

ВСЕМИРНАЯ ПСИХИАТРИЯ

ОФИЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ ВСЕМИРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ (ВПА)



Том 8, Номер 1

Февраль 2009

ОТ РЕДАКЦИИ

Соматическая помощь лицам с тяжелыми психическими расстройствами: общественное здоровье и этический приоритет
M. MAJ 2

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Улучшение исследования и лечения психических расстройств при применении измерительных понятий: к DSM-V и МКБ-11
R.F. KRUEGER, SERENA BEZDJIAN 4

Проблемы взаимоотношений и DSM: Необходимые улучшения и предлагаемые решения
R.E. HEYMAN, A.M.S. SLEP, S.R.H. BEACH, M.Z. WAMBOLDT, N.J. KASLOW, D. REISS 10

Метаболический синдром у лиц, страдающих шизофренией: обзор
M. DE HERT, V. SCHREURS, D. VANCAMPFORT, R. VAN WINKEL 22

ФОРУМ: ЧЕМУ МЫ УЧИМСЯ ОТ ПРАГМАТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ПСИХОТРОПИКАМ

Эффективность как конечный показатель в клинических исследованиях в психиатрии
W.W. FLEISCHACKER, G.M. GOODWIN 32

Комментарии

Дизайн клинических исследований: кони для скачек
John R. Geddes 40

Много шума вокруг малых различий
J.P. McEvoy 42

Луч надежды недавних исследований эффективности
A.F. Schatzberg 44

Говорят ли нам правду «реальные» исследования антипсихотиков?
H.-J. Möller 46

Поиск содержательной доказательной базы в психиатрии
R.Emsley, S. Hawkrigde 47

Роль исследований действенности и эффективности
A.J. RUSH 49

Социальное функционирование и качество жизни как меры эффективности при лечении шизофрении
J.S. KWON, J.-S. CHOI 51

ОТЧЕТ-ИССЛЕДОВАНИЕ

Мигрень у эмоционально больных мексиканских подростках
S.C. DILSAVER, F.BENAZZI, K.J. OEDEGAAR, O.B. FASMER, K.K. AKISKAL, H.S. AKISKAL 53

Индексация психиатрических журналов стран с низким и средним доходом: обзор и социологическое исследование
C. KIELING, H. HERRMAN, V. PATEL, J.J. MARI 57

ПОЛИТИКА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Политика психического здоровья по проблеме детского сексуального “абузуса” и сексуальных отношений между врачом и пациентом
D.E. STEWART, E. VENOS, I.J. ASHRAF 64

Общинная служба психического здоровья в азиатском регионе Тихого океана: применение наилучшей модели для информирования будущей политики службы
C.NG, H. HERRMAN, E. CHIU, B. SINGH, ON BEHALF OF THE EDITORIAL GROUP OF THE ASIA-PACIFIC COMMUNITY MENTAL HEALTH DEVELOPMENT PROJECT 69

ОТЧЕТ СЕКЦИИ ВПА

Воплощение и шизофрения
G. STANGHELLINI 77

ПИСЬМО РЕДАКТОРУ

82

НОВОСТИ ВПА

Генеральная Ассамблея ВПА в Праге и новое руководство ВПА 84

Международный Конгресс ВПА “Лечение в Психиатрии: Новейшие методы” (Флоренция, 1-4 апреля 2009) 85

ВПА является Ассоциацией национальных психиатрических обществ, целью которой является поднять навыки и знания, необходимые для работы в сфере психического здоровья и лечения психически больных. В составе ВПА 135 организаций из 118 разных стран, представляющих более 180.000 психиатров.

ВПА организует Всемирные Психиатрические Конгрессы раз в три года. Она организует Международные и Региональные конгрессы, а также встречи/собрания и Тематические конференции. ВПА имеет 65 научных секций, цель которых распространение информации и развитие/промоция совместных работ в специальных направлениях психиатрии. ВПА организовала несколько образовательных программ и выпуск/серии книг, этические руководства для психиатрической практики, включая Мадридскую Декларацию (1996).

Подробную информацию про ВПА можно найти в вебсайте www.wpanet.org

Исполнительный Комитет ВПА 2005-2008

Президент – М. Maj (Italy)

Избранный Президент – Р. Ruiz (USA)

Генеральный Секретарь – L. Küey (Turkey)

Секретарь по финансам – Т. Akiyama (Japan)

Секретарь по собраниям – Т. Okasha (Egypt)

Секретарь по образованию – А. Tasman (USA)

Секретарь по публикациям – Н. Herrman (Australia)

Секретарь по секциям – М. Jorge (Brazil)

Секретариат ВПА

Psychiatric Hospital, 2 Ch. du Petit-Bel-Air, 1225

Chêne-Bourg, Geneva, Switzerland. Тел:

+41223055736; Факс: +41223055735; Эл-почта:

wpasecretariat@wpanet.org.

World Psychiatry indexed in PubMed, Current Contents/Clinical Medicine, Current Contents/Social and Behavioral Sciences, Science Citation Index, and EMBASE

Всемирная Психиатрия является официальным журналом Всемирной Психиатрической Ассоциации. Издается трижды в год и бесплатно распространяется среди психиатров, имена и адреса которых предоставляются национальными организациями и секциями ВПА.

Приветствуются результаты исследований с ранее неопубликованными данными для журнала. Форма предполагает разделение на 4 части (Представление, Методы, Результаты, Обсуждение). Ссылки поочередно нумеруются в тексте и представляются в конце 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. Fraeijs de Veubeke B. Displacement and equilibrium models in the finite element method. In: Zienkiewicz OC, Hollister GS (eds). *Stress analysis*. London: Wiley, 1965:145-97.

1.

Все предложения следует отправить в редакцию.

Редактор - М.Мaj (Italy)

Коллегиальный редактор - Н.Herrman (Australia)

Редакционная коллегия - P.Ruiz (USA), L.Küey (Turkey), Т.Akiyama (Japan), Т.Okasha (Egypt), А.Tasman (USA), М.Jorge (Brazil)

Консультативный Совет – H.S. Akiskal (USA), R.D. Alarcón (USA), S. Bloch (Australia), G. Christodoulou (Greece), J.Cox (UK), H. Freeman (UK), M. Kastrup (Denmark), H. Katschnig (Austria), D. Lipsitt (USA), F. Lolas (Chile), J.J. López-Ibor (Spain), J.E. Mezzich (USA), R. Montenegro (Argentina), D. Moussaoui (Morocco), P. Munk-Jorgensen (Denmark), F. Njenga (Kenya), A. Okasha (Egypt), J. Parnas (Denmark), V. Patel (India), N. Sartorius (Switzerland), B. Singh (Australia), P. Smolik (Czech Republic), R. Srinivasa Murthy (India), J. Talbott (USA), M. Tansella (Italy), S. Tyano (Israel), J. Zohar (Israel).

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

Соматическая помощь лицам с тяжелыми психическими расстройствами: общественное здоровье и этический приоритет

MARIO MAJ

President, World Psychiatric Association

Проблема защиты и поддержки соматического (физического) здоровья у лиц с тяжелыми психическими расстройствами является одной из больших проблем общественного здоровья и этического отношения во всем мире. Если мы действительно обеспокоены качеством жизни наших пациентов с тяжелыми психическими расстройствами и защитой их гражданских прав, мы не можем игнорировать то, что физическое (соматическое) здоровье является решающим параметром качества жизни у этих лиц и что доступность службы физического здоровья такого же качества, как и для всей остальной популяции, и является основным правом этих лиц как граждан.

Как показали в своем исследовании De Hert и др. (1), имеются обширные научные доказательства того, что: а) распространенность многих соматических заболеваний у лиц с тяжелыми психическими расстройствами больше, чем в общей популяции (2); б) разрыв распространенности некоторых из этих заболеваний (особенно сахарного диабета 2 типа) у этих лиц и остальной популяции увеличивается в последние несколько десятилетий (3); в) сосуществование одной или более соматических болезней оказывает значительное воздействие на качество жизни и психопатологические различия у лиц с тяжелыми психическими расстройствами (4); г) смертность вследствие соматических заболеваний выше у лиц с тяжелыми психическими расстройствами, чем в общей популяции (5) и разница в отношении смертности из-за некоторых заболеваний (особенно, ишемической болезни сердца) в последние десятилетия увеличилась (6); д) качество соматической помощи, получаемой лицами с тяжелыми психическими расстройствами, хуже, чем в общей популяции: недавние данные о смертности в результате послеоперационной легочной недостаточности (допустимый коэффициент расхождения $OR=8.85$) и послеоперационный сепсис (допустимый коэффи-

циент расхождения $OR=7.14$) у лиц с шизофренией в этом отношении поразительны.

Для разрешения этой ситуации, должны быть определены некоторые направления действия. В повышении среди профессионалов осознания проблемы психического здоровья врачи первичной помощи, пациенты и их семьи являются, очевидно, первым приоритетом. Научная информация о повышенной болезненности и смертности из-за соматических заболеваний у лиц с тяжелыми психическими расстройствами должна быть более доступна и лучше распространена.

Образование и подготовка профессионалов психического здоровья и первичной помощи – основной шаг. Профессионалы психического здоровья должны быть так подготовлены, чтобы представлять, по крайней мере, основные медицинские задачи, понимать важности распознавания соматических болезней у лиц с тяжелыми психическими расстройствами. Они должны быть поддержаны в том, чтобы самим знакомиться с наиболее частыми причинами гиподиагностики или ошибочной диагностики соматической болезни у своих пациентов (8). С другой стороны, специалисты первичной помощи должны преодолевать свое нежелание лечить лиц с тяжелыми психическими расстройствами, овладеть эффективными способами взаимодействия и общения с такими лицами, а это не столько проблема знаний и навыков, сколько отношений.

Другой существенный шаг – это развитие соответствующей интеграции между психиатрической и соматической помощью. В литературе обсуждается вопрос, кто должен следить за соматическим здоровьем людей с тяжелыми психическими расстройствами. Действительно имеет значение, что тем не менее всегда кто-то заботится, помогает: каждый пациент должен иметь профессионала, ответ-

ственного за соматическую помощь. С другой стороны, психиатрические службы должны быть способны обеспечить хотя бы стандартной рутинной оценкой своих пациентов для того, чтобы определить или предположить наличие соматической проблемы. Действующие доступные руководства о выборе антипсихотических препаратов для каждого пациента и лечении пациентов, получающих антипсихотики, должны быть известны и применяться во всех психиатрических службах. Профессионалы психического здоровья должны поощрять пациентов следить и чертить диаграмму своего веса (массы тела) и должны сделать своих пациентов и их попечителей чувствительными к риску для здоровья, связанного с лишней массой тела (весом). Программы диет и физических упражнений должны быть существенной частью того, чем обеспечивают службы психического здоровья.

Наконец, дальнейшие исследования в этой области крайне необходимы. Соматические заболевания не должны всегда рассматриваться как сбивающие с толку переменные в исследованиях, изучающих тяжелые психические расстройства. Они должны изучаться по специальным исследовательским протоколам, чтобы взаимосвязь между психическими расстройствами и различными соматическими заболеваниями – как у мужчин, так и у женщин, у молодых и пожилых, у стационарных и амбулаторных пациентов – могла быть лучше понята. Это также поможет содействовать развитию более тесных рабочих взаимоотношений между профессионалами психического и соматического здоровья.

ВПА в течение тех лет внедрит международную программу по защите и поддержке соматического (физического) здоровья у лиц с тяжелыми психическими расстройствами, сотрудничив

с другими международными и национальными медицинскими ассоциациями и некоторыми организациями потребителей и их семей. Одним из компонентов этого проекта будет развитие образовательного модуля для использования в подготовке резидентов в психиатрии, занимающихся соматическими заболеваниями, и доступ к медицинским службам лиц с шизофренией.

Оказание соматической помощи лицам с тяжелыми психическими расстройствами сегодня является основной проблемой в нашей сфере. Если не рассматривать это как приоритет, невозможно убедительно утверждать, что лучшее качество жизни и защита гражданских прав наших пациентов – это действительно то, к чему мы стремимся.

Список литературы:

1. De Hert M, Schreurs V, Vancampfort D et al. Metabolic syndrome in people with schizophrenia: a review. *World Psychiatry* 2009;8:15-22.
2. Carney CP, Jones L, Woolson RF. Medical comorbidity in women and men with schizophrenia. A population-based controlled study. *J Gen Intern Med* 2006;21:1133-7.
3. Basu A, Meltzer HY. Differential trends in prevalence of diabetes and unrelated general medical illness for schizophrenia patients before and after the atypical antipsychotic era. *Schizophr Res* 2006;86:99-109.
4. Dixon L, Goldberg R, Lehman A et al. The impact of health status on work, symptoms, and functional outcomes in severe mental illness. *J Nerv Ment Dis* 2001;189:17-23.
5. Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2000;177:212-7.
6. Lawrence DM, Holman CDJ, Jablensky AV et al. Death rate from ischaemic heart disease in Western Australian psychiatric patients 1980-1998. *Br J Psychiatry* 2003;182:31-6.
7. Daumit GL, Pronovost PJ, Anthony CB et al. Adverse events during medical and surgical hospitalizations for persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:267-72.
8. Sartorius N. Physical illness in people with mental disorders. *World Psychiatry* 2007; 6:3-4.

