

Взаимопомощь (peer support) у лиц с тяжелыми психическими расстройствами во многом рассматривается как явление, возникшее в недавнее время. Предположительно, первая публикация об этой «новой» форме услуг датируется 1991 годом (2) и связана с движением потребителей психиатрических услуг, которое появилось в 70-е гг. прошлого века (3). Однако, исходя из приведенной выше цитаты понятно, что идея привлекать к лечению тяжело психически больных лиц, находящихся в ремиссии, может быть особенно полезна, и имеет длительную, хотя и не засвидетельствованную документально, историю.

Во время написания письма, из которого была взята приведенная выше цитата, Пуссен работал начальником (управляющим) госпиталя Бисетре в Париже, где он ранее сам был пациентом. Будучи назначенным старшим врачом, Пинель еще до приезда туда попросил Пуссена описать особенности работы госпиталя. Как отмечалось выше, одной из важных особенностей стиля управления Пуссена являлось привлечение к работе в госпитале, насколько это было возможно, выздоровевших пациентов. Кроме того, что они были «добрыми, честными и гуманными» людьми, Пинель также обнаружил, что для них была «неприемлема откровенная жестокость» (которая в больницах того времени была обычной практикой) и в своей работе они были «настроены на добро». В значительной степени благодаря приглашению и широкому использованию в работе бывших пациентов Пинель и Пуссен смогли избавиться от оков и злоупотреблений, а сам институт с тех пор получил название эры «морального лечения».

Таким образом, ценность подобной поддержки лиц с тяжелыми психическими расстройствами известна издавна, а периодическая практика ее использования говорит о ее достаточной эффективности на протяжении истории психиатрии. Г.С. Салливан, например, в

20-ые годы прошлого века в США использовал практику приема на работу в стационар пациентов, восстановившихся после психотических эпизодов (5).

За последние 20 лет это движение получило огромное распространения в разных странах мира, а число пациентов, принятых за это время на работу, значительно увеличилось по сравнению с более ранним периодом времени. По приблизительной оценке, в настоящее время в одних только США число людей, занятых в этой службе, превышает 10 тысяч человек (6), и эта цифра продолжает неуклонно расти, несмотря на глобальный экономический спад и высокие уровни безработицы. Сейчас настало время оглянуться назад и проанализировать особенности этого движения, которое, с одной стороны, занимает весомое место в современной теории и практике психического здоровья, и, с другой стороны, является специфической стратегией внутри общественной практики. В данной статье мы сделаем обзор существующей на данный момент доказательной базы, укажем на некоторые опасения, которые появились вскоре после того, как бывших пациентов стали принимать на работу, а также дадим некоторые практические рекомендации, которые оказались полезными для разрешения этих опасений.

ДОКАЗАТЕЛЬСТВА

«Да, это хорошо... это как будто у тебя есть тот, кому можно довериться, кто, в некотором роде, находится с тобой в одной лодке. Она находилась в отчаянии, у нее не было крыши над головой и были проблемы с наркотиками. В такой же ситуации была и я. Со мной это было не так давно. Теперь у нее есть машина, собственное жилье, и я хочу все это... понимаешь, ты встречаешь того, кто действительно понимает» – человек с тяжелым психическим расстройством описывает свои впечатления от сотрудничества с бывшим пациентом, работающим в сфере психического здоровья (peer provider).

Большинство исследований, посвященных движению «поддержки равных», можно отнести к одной из трех категорий, расположенных на линейном континууме (7,8). Первая стадия включала исследования обоснования, направленные на то, чтобы продемон-

стрировать возможность обучения и привлечения к работе в качестве психиатрического персонала лиц с тяжелыми психическими заболеваниями в прошлом. Учитывая длительную историю стигматизации и дискриминации лиц с тяжелыми психическими заболеваниями, вначале было необходимо показать, что они могут справляться с поставленными задачами. На начальном этапе их роль виделась как вспомогательная и дополнительная, а сами они выступали как помощники и партнеры обычных сотрудников. Для выполнения этой работы им требовались лишь некоторые навыки и умения. Все четыре рандомизированных контролируемых исследования, проведенные в 90-ые годы прошлого века, показали, что бывшие пациенты могут полностью справиться со своими обязанностями, а результаты их работы были, по крайней мере, не хуже, чем у обычного персонала (9-12). Два исследования также показали, что результаты лечения были немного лучше у тех пациентов, которые помимо традиционной помощи получали поддержку со стороны бывших больных (9,11).

Вторая стадия включала исследования, посвященные сравнению сотрудников, принятых из числа обычных людей, с одной стороны, и из числа бывших пациентов, с другой, в отношении эффективности выполнения традиционной работы в качестве специалистов по ведению конкретных случаев (case manager), персонала по реабилитации и социальных работников. В большинстве исследований вновь было обнаружено, что сотрудники из числа бывших пациентов справлялись со своими обязанностями, по крайней мере, также хорошо, как и обычный персонал, и результаты их работы были сопоставимы (13-16). В некоторых исследованиях второй стадии удалось выявить существенные различия между этими двумя условиями. В частности, сотрудники из числа бывших пациентов показали лучшие результаты в отношении таких параметров, как вовлечение в лечебный процесс «труднодоступных» («difficult-to-reach») больных, снижение частоты госпитализации и сокращения числа дней, проведенных в стационаре, а также снижение употребления психоактивных веществ у лиц с коморбидными химическими зависимостями (17-20). Эти многообещающие находки подсказали исследователям этой области направление дальнейшей работы и подчеркнули важность нового поколения исследований. Необходимо было уточнить и дать оценку отличительным свойствам этих сотрудников, позволяющим им выполнять их роли иначе, чем обычному персоналу, основываясь на их опыте собственной нетрудоспособности, борьбы со стигмой, выздоровления. Также было необходимо понять, можно ли в структуре службы психического здоровья создать новые должности, в рамках которых такой жизненный опыт мог бы быть эффективно использован при реабилитации других больных (8, 21-24).

Однако так как во второй стадии оценивалась лишь возможность бывших пациентов справляться с традиционными обязанностями персонала, эти исследования были непродолжительными и не могли дать ответ на вопрос, насколько они смогут справиться с этими новыми, во многом уникальными, задачами, которые связаны с их собственным опытом болезни, выздоровления и взаимодействия со службой психического здоровья – опытом, которого нет у обычных сотрудников.

Таким образом, была необходима третья стадия исследований, перед которой были поставлены следующие вопросы. 1. Есть ли значительная разница в качестве выполнения работы между обычными сотрудниками и бывшими пациентами? 2. Существуют ли вмешательства, с которыми не могут справиться люди, не имеющие собственного болезненного опыта, то есть, является ли служба взаимной поддержки в каком-то смысле уникальной формой оказания помощи? 3. Если

последнее утверждение верно, то в чем состоят ее отличительные особенности и какими могут быть результаты такой работы?

К настоящему времени в литературе предложено три основных компонента, характеризующих взаимную поддержку, которые, по-видимому, уникальны для нее или, по крайней мере, больше всего подходят сотрудникам из числа бывших пациентов. Первое – это пробуждение надежды посредством собственного позитивного опыта (self-disclosure), который способен показать другим пациентам, что можно проделать путь от подчинения своей жизни болезни до некоторого контроля над ней, от жертвы обстоятельств до хозяина своего жизненного пути (23,25). Второй компонент – включение в процесс моделирования ролей (role modeling) таких факторов, как возможность самостоятельно справиться с некоторыми аспектами своей болезни, изучение новых возможностей использования приобретенных знаний, или «смекалки» («street smarts»), в преодолении ежедневных трудностей. Важно отметить, что это касается не только заболеваний, но и таких проблем, как недостаток средств к существованию, жилищные проблемы, преодоления стигмы, дискриминация и некоторые другие психологические стрессы, неизменно возникающие при соприкосновении со сложным клубком социальных и человеческих систем (23, 26).

Третий компонент сосредоточен на самой природе взаимоотношений между сотрудниками из бывших пациентов и самими потребителями психиатрических услуг, которые, по-видимому, важны и для осуществления первых двух из них. Эти взаимоотношения характеризуются доверием, одобрением, пониманием, использованием эмпатии, которая в данном случае сочетается с «условной заботой» (conditional regard), которую понимают как способность сотрудника «читать» («read») клиента, на основе того факта, например, что они сейчас носят одинаковую обувь. Способность этих сотрудников хорошо понимать своих клиентов может быть использована с разными целями. Так, хорошо зная факторы, способствующие восстановлению, они могут предъявлять к своим пациентам большие запросы и ожидания, что, однако, также повлечет для них необходимость работать больше («Я хорошо сейчас понимаю, что у тебя совсем не осталось чувства надежды, но я также знаю, что ты можешь добиться улучшения») (26-27). Временами эти требования могут приводить к конфликтам, но, более вероятно, что это будет стимулировать и воодушевлять их (26-29).

Хотя третья стадия исследований, которая фокусируется на потенциально уникальных качествах работы персонала из бывших пациентов, все еще находится в процессе реализации, два недавно завершённых исследования позволяют предположить, чего можно ожидать в итоге. Так, наша исследовательская группа завершила исследование, спонсируемое Национальным институтом психического здоровья и посвященное культуральным аспектам и личностно-ориентированной помощи при психотических состояниях у лиц африканского и/или латиноамериканского происхождения, в которых сотрудники из числа бывших пациентов проигрывали две новые роли, которые мы придумали специально для этого исследования. Используя для сравнения основанный на данных доказательной медицины практикум по лечению болезней и выздоровлению (illness management and recovery, IMR) (30), мы обучили этих сотрудников проводить один из двух комплексов вмешательств. Первый включал роль защитника («advocate») во время оказания личностно-ориентированной помощи, целью которой являлось более активное вовлечение пациентов непосредственно в процесс лечения и восстановления. Вторая функция («общественный оператор» («community connec-

тог») заключалась в поддержке больных при их контактах с обществом и при выполнении задач, которые включал их план лечения.