ВЫБОР ПСИХИАТРИИ В КАЧЕСТВЕ ПРОФЕССИИ МЕЖДУНАРОДНЫЙ ПРИЗЫВ ВПА ДЛЯ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ ПРЕДЛОЖЕНИЙ

ВПА – самая большая ассоциация, в сфере психического здоровья во всем мире, с 134 членами-обществами (национальные психиатрические общества), представляющая более чем 200.000 психиатров и 65 научных секций. В Плате Действий ВПА на 2008-2011 годы одной из институциональных целей является улучшение имиджа психиатрии повсеместно в обществе, среди медиков и политиков, противодействуя некоторым негативным посланиям – часто идеологически предубежденным, которые влияют и на мотивацию людей с психическими расстройствами и их семей искать психиатрического совета и помощи и быть приверженцами психиатрических вмешательств, и на мотивацию студентов-медиков выбрать психиатрию в качестве профессии. Исходя из этой цели, ВПА готовит международный проект для оценки факторов, как способствующих, так и мешающих выбору психиатрии как профессии студентами-медиками, и разрабатывает стратегии, поощряющие этот выбор. Приветствуются предложения от отдельных лиц, департаментов или обществ. Они должны включать описание проекта (макс. 1200 слов), список участвующих центров, расписание, детальный бюджет и краткую биографию (CV) предполагаемого(ых) основного(ых) исследователя(ей). Предложения должны быть направлены по электронной почте в секретариат ВПА (wpasecretariat@wpanet.org) до 30 июня 2009 года.

ОРИГИНАЛЬНАЯ СТАТЬЯ

Улучшение исследования и лечения психических расстройств при применении измерительных понятий: к DSM-V и МКБ-11

ROBERT F. KRUEGER, SERENA BEZDJIAN

Departments of Psychology and Psychiatry, Washington University in St. Louis, Campus Box 1125, St. Louis, MO 63130-4899, USA

Существующие версии описывают все психические расстройства как политетические-категориальные понятия. Существуют перечень симптомов и диагностические категориальные ярлыки, предназначенные для пациентов, основанные на наблюдаемых специфических паттернах симптомов. Число заметных концептуальных проблем возникает при использовании этой строго категориальной системы в исследовании и в клинике. Когда используются всесторонние диагностические интервью, типичные пациенты соответствуют критериям более чем одного специфического диагноза (феномен «коморбидности»). К тому же группы пациентов с тем же предполагаемым категориальным ярлыком являются часто неоднородными по основному клиническому признакам, таким как тяжесть и прогноз, и пациенты с симптоматологией ниже диагностического порога часто значительно страдают. Хотя категориальные понятия всегда будут основными в официальных нозологиях (например, в обеспечении диагностических ярлыков для возмещения затрат на лекарства), многие из концептуальных проблем узко категориальной диагностической системы могут быть преодолены путем улучшения официальных нозологий измерительными понятиями. Обсуждаются специфические измерительные подходы и направления, которые могут использоваться для грядущего пересмотра как DSM, так и МКБ.

Ключевые слова: диагноз, классификация, измерение, категория, нозология.

(World Psychiatry 2009;8:3-6)

Как в DSM, так и в МКБ все психические расстройства являются политетически-категориальными понятиями.

Политетичность подразумевает, что специфические психические расстройства определяются множественными симптомами, и не все эти симптомы необходимы для предположения наличия психического расстройства у индивида. Скорее, специфическая комбинация и количество симптомов – меньшее, чем полное число симптомов расстройства, – могут наблюдаться для рассмотрения наличия диагноза.

Категориальность подразумевает, что все психические расстройства в DSM/МКБ являются двоичными «или/или» понятиями. Диагноз считается установленным у индивидов, при правильной комбинации или количестве симптомов и отсутствующим, если этих симптомов нет в правильной комбинации и количестве. Исключений нет, и градации присутствия против отсутствия не разрешены.

Каждое психическое расстройство, перечисленное в DSM/МКБ, концептуализировано и как политетическое, и как категориальное.

ОГРАНИЧЕНИЯ СТРОГО ПОЛИТЕТИЧЕСКИ-КАТЕГОРИАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Существует ряд значительных проблем, когда психические расстройства концептуализируются как строго политетические и категориальные в условиях исследования и в клинической практике. Рассматриваются три концептуальные проблемы, которые досаждают в плане концептуализации и дизайна исследования, и клинического случая: коморбидность, внутрикатегориальная неоднородность и достоверность подпороговой симптоматиологии.

Коморбидность

Когда для оценки используются всесторонние структурированные диагностические интервью, типичные пациенты соответствуют критериям более чем одного специфического диагноза (2-5). Этот феномен обычно называют «коморбидностью» (6). Хотя коморбидность является типичным понятием, применимым к данному феномену, это несколько неправильное название. «Ко-» обычно подразумевает два явления, но на самом деле может преобладать «мультиморбидность» и, следовательно, это более подходящий термин (7).

Терминология, используемая для описания феномена «множественного появления обширного, предположительно отдельного психического расстройства», очень важна, потому что этот феномен – основной эмпирический вывод о том, что происходит, когда пытаются работать с понятиями психических расстройств по DSM. «Мультиморбидность» встречается часто и является потенциальным предиктором общей клинической тяжести (8). Однако многие предположительно отдельные расстройства имеют общие этиологические факторы. Основные примеры включают частично совпадающий генетический вклад в большой депрессивный эпизод и генерализованное тревожное расстройство (9,10), частично совпадающий генетический вклад в антисоциальное личностное расстройство и зависимость от психоактивных веществ (11,12). Эти данные ставят под сомнение иницированную DSM концептуализацию психических расстройств как совершенно категорически отличающихся друг от друга. Эти данные обозначают недостаточность категориальных границ, разделяющих расстройства, вместо этого предполагая, что проявления расстройства смешиваются внутри друг друга таким образом, что не могут быть хорошо распознаны в рамках идеи политегических категорий.

Внутрикатегориальная гетерогенность

Другая осложняющая проблема, которая возникает при работе с понятиями психических расстройств по DSM, – это внутрикатегориальная гетерогенность. Рассмотрим расстройство личности по DSM-IV-TR. Пациенту необходимо

соответствовать критериям только 5 из 9 симптомов для установления диагноза шизотипического, пограничного или нарциссического расстройства личности. В результате пациенты, которые соответствуют критериям этих расстройств, могут иметь только один общий симптом. Обсессивно-компульсивное расстройство личности включает 8 симптомов и порог из 4 симптомов для диагностики. Как результат, два разных диагностированных случая обсессивно-компульсивного расстройства личности могут не иметь общих симптомов. В итоге строго политегически-категориальный подход приводит к разным диагностическим и прогностическим профилям внутри группы лиц, отобранных вследствие соответствия критериям специфического психического расстройства.

Рассмотрим также пример из исследования предпринятого по симптомам поведенческого расстройства, определенным по DSM. Мы выявили, что десять симптомов, общие для DSM-III-R и DSM-IV, имели эмпирическую структуру, состоящую из двух различных измерений: одно, состоящее больше из агрессивного поведения, другое – больше из антисоциального поведения (14). Мы также представили доказательство, что эти два измерения имеют различимую этиологию, показывающую при антисоциальном поведении больший соответствующий вклад факторов семейного окружения, при агрессивном – генетических факторов. DSM-IV распознает субвариации поведенческого расстройства только на основе возраста начала и тяжести общих симптомов и формулирует расстройство поведения как политегическую категорию, состоящую из 15 симптомов с порогом для диагностики из 3 симптомов. Проблема в том, что с 15 симптомами и порогом из 3 симптомов лица с разнообразной симптомологией рассматриваются как примеры одной и той же, предположительно однородной, диагностической категории. Эта концептуализация несовместима с этими данными. Например, лицо А могло иметь 3 агрессивных симптома, лицо В – 3 симптома антисоциального поведения и, хотя доказательства предполагают потенциально важные различия между этими двумя лицами в плане этиологии их психопатологии, они оба

рассматриваются как имеющие «один и тот же диагноз».

Наконец, рассмотрим пример из литературы по лечению депрессии. Thase и др. провели мета-анализ по примерно 600 депрессивным амбулаторным пациентам из 6 исследований (15). У всех пациентов был диагностирован большой депрессивный эпизод по критериям DSM-III и DSM-III-R (16), средний возраст 44 года (31% мужчин) (15). Пациенты затем были разделены на менее тяжелую (баллы ≤ 19 баллов по шкале депрессии Гамильтона, HRSD (17)) и более тяжелую (баллы ≥ 20 баллов по HRSD) субгруппы, и получали или только межличностную психотерапию, или межличностную психотерапию плюс антидепрессанты (15). Комбинация межличностной психотерапии с антидепрессантами была значительно лучше, чем только межперсональная психотерапия в подгруппе более тяжелой депрессии (15). Таким образом, внутри выборки пациентов с диагнозом большого депрессивного имеет значительная вариативность в том, как они отвечают на лечение.

В итоге, политетические категориальные диагностические понятия из DSM демонстрируют доказательства значительной внутрикатегориальной неоднородности, основанные на эмпирических исследованиях. Интересно, что ограничения категориального подхода в плане проблемы гетерогенности описаны и признаны в тексте DSM-IV (стр. xxii). Проблема в том, что DSM не описывает специфические стратегии или понятия для преодоления проблемы гетерогенности.

Достоверность подпороговой симптоматики

В рамках политечности-категориальности диапазон, в котором пациент находится ниже или выше порога для диагностики считается неуместным для диагностического конструкта. Рассмотрим для примера диагноз, который состоит из 10 симптомов, где порог - 5 симптомов. В этой системе ценности 1-4 переводятся в «отсутствие диагноза» или ноль и ценности 5-10 - в «наличие диагноза» или один. Диапазон симптоматологии допустим до недостаточного клинического или общественного значения.

Однако исследование показало, что ценная информация теряется, когда близость к порогу игнорируется в пользу концептуализированного

расстройства исключительно в плане того, пройден ли порог. Исключительный пример был обнаружен в исследовании, в котором продольно после рождения были прослежена когорта лиц в Christchurch, Новая Зеландия (18). Fergusson и др. (18) распределили исследуемых участников в возрасте 17-18 лет в три группы: без симптомов, с подпороговой симптоматикой (подавленное настроение или потеря интереса, по крайней мере, в течение 2 недель, но без 5-ти и более недостающих симптомов для большой депрессии по DSM-IV) и с большой депрессией (отвечали всем критериям большой депрессии в последние 12 месяцев). Риск депрессии и суицидального поведения в последующем (в возрасте 21-25 лет) был одинаковым для групп как с подпороговой симптоматикой, так и с большой депрессией; данные твердили существование непрерывных линейных связей между депрессией позднего подросткового возраста и неблагоприятными исходами в молодом возрасте в противоположность резким изменениям риска при специфическом пороге. В общем, депрессия и другие распространенные психические расстройства (например, зависимость от алкоголя), как показывает опыт, не появляются с внезапных порогов (19-21); эти психические расстройства больше соответствуют как непрерывным по природе феноменам.

ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ УЛУЧШЕНИЯ КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Будущие DSM будут, вероятно, продолжать находиться, хотя бы частично, в рамках категориальных понятий психических расстройств. Такие понятия важны для различных практических целей, таких, как специфические ярлыки, обозначения, которые могут быть использованы для способствования выплатам третьими сторонами. Однако, из-за четких ограничений исключительно категориально-политетической диагностической системы имеется существенный интерес к улучшению следующего пересмотра DSM (DSM-V) с помощью измерительных понятий.

Учитывая этот интерес, при поддержке Американского Психиатрического Института Исследований и Образования (American Psychiatric Institute for Research and Education – APIRE) и Национальных Институтов Здоровья (US National Institutes of Health – NIH) мы организовали совещание для обсуждения измерительных возможностей для DSM-V (22, 23). Представим некоторые идеи, которые возникли после совещания.

Некоторые измерительные возможности для официальных нозологий

Как категориальные, так и измерительные подходы для диагностики являются критическими и для клиницистов, и для исследователей, и наиболее эффективная классификационная система должна включать оба подхода (24). Также ясно, что измерительные шкалы нужны для отражения категориальных определений, и должны иметь четкую связь друг с другом. На категориальных определениях основано множество путей для создания непрерывных измерений, включая количество симптомов, их тяжесть и уровень болезненного нарушения (внутри диагностических объектов) (24). После адаптации измерительных возможностей для категориальных диагнозов фактически должны быть созданы измерительные подходы, которые в наибольшей степени соответствуют диагнозам (24).

По существу, определенные аспекты любого специфического расстройства могут быть концептуализированы и измерительно оценены. Возьмем для примера расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (ПАВ): категориальное определение может быть создано на основе предшествующих категориальных определений, которые составляют диагностический порог (25). Измерительность затем может начинаться с уровня симптома, с тем, что каждый симптом подсчитывается (хотя бы) по 3-значной шкале (25). Статистическая методология может быть использована для определения измерительного счета, который наиболее близко походит на категориальный (или диагностический) порог, составленный первоначально. Это приводит к последовательной и более ясной связи между категориальными и измерительными определениями (25). Этот метод может по существу быть внедренным в боль-

шинство (если не все) разделов DSM (например, расстройства личности, расстройства настроения, психозы, психопатология развития).

Понятие «сквозной» подход также становится соответствующим при изучении различных методов измерительной оценки. Например, необходимость облегчить дифференциальную диагностику формирует основу для группирования тревожных расстройств в отдельный раздел DSM. Тем не менее, такие симптомы, как панические атаки, возникают параллельно тревоге и другим психиатрическим расстройствам (26). Доказательства предполагают, что панические эпизоды являются надежным маркером более тяжелой болезни, меньшего ответа на лечение и увеличения суицидальности (27,28). Таким образом, паника может рассматриваться как *сквозной* симптом, который определяется отдельно и просматривается в нескольких расстройствах (29). Внедрение сквозных величин может быть потенциально более эффективным и информативным, чем категориальные диагнозы, которые остаются «искусственно измерительно-специфичными» (30). Другой случай, когда сквозной измерительный подход может быть эффективным путем для концептуализации сложной (комплексной) болезни, - у детей, которые демонстрируют коморбидные симптомы предположительно разных расстройств (например, синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) и оппозиционно-вызывающее расстройство) (31). Сквозной измерительный подход может упростить клиническую концептуализацию сложных составных расстройств через их видение как элементов внутри широкого спектра взаимосвязанных состояний.

Детские и подростковые расстройства также подчеркивают необходимость рассмотреть источники разнообразия – включая пол, возраст и развитие – что, в общем, проигнорировано в действующей версии DSM (31). Для примера: мальчики в 3-7 раз чаще, чем девочки, соответствуют критериям СДВГ. К взрослому периоду это различие по полу менее выражено (32). Категориальный подход, который не учитывает половые нормы при рассмотрении, может препятствовать пониманию этих различий. Путем

использования измерительного подхода может быть предложен систематический метод для отбора гендерно-сенситивной части (31). Возраст и развитие также являются источниками разнообразия, которые критерии DSM в настоящее время не принимают в расчет. Чувствительность к стадиям развития и индивидуальные различия могут быть более простыми с измерительной позиции, чем с категориальной, которая определяет только простой порог (33). При внедрении дополнительной измерительной системы дети могут быть оценены по измерительным шкалам, которые нормированы по полу, возрасту и национальности (33).

Наконец, DSM последовательно внедрил «нисходящий» подход, при котором клиницисты для диагностики обращаются как к своему собственному опыту, так и к существующей литературе. В отличие от этого «восходящий» подход в целом определяется эмпирическим анализом. Большой объем данных о симптомах может накапливаться из общей популяции для статистического анализа, чтобы определить, какие группы симптомов входят в синдромы или аспекты (33). Например, Krueger и др. (34) обсуждают преимущество сравнения основных дискриптивных (описательных) личностных особенностей как части DSM-V, таким образом уменьшая большое количество симптомов личностных расстройств по DSM-IV до набора более управляемых аспектов (34). Таким образом, один выгодный подход мог бы быть внедрен в DSM-V таким путем, который позволит возможность сравнивать как нисходящий, так и восходящий методы для улучшения диагностической достоверности системы (33).

ВЫВОДЫ

DSM-III является важным достижением для исследователей психопатологии и клиницистов во всем мире. Для многочисленных категориальных и политегических конструктов психических расстройств были представлены четко сформулированные наблюдаемые критерии. Эта четкость была благом для эмпирических исследований психических расстройств, поскольку она обеспечила согласованные целевые конструкты. Концептуальная система, внедренная в DSM-III, по существу, имела продолжение в DSM-IV с

изменениями специфических критериев, но без изменения основной концептуализации психических расстройств. В результате были накоплены обширные данные и опыт в связи с ограничениями, присущими политегическим категориям. Очевидна необходимость развивать нашу концептуализацию и двигаться за пределы строго категориальной и политегической модели всех психических расстройств. На сегодняшний день задача состоит в том, как достичь такой эволюции в плане специфических стратегий и подходов, которые могут быть внедрены в формальные нозологии. Это не маленькая задача, а очень важная, поскольку целью является продолжение исследования и лечения психических расстройств на твердой эмпирической основе.

Список литературы:

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision). Washington: American Psychiatric Press, 2000.
2. First MB. Mutually exclusive versus co-occurring diagnostic categories: the challenge of diagnostic comorbidity. *Psychopathology* 2005;38:206-10.
3. Krueger RF, Markon KE. Reinterpreting comorbidity: a model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol* 2006;2:111-33.
4. Lilienfeld SO, Waldman ID, Israel AC. A critical examination of the use of the term and concept of comorbidity in psychopathology research. *Clin Psychol Sci Pract* 1994;1:71-103.
5. Maj M. 'Psychiatric comorbidity': an artefact of current diagnostic systems? *Br J Psychiatry* 2005;186:182-4.
6. Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease. *J Chron Dis* 1970;23:455-68.
7. Batstra L, Bos EH, Neeleman J. Quantifying psychiatric comorbidity: lessons from chronic disease epidemiology. *Soc Psychiatr Epidemiol* 2002;37:105-11.
8. Angst J, Sellaro R, Merikangas KR. Multimorbidity of psychiatric disorders as an indicator of clinical severity. *Eur Arch Psychiatry Clin Psychology* 2002;252:147-54.
9. Kendler KS. Major depression and generalised anxiety disorder: same genes, (partly) different environments – Revisited. *Br J Psychiatry* 1996;168:68-75.
10. Middeldorp CM, Cath DC, Van Dyck R et al. The comorbidity of anxiety and depression in the perspective of genetic epidemiology: a review of twin and family studies. *Psychol Med* 2005;35:611-24.
11. Kendler KS, Prescott CA, Myers J et al. The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance abuse disorders in men and women. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60:929-37.
12. Krueger RF, Hicks BM, Patrick CJ et al. Etiologic connections among substance dependence, antisocial behavior, and personality: modeling the externalizing spectrum. *J Abnorm Psychol* 2002;111: 411-24.
13. Tackett JL, Krueger RF, Iacono WG et al. Symptom-based subfactors of DSM-defined conduct disorder: evidence for etiologic distinctions. *J Abnorm Psychol* 2005;114:483-7.

14. Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA school age forms and profiles. Burlington Vermont: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families, 2001.
15. Thase ME, Greenhouse JB, Frank E et al. Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:1009-15.
16. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed., revised). Washington: American Psychiatric Press, 1987.
17. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-61.
18. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM et al. Suicidal behavior in adolescence and subsequent mental health outcomes in young adulthood. *Psychol Med* 2005;35:983-93.
19. Hasin DS, Liu X, Alderson D et al. DSM-IV alcohol dependence: a categorical or dimensional phenotype? *Psychol Med* 2006;36:1695-705.
20. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Toward a comprehensive developmental model for major depression in men. *Am J Psychiatry* 2006;163:115-24.
21. South SC, Krueger RF. Categorical and dimensional models of depression. Submitted for publication.
22. Helzer JE, Kraemer HC, Krueger RF et al (eds). Dimensional approaches in diagnostic classification – Refining the research agenda for DSM-V. Virginia: American Psychiatric Association, 2008.
23. Regier D. Dimensional approaches to psychiatric classification: refining the research agenda for DSM-V: an introduction. *Int J Meth Psychiatr Res* 2007;16:S1-5.
24. Kraemer HC. DSM categories and dimensions in clinical and research contexts. In: Helzer JE, Kraemer HC, Krueger RF et al (eds). Dimensional approaches in diagnostic classification – Refining the research agenda for DSM-V. Virginia: American Psychiatric Association, 2008:5-17.
25. Helzer JE, Buchholz KK, Gossop M. A dimensional option for the diagnosis of substance dependence in DSM-V. In: Helzer JE, Kraemer HC, Krueger RF et al (eds). Dimensional approaches in diagnostic classification – Refining the research agenda for DSM-V. Virginia: American Psychiatric Association, 2008:19-34.
26. Goodwin RD, Lieb R, Hofler M et al. Panic attack as a risk factor for severe psychopathology. *Am J Psychiatry* 2004;161:2207-14.
27. Bittner A, Goodwin RD, Wittchen H-U et al. What characteristics of primary anxiety disorders predict subsequent major depressive disorder? *J Clin Psychiatry* 2004;65:618-26.
28. Wittchen H-U, Lecrubier Y, Beesdo K et al. Relationships among anxiety disorders: patterns and implications. In: Nutt DJ, Ballenger JC (eds). *Anxiety disorders*. Oxford: Blackwell, 2003:25-37.
29. Shear MK, Bjelland I, Beesdo K et al. Supplementary dimensional assessment in anxiety disorders. In: Helzer JE, Kraemer HC, Krueger RF et al (eds). *Dimensional approaches in diagnostic classification – Refining the research agenda for DSM-V*. Virginia: American Psychiatric Association, 2008:65-84.
30. Allardyce J, Suppes T, van Os J. Dimensions and the psychosis phenotype. In: Helzer JE, Kraemer HC, Krueger RF et al (eds). *Dimensional approaches in diagnostic classification – Refining the research agenda for DSM-V*. Virginia: American Psychiatric Association, 2008:53-63.
31. Hudziak JJ, Achenbach TM, Althoff RR et al. A dimensional approach to developmental psychopathology. In: Helzer JE, Kraemer HC, Krueger RF et al (eds). *Dimensional approaches in diagnostic classification – Refining the research agenda for DSM-V*. Virginia: American Psychiatric Association, 2008:101-13.
32. Kessler RC, Adler L, Barkley R et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* 2006;163:716-23.
33. Helzer JE, Wittchen H-U, Krueger RF et al. Dimensional options for DSM-V: the way forward. In: Helzer JE, Kraemer HC, Krueger RF et al (eds). *Dimensional approaches in diagnostic classification Refining the research agenda for DSM-V*. Virginia: American Psychiatric Association, 2008:115-27.
34. Krueger RF, Skodol AE, Livesley WJ et al. Synthesizing dimensional and categorical approaches to personality disorders. In: Helzer JE, Kraemer HC, Krueger RF et al (eds). *Dimensional approaches in diagnostic classification – Refining the research agenda for DSM-V*. Virginia: American Psychiatric Association, 2008:85-99.

Проблемы взаимоотношений и DSM: Необходимые улучшения и предлагаемые решения

**RICHARD E. HEYMAN¹ AMY M. SMITH SLEP¹, STEVEN R.H. BEACH², MARIANNE Z. WAMBOLDT³,
NADINE J. KASLOW⁴, DAVID REISS⁵**

1 Family Translational Research Group, Department of Psychology, Stony Brook University, State University of New York, Stony Brook, NY 11794-2500, USA

2 Institute for Behavioral Research, University of Georgia, Athens, GA 30602, USA

3 Department of Psychiatry, University of Colorado at Denver, and Health Sciences Center, The Children's Hospital, Denver, CO 80218-1088, USA

4 Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Grady Health System, Emory University School of Medicine, 80 Jesse Hill Jr. Drive, Atlanta, GA 30303, USA

5 Child Study Center, Yale University, New Haven, CT 06520-7900, USA

Проблемы отношений являются клинически значимыми поведенческими или психологическими синдромами или моделями, которые возникают среди индивидуумов и связаны с существующим дистрессом или инвалидностью или значительным увеличением риска смерти от страданий, боли, инвалидности или значимой потери свободы. Проблемы отношений (партнерские связи, жестокое обращение с партнером, плохое обращение с ребенком и др.) включены в расстройства I Оси в DSM-IV как V-коды (например, "другие состояния, которые могут быть центром клинического внимания"). Однако критериев для этих кодов в DSM-IV нет. В этой статье мы кратко просмотрели литературу, которая неопровержимо подтверждает синдромы/модели проблем отношений и их серьезные последствия. Затем рассмотрена серия исследований, которые свидетельствуют об обоснованности и согласованности между показателями для критериев, чтобы определить наличие или отсутствие проблем отношений. Наиболее изученные критерии проблем отношений при плохом обращении с партнерами и детьми показывают значительно высокие уровни достоверности при широкой распространенности в этой области ($\kappa = .66-.89$) по уровням договоренности, которые никогда не достигались при диагнозах DSM для индивидуумов. Мы пришли к выводу, что при включении диагностических критериев для проблем отношений и рассмотрении различных возможностей для размещения проблем/процессов отношений в DSM-V наука, служба, семья, индивидуумы и сама DSM, могли бы хорошо послужить.