В общей сложности 290 лиц с тяжелыми психическими расстройствами были случайным образом помещены в одно из трех условий, созданных в последовательном порядке: а) обычное лечение плюс приглашение к участию в основанных на данных доказательной медицины рекомендациях IMR; б) обычное лечение плюс IMR плюс личностно-ориентированный процесс (person-centered planning process, PCP), проводимый при участии сотрудников из числа бывших больных; в) обычное лечение плюс IMR плюс PCP плюс программа общественной помощи, проводимая под руководством этих сотрудников.

В данном исследовании мы обнаружили преимущества обеих форм поддержки, в которых были задействованы бывшие больные, по сравнению с обычным лечением плюс IMR. В частности, добавление личностно-ориентированной помощи с их непосредственным участием привело к тому, что участники ощущали помощь как более эффективную и включающую немедицинские аспекты (такие как жилье и трудоустройство). Также при этом у пациентов возрастало чувство контроля и способность к изменениям в их жизни. Программа общественной помощи, осуществляемая этими сотрудниками, повышала надежду и степень вовлеченности пациентов в лечение заболевания, степень удовлетворенности семейной жизнью, усиливала позитивное отношение к себе и своей жизни, социальную поддержку и чувство принадлежности к сообществу. Наконец, и это было, пожалуй, самым неожиданным результатом, общественная программа интеграции при поддержке «равных» снижала уровень психотических симптомов и, одновременно, повышала уровень дистресса, возникавшего в связи с этими симптомами. Качественные данные свидетельствуют о том, что это возрастание дистресса могло быть связано с более активным, чем раньше, вовлечением пациентов в терапевтический процесс. При этом остаточные психотические симптомы воспринимались ими как преграда на пути к намеченным целям, в то время как раньше эти же симптомы, хотя и более выраженные, не рассматривались ими как помехи на пути к более полной жизни (31).

Второе исследование базировалось на упомянутых выше более ранних данных, согласно которым поддержка со стороны бывших больных может способствовать снижению частоты госпитализаций и уменьшению числа дней проведенных в стационаре у пациентов с частыми госпитализациями в анамнезе. В данном исследовании мы обучили и привлекли этих сотрудников к работе в качестве «наставников по восстановлению» (так они сами себя назвали), роль которых объединяла в себе функции защитника в личностно-ориентированном процессе (PCP) и общественно-оператора из более раннего исследования. Исходя из того, что нам говорили в первом исследовании сотрудники и пациенты, мы пришли к выводу о целесообразности постоянного объединения функций защиты и общественной интеграции одним лицом на непрерывной основе, что, в конце концов, не требует от больных необходимости открываться двум разным людям. В результате этого, мы разработали модель «восстановительного наставничества», которая включает выполнение этих и ряда других родственных функций одним человеком, которой, и это самое важное, в процессе работы был обучен тому, как использовать свой жизненный опыт в реабилитационных целях. Помимо привлечения собственного положительного опыта, эти сотрудники обучали больных развивать эмпатические взаимоотношения, используя для этого условную заботу и моделирование роли самопомощи.

В этом исследовании пациенты были помещены в 2 группы: в первой они получали обычную помощь, а во второй к ней добавляли помощь наставников по восстановлению. Все пациенты, включенные в исследование, имели тяжелое психическое расстройство, а их поступлению в стационар предшествовали как минимум две госпитализации за последние полтора года. Сбор информации осуществлялся в начале исследования, а также через 3 и 9 месяцев после выписки. Учитывались такие показатели, как число и длительность госпитализаций за период исследования, для чего привлекались данные из медицинской документации, административных баз данных и самоотчетов больных.

Мы провели анализ в зависимости от назначенного лечения, основываясь на данных о 74 пациентах. Вначале мы использовали однофакторный анализ различий между условиями и длительностью госпитализаций в конце девятимесячного периода с одной стороны, и, в качестве контроля, 18 месячный период до начала наблюдений, с другой. Частичный показатель η^2 (эта-квадрат) служил для оценки размера эффективности нашего лечения. При предварительном анализе результатов мы попытались понять, отражает ли уровень повторных госпитализаций к концу исследования (их количество и длительность) статистически значимые различия между теми больными, где привлекались наставники по восстановлению и теми, где они отсутствовали. В отличие от обобщенных линейных моделей, линейные смешанные модели, которые чаще всего используются в исследованиях подобного рода, изучают различия между индивидами и в то же самое время позволяют понять степень корреляции с другими важными факторами, а также оценить уровень погрешности с учетом неравномерного количества повторных измерений. Мы установили значения критерия на уровне $p < 0,05$ и, в случае госпитализации, использовали один редуцированный тест, основанный на том, что наличие наставника по восстановлению ассоциируется с более низкой частотой повторных госпитализаций.

Были обнаружены статистически значимые различия в отношении числа госпитализаций между теми пациентами, которые получали помощь наставников по восстановлению и теми, у кого этой помощи не было ($0,89 \pm 1,35$ против $1,53 \pm 1,53$ госпитализации, $F = 3,07$; $df=1$, $p < 0,042$, односторонний критерий), а также в отношении длительности пребывания в больнице ($10,1 \pm 17,31$ дней против $19,1 \pm 21,6$ дней, $F = 3,63$; $df=1$, $p < 0,03$, односторонний критерий). Кроме того, изучив промежуточные показатели, мы проанализировали ряд критериев, которые могут быть связаны с терапевтическими механизмами действия этой помощи. Эти результаты подтвердили мнение, что включение в программу реабилитации наставника по восстановлению имеет и некоторые другие положительные эффекты. В частности, мы обнаружили, что у больных, контактирующих с этими сотрудниками, отмечается значительное снижение уровня употребления психоактивных веществ, что согласуется и с более ранними работами. Кроме того, нам удалось показать, что это сотрудничество может привести к уменьшению глубины депрессии, появлению у пациентов надежды, расширению навыков самообслуживания, ощущение благополучия (32), то есть всех тех факторов, которые так важны для процесса восстановления, и что вполне согласуется с принципами движения поддержки равных, описанной ранее (33-35).

В настоящее время мы продолжаем разработку этого направления исследований, и проводим рандомизированное контролируемое испытание, посвященное вопросам частоты и уровня интенсивности контактов. Кроме того, предполагается сравнить эффективность работы бывших пациентов в роли наставников по вос-

становлению – с одной стороны – с работой бывших пациентов в роли специалистов по ведению конкретных случаев, а с другой стороны – с работой наставников по восстановлению, никогда не страдавших психическими заболеваниями. Эта работа нацелена на выделение важнейших элементов поддержки равных (то есть, ответ на третий из поставленных ранее вопросов). Очевидно, что хотя многое еще предстоит сделать, чтобы понять природу и эффективность этой модели, многое уже сделано и еще больше делается в настоящее время, чтобы перенести эту центральную для 18 века модель («моральное лечение») в основное русло общественной помощи в 21 веке.

ПРАКТИКА

Поскольку привлечение к работе бывших пациентов ведет к значительному пересмотру деятельности традиционных психиатрических учреждений, многое, если не все из того, что об этом сказано, подчеркивает специфику этого процесса, особенности преодоления возникающих при этом проблем, а также необходимость исследовать результаты этого процесса. Далее мы остановимся на этих проблемах и стратегиях, опираясь на собственный двадцатилетний опыт и опыт других людей по привлечению, обучению, использованию и поддержке персонала из числа бывших пациентов (27, 36-44). Вначале мы остановимся на пяти наиболее частых вопросах, возникающих у сотрудников и администрации лечебных учреждений, а затем кратко ответим на каждый из них. В заключение будут даны практические рекомендации.

НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ВОПРОСЫ

Разве сотрудники из числа пациентов не являются слишком «хрупкими» («fragile») для такой стрессовой работы?

Нет. Работа в психиатрических учреждениях тяжела для любого человека, а не только для бывших сотрудников. Самопомощь важна для всех людей, служащих в сфере психиатрии, а не только для них. Не секрет, что персонал из числа бывших пациентов просят раскрывать некоторые наиболее личные аспекты своего опыта ради пользы для других людей. Кроме того, в своем лице они представляют все движение «поддержки равных» (то есть, их плохая работа определяет оценку этой службы со стороны нанимающих инстанций). Регулирование этих процессов требует контроля. Относительно их «хрупкости» следует считать, что выздоровевшие пациенты продемонстрировали значительное упорство и психологическую стойкость в борьбе с их болезнью, но никак не хрупкость. Выздоровление, в конце концов – это непрерывная, тяжелая и требующая большого напряжения работа.

Несмотря на огромные усилия по преодолению бывшими пациентами наиболее тяжелых аспектов психического заболевания, многие администраторы продолжают опасаться возможных рецидивов и ухудшений, и искали различные показатели стабильности для своей практики приема на работу. К ним, в частности, можно отнести требование ждать не менее года со времени последней госпитализации и не менее двух лет с момента последнего приема психоактивных веществ. Кроме ненадежности подобных показателей, с точки зрения законодательства многих стран введение подобных требований при приеме на работу можно рассматривать как дискриминацию прав инвалидов. До тех пор пока человек справляется со своей работой, ссылка на его психиатрический анамнез в рамках достаточно произвольных критериев социального функционирования является неприемлемой. Это одно из многих значительных изменений, которые всту-

пают в силу, когда специалисты с области психического здоровья начинают рассматривать человека с психической болезнью не как пациента, а как работника.