Ключевые слова: проблемы отношений, плохое обращение с партнером и ребенком, диагностические критерии, DSM-IV

(World Psychiatry 2009;8:7-14)

DSM-IV-TR ограничивает психические расстройства по определению, до проблем в рамках личности: Клинически значимый поведенческий или психологический синдром или паттерн, который возникает у индивидуума и связан с имеющимся дистрессом (например, болевой симптом) или инвалидностью (например, ухудшение в одной или нескольких важных сферах функционирования) или со значительно возрастающим риском смерти от страданий, боли, инвалидности или значительной потерей свободы (1).

Клинически значимые поведенческие или психологические синдромы или паттерны,

которые возникают между или среди индивидуумов и связаны с имеющимся дистрессом или инвалидностью или значительно возросшим риском смерти от страданий, боли, инвалидности или значимой потерей свободы, не получили должного внимания в DSM-IV. Эта статья сосредоточена на двенадцати таких синдромах/паттернах, возникающих внутри семей: партнерские проблемы отношений, проблемы отношений родителя и ребенка, партнерское плохое обращение (физическое, эмоциональное, сексуальное насилие; запущенность), плохое обращение с ребенком (физическое, эмоцио-

нальное, сексуальное насилие; запущенность) на которые мы будем ссылаться как на «проблемы отношений».

Кратко рассмотрим, как проблемы отношений решены в DSM-IV. Мы набросали научный проект, который поддерживает важность процессов отношений в функционировании и благополучии индивидуума. Приведем несколько примеров, каким образом критерии могут быть представлены в четкой, структурированной форме. Мы представляем серию исследований, которые свидетельствуют об убедительности и согласованности между показателями для критериев определения присутствия или отсутствия проблем отношений. Мы обсуждаем создание скрининга и диагностических интервью для проблем отношений, представляем рекомендации для возможного включения проблем/процессов отношений в DSM-V. И приходим к выводу, что критерии доступны, что могло бы улучшить описание основных проблем взаимоотношений, имеющих значение для оказания оптимальной клинической помощи.

КАК ПРОБЛЕМЫ ОТНОШЕНИЙ РЕШЕНЫ В DSM-IV

DSM-IV-TR включает процессы отношений в раздел “Другие состояния, которые могут быть фокусом клинического внимания” (например, проблемы партнерских взаимоотношений, проблемы отношений родителя и ребенка, проблемы, связанные с насилием или запущенностью). Кроме того, они включают категории психосоциальных проблем по Оси IV (например, проблемы с первичной группой поддержки, проблемы, связанные с социальным окружением) и обеспечивают шкалу Глобальной Оценки Функционирования (Global Assessment of Functioning – GAF) по Оси V и шкалу Глобальной Оценки функционирования отношений (Global Assessment of Relational Functioning – GARF) в приложении B. В дополнение некоторые проблемы отношений рассмотрены в дополнительных материалах, таких как обсуждение насилия и пренебрежения и других проблем отношений в Томе 3 Справочника DSM-IV (2). Тем не менее, в DSM-IV нет критериев по проблеме отношений (или любых V-кодов).

Главная причина включения критерия проблем отношений в DSM – то, что клиницисты и

исследователи обычно оценивают и лечат индивидуумов, пары и семьи с проблемами отношений – или индивидуальные расстройства, связанные с ними, или обострения в результате этих проблем, проблемы отношений, не будучи обеспечены каким-либо руководством в отношении критериев. Исследования с использованием меняющихся операционализаций проблем отношений трудны для сравнения (3,4); согласованность среди клиницистов в этой сфере плохая (5); и содержательная достоверность типичных операционализаций дебатруется (иногда совершенно ожесточенно в случае плохого обращения с партнером) (6,7). Результат меньше, чем оптимальные исследовательские коммуникации, меньше, чем оптимальное накопление результатов исследований, и меньше, чем оптимальная клиническая практика.

Нео-крепелиновский подход, использованный для развития DSM, описал потенциально клинически значимые синдромы с первоначальной целью надежно классифицировать расстройства. Далее достоверность таких классификаций могла быть оценена. Как заметили Kupfer и др. (8), “с самого начала... было установлено, что основной силой описательного подхода была его способность улучшить общение среди клиницистов и исследователей, но не установление валидности”. Другими словами, определения DSM были усовершенствованы из-за того, что критерии клинических синдромов должны были улучшить исследования по распространенности, этиологии и эффективности лечения (9). При надежных, операционализированных синдромах в качестве стартовой точки возможно валидное исследование.

Таким образом, вопрос не в том “должны ли проблемы отношений быть включены в DSM-V?”, а в том “должны ли быть операционализированные критерии?” и “должны ли проблемы отношений оставаться как V-коды или они должны быть размещены еще где-то?”. Мы будем настойчиво утверждать, что ответ на первый вопрос решительно «да». Мы не знаем ответа на второй вопрос; детальное рассмотрение возможностей размещения проблем отношений и процессов отношений в DSM может быть найдено в другом месте (10,11).

НЕОБХОДИМОСТЬ НАДЕЖНЫХ И ДОСТОВЕРНЫХ КРИТЕРИЕВ ДЛЯ ПРОБЛЕМ ОТНОШЕНИЙ – ИЗУЧЕНИЕ СЛУЧАЯ: ПАРТНЕРСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ОТНОШЕНИЙ

Ограничение объема препятствует даже беглому обзору обширной литературы, связывающей каждую из одиннадцати проблем отношений с значительным дистрессом, болезненностью и смертностью.

Вместо этого мы решили кратко представить доказательства одной проблемы - партнерские проблемы отношений. Эквивалентные наборы литературы могли быть собраны почти для всех других десяти проблем.

Влияние партнерских проблем отношений на психическое здоровье взрослого человека

Литература, связывающая близкие взаимоотношения взрослых с психическим здоровьем, значительна. Имеются документированные связи между процессами отношений и этиологией, поддержкой, рецидивом и оптимальным лечением многих расстройств. Не имея возможности исчерпывающе рассмотреть эту литературу, мы сосредоточились на краткой выборке из нее для иллюстрации.

Серьезная неудовлетворенность партнерскими взаимоотношениями прогнозирует повышенный риск в отношении большого депрессивного эпизода в последующем году, даже после контроля над историей депрессии (12) или коморбидности (13). И конфликт взаимоотношений, и физическое насилие прогнозируют последующее увеличение депрессивных симптомов среди женщин (14). Существенно воздействие на депрессию унижительных взаимоотношений (15,16). С поведенческо-генетической точки зрения влияние удовлетворенности партнерскими взаимоотношениями является неделимым окружающим влиянием и не моделируется как результат действия некоторых генетических факторов, которые приводят к уязвимости в отношении депрессивных симптомов (17). Соответственно, нарушение близких взаимоотношений у взрослых является ключевым для понимания этиологии депрессивных симптомов многих индивидуумов и имеет потенциал в дополнение к генетически основанным моделям (18).

Лечебные подходы, нацеленные на близкие взаимоотношения, доказали полезность для депрессии, в числе других индивидуальных расстройств (19), злоупотребления алкоголем и наркотиками (20). Значительно применение интервенций в плане отношений для индивидуумов с тяжелыми психическими расстройствами (21). Такое лечение связано с уменьшением интерперсонального стресса, большей лекарственной приверженностью и низкой частотой регоспитализации. Как результат таких связей усилилось внимание к проблемам отношений в лечении многих аспектов психического здоровья, оно является основой для соответствующего лечения многих расстройств.

Воздействие проблемы партнерских взаимоотношений на психическое здоровье детей

Конфликт партнерских взаимоотношений связан с плохими отношениями родителей и ребенка, проблематичными привязанностями и увеличением конфликтов между родителем и ребенком и сиблингами. Аспекты конфликта взаимоотношений, имеющие особенно негативное влияние на детей, включают частые, интенсивные, физические, неразрешенные, связанные с детьми конфликты и конфликты, приписываемые детскому поведению (22). Взаимоотношения и родительские проблемы могут быть обоюдно обостряющимися и работать синергетически для создания принудительной семейной обстановки. Проблемы взаимоотношений и родителей поочередно могут взаимодействовать с генетическими предрасположенностями и влиять на проявления гена в этиологии многих соматических и психических расстройств. Например, женщины, которые были удочерены вскоре после рождения и имели высокий генетический риск в отношении депрессии, не имели никаких свидетельств расстройства, если воспитывались приемными родителями без психопатологии или трудностей во взаимоотношениях (23). У приемных детей с генетическим риском в отношении шизофрении и подвергшихся воздействию специфических стилей общения в своих приемных семьях, более вероятно

развитие расстройств, чем у генетически чувствительных лиц, выросших в семьях с более четким общением и понятными ролями (24). Эти данные предполагают, что взаимодействие между взрослыми партнерскими взаимоотношениями окружения и специфическим генетическим диатезом может быть критическим в этиологии некоторых больших психических расстройств (18).

Данные, полученные на животных, также говорят о значении раннего развивающего окружения, например, плохая материнская забота со стороны самок крыс об их детенышах в течение первых 10 дней жизни влияет на экспрессию гена (25). Плохая материнская забота приводит к изменениям выделения мессенджера RNA глюкокортикоидного рецептора в гиппокампе, приводя к увеличению глюкокортикоидной чувствительности обратной связи и увеличивает восприимчивость к стрессу. Такие изменения лежат в основе пожизненной чувствительности к стрессу у детенышей, с которыми плохо обращались (25), и устанавливают основу для собственного плохого обращения со своим потомством. Напротив, хорошая материнская забота за малышами обезьян с риском тревожных симптомов смягчает экспрессию симптомов (26), предполагая, что генно-семейное взаимодействие окружения может трансформировать генетические отягощенности в генетические преимущества и что нарушение основных взаимоотношений в раннем периоде жизни может изменить нервную систему, которая контролирует длительную эмоциональную устойчивость или уязвимость (27).

ПРИМЕРЫ КРИТЕРИЕВ ДЛЯ ПРОБЛЕМ ОТНОШЕНИЙ

Создание и валидация критериев для проблем отношений в DSM-V хорошо развита. Цель - представить четкие критерии, которые могли бы обеспечить клинически полезное руководство и создать основу для согласованности между показателями в клинических учреждениях. К тому же каждый набор критериев основывается на лучшем доступном научном понимании развития и поддержки этих проблем.

Таблица 1 представляет критерии для партнерских проблем отношений.

Требуются оба критерия - А и В. Критерий А включает неудовлетворенность взаимоотношениями, с тремя возможными представлениями (по аналогии с требованием подавленного настроения или ангедонии для критериев большого депрессивного эпизода): растущее и постоянное чувство несчастья во взаимоотношениях; постоянные мысли о разводе или разделении; воспринимаемая необходимость профессиональной

Таблица 1 Диагностические критерии для партнерских проблем отношений

- | |
|---|
| <p>А. Неудовлетворенность взаимоотношениями в течение последнего месяца, подтвержденная любым из следующих критериев:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Полное чувство отсутствия счастья во взаимоотношениях, на протяжении большего числа дней. 2) Мысли о разводе /разделении, более чем временные. 3) Воспринимаемая необходимость в профессиональной помощи для взаимоотношений. <p>В. Значительное влияние неудовлетворенности взаимоотношениями на поведение, когнитивную или эмоциональную сферу, доказанное хотя бы одним из следующих признаков даже в отношении одного партнера:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Поведенческие симптомы: <ol style="list-style-type: none"> a. трудности в разрешении конфликтов, доказанные одним из двух критериев: <ol style="list-style-type: none"> i. постоянное и заметное расширение негативного поведения или аффекта (например, «мелкие» споры быстро и часто перерастают в горячие споры). ii. постоянный уход, что мешает решению. (Уход может быть в виде ухода от дискуссии прежде, чем проблема разрешена, или в виде более расширяющегося обособления, что мешает обсуждению и решению проблем) b. расширяющийся недостаток позитивного поведения (например, обмен мыслями и чувствами; привязанность) или поддерживающего поведения. 2) Когнитивные симптомы – расширяющаяся модель негативных атрибуций в отношении намерений партнера, доказанная одним из двух критериев: <ol style="list-style-type: none"> a. Негативное поведение расширительно объясняется негативными личностными чертами или воспринимается как добровольные, умышленные или с негативным намерением . b. Позитивное поведение расширительно объясняется временным состоянием, воспринимается как случайное, непреднамеренное или со скрытыми негативными намерениями. 3) Аффективные симптомы – взаимоотношения или мысли о партнере часто заметны по интенсивности и постоянному уровню, по крайней мере, одного из следующих признаков: <ol style="list-style-type: none"> a. Гнев или презрение. b. Печаль. c. Апатия |
|---|

помощи для взаимоотношений. Критерий В включает поведенческие, когнитивные и эмоциональные симптомы, которые несколько раз появлялись в эмпирической литературе; требуется, по крайней мере, один. Таблица 2 демонстрирует критерии детского физического насилия. Требуются оба критерия: А (действие) и В (влияние), так же как и критерий С (отсутствие смягчающих обстоятельств – действия не были предприняты для самообороны от неминуемого вреда, не были частью развития соответствующей игры и не были предприняты для защиты ребенка от неизбежного вреда).