Насколько велика у них вероятность рецидива?

Все работники, включая персонал из числа пациентов, периодически не выходят на работу по причине болезни. Многие сотрудники, не идентифицированные как бывшие психиатрические пациенты, берут больничные листы из-за проблем, связанных с их психическим здоровьем. Для всех работников, включая бывших пациентов, следует применять одинаковые требования в отношении длительности их болезни и места их лечения. Даже в случае неприятностей и плохого самочувствия сотрудники из числа бывших пациентов могут справляться со своими обязанностями, а также демонстрировать определенную решимость, устойчивость и желание быстрее вернуться на работу после сложного периода их жизни. Кроме того, стресс на работе для них не так обременителен, как стресс, связанный с длительным периодом вынужденной безработицы, бедности и изоляции.

Могут ли они справляться с административными аспектами своей работы?

Хотя до приема на работу в качестве сотрудников, некоторые из них, возможно, долгое время не работали, а у других не было возможности получить хорошее образование, многие из них достаточно (если не более) компетентны в административных вопросах по сравнению с обычным персоналом. Тем, кто имеет трудности с такими задачами, можно показать, как выполняются те или иные административные аспекты их работы. При необходимости им может быть оказано содействие. В качестве примера можно привести людей с когнитивными и лингвистическими нарушениями, которым запись своей речи на диктофон и ее последующая расшифровка позволяет заполнять необходимую документацию.

Не причинят ли они вред своим пациентам, нарушив конфиденциальность или сказав «что-то не то»?

Считается, что эти сотрудники, также как и другие работники, подчиняются общим установкам и правилам относительно врачебной тайны и конфиденциальности. Соответствующее обучение и супервизия этому способствует, поэтому они так же ответственны за сохранение конфиденциальности информации о пациентах, как и все остальные сотрудники. Нет оснований думать, для них это труднее, чем для кого-то еще. В самом деле, учитывая их особое отношение к вопросам частной жизни, связанное с их собственным психиатрическим опытом, по всей видимости, они будут более крепко, чем обычные работники, хранить врачебную тайну. Также маловероятно, что они после обучения и супервизии чаще, чем обычные сотрудники, будут говорить «лишнее». Если это «лишнее» включает дискредитирующее и неуважительное лечение, то сотрудники из числа бывших пациентов, возможно, действительно будут меньше его поддерживать, что в свое время отметил и Пуссен.

Не сделают ли они мою работу более тяжелой вместо того, чтобы ее упростить?

Движение «поддержки равных» – это важное и полезное дополнение к существующим на сегодняшний день службам психического здоровья. Эти сотрудники особенно хорошо справляются с работой по привлечению психически больных людей к лечению и в роли посредника между пациентами и обычным персоналом. Если хорошо обученные сотрудники из числа бывших пациентов облегчат жизнь другим больным и

снизят уровень нагрузки на обычных сотрудников, то это позволит последним сосредоточиться на выполнении другой важной работы.

ЭФФЕКТИВНЫЕ СТРАТЕГИИ ВНЕДРЕНИЯ В ПРАКТИКУ СЛУЖБЫ РАВНЫХ

Ниже перечислены некоторые эффективные стратегии по внедрению в практику традиционных психиатрических учреждений службы «поддержки равных»:

- четкое описание работы и прояснение ролей сотрудников, одобренное основными заинтересованными лицами (включая составителей программ, супервизоров и потенциальных коллег), с соответствующими должностными инструкциями и понятными процедурами оценки качества выполнения работы;
- привлечение как на ранних этапах, так и в дальнейшем, обычных сотрудников, руководителей, а также выздоровевших пациентов к процессу создания рабочих мест для этих сотрудников, включая описания должностных инструкций и рекомендаций по приему их на работу;
- выявление и оценка вклада этих сотрудников в программы по реабилитации и в работу тех учреждений, где они работают. Например, вся польза от их участия в составе команды исчезнет, если от них требовать лишь выполнения традиционных функций специалиста по ведению конкретных случаев. Другими словами, крайне важно, чтобы в своей деятельности они могли использовать потенциал, приобретенный ими в течение жизни и в процессе обучения, а не только ставить перед ними задачи, с которыми обычные сотрудники не успевают справляться из-за большой занятости (такими, например, как регистрация и предоставление транспорта);
- на первых этапах их участия в каком-либо проекте или в составе команды или какого-либо объединения следует привлекать не менее двух человек, чтобы облегчить им переход к новым для себя ролям и дать им возможность поделиться опытом и оказать друг другу взаимную поддержку;
- выбрать старшего администратора, который возьмет на себя роль их «защитника» («champion»), будет решать вопросы, возникающие на системном (в противоположность индивидуальному) уровне, а также будет лоббировать интересы этой службы на уровне общественных институтов;
- обучение для этих сотрудников, которое охватывает навыки и умения, необходимые для выполнения их ролей, включая такие, как правильное использование в лечебных целях собственного опыта победы над болезнью, навыки эффективного слушания собеседника, установление продуктивного контакта. Также следует обсудить способы выявления и постановки целей, поведение в непредвиденных ситуациях, требования, предъявляемые к ведению и заполнению административной документации, вопросы этики и конфиденциальности, границ, самопомощи, способы разрешения конфликтов на рабочем месте, в том числе открытого разговора об аспектах власти и иерархии внутри организации;
- при осуществлении супервизий, больше внимания следует уделять их профессиональным качествам, показателем работы и поддержке, а не их психическому статусу и тому, насколько они оправдывают ожидания общественных институтов при сравнении их с обычными сотрудниками;
- проведение обучающих тренингов для обычного персонала, которые охватывают вопросы инвалидности, ущемления в правах их коллег из числа бывших пациентов при трудоустройстве, обеспечении жильем и предъявляемых к ним требованиям. Также в ходе семинаров следует рассматривать вопросы этики, границ, нахождения общего языка, ответ-

ственного отношению ко всем коллегам, способах разрешения конфликтов на рабочем месте, в том числе открытого разговора об аспектах власти и иерархии внутри организации;

- распространение информации об удачных примерах, что вселяет надежду и стойкость всех участников процесса помощи.

ВЫВОДЫ

Как следует из списка вышеперечисленных стратегий, внедрение в психиатрические учреждения службы «поддержки равных» – это малоприятная и сложная работа, которая приносит выраженные перемены в культуру этих учреждений. Стремление к подобным изменениям и являлось одной из движущих сил распространения этого движения с самого начала его возникновения, еще с эпохи Пинеля и «морального» лечения. Хотя потребность в таких изменениях сегодня не так очевидна – все же лица с тяжелыми психическими расстройствами сейчас не находятся в кандалах и в большинстве стран не подвергаются необходимому жестокому обращению и насилию – необходимость сделать их полноценными гражданами и восстановить их в базовых правах все еще остается актуальной задачей. Депривация и дискриминация больных в наши дни может принимать различные формы, которые требуют изменений, подобных тем, которые происходили в период морального лечения. Переход от потребителя психиатрических услуг в качестве пациента к работе сотрудником в рамках движения «поддержки равных» – конкретный пример подобного рода, и развитие этого движения способствует более широкому изменению, чем просто улучшение прогноза у отдельных больных, что и подтверждается результатами контролируемых исследований.

Литература:

1. Weiner DB. The apprenticeship of Philippe Pinel: a new document, "Observations of Citizen Pussin on the Insane". *Am J Psychiatry* 1979;36:1128-34.
2. Sherman PS, Porter R. Mental health consumers as case management aides. *Hosp Commun Psychiatry* 1991;42:494-8.
3. Department of Health and Human Services. Achieving the promise: transforming mental health care in America. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2003.
4. Pinel P. A treatise on insanity. Sheffield: Todd, 1806.
5. Davidson L, Raakfeldt J, Strauss JS. The roots of the recovery movement in psychiatry: lessons learned. London: Wiley-Blackwell, 2010.
6. Goldstrom I, Campbell J, Rogers J et al. National estimates for mental health mutual support groups, self-help organizations, and consumer-operated services. *Adm Policy Ment Health & Ment Health Serv Res* 2005;33:92-103.
7. Davidson L, Chinman M, Kloos B et al. Peer support among individuals with severe mental illness: a review of the evidence. *Clin Psychol Sci Pract* 1999;6:165-87.
8. Davidson L, Chinman M, Sells D et al. Peer support among adults with serious mental illness: a report from the field. *Schizophr Bull* 2006;32:443-50.
9. Clarke GN, Herincks HA, Kinney RF et al. Psychiatric hospitalizations, arrests, emergency room visits, and homelessness of clients with serious and persistent mental illness: findings from a randomized trial of two ACT programs vs. usual care. *Ment Health Serv Res* 2000;2:155-64.
10. Davidson L, Shahar G, Stayner DA et al. Supported socialization for people with psychiatric disabilities: lessons from a randomized controlled trial. *J Commun Psychol* 2004;32:453-77.
11. O'Donnell M, Parker G, Proberts M et al. A study of client-focused case management and consumer advocacy: the Community and Consumer Service Project. *Aust N Z J Psychiatry* 1999;33:684-93.

12. Solomon P, Draine J. The efficacy of a consumer case management team: two-year outcomes of a randomized trial. *J Ment Health Adm* 1995;22:135-46.
13. Felton CJ, Stastny P, Shern D et al. Consumers as peer specialists on intensive case management teams: impact on client outcomes. *Psychiatr Serv* 1995;46:1037-44.
14. Chinman M, Rosenheck R, Lam J et al. Comparing consumer and non-consumer provided case management services for homeless persons with serious mental illness. *J Nerv Ment Dis* 2000;188:446-53.
15. Landers GM, Zhou M. An analysis of relationships among peer support, psychiatric hospitalization, and crisis stabilization. *Commun Ment Health* 2011;47:106-12.
16. Sells D, Davidson L, Jewell C et al. The treatment relationship in peer-based and regular case management services for clients with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2006;57:1179-84.
17. Rowe M, Bellamy C, Baranoski M et al. Reducing alcohol use, drug use, and criminality among persons with severe mental illness: outcomes of a Group- and Peer-Based Intervention. *Psychiatr Serv* 2007;58:955-61.
18. Solomon P, Draine J, Delaney M. The working alliance and consumer case management. *J Ment Health Admin* 1995; 22:126-34.
19. Wexler B, Davidson L, Styron T et al. Severe and persistent mental illness. In: Jacobs S, Griffith EEH (eds). 40 years of academic public psychiatry. London: Wiley, 2008:1-20.
20. Davidson L, Stayner DA, Chinman MJ et al. Preventing relapse and readmission in psychosis: using patients' subjective experience in designing clinical interventions. In: Martindale B (ed). Outcome studies in psychological treatments of psychotic conditions. London: Gaskell, 2000:134-56.
21. Davidson L, Tondora JS, Staeheli MR et al. Recovery guides: an emerging model of community-based care for adults with psychiatric disabilities. In: Lightburn A, Sessions P (eds). Community based clinical practice. London: Oxford University Press, 2006:476-501.
22. Salzer M, Shear SL. Identifying consumer-provider benefits in evaluations of consumer-delivered services. *Psychiatr Rehabil J* 2002;25: 281-6.
23. Solomon P. Peer support/peer provided services: underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatr Rehabil J* 2004; 27:392-401.
24. Solomon P, Draine J. The state of knowledge of the effectiveness of consumer provided services. *Psychiatr Rehabil J* 2001;25:20-7.
25. Davidson L. Living outside mental illness: qualitative studies of recovery in schizophrenia. New York: New York University Press, 2003.
26. Mead S, Hilton D, Curtis L. Peer support: a theoretical perspective. *Psychiatr Rehabil J* 2001;25:134-41.
27. Davidson L, Weingarten R, Steiner J et al. Integrating promoters into clinical settings. In: Mowbray CT, Moxley DP, Jasper CA et al (eds). Consumers as providers in psychiatric rehabilitation. Columbia: International Association for Psychosocial Rehabilitation Services, 1997:437-55.
28. Mowbray CT, Moxley DP, Thrasher S et al. Consumers as community support providers: issues created by role innovation. *Commun Ment Health J* 1996;32:47-67.
29. Sells D, Black R, Davidson L et al. Beyond generic support: incidence and impact of invalidation in peer services for clients with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2008;59:1322-7.
30. Mueser KT, Corrigan PW, Hilton DW et al. Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatr Serv* 2002;53:1271-84.
31. Tondora J, O'Connell M, Dinzeo T et al. A clinical trial of peerbased culturally responsive person-centered care for psychosis for African Americans and Latinos. *Clinical Trials* 2010;7:368-79.
32. Sledge WH, Lawless M, Sells D et al. Effectiveness of peer support in reducing readmissions among people with multiple psychiatric hospitalizations. *Psychiatr Serv* 2011; 62:541-4.
33. Bellack AS. Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts, and implications. *Schizophr Bull* 2006;32:432-42.
34. Davidson L, O'Connell M, Tondora J et al. Recovery in serious mental illness: a new wine or just a new bottle? *Prof Psychol Res Pr* 2005;36:480-7.
35. Davidson L, Roe D. Recovery from versus recovery in serious mental illness: one strategy for lessening confusion plaguing recovery. *J Ment Health* 2007;16:1-12.
36. Besio SW, Mahler J. Benefits and challenges of using consumer staff in supported housing services. *Hosp Commun Psychiatry* 1993; 44:490-1.
37. Carlson LS, Rapp CA, McDiarmid D. Hiring consumer-providers: barriers and alternative solutions. *Commun Ment Health J* 2001;37: 199-213.
38. Chinman M, Hamilton A, Butler B et al. Mental health consumer providers: a guide for clinical staff. Santa Monica: Rand Corporation, 2008.
39. Chinman M, Young AS, Hassell J et al. Toward the implementation of mental health consumer provider services. *J Behav Health Serv Res* 2006;33:176-95.
40. Daniels A, Grant E, Filson B et al (eds). Pillars of peer support: transforming mental health systems of care through peer support services. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2010.
41. Gates LB, Akabas H. Developing strategies to integrate peer providers into the staff of mental health agencies. *Adm Policy Ment Health & Ment Health Serv Res* 2007;34:292-306.
42. Hebert M, Rosenheck R, Drebing C et al. Integrating peer support initiatives in a large health care organization. *Psychol Serv* 2008; 5:216-27.
43. Simpson EL, House AO. Involving service users in the delivery and evaluation of mental health services: systematic review. *BMJ* 2002; 325:1265-70.
44. Townsend W, Griffin G. Consumers in the mental health workforce: a handbook for providers. Rockville: National Council for Community Behavioral Health Care, 2006.

Опыт организации амбулаторной психиатрической службы в зоне Австралазии и южной части Тихого океана

Peter McGeorge

Urban Mental Health and Well-being Research Institute, St. Vincent's Hospital, Sydney, Australia

Перевод: Фролов А.М. (Москва)
Редактор: Карпенко О.А. (Москва)

Данная статья резюмирует результаты деятельности рабочей группы ВПА по разработке пошагового руководства, изучению препятствий и ошибок в рамках внедрения амбулаторной психиатрической помощи на территории Австралазии. Представлены описание психиатрической службы региона, обсуждение национальной политики, программ и практических планов по их реализации и оценку достигнутых результатов.

Ключевые слова: амбулаторная психиатрическая помощь, Австралазия, южная часть Тихого океана, психиатрическая служба, выводы.

(*World Psychiatry 2012;11:129-132*)

Данная статья входит состав серии, посвященной развитию амбулаторной психиатрической помощи в различных регионах мира (1-3). В рамках реализации плана действий Всемирной психиатрической ассоциации 2008-2011 (4,5) была создана рабочая группа, занимающаяся разработкой пошагового руководства по развитию амбулаторной помощи с целью избежания различных ошибок и препятствий в этом процессе. Цели, методы и выводы этой рабочей группы были опубликованы ранее (6). В статье освещаются данные аспекты в отношении Австралазии и южной части Тихого океана.

Австралазия включает в себя Австралию и Новую Зеландию, которые, не смотря на ряд относительно бедных регионов на территории обеих стран, в целом, могут быть отнесены к числу стран с высоким уровнем дохода. По состоянию на июнь 2009 года население Австралии составляет 21,874,000 чел. Коренное население аборигенов и жители островов пролива Торреса составляет 2,5% от общей популяции. Население Новой Зеландии (2009 г.) насчитывает 4,27 миллиона человек, среди которых около 15% составляет коренное население Маори. Островные государства Тихого океана условно объединены в Микронезию, Меланезию и Полинезию. Это страны с низким уровнем дохода, население их стремительно растет и в настоящее время оценивается в 32 миллиона человек. Наиболее густонаселенными регионами являются Меланезия (7 миллионов человек) и Полинезия (1,2 миллиона). Согласно результатам последних эпидемиологических исследований, распространенность психических расстройств среди населения Австралии (7) и Новой Зеландии (8) составляет 45% и 46,6% соответственно.

Сопоставимые значения актуальны и для других стран региона.

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ СЛУЖБА РЕГИОНА

Психиатрическая служба в Австралии и Новой Зеландии организована похожим образом, в то же время некоторые провинции Австралии имеют больше общих черт с системой здравоохранения Новой Зеландии, чем остальной части страны. Различные национальности островов Тихого океана, как правило, находятся на невысокой стадии развития общества, поэтому система оказания психиатрической помощи местному населению лишь начинает формироваться.

И в Австралии, и в Новой Зеландии психиатрическая помощь оказывается муниципальными, государственными и частными учреждениями. Доля последних в этой системе невелика в обеих странах. Психиатрическая служба обеспечивает охрану психического здоровья детей и подростков, взрослых и лиц пожилого возраста.

Без учета некоторых недостатков и, порой, недостаточную степень взаимной интеграции в отдельных регионах, в целом, амбулаторная и стационарная психиатрическая служба указанных стран представлена в Таблице 1.