Как и в DSM, где критерии для “большого депрессивного эпизода” являются самостоятельными, однако относятся к критериям “большого депрессивного расстройства”, одиннадцать критериев расстройства отношений имеют несколько наборов суб-критериев, которые доказали свою сущность для надежного применения критериев. Как видно из таблицы 2, “более чем незначительные физические повреждения” и “более чем незначительная реакция страха” имеют поясняющие критерии. Как мы обнаружили во время полевых испытаний, обсуждаемых ниже, такие операционализации необходимы для достижения согласованности экспертов. Наконец, критерий В1 (более чем незначительное повреждение) и В3 (более чем незначительная реакция страха) включают действительные (реальные) воздействия, в то время как В2 включает возможное более чем незначительное повреждение. Эксперты оценивают свойственную опасность действия, степень примененной силы и физическое окружение, в котором произошедшие действия представляли собой значительный потенциал для серьезного вреда (например, сильно толкая ребенка около вершины лестничного марша, сильно душить подростка, не оставляя синяков).

Таблица 3 представляет критерии родительских проблем, которые следуют по сходству с другими критериями. Критерий А включает значительные родительские трудности, критерий В – значительное влияние на ребенка этих родительских трудностей. Критерии отражают также данные эмпирической литературы и обеспечивают надежность показателей в клинических учреждениях. Многие случаи семейной дисфункции, при которых ребенку выставляется

диагноз (например, расстройство поведения, оппозиционное вызывающее расстройство), могут также соответствовать критериям родительских проблем.

СОЗДАНИЕ И ПРОВЕРКА КРИТЕРИЕВ ДЛЯ ПРОБЛЕМ ОТНОШЕНИЙ

Критерии разработаны для всех одиннадцати проблем отношений. Ниже мы подробно излагаем критерии и их тестирование для проблем отношений, связанных с жестоким обращением с партнером и ребенком. Критерии жестокого обращения, созданные в результате многоступенчатого процесса, уже подробно описаны (28-30). Эти шаги включают: а) изучение содержания достоверности и области использования ряда критериев, которые уже применяются; б) создание единой концептуализации, для чего сформирована проблема над-пороговости; в) пересмотр и адаптация (при необходимости) существующих операционализаций; г) полевые испытания и уточнение критериев, оценка и процесс принятия решения; д) испытание применения критериев в широких масштабах; е) подготовка испытателей, знающих критерии, и создание структурированных клинических интервью; ж) изучение степени валидности окончательных критериев.

До описания результатов многоступенчатого процесса создания/тестирования необходимы некоторые уточнения обстоятельств. Во-первых, первоначально критерии были созданы для Военно-воздушных сил США и с тех пор адаптированы для всех служб Министерства обороны и береговой охраны США. Во-вторых, все оценки, в том числе диагностические, были проведены с семьями, против которых были поданы заявления о жестоком обращении, но не в общей популяции. В-третьих, процессы, примененные в данном контексте, немного отличались от применяемых в гражданских условиях. Хотя все клинические оценки были проведены дипломированными провайдерами, решение о соответствии кого-либо критериям принималось комитетом.

Таблица 2 Критерии для физического насилия над детьми

<p>А. Неслучайное использование физической силы родителем ребенка/ ухаживающим лицом. Физическая сила включает, но не ограничивается: битье руками; сбрасывание; толкание; пинки; удары; хватание или толкание конечностями или туловищем; бросание; удары кулаком; таскание за волосы; царапанье; щипание; удерживание или сдавливание; трясение; сдерживание; набрасывание предметов; удары ногами; избиение кулаками; избиение палкой, ремнем, поясом или другими объектами; ошпаривание; поджигание; отравление; толкание; применение силы к горлу; удушение или ограничение доставки воздуха; удерживание под водой; использование оружия.</p> <p>В. Значительное влияние на ребенка, доказанное любым из следующих:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Более, чем несущественное, физическое повреждение (смотри определение ниже). 2) Обоснованный потенциал для более, чем несущественного, физического повреждения (смотри определение ниже) в результате присущей действию опасности, степени примененной силы и физической обстановки, в которой совершены действия. 3) Более, чем несущественная, реакция страха (смотри определение ниже) <p>С. Действия физической силы не были совершены по любой из следующих причин:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Защитить себя от неизбежного вреда, потому что ребенок/подросток был в состоянии физической силы (смотри определение ниже). 2) Играть с ребенком в развивающейся соответственной манере. 3) Защитить ребенка или другое лицо от неминуемого физического вреда (включая, но не ограничивая, выталкивание ребенка на дорогу от автомобиля, отнятие оружия у суицидального ребенка, останавливая ребенка от причинения вреда другому лицу). <p>(Последующие действия, которые не являются непосредственно защитными, – например, битье ребенка за то, что выбежал на улицу, – не соответствует этому критерию)</p> <p><i>Субкритерии для “Более, чем несущественного, физического повреждения”</i></p> <p>Повреждение, включающее любое из следующих:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Любое повреждение лица или головы. В. Любое повреждение ребенка младше 2 лет. С. Более чем поверхностный (е) кровоподтек(и) (например, кровоподтек, который отличается от легкого покраснения по цвету, – например, фиолетовый, синий, черный, – ИЛИ кровоподтеки с чрезмерной областью, превышающей ладонь жертвы, ИЛИ чувствительные к легкому прикосновению). Д. Более, чем поверхностные, порез(ы)/царапина(ы) (например, могли требовать давления для прекращения кровотечения). Е. Внутреннее кровотечение или изо рта или ушей. Ф. След (удар или рубец, возвышающийся на коже). Г. Ожоги. 	<p>Н. Потеря сознания.</p> <p>И. Утрата функционирования (включая, но не ограничиваясь, вывихи, сломанные кости, отслоение сетчатки, утраченные или сломанные зубы).</p> <p>Ж. Тепловое истощение или тепловой удар.</p> <p>К. Повреждение внутренних органов.</p> <p>Л. Обезображивание (включая, но не ограничиваясь, рубцы).</p> <p>М. Опухание, продолжающееся по крайней мере, 24 часа.</p> <p>Н. Боль, чувствующаяся (а) во время обычной активности и (б) по крайней мере, 24 часа после нанесенного физического повреждения.</p> <p><i>Субкритерии для “Более, чем несущественная, реакция страха”</i></p> <p>Значительная реакция страха жертвы, доказанная обоими признаками:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Страх (вербализованный или показываемый) телесного повреждения себя и других. В. По крайней мере, один из следующих признаков страха или тревоги, продолжающийся не менее 48 часов: <ol style="list-style-type: none"> 1) Постоянные навязчивые воспоминания об инциденте. 2) заметные негативные реакции на намеки, связанные с инцидентом, доказанные любым из следующих: <ol style="list-style-type: none"> а. Избегание намеков. б. Субъективный или очевидный дистресс в ответ на намек (сам нарушитель может быть намеком). с. Физиологическое сильное возбуждение в ответ на намеки (сам нарушитель может быть намеком). 3) Действия или чувства, как при повторе инцидента. 4) Постоянные симптомы повышенного возбуждения, доказанные любым из следующих: <ol style="list-style-type: none"> а. Трудности засыпания и сохранения сна. б. Раздражительность или вспышки гнева. с. Трудности концентрации. д. Повышенная бдительность (т.е. действия, сверхчувствительные на звуки и образы окружающего; изучение окружающего с ожиданием безопасности; чувство взвинченности и нетерпения). е. Чрезмерные вздрагивания в ответ. <p><i>Субкритерии для “Защита себя от неминуемого физического вреда из-за применения ребенком физической силы”</i> Действия физической силы предпринимались для защиты от неизбежного физического вреда из-за применения ребенком физической силы, доказанные всеми тремя следующими критериями:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Действие(я), когда другой применял физическую силу. “Действие” начинается с инициации двигательного поведения, что обычно может привести к акту физической силы (например, приказ ударить его/ее) и заканчивается, когда применение силы не является неизбежным. В. Единственным назначением действия(й) было остановить применение физической силы другим лицом. С. Действие(я) с минимально примененной силой, чтобы остановить применение силы другим человеком.
---	---

Шаг 1: Изучение степени обоснованности и области применимости существующих критериев

Поскольку изначально мы были обеспечены существующими определениями в качестве стартовой позиции, мы провели два исследования степени достоверности, применяя критерии жестокого обращения в семье, которые использовались Министерством обороны США (31). Для максимальной степени клинической валидности потенциальных критериев исходим из предложения Наупес и др. (32) о проведении исследований по изучению степени валидности

с использованием гражданских и военных экспертов по жестокому обращению в семье (Исследование 1) и тех, кто был намерен использовать эти дефиниции (т.е. клиницисты; Исследование 2).

Исследование 1 (28) считает, что критерии у военных были адекватными, но могли бы быть улучшены путем: а) операционализации терминов, б) исключения частичного совпадения в определениях эмоционального насилия и других форм жестокого обращения и с) исключения требования о том, что клиницисты предсказывают риск повтора, чтобы определить соответствие

Таблица 3 Критерии для родительских проблем

<p>A. Учитывая потребности развития ребенка, уход заметно выходит за рамки обычного, о чем свидетельствует один из следующих вариантов:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Возрастающие трудности ухода, включая один или оба из следующих:<ol style="list-style-type: none">a. Недостаточная вовлеченность (например, родитель не связан с ребенком и не обеспечивает его любящими отношениями).b. Чрезмерная вовлеченность (например, родитель настолько защищает, что подросток не может себе позволить любое частное общение с друзьями; ребенок не в состоянии выбирать, как ему проводить свое время).2) Отмеченные трудности хотя бы в одном аспекте воспитания, включая, но не ограничиваясь:<ol style="list-style-type: none">a. Отсутствие надлежащего контроля за ребенком (например, не контролировать деятельность детей; быть недостаточно осведомленным о деятельности подростков).b. Отмеченное отсутствие поддержки или активного влияния на основную жизненную деятельность.c. Чрезмерная или ненадлежащая дисциплина (не соответствующая критериям насилия над ребенком).d. Чрезмерное давление на ребенка для принятия участия в каком-либо виде деятельности или интересов (например, спорт).e. Неспособность ребенка общаться через несуществующие или неполные принудительные ограничения. <p>B. Значительное влияние на ребенка, включая любое из следующего:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Более, чем несущественное, физическое повреждение.2) Психологический ущерб, включая один из двух:<ol style="list-style-type: none">a. Более, чем несущественную, реакцию страха.b. психическое расстройство или почти на грани диагностического порога связанное или обострившееся в результате трудностей заботы.3) Связанные со стрессом соматические симптомы (связанные или обострившиеся в результате трудностей заботы), которые существенно мешают нормальному существованию ребенка.4) Обоснованные возможности для более чем несущественного физического повреждения в результате влияния опасности трудностей воспитания и физического окружения ребенка5) Обоснованные возможности для психологического вреда. (Необходимо принять во внимание уровень функционирования ребенка и имеющиеся факторы устойчивости:<ol style="list-style-type: none">a. Обоснованные возможности развития психического расстройства (или на грани диагностического порога) из-за трудностей воспитания;b. Обоснованные возможности для существенного нарушения физического, психологического, когнитивного или социального развития ребенка из-за трудностей воспитания.
--

инцидентов критериям эмоционального насилия над ребенком или пренебрежения им. В Исследовании 2 (28) клиницисты разделяют мнение экспертов в том, что, несмотря на то, что в целом понятно содержание многих ключевых элементов жесткого обращения, существующие дефиниции нуждаются в лучшей операцио-

нализации. Кроме того, в связи с процессом принятия решений клиницисты сообщили, что проблемы, дополнительные к дефинициям, или влияли на процесс принятия решений, или приводили комитет к явному отклонению определений.

Шаг 2: Концептуализировать конструкт и пересмотреть существующие концептуализации и операционализации

При разработке критериев Neuman и Slep (28,29) адаптировали концептуальную основу, сходную с DSM, в том, что физическое и эмоциональное насилие над партнером и ребенком и безнадзорность ребенка могли требовать специфического типа действия (например, применения физической силы для физического насилия) и значительного влияния (или высокого потенциала для значительного влияния, такого, как стрельба из пистолета в супруга, но не ранение его/ее). Из-за предполагаемого риска значительного влияния партнерского сексуального насилия и родительско-детского сексуального насилия концептуальная основа сексуального насилия требовала только квалификационного действия.

Шаг 3: Всесторонне обследовать и адаптировать существующие правовые, исследовательские и клинические определения и операционализации

Шаг 3 включал создание критериев жестокого обращения на основе, в частности, предшествующих критериев Министерства обороны США и на основе операционализаций в существующих правовых, исследовательских и клинических определениях, которые были достаточно конкретны для обеспечения надежности. Были всесторонне изучены десятки гражданских и военных определений, включая следующие: Закон о предотвращении и лечении последствий насилия над детьми (33); определения партнерского насилия Центров по контролю за заболеваниями (Centers for Disease Control - CDC) (34); Модифицированная классификационная система по жестокому обращению (35,36); определение сексуального насилия над детьми и связанные с ним термины международных и внутренних агентств, включая, среди прочих, определения НПО Группы в поддержку прав ребенка, Фокус-центр по сексуальной эксплуатации детей (37); определения Национального обзора частоты детского насилия и безнадзорности (38); государственные уставы о домашнем насилии (39); государственные уставы о детском насилии (40); действующие

определения Министерства обороны США с предложенными модификациями (31,41- 43); и определения для партнерского жестокого обращения, рекомендованные Целевой группой по защите от насилия в семье (44).