Важно отметить, что в Новой Зеландии и особенно в Австралии большая часть приведенных в таблице служб может иметь дополнительные подразделения в зависимости от специализации и особенностей конкретных лечебных учреждений, их контингента. Специализированная амбулаторная помощь в некоторых случаях дополняется программой по обеспечению жильем. Задачей психиатрической службы является

Таблица 1. Психиатрические службы, существующие в Австралии, Новой Зеландии и островных государствах южной части Тихого океана

Служба	Австралия	Новая Зеландия	Острова Тихого океана
Первичная медицинская сеть	+	±	+
Дневные стационары	+	+	±
Амбулаторная помощь	+	+	-
Острые психиатрические отделения	+	+	±
Долговременная помощь на дому	+	+	-
Реабилитация, трудоустройство, проживание	+	+	±

+ присутствует, ± переменное значение, - отсутствует

оказание помощи лицам с различными расстройствами, среди которых аффективные расстройства (включая тревожные), расстройства пищевого поведения, различные формы зависимостей (алкоголизм, наркомания, а также интернет-зависимость и игровая зависимость), посттравматические расстройства (включая помощь жертвам сексуального и домашнего насилия); психиатрическая помощь бездомным, судебная психиатрия, охрана психического здоровья материнства, организация групп взаимопомощи и отделений ранних психозов, а также обеспечение психиатрической помощи коренному населению (особенно, в Новой Зеландии, где была создана психиатрическая служба племени Маори и населения других островов).

Существенная часть работы по оказанию помощи, которая ранее была исключительной прерогативой психиатров, в настоящее время выполняется врачами первичного звена, неправительственными общественными организациями и группами взаимопомощи.

Организация психиатрической службы, а также уровень ее обеспеченности кадрами в сельских районах соответствует показателям стран с низким уровнем дохода, в то время как в средних и крупных городах в систему оказания психиатрической помощи привлекается все большее число врачей и специалистов смежного профиля. Для оказания помощи в сельских регионах часто проктируются выездные консультации сотрудниками из крупных городских центров.

В отличие от Австралии и Новой Зеландии, на островах Тихого океана психиатрическая служба развита недостаточно. Работа по ее оказанию, как правило, выполняется сельскими поликлиниками и амбулаториями, некоторые из которых связаны с областными и государственными медицинскими центрами. В более густонаселенных районах имеются больницы, однако специализированной психиатрической помощи пациенты зачастую не получают. В ряде случаев отсутствуют необходимые условия для безопасного содержания больных соответствующего профиля, либо обнаруживается нехватка персонала. В результате некоторые лица, страдающие психическими расстройствами содержатся в полицейских участках, не имея возможности получить необходимое им лечение (10).

Хотя в ряде регионов имеются квалифицированные психиатры, количество данных специалистов значительно меньше требуемого. По этой причине помощь пациентам психиатрического профиля часто оказывается специалистами общего профиля, средним медицинским персоналом, сотрудниками общественных организаций и народными целителями. Некоторым образом улучшают обстановку небольшое число врачей-психиатров постоянно работающих в этих областях, а также трудоустройство приглашаемых из Австралии, Новой Зеландии и Америки консультантов.

ПОЛИТИКА, ПЛАНЫ И ПРОГРАММЫ

В отличие от островных государств, основные векторы развития психиатрии в которых определить затруднительно, основными направлениями в организации психиатрических служб Австралии и Новой Зеландии являются развитие амбулаторной помощи и отделений реабилитации. Обе страны имеют национальные программы в области охраны психического здоровья, которые с учетом местных особенностей дополняются собственными программами отдельных регионов.

В Австралии первая подобная программа была разработана в 1992 году и предусматривала осуществление более тесной интеграции амбулаторного и стационарного звеньев психиатрической службы. Две последующие программы были нацелены на дальнейшее развитие данного направления, разработку мер профилактики улучшения качества работы психиатрической службы (11).

В Австралии существуют стандарты оказания психиатрической помощи и практические стандарты по организации психиатрической службы. Кроме того, публикуются данные по оценке заболеваемости психическими расстройствами среди населения, проводится оценка его благополучия. В 1992 году в Новой Зеландии была разработана собственная национальная стратегия здравоохранения в области психиатрии «Заглядывая вперед». Ее переработанная версия под названием «Движение вперед» легла в основу национальной программы по оказанию психиатрической помощи. Вторая программа («The Tahuhu») появилась в 2005 году (12).

Учрежденной в 1996 году комиссией по охране психического здоровья, которая создавалась в качестве независимого органа, представляющего пациентов и членов их семей, для реализации программы, был разработан план финансирования психиатрической службы (13). Используя в качестве основного аспекта психосоциальную реабилитацию больных, план обеспечивает практическую реализацию конкретных мер. В 2009 году план был реализован на 80%, а финансирование психиатрической службы было увеличено на 154%.

В Новой Зеландии существуют стандарты оказания психиатрической помощи, в настоящее время включенные в состав национальных стандартов здравоохранения и социальной защиты инвалидов (14). Кроме того существуют основные документы, определяющие развитие первичной медицинской сети, кадровой системы, а также стратегия оказания психиатрической помощи Маори (15), национальная стратегия информационных систем (16).

Не смотря на наличие проводимых в обеих странах разнообразных программ, направленных на развитие охраны психического здоровья, борьбу с дискриминацией и стигматизацией пациентов, профилактическую работу, развитие амбулаторной и стационарной помощи, реабилитации больных, и в Австралии, и в Новой Зеландии потребность населения в психиатрической помощи все еще остается в некоторой степени неудовлетворенной.

В ряде тихоокеанских наций (например, на Соломоновых островах, Самоа, Папуа-Новой Гвинее, Гуаме и Кирибати) также существуют реализуемые в настоящее время национальные планы и стратегии по охране психического здоровья. Позитивные изменения происходят благодаря учреждению психиатрической сети тихоокеанских островов (PIMNnet), созданной при совместном участии штаб-квартиры Всемирной организации здравоохранения в Женеве и ее регионального отделения по западной части Тихого океана. Членами PIMNnet в настоящее время являются 18 государств.

Странами-членами PIMNnet был достигнут существенный прогресс в определении потребности населения в психиатрической помощи, а также разработке планов по ее удовлетворению. По мнению PIMNnet, «население островных государств Тихого океана удовлетворено высокими стандартами оказания психиатрической помощи и доступностью качественного медицинского обслуживания». Миссия PIMNnet заключается «в поддержке совместной и скоординированной деятельности стран-участников, способствующей повышению национальных и региональных возможностей по охране психического здоровья».

На данный момент 12 стран имеют планы по обеспечению кадрами своих психиатрических служб. В 14 государствах существуют проекты национальных программ по охране психического здоровья. Формирование национальных программ и политики способствует приверженности государств защите прав лиц, страдающих психическими расстройствами, а также создает основы для обновления законодательства в области психиатрии.

ПРОГРЕСС В РАЗВИТИИ АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ

И в Австралии, и в Новой Зеландии основное внимание уделяется развитию амбулаторной помощи лицам, страдающим серьезными психическими расстройствами. В то же время, в течение последних 5 лет реализуются инициативы по лечению наиболее распространенных психических заболеваний в условиях первичной медицинской сети. Несмотря на недостаток объективных исследований, в сообщениях федерального правительства Австралии (11) и комиссии по охране психического здоровья в Новой Зеландии (17) отмечается прогресс в развитии амбулаторной психиатрической помощи. Существует также значительно количество исследований, в частности в Австралии, для разработки программ по оказанию помощи лицам, страдающим различными психическими расстройствами.

Доля расходов из государственных и региональных бюджетов на амбулаторное звено психиатрической помощи на начальном этапе реализации австралийской стратегии составляла 29%, однако к 2005 году данный показатель увеличился до 51%. В Новой Зеландии доля расходов на амбулаторное звено психиатрической службы на 2007 год составила 69%.

Несмотря на достигнутый прогресс, все еще существуют серьезные проблемы, связанные с доступностью психиатрической помощи (как в городских, так и в сельских районах), недостаточной ее продолжительностью и непрерывностью (18, 19). Это связано с увеличением заболеваемости алкоголизмом и наркоманией, их коморбидностью с иными психическими расстройствами, недостатками в материальном обеспечении психиатрической службы и подготовке персонала, отсутствием пристального внимания к интеграции новых стратегий и подходов в данном секторе здравоохранения.

В Австралии критические замечания высказываются правительственными наблюдателями, уделяющими приоритетное значение увеличению финансирования стационарного звена психиатрической помощи, в частности острых отделений, отделений неотложной помощи, реабилитационных стационаров (20). Аналогичные проблемы наблюдаются и в Новой Зеландии. Тем не менее, на уровне правительств этих стран осуществляются шаги по развитию в первую очередь именно амбулаторной помощи и переводу ряда вспомогательных психиатрических учреждений в состав первичной медицинской сети.

Учитывая недостаточное развитие психиатрической службы в целом, оценить соотношение амбулаторного и стационарного звеньев психиатрической помощи в островных государствах Тихого океана весьма затруднительно. Показатели заболеваемости психическими расстройствами населения данных государств до сих пор не оценены, а ресурсы, выделяемые на психиатрическую помощь, являются в лучшем случае весьма скудными. Кроме того, существуют проблемы по привлечению финансирования со стороны частных и государственных инвесторов, особенно, с учетом необходимых в данном случае долгосрочных проектов.

В Австралии и Новой Зеландии амбулаторным психиатрическим учреждениям оказывается поддержка со стороны частных и государственных стационаров (доля частных клиник в Новой Зеландии незначительна). Помощь лицам с длительным периодом дезадаптации и необходимостью долгосрочного лечения осуществляется в амбулаторных отделениях, а также социальными работниками неправительственных общественных организаций. В обеих странах существуют также государственные реабилитационные стационары и учреждения судебной психиатрии.

Повышенное внимание к уровню заболеваемости психическими расстройствами в течение последних двух десятилетий выражается в увеличении финанси-

рования и развитии психиатрической помощи в учреждениях первичной медицинской сети. Дополнительные услуги лицам, страдающим неглубокими расстройствами психики осуществляются путем интернет-консультирования, финансируемого, в основном, государственными учреждениями.