Шаг 4: Полевые испытания

Следующий шаг (Исследование 3) – pilotное экспериментальное испытание в пяти местах (28), направленное на подготовку клинического персонала и других членов комитета для определения случая на пяти сайтах при использовании этих дефиниций; многократное улучшение операционализации во время полевого испытания; сравнение решения по жестокому обращению с такими квалифицированными обозревателями (т.е. из Family Translational Research Group at the State University of New York at Stony Brook и из штабов Air Force Family Advocacy в San Antonio, Texas).

Согласованность между комитетами и квалифицированными обозревателями была умеренной. На основе мониторинговых совещаний до полевых испытаний Neuman и Slep (28) подсчитали, что решения комитета следовали старым дефинициям приблизительно 50% времени. С использованием новых определений, однако, 76% ($\kappa=.48$) заявлений были приняты основными комитетами таким же образом, как они были приняты квалифицированными рецензентами (Table 4). Хотя это представляется улучшением, ни 76% соглашений, ($\kappa=.48$) не могут считаться адекватными. Для второго полевого испытания, Исследование 4 (28), были введены некоторые изменения. Во-первых, чтобы сделать процесс оценки согласованным во всех сайтах и быть уверенными, что соответствующая информация оценена, мы создали структурированное клиническое интервью, которое использовалось параллельно с диагностическими критериями для каждого варианта семейного жестокого обращения. Оценивающие клиницисты были снабжены ими и инструктированы, как пользоваться. Во-вторых, действующие комитеты (в первую очередь, провайдеры услуг), как представляется, тем не менее, сталкивались только с трудностями при взвешивании

соответствующей критерию информации; наши партнеры из ВВС США решили изменить состав, который работал в совете решений. В-третьих, представление информации было существенно изменено. Прежний процесс (использовавшийся в пилотном полевом испытании) включал резюме (сводку) клиницистов, которые завершили оценку и часто не представляли напрямую соответствующую критериям информацию. В исследовании 4 все члены совета, которые имели всю соответствующую информацию, представляли ее (например, оценивающий врач, полицейский, руководитель работы). В-четвертых, голоса подавались для каждого критерия в отдельности с помощью компьютерной матрицы принятия решений, которая представляла диагностические решения для исполнения. Как показано в таблице 4, в 92% случаев ($\kappa=.84$) решение в испытании соответствует ли жестокое обращение диагностическому порогу или превышает его, сравнивалось с такими же решениями квалифицированных рецензентов. Этот исключительный уровень надежности предполагал успешность уточнения критериев.

Шаг 5: Тестирование применения диагностических критериев в широких масштабах

Хотя второе испытание включало решения, принятые в полях в условиях реальной действительности, была очевидна эффективность испытания и не подтверждалось применение диагностической системы при широком распространении. Необходимо было испытание распространения использования диагностической системы во многих местах (сайтах). Поскольку диагностическая система была широко распространена через организации, мы имели возможность случайным образом выбрать 41 комитет для участия в испытании. Как показано в таблице 4, согласованность между решениями, принятыми в полевых условиях, и решениями, принятыми квалифицированными рецензентами, оставалась высокой. Поддержание адекватной согласованности особенно примечательно с учетом относительной нехватки опыта и профессиональной подготовки у большинства тех, кто использовал диагностические критерии, и характера стандартных операционных

процедур в участвующих сайтах (т.е. они не были “специальными добровольными сайтами для тестирования”, как в испытании эффективности). Эти результаты являются весьма обнадеживающими и свидетельствуют о том, что диагностические системы для проблем взаимоотношений могут действительно быть надежно применимыми в реальных учреждениях, несмотря на обескураживающие результаты на сегодняшний день в общей литературе по DSM (45-48).

Шаг 6: Выбрать/создать критерий-информированные скринеры и структурированные клинические интервью

Поскольку клиническое усвоение ряда критериев маловероятно без мероприятий в помощь скринингу и структурированной оценке, мы создали инструменты двухступенчатого отбора (т.е. быстрый опросник для отбора и набор структурированных клинических интервью по образцу структурированного клинического интервью для DSM-IV Расстройства I Оси, SCID-I) для использования в клинической практике всех одиннадцати форм проблем взаимоотношений, перечисленных выше. В следующие месяцы мы планируем тестирование этих мероприятий в клинических учреждениях.

Шаг 7: Изучение степени достоверности окончательных критериев

В настоящее время мы оцениваем рейтинги экспертов в отношении степени достоверности одиннадцати наборов критериев для проблем взаимоотношений. Первоначальная информация по жестокому обращению показала, что у экспертов имеется несколько рекомендаций для улучшения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И РЕКОМЕНДАЦИИ

Созданы многогранные, с множеством нюансов, достоверные диагностические критерии для реляционных проблем, которые могут надежно использоваться даже теми

клиницистами, у которых небольшой клинический опыт/подготовка или таковой вообще отсутствует. Использование определений, таких, как эти, может привести к более надежному принятию решений в полевых условиях и большей согласованности в исследованиях. Следует отметить, что не только полевые решения надежно согласуются с решениями экспертов по проблеме взаимоотношений, но и что эта согласованность выше, чем обычно сообщается в отношении психических расстройств по DSM. Хотя и неубедительно, но несколько исследований тестирования согласованности диагнозов полевых клиницистов и диагнозов по «стандартному критерию» SCID показали проблематичный уровень согласованности (49). Vasco и др. (45) сообщили о плохой согласованности ($\kappa = .13-.45$) между диагнозами по DSM, поставленными полевыми клиницистами, и диагнозами квалифицированных рецензентов, которые использовали структурированные интервью (иногда дополненные из других источников информации). Kashner и др. (46) указали на сопоставимую согласованность между диагнозами клиницистов и диагнозами по SCID ($\kappa = .20-.30$), за исключением диагнозов тяжелых психических расстройств ($\kappa = .52-.60$). Аналогичным образом изучение первичных психотических стационарных пациентов (47) показало неплохую согласованность диагнозов клиницистов и диагнозов по SCID/главных рецензентов ($\kappa = .51-.73$), но только для академических и коммунальных больниц; согласованность между клиницистами в общественных больницах и исследователями была плохой ($\kappa = .13-.34$). Это контрастирует с согласованностью между полевыми решениями и решениями экспертов в испытании распространения жестокого обращения ($\kappa = .66-.89$ в семи формах жестокого обращения; $\kappa = .82$ в целом). Хотя наши диагностические критерии были надежны и продемонстрировали уровень достоверности, необходима дальнейшая работа для более прочного установления достоверности. Мы начали такие исследования, но пока не получили результатов, которые могут пролить свет на достоверность определений, приведя проблемы взаимоотношений в соответствие лучше или хуже, с остальными в DSM. Бывший директор Национального института психического здоровья (National Institute of Mental Health) Steven Hyman кратко обобщил всеобщее

признание незавершенных и разно достоверных рационально-полученных диагностических критериев: “Если относительная прочность DSM основана на его акценте на надежности, то фундаментальная слабость лежит на проблемах, связанных с достоверностью. Не только сохраняющимся, но и все больше возрастающим является вопрос, отражает ли DSM-IV-TR по-настоящему природу во всех ее проявлениях, – являются ли объекты, описанные в руководствах, по-настоящему «естественными образованиями» или же случайными химерами” (50). Можно было бы добавить проблемы взаимоотношений в перечень надежно рационально полученных диагнозов с поиском доказательства, что они являются естественными, и если они существуют, различают ли их существующие критерии. Будущие исследования должны быть направлены на установление сходимости, отчетливости и прогностической достоверности этих критериев.

Наконец, таксометрические методы должны быть использованы для исследования, если создание качественных различий является эмпирически поддерживаемым. Некоторые ранее выполненные работы выявили, что это реально для партнерских проблем взаимоотношений (51,52) и предполагались для многих аспектов (53).

В заключение следует подчеркнуть клинически значимые поведенческие или психологические синдромы или паттерны возникают между членами семьи и связаны с наличием дистресса или инвалидности или с значительно возросшим риском смерти от страданий, боли, инвалидности и значимой потерей свободы. Кратко рассмотренная выше литература неопровержимо свидетельствует как о синдромах/паттернах проблем взаимоотношений, так и об их серьезных последствиях. Критерии для одиннадцати таких проблем взаимоотношений, смоделированные по образцу современных диагнозов DSM, созданы наряду с скрининговыми опросниками и подобными SCID структурированными клиническими интервью, которые операционализировали критерии для каждой проблемы. В большинстве изученных подмножеств критериев проблем взаимоотношений – партнеров и детей – было показано, что значительно высокие уровни

надежности их при использовании в полях, уровни согласованности никогда не достигались диагнозами DSM для отдельных лиц. Наука, службы, семьи, индивидуумы и сама DSM могли быть полезными, если включить диагностические критерии для проблем взаимоотношений и рассмотреть различные варианты для размещения проблем/процессов взаимоотношений в DSM-V.

Благодарность

Эмпирическое исследование, обсужденное в данной статье, было поддержано ВВС США/Департаментом сельскохозяйственных контрактов США CR-19191B-545810 и CR-19191-428142. Мы также выражаем признательность гранту от института Fetzer, который частично поддержал процесс написания статьи создание скринеров проблем взаимоотношений и сбор/создание структурированных интервью. Мнения, выраженные в данной статье, являются исключительно авторскими и не обязательно представляют официальную точку зрения правительства США, Министерства обороны или Департамента ВВС США.

Список литературы:

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., text revised. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
2. Widiger TA, Frances AJ, Pincus HA. DSM-IV sourcebook, Vol. 3. Washington: American Psychiatric Association, 1997.
3. Heyman RE, Feldbau-Kohn SR, Ehrensaft MK et al. Can questionnaire reports correctly classify relationship distress and partner physical abuse? *J Fam Psychol* 2001;15:334-46.
4. Slep AMS, Heyman RE. Where do we go from here? Moving toward an integrated field of family violence. *Aggression and Violent Behavior* 2001;6:353-6.
5. Heyman RE, Slep AMS. Creating and field-testing diagnostic criteria for partner and child maltreatment. *J Fam Psychol* 2006;20:397408.
6. Straus MA. The Conflict Tactics Scales and its critics: an evaluation and new data on validity and reliability. In: Straus MA, Gelles RJ (eds). *Physical violence in American families: risk factors and adaptation to violence in 8,145 families*. New Brunswick: Transaction Publishing, 1990:3-16.
7. White JW, Smith PH, Koss MP et al. Intimate partner aggression – What have we learned? Comment on Archer. *Psychol Bull* 2000;126: 690-6.
8. Kupfer DJ, First MB, Regier DE. Introduction. In: Kupfer DJ, First MB, Regier DE (eds). *A research agenda for DSM-V*. Washington: American Psychiatric Association, 2002:xv–xxiii.
9. Mrazek PJ, Haggerty RJ. Illustrative preventive intervention research programs. In: Mrazek PJ, Haggerty RJ (eds). *Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research*. Washington: National Academy Press, 1994:215-313.
10. Beach SRH, Wamboldt M, Kaslow NJ et al. Describing relationship problems in DSM-V: toward better guidance for research and clinical practice. *J Fam Psychol* 2006;20:359-68.
11. Beach SRH, Wamboldt M, Kaslow NJ et al. Relational processes and mental health: a bench to bedside dialogue to guide the DSM-V. In: Beach SRH, Wamboldt M, Kaslow N (eds). *Relational processes and DSM-V: neuroscience, assessment, prevention, and treatment*. Washington: American Psychiatric Press, 2006:1-20.
12. Whisman MA, Bruce ML. Marital dissatisfaction and incidence of major depressive episode in a community sample. *J Abnorm Psychol* 1999;108:674-8.
13. Whisman MA. Marital dissatisfaction and psychiatric disorders: results from the National Comorbidity Survey. *J Abnorm Psychol* 1999;108:701-6.
14. Beach SRH, Kim S, Cercone-Keeney J et al. Physical aggression and depression: gender asymmetry in effects? *J Soc Pers Relat* 2004; 21:341-60.
15. Cano A, O'Leary KD. Infidelity and separations precipitate major depressive episodes and symptoms of nonspecific depression and anxiety. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:774-81.
16. Kendler KS, Hettema JM, Butera F et al. Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment, and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:789-96.
17. Reiss D, Pedersen NL, Cederblad M et al. Genetic probes of three theories of maternal adjustment: I. Recent evidence and a model. *Fam Process* 2001;40:247-59.
18. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003;301:386-99.
19. Beach SRH. Marital and family processes in depression: a scientific foundation for clinical practice. Washington: American Psychological Association, 2001.
20. O'Farrell TJ, Fals-Stewart W. Alcohol abuse. *J Marital Fam Ther* 2003;29:121-46.
21. Miklowitz DJ. The role of family systems in severe and recurrent psychiatric disorders: a developmental psychopathology view. *Dev Psychopathol* 2004;16:667-88.
22. Repetti RL, Taylor SE, Seeman TE. Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychol Bull* 2002;128:330-66.
23. Cadoret RJ, Winokur G, Langbehn D et al. Depression spectrum disease: I. The role of gene-environment interaction. *Am J Psychiatry* 1996;153:892-9.
24. Tienari P, Wynne LC, Moring J et al. The Finnish adoptive family study of schizophrenia: implications for family research. *Br J Psychiatry* 1994;164:20-6.
25. Liu D, Diorio J, Tannenbaum B et al. Maternal care, hippocampal glucocorticoid receptors, and hypothalamic-pituitary-adrenal responses to stress. *Science* 1997;277:1659-62.
26. Suomi SJ. Developmental trajectories, early experiences, and community consequences: lessons from studies with rhesus monkeys. In: Keating D, Hertzmann C (eds). *Developmental health and the wealth of nations: social, biological, and educational dynamics*. New York: Guilford, 1999:185-200.
27. Gallo LC, Troxel WM, Matthews KA et al. Marital status and quality in middle-aged women: associations with levels and trajectories of cardiovascular risk factors. *Health Psychol* 2003;22:453-63.
28. Heyman RE, Slep AMS. Creating and field-testing diagnostic criteria for partner and child maltreatment. *J Fam Psychol* 2006;20:397408.

29. Slep AMS, Heyman RE. Creating and field-testing child maltreatment definitions: improving the reliability of substantiation determinations. *Child Maltreat* 2006;11:217-36.
30. Heyman RE, Slep AMS. Reliability of family maltreatment diagnostic criteria: 41 site dissemination field trial. Submitted for publication.
31. Office of the Under Secretary of Defense. DoD directive 6400.2. Washington: Office of the Under Secretary of Defense for Personnel and Readiness, 1997.
32. Haynes SN, Richard DCS, Kubany ES. Content validity in psychological assessment: a functional approach to concepts and methods. *Psychol Assess* 1995;7:238-47.
33. US Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau, Office on Child Abuse and Neglect. The child abuse prevention and treatment act. Washington: US Department of Health and Human Services, 2003.
34. Saltzman LE, Fanslow JL, McMahon PM et al. Intimate partner violence surveillance: uniform definitions and recommended data elements, Ver. 1.0. Atlanta: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 1999.
35. Barnett D, Manly JT, Cicchetti D. Continuing toward an operational definition of psychological maltreatment. *Dev Psychopathol* 1991; 3:19-29.
36. Barnett D, Manly JT, Cicchetti D. Defining child maltreatment: the interface between policy and research. In: Cicchetti D, Toth SL (eds). *Advances in applied developmental psychology: child abuse, child development and social policy*. Norwood: Ablex Publishing, 1993:7-73.
37. NGO Group for the Convention on the Rights of the Child, Focal Point on the Sexual Exploitation of Children. Definitions of child sexual exploitation and related terms. NGO Group for the Convention on the Rights of the Child, 2000.
38. Sedlak AJ, Broadhurst DD. Third national incidence study of child abuse and neglect. Washington: National Center on Child Abuse and Neglect, 1996.
39. National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect. Compendium of laws, definitions of domestic violence. National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect, 2003.
40. National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect. Compendium of Laws, Reporting Laws: definitions of Child Abuse and Neglect. National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect, 2003.
41. Office of the Under Secretary of Defense. Proposed DoD directive 6400.2 (draft). Unpublished manuscript, May 25, 1999.
42. Office of the Under Secretary of Defense. Proposed DoD directive 6400.2 (draft). Unpublished manuscript, December 25, 2000.
43. Office of the Under Secretary of Defense. Proposed DoD directive 6400.2 (draft). Unpublished manuscript; February 22, 2002.
44. Defense Task Force on Domestic Violence. Initial report of the Defense Task Force on Domestic Violence. Defense Task Force on Domestic Violence, 2001.
45. Basco MR, Bostic JQ, Davies D et al. Methods to improve diagnostic accuracy in a community mental health setting. *Am J Psychiatry* 2000;157:1599-605.
46. Shear M, Greeno C, Kang J et al. Diagnosis of nonpsychotic patients in community clinics. *Am J Psychiatry* 2000;157:581-7.
47. Kashner T, Rush A, Suris A et al. Impact of structured clinical interviews on physicians' practices in community mental health settings. *Psychiatr Serv* 2003;54:712-8.
48. Fennig S, Craig T, Tanenberg-Karant M et al. Comparison of facility and research diagnoses in first-admission psychotic patients. *Am J Psychiatry* 1994;151:1423-9.
49. First MB. The reliability of psychiatric diagnoses: counterpoint – There isn't enough evidence available to speculate on the reliability of diagnoses in clinical settings. *Psychiatry* 2007;4:22-5.
50. Hyman SE. Foreword. In: Phillips KA, First MB, Pincus HA (eds): *Advancing DSM: dilemmas in psychiatric diagnosis*. Washington: American Psychiatric Association, 2003:xi-xxi.
51. Beach SRH, Fincham FD, Amir N et al. The taxometrics of marriage: is marital discord categorical? *J Fam Psychol* 2005;19:276-85.
52. Whisman MA, Beach SRH, Snyder DK. Is marital discord taxonic and can taxonic status be assessed reliably? Results from a national, representative sample of married couples. *J Consult Clin Psychol* 2008;76:45-755.
53. Heyman RE, Slep AMS. Relational diagnoses: from reliable rationally-derived criteria to testable taxonic hypotheses. In: Beach SRH, Wamboldt M, Kaslow N et al (eds). *Relational processes and DSM-V: neuroscience, assessment, prevention, and treatment*. Washington: American Psychiatric Press, 2006:139-56.

Метаболический синдром у лиц, страдающих шизофренией: обзор

MARC DE HERT¹, VINCENT SCHREURS¹, DAVY VANCAMPFORT², RUUD VAN WINKEL^{1,3}

1 University Psychiatric Center, Catholic University Leuven, Leuvensesteenweg 517, 3070 Kortenberg, Belgium

2 Department of Rehabilitation Sciences, Faculty of Kinesiology and Rehabilitation Sciences, Catholic University Leuven, Belgium

3 Department of Psychiatry and Neuropsychology, EURON, South Limburg Mental Health Research and Teaching Network, Maastricht University Medical Centre, Maastricht, The Netherlands

Метаболический синдром и другие кардиоваскулярные факторы риска часто преобладают у лиц с шизофренией. Пациенты имеют риск преждевременной смерти, и в целом, ограниченный доступ к соматической помощи. В частности, эти кардио-метаболические факторы риска свойственны нездоровому образу жизни, включая плохое питание и сидячий образ жизни. Но в течение последних лет стало очевидным, что антипсихотические препараты могут негативно влиять на некоторые из модифицируемых факторов риска. Психиатру необходимо осознавать потенциальные метаболические побочные эффекты антипсихотических лекарств и включать их в оценку риска/преимуществ при выборе специфического антипсихотика. Психиатр также должен быть ответственным за внедрение необходимых скрининговых оценок и направление на лечение любой соматической болезни. Необходима мультидисциплинарная оценка психического и соматического состояний. Соматическое лечение, предлагаемое людям с тяжелыми и продолжающимися психическими заболеваниями, должно соответствовать паре с общемедицинской помощью для популяции, не страдающей психиатрическими болезнями.

Ключевые слова: метаболический синдром, шизофрения, антипсихотики

(World Psychiatry 2009;8:15-22)

Люди с тяжелыми психическими заболеваниями (ТПЗ), такими как шизофрения, имеют сокращенную среднюю продолжительность жизни по сравнению с общим населением. (1-13). У них в 2-3 раза выше риск смерти, и этот разрыв, связанный с психическими заболеваниями, по сравнению с общей популяцией увеличился в последние десятилетия (13). У людей с тяжелыми психическими заболеваниями почти в 2 раза выше риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), чем у нормальных людей (1-13).

В последние десятилетия в психиатрическом сообществе это привело к растущей обеспокоенности соматическим здоровьем лиц с ТПЗ, особенно в отношении риска ССЗ (14-24). У лиц с ТПЗ больше шансов иметь избыточную массу тела, курение, гипергликемию/сахарный диабет, гипертензию и дислипидемию (Таблица 1). Наряду с общим повышенным риском соматических коморбидностей, па-

циенты с шизофренией имеют худший доступ и качество соматической помощи (7,25-27).

Таблица 1 Оцененная распространенность и относительный риск (ОР) модифицируемых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний при шизофрении и биполярном расстройстве в сравнении с общей популяцией (из 16)

Оцененная распространенность, % (ОР)		
Модифицируемые факторы риска	Шизофрения	Биполярное асстройство
Ожирение	45-55 (1.5-2)	21-49 (1-2)
Курение	50-80 (2-3)	54-68 (2-3)
Диабет	10-15 (2)	8-17 (1.5-2)
Гипертензия	19-58 (2-3)	35-61 (2-3)
Дислипидемия	25-69 (≤ 5)	23-38 (≤ 3)
Метаболический синдром	37-63 (2-3)	30-49 (1.5-2)

В частности, эти кардиометаболические факторы риска связаны с нездоровым образом жизни, включающим плохое питание и сидячий образ жизни. Но в течение последних лет стало очевидным, что и антипсихотические

препараты (АП) могут негативно влиять на некоторые из модифицируемых факторов риска (7,14,15-42) (Таблица 2). Часть этого негативного влияния может быть объяснена ответственностью некоторых антипсихотиков, вызывающих значительный рост веса (массы тела). Недавнее исследование выявило, что эти метаболические изменения незвисимы от дозы (42).

Таблица 2 Второе поколение антипсихотических препаратов метаболические нарушения (14,41,107-109)

Антипсихотик	Увеличение веса	Риск для диабета	Ухудшение липидного профиля
Клозапин	+++	+	+
Оланзапин	+++	+	+
Рisperидон	++	?	?
Кветиапин	++	?	?
Арипипразол	±	нет сведений	нет сведений
Зипразидон	±	нет сведений	нет сведений
Амисульприд	±	нет сведений	нет сведений

Метаболический синдром (MetC) объединяет ряд ненормальных клинических и метаболических результатов, которые прогнозируют риск ССЗ, хотя и продолжаются дискуссии в отношении использования данного термина (44-50). Причины MetC не до конца понятны, но есть одна центральная роль висцерального ожирения и инсулиновой резистентности. Для MetC наиболее часто используются дефиниции Группы Лечения для Взрослых (Adult Treatment Panel III - АТР III) Национальной Образовательной Программы по Холестерину (the National Cholesterol Education Program - NCEP) (46) и адаптированные АТР III-А, предложенные Американской ассоциацией сердца (the American Heart Association), вслед за Американской диабетической ассоциацией, которая снизила порог глюкозы натощак до 100 мг/дл (45,47). Самое последнее определение Международной федерации диабета (45,49) подчеркнуло важность окружности талии, используя одновременно более точные и этнические/расовые специфические критерии (Таблица 3). В общей популяции наличие MetC является сильным предиктором ССЗ, смертности от них и диабета (50-58).

В совместном заявлении Американской Диабетической Ассоциации (American Diabetes Association) и Европейской Ассоциации по Изучению Диабета (European Association for

Таблица 3 Определение метаболического синдрома (45-48)

	АТР III (3 из 5 требуемых критериев)	АТР III А (3 из 5 требуемых критериев)	IDF (окружность та- лии плюс 2 кри- терия требуемых)
Окружность талии (см)	М >102 Ж >88	М >102, Ж >88	М ≥94 Ж ≥80
Артериальное давление	≥130/85*	≥130/85*	≥130/85*
HDL (мг/дл)	М <40, Ж <50	М < 40, Ж < 50	М < 40, Ж < 50
Триглицерид (≥150 мг/дл)	≥150	≥150	≥150
Глюкоза (мг/дл)	≥110**	≥110**	≥110**

АТР – Adult Treatment Protocol (Протокол лечения для взрослых пациентов)

IDF – International Diabetes Federation (Международная Диабетическая Ассоциация)

* или леченные антипсихотиками

** леченные инсулином или гипогликемическими лекарствами

the Study of Diabetes) недавно был сделан вывод, что метаболический синдром определен условно, имеется определенность в отношении его патогенеза и значительные сомнения в отношении его ценности в качестве маркера риска ССЗ. Они рекомендовали клиницистам до проведения дальнейших исследований оценивать и лечить все факторы риска ССЗ, вне зависимости от того соответствуют ли пациенты критериям диагноза MetC. (59,60).