Ряд специализированных программ, таких как охрана психического здоровья материнства, отделения ранних психозов, группы взаимопомощи и наркологические службы, как правило, реализуются на уровне амбулаторного звена при содействии государственных учреждений и неправительственных организаций.

В островных государствах тихоокеанского региона психиатрическая помощь осуществляется главным образом врачами общего профиля и средним медицинским персоналом. В то же время в ряде государств обучение медицинских работников в области психиатрии и наркологии не проводится, а лица, страдающие соответствующими расстройствами, подвергаются стигматизации (10), доступ к психиатрической помощи для населения ограничивается ее высокой стоимостью, обнаруживаются недостаточные возможности лабораторий, низкий уровень диагностики.

Организация PIMHnet обеспечивает поддержку местной медицинской инфраструктуре отдельных государств тихоокеанского региона, что позволяет снизить их зависимость от внешних факторов, таких как необходимость в посещении врачами-консультантами из других стран. Осуществляется разработка местных структур по подготовке медицинских кадров, с учетом культуральных особенностей адаптируются диагностические методики, обеспечивается контроль и поддержка, налаживается взаимодействие между отдельными странами, в том числе с использованием таких технологических новшеств, как телемедицина.

В недавнем докладе PIMHnet приводятся выводы, что «реализованный проект оказался весьма успешным, а отдельные меры эффективно реализуются на практике. Учитывая ограниченный период времени и большое количество стран-участников, это можно признать значительным достижением» (21).

ВЫВОДЫ

К проблемам, связанным с охраной психического здоровья в странах тихоокеанского региона, можно отнести недостаточную подготовку медицинских кадров, а также недостаточную просвещенность и предвзятое отношение населения. Помимо этого, существуют трудности в материальном обеспечении психиатрических учреждений, развитии приоритетных служб. Все это влияет на необходимость разработки государственных программ и практических планов по их реализации.

Основные выводы, извлеченные из опыта организации психиатрической службы стран региона, включают:

- Необходимость разработки национальных программ оказания психиатрической помощи пациентам в амбулаторных условиях и планов по их практической реализации.
- Просвещение местного населения относительно психических заболеваний, меры помощи членам семей пациентов.
- Обучение врачей общего профиля методам диагностики и лечения психических расстройств.
- Обеспечение возможности оказания консультативной работы приглашенными психиатрами в качестве помощи местным врачам общего профиля.
- Привлечение к оказанию психиатрической помощи народных целителей и членов семей пациентов.
- Стимулирование развития психиатрической службы.

Данные меры должны реализовываться на основе взаимодействия со специалистами на местах, необходимо также широкое привлечение к данной проблеме населения. Лишь такой подход позволит странам тихо-

океанского региона создать систему оказания психиатрической помощи, адекватную их потребностям и культуральным особенностям. Перечисленные меры имеют решающее значение в достижении целей PIMHnet.

Для Австралии и Новой Зеландии основные выводы относятся к признанию необходимости развития амбулаторной психиатрической службы в долгосрочной перспективе:

- Длительный поэтапный процесс для достижения успеха в течение ближайших десятилетий.
- Поддержка обеими политическими партиями программы в области охраны психического здоровья и обеспечение стабильной бюджетной поддержки.
- Четкое планирование при распределении финансирования с указанием конкретных задач для отдельных учреждений.
- Прозрачность этого процесса для внешних наблюдателей.
- Привлечение самих пациентов, членов их семей и иных лиц.
- Приверженность партнерскому подходу при оказании помощи.
- Понимание общественных процессов.
- Полипрофессиональный подход с созданием широкой коалиции, включающей пациентов, членов их семей, врачей и социальных работников, понимание первостепенного значения потребностей самих пациентов и их окружения.
- Контроль за расходом средств и взвешенная политика руководства.
- Сохранение расходов на охрану психического здоровья (защита активов).
- Внедрение инноваций, подготовка квалифицированного персонала.
- Разработка четких методов взаимодействия между различными участниками процесса.
- Повышенное внимание к практической реализации проектов, возможность своевременного принятия необходимых изменений.

Литература:

1. Hanlon C, Wondimageon D, Alem A. Lessons learned in developing community mental health care in Africa. *World Psychiatry* 2010;9: 185-9.
2. Semrau M, Barley EA, Law A et al. Lessons learned in developing community mental health care in Europe. *World Psychiatry* 2011; 10:217-25.
3. Drake RE, Latimer E. Lessons learned in developing community mental health care in North America. *World Psychiatry* 2012;11:47-51.
4. Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. *World Psychiatry* 2008;7: 129-30.
5. Maj M. Report on the implementation of the WPA Action Plan 2008-2011. *World Psychiatry* 2011;10:161-4.
6. Thornicroft G, Alem A, Dos Santos RA et al. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 2010;9:67-77.
7. Australian Bureau of Statistics. National survey of mental health and wellbeing. Canberra: Australian Bureau of Statistics, 2007.
8. Oakley-Browne MA, Wells JE, Scott KM. Te Rau Hinengaro: the New Zealand mental health survey. Wellington: Ministry of Health of New Zealand, 2006.
9. Australian Institute of Health and Welfare. Mental health services in Australia 2006-07. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, 2009.
10. Hughes FA, Finlayson MP, Firkin PF et al. Situational analysis of mental health needs and resources in Pacific Island countries. Geneva: World Health Organization, 2005.
11. Department of Health and Aging of Australia. National mental health report 2007: summary of twelve years of reform in Australia's mental health services under the National Mental Health Strategy 1993-2005. Canberra: Commonwealth of Australia, 2007.
12. Ministry of Health of New Zealand. Te Tahuu – Improving mental health 2005-2015. The second New Zealand mental health and addiction plan. Wellington: Ministry of Health of New Zealand, 2005.
13. Mental Health Commission. Blueprint for mental health services in New Zealand. Wellington: Mental Health Commission, 1998.
14. Ministry of Health of New Zealand. Health and disability service standards. Wellington: Ministry of Health of New Zealand, 2008.
15. Ministry of Health of New Zealand. Te Puawaihero: the second Maori mental health and addiction national strategic framework 2008-2015. Wellington: Ministry of Health of New Zealand, 2008.
16. Ministry of Health of New Zealand. National mental health information strategy 2005-2010. Wellington: Ministry of Health of New Zealand, 2005.
17. Mental Health Commission. Report on progress 2004/2005. Wellington: New Zealand, 2006.
18. Mental Health Council of Australia. Not for service: experiences of injustice and despair in mental health care in Australia. Canberra: Mental Health Council of Australia, 2005.
19. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B et al. World mental health: problems and priorities in low-income countries. New York: Oxford University Press, 1995.
20. Rosen A, Gurr R, Fanning P. The future of community-centred health services in Australia: lessons from the mental health sector. *Aust Health Rev* 2010;34:106-15.
21. Heywood DA. Review of New Zealand's development assistance to the World Health Organization (WHO) Pacific Islands Mental Health Network (PIMHnet) 2005-2008. Geneva: World Health Organization, 2009.

Последствия ядерной катастрофы на Фукусиме в 2011 году для психического здоровья: являются ли внуки жертв атомной бомбардировки Хиросимы и Нагасаки более уязвимыми?

Menachem Ben-Ezra¹, Yuval Palgi², Yechiel Soffer³, Amit Shrira^{4,5}

¹School of Social Work, Ariel University Center of Samaria, Ariel;

²Department of Gerontology, Faculty of Social Welfare and Health Sciences, University of Haifa;

³Department of Public Health, Ben-Gurion University of the Negev, BeerSheva;

⁴Department of Psychology, Tel Aviv University;

⁵Israel Gerontological Data Center, Paul Baerwald School of Social Work and Social Welfare, Hebrew University of Jerusalem, Israel

Перевод: Боброва Н.А. (Москва)

Редактор: Карпенко О.А. (Москва)

11 марта 2011 года Япония содрогнулась от землетрясения магнитудой 9,0 баллов. Последствия были серьезными, так как более чем 15000 человек погибло во время землетрясения и последующего цунами (1). За катастрофой последовала авария 7 уровня на АЭС Фукусима, сравнимая по масштабам только с аварией на Чернобыльской АЭС (1,2). Публикации на тему поведенческих реакций после ядерных катастроф единичны (3-5) и, в основном, касаются тревожных расстройств. В Японии ядерная катастрофа пробудила воспоминания об атомных бомбардировках времен Второй Мировой Войны и таким образом могла увеличить исторически обоснованный страх местного населения (6). Нашей целью было сравнить людей, чьи бабушки и дедушки жили в районах, прилегавших к Хиросиме и Нагасаки во время атомных бомбардировок, с теми, чьи предки жили в других областях.

С 17 по 24 апреля 2011 года без дополнительных методов отбора нами была сформирована выборка из 140 жителей Японии. Каждый участник был первоначально опрошен японским интервьюером для выявления наличия в анамнезе психических или соматических заболеваний, а также зависимости от психоактивных веществ. Шесть участников были исключены из исследования в связи с наличием вышеуказанных заболеваний, еще двенадцать не смогли предоставить достаточно полную информацию о себе. В результате была сформирована окончательная выборка из 122 участников.

Участники (средний возраст 28,7±9,0 лет, 64,2% женщины, 29,1% в браке) заполнили короткий опросник по демографическим данным, который также содержал скрининговый вопрос: «Были ли ваши бабушка или дедушка подвержены воздействию атомных бомб в Хиросиме и Нагасаки?». В случае положительного ответа интервьюер уточнял, жили ли они в 1945 году в районах, прилегавших к Хиросиме и Нагасаки. Мы разделили выборку на две группы: внуки людей, проживавших в районе бомбардировки во время Второй Мировой Войны (n=34), и группа сравнения (n=88). Все участники самостоятельно заполняли опросники, включая вопросы о страхе радиационного облучения по четырех-разрядной шкале Лайкерта. Ответы ранжировались от 1 (совершенно нет) до 4 (да, очень сильно).

Симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) оценивались по 22-пунктной Шкале оценки влияния травматического события (Impact of Event Scale – Revised (IES-R)) (7). Ответы ранжировались от 0 (совсем нет) до 4 (чрезвычайно) и отражали

уровень дистресса участников через неделю после аварии на Фукусиме. Данная методика уже применялась ранее и хорошо показала себя в случае других глобальных катастроф, таких как землетрясение на Гаити в 2010 году (8).

У внуков японцев, проживавших в Хиросиме и Нагасаки, выявился более высокий уровень страха перед радиационным облучением (в среднем 3,0±0,9 против 2,7±0,8; t=2,131; p=0,035), а также большее количество симптомов ПТСР (в среднем 32,8±21,6 против 23,0±15,4; t=2,755; p=0,007). Значимых различий по возрасту, полу, материальному положению, а также расстоянию до Фукусимы между группами выявлено не было.

Данные находки могут указывать на наличие среди японского населения подгруппы людей, обладающих специфической уязвимостью в отношении ПТСР и страха радиационного облучения. Несмотря на явные недостатки исследования (малый размер выборки и поперечный дизайн), оно может представлять научный интерес, так как в данном случае ядерная катастрофа впервые произошла в стране, ранее подвергавшейся действию радиации.

Данная работа могла бы способствовать проведению в будущем лонгитудинальных исследований, посвященных долгосрочным психологическим и психиатрическим последствиям ядерных катастроф (1,3-5).

Литература:

1. Bromet EG. Lessons learned from radiation disasters. *World Psychiatry* 2011;10:83-4.
2. Weissmann G. Fukushima Daiichi and Icarus: the human factor in a meltdown. *FASEB J* 2011;25:1777-80.
3. Anspaugh LR, Catlin RG, Goldman R. The global impact of the Chernobyl reactor accident. *Science* 1988;242:1513-9.
4. Havenaar JM, Rummyantzeva GM, van den Brink W et al. Long-term mental health effects of the Chernobyl disaster: an epidemiologic survey in two former Soviet regions. *Am J Psychiatry* 1997;154:1605-7.
5. Baum A, Gatchel RJ, Schaeffer MA. Emotional, behavioral, and physiological effects of chronic stress at Three Mile Island. *J Consult Clin Psychol* 1983;51:565-72.
6. McCartney M. Nuclear panic overshadows Japan's real plight. *BMJ* 2011;342:686.
7. Weiss DS, Marmar CR. The Impact of Event Scale – Revised. In: Wilson JP, Keane TM (eds). *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford, 1997:399-411.
8. Ben-Ezra M, Soffer CY. Hospital personnel reactions to Haiti's earthquake: a preliminary matching study. *J Clin Psychiatry* 2010;71:1700-1.

Доля преступлений, обусловленных психическими расстройствами, в Нидерландах

David J. Vinkers¹, Edwin de Beurs¹, Marko Barendregt¹, Thomas Rinne¹, Hans W. Hoek²⁻⁴

¹Netherlands Institute for Forensic Psychiatry and Psychology, Rotterdam, The Netherlands;

²ParnassiaBavo Psychiatric Institute, The Hague, The Netherlands;

³Groningen University Medical Centre, Department of Psychiatry, Groningen, The Netherlands;

⁴Columbia University, Mailman School of Public Health, Department of Epidemiology, New York, NY, USA

Перевод: Боброва Н.А. (Москва)

Редактор: Карпенко О.А. (Москва)

Доля преступлений, обусловленных психическими расстройствами, в популяции (приписываемый популяционный риск, ППР) приблизительно составляет 5,2% для преступлений, совершенных с особой жестокостью, и 15,7% для поджогов (1).

Однако лишь меньшая часть преступлений, совершенных психически больными лицами, напрямую связано с подлежащим психическим расстройством (2). Видимая связь преступлений и психических расстройств искажена социоэкономическим статусом обвиняемых, предыдущими помещениями в учреждении закрытого типа, сопутствующей зависимостью от психоактивных веществ, а также расстройствами личности (3). Нам представилась уникальная возможность исследовать ППР для преступлений, полностью обусловленных психическими расстройствами, так как в Нидерландах все обвиняемые в плановом досудебном порядке проходят процедуру решения вопроса о вменяемости на момент совершения предъявленного преступления (4). Тяжелое психическое расстройство, как правило, психотической природы, является обязательным условием признания «невменяемости» и освобождает лицо от ответственности. Данные об общем количестве преступлений и обвиняемых с 2000 по 2006 года были получены в Национальной Голландской судебной канцелярии. За ППР для преступлений, полностью обусловленных психическими расстройствами, была принята процентное соотношение лиц, признанных невменяемыми, к общему числу обвиняемых.

По данным 21130 досудебных психиатрических отчетов, составленных с 1 января 2000 года по 31 декабря 2006 года (1,5% от общего количества 1403107 подсудимых), 1002 обвиняемых были признаны «невменяемыми». В результате ППР для всех преступлений составил 0,07%. ППР для поджогов (0,57%), изнасилования и других преступлений сексуального характера (0,24%), а также преступлений, совершенных с особой жестокостью (0,16%), были выше, в то время как ППР для краж/ограблений (0,02%), связанных с нарко-

тиками преступлений (0,002%) и случаев мошенничества (0,001%) оказались ниже. Среди подсудимых, признанных «невменяемыми», 894 человека (89,2%) имели психотическое расстройство, 51 (5,1%) страдал аффективным расстройством, 38 имели психо-органический синдром и 27 человек (2,7%) имели интеллект ниже 71. Сравнительно с другими исследованиями, общее распространение психотических расстройств составила 12,5% (2,5).

В заключение, мы обнаружили, что ППР для преступлений, полностью обусловленных психическими расстройствами, крайне мал (0,07%), хотя и не равен нулю. Вследствие того, что мы исследовали только те преступления, которые полностью и напрямую обусловлены психическим заболеванием, наши находки разнятся с ранее описанными ППР: 5,2% для преступлений, совершенных с особой жестокостью, и 15,7% для поджогов (1). Так как существует множество факторов, влияющих на взаимосвязь между преступлениями и психическими расстройствами (2,3), мы считаем, что наши данные более точно отражают долю преступлений, обусловленных психическими расстройствами.

Литература:

1. Fazel S, Grann M. The population impact of severe mental illness on violent crime. *Am J Psychiatry* 2006;163:1397-403.
2. Arboleda-Florez J, Holley H, Crisanti A. Understanding causal paths between mental illness and violence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33:S38-46.
3. Fazel S, Långström N, Hjern A et al. Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *JAMA* 2009;301:2016-23.
4. Vinkers DJ, de Beurs E, Barendregt M et al. Pre-trial psychiatric evaluations and ethnicity in the Netherlands. *Int J Law Psychiatry* 2010;33:192-6.
5. Brennan PA, Mednick SA, Hodgins S. Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:494-500.

Существует ли разница между программой обучения и тем, как она реализуется на практике? Мнения европейских врачей-стажеров

Martina Rojnic Kuzman¹, Domenico Giacco², Meinou Simmons³, Philippe Wuyts⁴, Nikolaus Bausch-Becker⁵, Guillaume Favre⁶, Alexander Nawka⁷

¹Department of Psychiatry, Zagreb University Hospital Centre, Zagreb, Croatia;

²Department of Psychiatry, University of Naples SUN, Naples, Italy;

³Brookside Family Consultation Clinic, Cambridge, UK;

⁴University Psychiatric Centre KULeuven, Campus Kortenberg, Belgium;

⁵Department of Psychiatry, Justus-Liebig-University, Giessen, Germany;

⁶Child and Adolescent Psychiatry Service, University of Geneva Hospitals, Geneva, Switzerland;

⁷Department of Psychiatry, 1st Faculty of Medicine, Charles University, Prague, Czech Republic

Перевод: А.В.Павличенко (Москва)

Несмотря на положения Европейского союза медицинских работников (1) и реформирования учебных программ, публикации последних лет говорят о значительных различиях в их содержании и качестве в разных странах Европы (2-6). Унификация и улучшение программ обучения по психиатрии в Европе – самая важная задача Европейской федерации врачей-стажеров по психиатрии (ЕФРТ), неправительственной организации, которая представляет национальные ассоциации врачей-стажеров более, чем из 30 стран.

Чтобы понять сложности в реализации учебных программ и механизмы контроля качества обучения в европейских странах, ЕФРТ провела опрос врачей-стажеров по психиатрии. В соответствии с предложенной формой, представители 29 стран, входящих в ЕФРТ, заполнили анкету о своей стране. Их попросили оценить имеющиеся различия между учебными программами по психиатрии и их реализацией на практике. Было предложено 3 варианта ответа: значительные различия, некоторые несоответствия, отсутствие различий. Кроме того, их также попросили объяснить в произвольной форме причины подобной ситуации.

В 13 странах (45%) представители врачей-стажеров сообщили о некоторых несоответствиях между программой обучения по психиатрии и ее реализацией на местах, в то время как в 9 странах (31%) были отмечены значительные различия. И только в 7 странах (24%), по мнению врачей-стажеров, программа соответствовала условиям обучения. Наиболее проблемными областями были названы психотерапия (n=13), научно-исследовательская деятельность (n=12) и болезни зависимости (n=5).

Врачи-стажеры назвали несколько факторов, которые обуславливают различия между учебными программами и их реализацией. Чаще других встречались такие ответы, как нехватка времени на обучение (n=11), отсутствие у врачей-стажеров адекватной заработной платы (n=9), отсутствие качественных инструментов контроля обучения (n=9) и общая нехватка врачей-кураторов (n=7).

В 6 странах (21%) проверка программ обучения по психиатрии вообще не проводилась. По одной стране

данные отсутствовали. В оставшихся 22 государствах основные механизмы контроля качества состояли из специальных опросников, которые включали обзор мест прохождения обучения, преподавателей/кураторов и условий работы. Их предлагали заполнить непосредственно врачам-стажерам, кураторам или руководителям учебного процесса (заведующие кафедрами или главные врачи больниц).

Интересно отметить, что в тех странах, где обучение соответствовало учебным программам, их регулярная проверка происходила намного чаще (в 6 из 7 стран по сравнению с 8 из 22 стран, где сообщалось о значительных различиях между программой и ее реализацией на практике).

Эти результаты согласуются с предыдущими данными (2-4), в которых было показано, что до сих пор при внедрении программ обучения в практику существуют определенные сложности. Они также подчеркивают важность установления адекватных механизмов контроля качества для всех национальных программ обучения, что является одним из важнейших шагов по улучшению и стандартизации подготовки по психиатрии в странах Европы.

Литература:

1. UEMS Section for Psychiatry. Charter on training of medical specialists in the EU: requirements for the specialty of psychiatry. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1997;247(Suppl. 6):S45-7.
2. Lotz-Rambaldi W, Schafer I, ten Doesschate R et al. Specialist training in psychiatry in Europe – Results of the UEMS-survey. *Eur Psychiatry* 2008;23:157-68.
3. Oakley C, Malik A. Psychiatric training in Europe. *Psychiatrist* 2010;34:447-50.
4. Nawka A, Kuzman MR, Giacco D et al. Mental health reforms in Europe: challenges of postgraduate psychiatric training in Europe: a trainee perspective. *Psychiatr Serv* 2010;61:862-4.
5. Strachan JG. Training in Europe in perspective. *Int Psychiatry* 2007;4:33-4.
6. Fiorillo A, Luciano M, Giacco D et al. Training and practice of psychotherapy in Europe: results of a survey. *World Psychiatry* 2011;10:238.

Вклад ВПА в разработку главы, посвященной психическим расстройствам, в МКБ-11

Перевод: Боброва Н.А. (Москва)
Редактор: Карпенко О.А. (Москва)

ВПА поддерживает Всемирную организацию здравоохранения (ВОЗ) в разработке главы, посвященной психическим расстройствам, Международной классификации болезней 11 пересмотра (МКБ-11).

Бывший президент ВПА М. Мај является членом Международной группы консультантов по пересмотру МКБ-10 и председателем рабочей группы по аффективным и тревожным расстройствам. Ряд руководителей и экспертов ВПА были назначены председателями или членами Рабочих Групп по разработке МКБ-11. Среди председателей W. Gaebel (Рабочая группа по психотическим расстройствам), P. Tyrer (Рабочая группа по расстройствам личности), L. Salvador-Carulla (Рабочая группа по расстройствам, сопровождающимся снижением интеллектуальных способностей), O. Gureje (Рабочая группа по гоматическому дистрессу и диссоциативным расстройствам), а также D. Stein (Рабочая группа по обсессивно-компульсивным и связанным с ними расстройствам).

Национальные психиатрические общества, входящие в состав ВПА, принимали участие в проведенном совместно ВОЗ и ВПА глобальном исследовании, посвященном отношению психиатров к классификации психических расстройств (1), результаты которого существенно влияют на процесс пересмотра. Несколько входящих в состав ВПА Национальных психиатрических обществ и экспертов задействованы (или будут в ближайшее время задействованы) в полевых исследованиях МКБ-11 в разных переводах/адаптациях системы диагностики. ВПА активно содействует устранению разногласий между МКБ-11 и DSM-5.

«World Psychiatry» является одним из основных каналов, через которые международное психиатрическое сообщество наблюдает за процессом разработки МКБ-11. В этом журнале были опубликованы: специальная статья Международной группы консультантов по МКБ-11, посвященная основным принципам процесса пересмотра (2); первый отчет Рабочей группы по расстройствам, сопровождающимся снижением интеллектуальных способностей (3), а также многочисленные материалы, относящиеся к разработке МКБ-11 (4-30). Несколько публикаций Рабочей группы по аффективным и тревожным расстройствам будут собраны в отдельное приложение к журналу. Также планируется выпуск дополнительных приложений. Все вышеуказанные статьи доступны (или будут доступны в ближайшее время) на официальном сайте ВПА. (www.wpanet.org)

Литература:

1. Reed GM, MendonçaCorreia J, Esparza P et al. The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists' Attitudes Towards Mental Disorders Classification. *World Psychiatry* 2011;10:118-31.
2. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioral Disorders. A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. *World Psychiatry* 2011;10:86-92.
3. Salvador-Carulla L, Reed GM, Vaez-Azizi LM et al. Intellectual developmental disorders: towards a new name, definition and framework for "mental retardation/intellectual disability" in CD-11. *World Psychiatry* 2011;10:175-80.
4. Keefe RSE. Should cognitive impairment be included in the diagnostic criteria for schizophrenia? *World Psychiatry* 2008;7: 22-8.
5. Krueger RF, Bezdjian S. Enhancing research and treatment of mental disorders with dimensional concepts: toward DSMV and ICD-11. *World Psychiatry* 2009;8:3-6.
6. Ustun B, Kennedy C. What is "functional impairment"? Disentangling disability from clinical significance. *World Psychiatry* 2009; 8:82-5.
7. Alarcon RD. Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections. *World Psychiatry* 2009;8:131-9.
8. Angst J, Meyer TD, Adolfsson R et al. Hypomania: a transcultural perspective. *World Psychiatry* 2010;9:41-9.
9. Tyrer P, Mulder R, Crawford M et al. Personality disorder: a new global perspective. *World Psychiatry* 2010;9:56-60.
10. Aboujaoude E. Problematic Internet use: an overview. *World Psychiatry* 2010;9:85-90.
11. Drevets WC. Translating progress in depression research to the clinic: one step at a time on a very long road. *World Psychiatry* 2010;9:162-3.
12. Mann JJ. Clinical pleomorphism of major depression as a challenge to the study of its pathophysiology. *World Psychiatry* 2010; 9:167-8.
13. Casey P, Bailey S. Adjustment disorders: the state of the art. *World Psychiatry* 2011; 10:11-8.
14. Owen MJ. Is there a schizophrenia to diagnose? *World Psychiatry* 2011;10:34-5.
15. Kapur S. Looking for a "biological test" to diagnose "schizophrenia": are we chasing red herrings? *World Psychiatry* 2011;10:32.
16. Keshavan MS, Brady R. Biomarkers in schizophrenia: we need to rebuild the Titanic. *World Psychiatry* 2011;10:35-6.
17. Maj M. Psychiatric diagnosis: pros and cons of prototypes vs. operational criteria. *World Psychiatry* 2011;10:81-2.
18. Widiger TA. Personality and psychopathology. *World Psychiatry* 2011;10:103-6.
19. Millon T. Further thoughts on the relation of personality and psychopathology. *World Psychiatry* 2011;10:107-8.
20. Links PS. Personality and psychopathology: the dangers of premature closure. *World Psychiatry* 2011;10:109-10.
21. Torgersen S. Personality may be psychopathology, and vice versa. *World Psychiatry* 2011;10:112-3.
22. Strakowski SM, Fleck DE, Maj M. Broadening the diagnosis of bipolar disorder: benefits vs. risks. *World Psychiatry* 2011;10: 181-6.
23. Zimmerman M. Broadening the concept of bipolar disorder: what should be done in the face of uncertainty? *World Psychiatry* 2011;10:188-9.
24. Frank E. Bipolar spectrum: has its time come? *World Psychiatry* 2011;10:193-4.
25. Carlson GA. Broadening bipolar disorder – by design or by accident? *World Psychiatry* 2011;10:195-6.
26. Goldberg D. The heterogeneity of "major depression". *World Psychiatry* 2011;10:226-8.
27. Maj M. Bereavement-related depression in the DSM-5 and ICD-11. *World Psychiatry* 2012;11:1-2.
28. Wakefield JC, First MB. Validity of the bereavement exclusion to major depression: does the empirical evidence support the proposal to eliminate the exclusion in DSM-5? *World Psychiatry* 2012;11:3-10.
29. Westen D. Prototype diagnosis of psychiatric syndromes. *World Psychiatry* 2012;11: 16-21.
30. Uher R, Rutter M. Classification of feeding and eating disorders: review of evidence and proposals for ICD-11. *World Psychiatry* 2012;11:80-92.

БЛАГОДАРНОСТЬ

**Публикация журнала на русском языке и его распространение осуществлено благодаря поддержке
компании «СЕРВЪЕ»
Компьютерная верстка- с помощью компании «МЕДИА МЕДИКА»**