Концепция MetC нашла свой путь в психиатрической литературе, помогая клиницистам-психиатрам уделять больше внимания риску ССЗ у пациентов, леченных антипсихотиками (34,35,61). Мы провели систематический обзор распространенности и заболеваемости метаболическим синдромом у пациентов, страдающих шизофренией. Поиск литературы по соответствующим статьям был проведен в два этапа. Во-первых, статьи, опубликованные до 1 августа 2008 года были определены по поиску в PubMed, с использованием в качестве ключевых слов «метаболический синдром», «антипсихотик(и)», «психотическое расстройство» и «шизофрения». Во-вторых, поиск вручную был проведен на основании библиографии указанных статей.

С момента опубликования первой статьи по MetC у пациентов с шизофренией в 2003 году стали доступными более 30 статей.

Исследования по распространенности и заболеваемости МетС с использованием различных критериев МетС показаны в таблицах 4 и 5 (62-99). Исследования в различных этнических группах последовательно свидетельствуют о повышенном преобладании МетС у пациентов с шизофренией. При доступности сравнения с популяцией частота МетС от 2 до 3 раз выше у больных. В исследованиях, в которых было возможно сравнение антипсихотиков, подтвержден их различный относительный метаболический риск.

В самом крупном исследовании - Клинические Антипсихотические Испытания Эффективности Вмешательства (the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness - CATIE), приблизительно одна треть пациентов изначально соответствовала критериям NCEP для метаболического синдрома (82,83). Тревожным является вывод что 88% пациентов с дислипидемией не получали лечения, как и 62% пациентов с гипертензией и 38% пациентов с диабетом (100). Некоторые антипсихотические препараты были связаны с более значительным негативным действием на вес, липиды и метаболизм глюкозы, чем другие антипсихотики (25,41,84).

Большое Бельгийское исследование обнаружило похожие показатели по МетС, которые были в 2-3 раза выше, чем в выборке популяции с поправкой на возраст (71,72). Распространенность диабета в возрастной группе была в 4-5 раз выше у пациентов с шизофренией, чем в общей популяции. В недавнем исследовании метаболического синдрома при диагнозе «шизофрения» в 2000-2006 гг. в сравнении с 1984-1995, среди пациентов, которые начали лечение антипсихотиками второго поколения (АВП), было более чем в два раза чаще новых случаев метаболического синдрома по сравнению с лечившимися антипсихотиками первого поколения (АПП) (27.8% против 9.8%) (73). При изначальном отсутствии метаболического синдрома риск развития этих сочетаний метаболических нарушений был значительно выше у пациентов, начавших лечение с АВП (соотношение шансов 3.6).

По повышенному риску МетС и других метаболических нарушений у пациентов с шизофренией в литературе были выдвинуты три взаимодополняющие и часто совпадающие

причины: факторы образа жизни, аспекты психотического расстройства и антипсихотические препараты. В ряде последних исследований изучался основной генетический риск развития метаболических нарушений (76,85, 101). В будущих исследованиях необходимо рассмотреть возможные взаимодействия генов и окружающей среды со специфическими антипсихотическими препаратами (101).

Образ жизни людей с шизофренией в основном увеличивает их риск развития МетС: это сидячий образ жизни, недостаточность регулярной физической активности, плохое питание, употребление психоактивных веществ и высокая частота курения (25,38,39). Часть этих факторов находится под влиянием аспектов болезни, таких, как негативные симптомы и уязвимость к стрессу. Более ранние исследования показали повышенную подверженность людей с шизофренией к развитию метаболических нарушений при отсутствии антипсихотического лечения; повышенный риск диабета для родственников первой степени родства (21,25,39). Некоторые исследования выявили повышенные висцеральное ожирение, гликемию и уровни кортизола у пациентов с первым эпизодом до начала лечения (25,40,41). Недавнее исследование показало, что люди с шизоаффективным расстройством имеют более высокую склонность к развитию МетС в сравнении с людьми с биполярным расстройством или шизофренией (99).

Повышенный риск развития МетС под влиянием антипсихотических препаратов связан с их склонностью вызывать увеличение веса. Хотя все антипсихотики могут вызывать изменения веса, относительный риск индуцировать клинически соответствующие изменения веса (>7% увеличение), безусловно, у них различен (25,29,31). В 25% случаев МетС при антипсихотическом лечении не было увеличения веса или повышенного абдоминального ожирения, предполагая прямую связь между антипсихотическим препаратом и развитием метаболических нарушений (25). Некоторые авторы связывают рецепторный профиль антипсихотиков с их различной ответственностью за индуцирование увеличения веса и других метаболических изменений (25,29,33,41).

Антагонизм для мускаринергических рецепторов может привести к более выраженному повышению веса.

Таблица 4 Распространенность метаболического синдрома (MetC) у лиц с шизофренией

Исследование	Страна	№	Дизайн	Средний возраст	% MetC	Критерии
Heiskanen et al (78)	Финляндия	35		44.5	37.1	АТР III
Almeras et al (62)	Канада	42	Оланзапин	31.7	33.0	АТР III
	Канада	45	Рisperидон	28.4	11.0	АТР III
Basu et al (65)	США	33	Шизоаффективное расстройство	44.5	42.4	АТР III
Cohn et al (68)	Канада	240		42.7	44.6	АТР III
Kato et al (80)	США	48		40.3	63.0	АТР III
Straker et al (96)	США	89		39.8	29.2	АТР III
Meyer et al (83)	США	1231		42.8	35.8	АТР III
McEvoy et al (82)	США	342	Белые мужчины	39.8	40.9	АТР III
		92	Белые женщины	44.2	56.2	АТР III
Saari et al (88)	Финляндия	31		31.0	19.4	АТР III
Correll et al (69)	США	367		42.9	37.3	АТР III
De Hert et al (71)	Бельгия	430		36.5	32.3	АТР III-A
De Hert et al (72)	Бельгия	415		37.7	33.3	IDF
		100	Первый эпизод, максимальная длительность болезни 2 года	25.7	17.0	IDF
		130	Длительность болезни <10 лет	29.0	28.5	IDF
		106	Длительность болезни от 10 до 20 лет	39.0	42.4	IDF
		79	Длительность болезни > 20 лет	49.8	49.4	IDF
Hagg et al (77)	Швеция	269		46.0	34.6	АТР III
Lamberti et al (81)	США	93	Клозапин	34.4	53.8	АТР III
Meyer et al (84)	США	80		49.0	51.2	АТР III
Bobes et al (66)	Испания	1452		40.7	24.6	АТР III
Correll et al (70)	США	294	Антипсихотическая монотерапия	43.6	34.3	АТР III
De Hert et al (73)	Бельгия	208	3 месяца после начала антипсихотиков	33.7	27.9	АТР III-A
		23	3 месяца после начала амисульприда	33.7	13.0	АТР III-A
		31	3 месяца после начала арипипразола	33.7	9.7	АТР III-A
		25	3 месяца после начала клозапина	33.7	56.0	АТР III-A
		54	3 месяца после начала оланзапина	33.7	33.3	АТР III-A
		25	3 месяца после начала кветиапина	33.7	32.0	АТР III-A
		50	3 месяца после начала рisperидона	33.7	24.0	АТР III-A
L'Italien et al (79)	США	155	Плацебо испытания, плацебо конечная точка	41.4	25.8	АТР III
		267	Плацебо испытания, арипипразол конечная точка	40.7	19.9	АТР III
		273	Испытания с активным конкурентом, оланзапин конечная точка	37.7	41.6	АТР III
		380	Испытания с активным конкурентом, арипипразол конечная точка	37.6	27.9	АТР III
Mulder et al (85)	Нидерланды	112		36.0	25.0	АТР III
Sicras-Mainar et al (94)	Испания	742	Разные диагнозы, леченные антипсихотиками	55.1	27.0	АТР III
		57		37.5	35.0	IDF
Srisurapanont et al (95)	Тайланд	38		53.7	36.2	АТР III
		44		44.3	31.8	АТР III-A
Suvisaari et al (97)	Финляндия	108		34.6	34.0	АТР III-A
Texeira and Rocha (98)	Бразилия	122	Первый эпизод, до лечения АПП	23.1	5.7	АТР III-A
		122	Первый эпизод, 3 года АПП	26.8	13.1	АТР III-A
Cerit et al (67)	Турция	108	Первый эпизод, до лечения АВП	21.9	5.6	АТР III-A
De Hert et al (74)	Бельгия	108	Первый эпизод, 3 года АВП	25.1	31.6	АТР III-A
		2270		41.0	33.9	АТР III-A
De Hert et al (75)	Европа	58		36.3	40.0	АТР III-A
Ellingrod et al (76)	США	99	Первый эпизод после лечения	26.1	18.2	IDF
Saddichha et al (90)	Индия	433		38.0	34.0	АТР III
Schorr et al (91)	Нидерланды	53		35.0	45.0	АТР III
Schorr et al (92)	Нидерланды	260		28.0	35.0	АТР III
Schorr et al (93)	Нидерланды	503	Шизофрения	34.8	28.8	АТР III-A
Van Winkel et al (99)	Бельгия	92	Шизоаффективное расстройство	40.7	50.0	АТР III-A

АПП– антипсихотики первого поколения; АВП – антипсихотики второго поколения; АТР - Adult Treatment Panel (Группа по Лечению Взрослых); IDF - International Diabetes Federation (международная Федерация Диабета)

Антипсихотики могут привести к увеличению аппетита через воздействие на дофаминовую систему (32). Получены данные, что нарушения глюкозы возможны вскоре после начала лечения, и могут быть обратимыми после прекращения лечения, свидетельствуя о прямом действии на функцию поджелудочной железы (25,38, 39,42).

Появляющиеся доказательства свидетельствуют, что дети и подростки, которые принимают антипсихотики, подвержены большему риску увеличения веса и метаболических эффектов, чем взрослые, принимающие те же лекарства (102-104).

Таблица 5 Частота метаболического синдрома (MetC) у лиц с шизофренией

Исследование	Страна	№	Дизайн	Средний возраст	% MetC	Критерии
De Hert et al (71)	Бельгия	31	Основание арипипразол	36.7	61.3	АТР III-A
			Конечная точка арипипразол	36.7	29.0	АТР III-A
Attux et al (64)	Бразилия	44	Первый эпизод 6 месяцев	26.3	6.8	АТР III
De Hert et al (73)	Бельгия	155	После 3 месяцев АВП	33.7	18.7	АТР III-A
		16	После 3 месяцев амисульприд	33.7	6.3	АТР III-A
		16	После 3 месяцев арипипразол	33.7	0.0	АТР III-A
		20	После 3 месяцев клозапин	33.7	45.0	АТР III-A
		45	После 3 месяцев оланзапин	33.7	24.4	АТР III-A
		21	После 3 месяцев кветиапин	33.7	19.1	АТР III-A
		37	После 3 месяцев рисперидон	33.7	10.8	АТР III-A
L'Italien et al (79)	США	91	Испытания плацебо, плацебо	41.4	14.3	АТР III
		151	Испытания плацебо, арипипразол	40.7	5.3	АТР III
		212	Испытания активного компаратора, оланзапин	37.7	27.4	АТР III
		198	Испытания активного компаратора, арипипразол	37.6	15.7	АТР III
Saddichha et al (89)	Индия	30	Первый эпизод 6 недель	26.9	27.5	IDF
Srisurapanont et al (95)	Таиланд	35	Натуралистическое 1 год наблюдение	34.7	20.0	IDF
De Hert et al (74)	Бельгия	122	Первый эпизод, 3 года АПП	26.8	9.8	АТР III-A
		108	Первый эпизод, 3 года АВП	25.1	27.8	АТР III-A
		8	Первый эпизод, 3 года амисульприд	25.1	12.5	АТР III-A
		10	Первый эпизод, 3 года арипипразол	25.1	0.0	АТР III-A
		12	Первый эпизод, 3 года клозапин	25.1	50.0	АТР III-A
		34	Первый эпизод, 3 года оланзапин	25.1	41.3	АТР III-A
		24	Первый эпизод, 3 года кветиапин	25.1	12.6	АТР III-A
		20	Первый эпизод, 3 года рисперидон	25.1	10.2	АТР III-A
Meyer et al (84)	США	164	Основание оланзапин	40.9	34.8	АТР III-A
			После 3 месяцев оланзапин	40.9	43.9	АТР III-A
		147	Основание рисперидон	40.9	30.6	АТР III-A
			После 3 месяцев рисперидон	40.9	30.6	АТР III-A
		143	Основание кветиапин	40.9	37.8	АТР III-A
			После 3 месяцев кветиапин	40.9	37.1	АТР III-A
		77	Основание zipразидон	40.9	37.7	АТР III-A
			После 3 месяцев zipразидон	40.9	29.9	АТР III-A
		129	Основание перфеназин	40.9	37.2	АТР III-A
			После 3 месяцев перфеназин	40.9	38.0	АТР III-A
Schorr et al (93)	Нидерланды	260	12 месяцев частота	41.0	14.0	АТР III
			12 месяцев обратимость	37.0	33.0	АТР III

АПП– антипсихотики первого поколения; АВП – антипсихотики второго поколения; АТР - Adult Treatment Panel (Группа по Лечению Взрослых); IDF - International Diabets Federation

РУКОВОДСТВА ДЛЯ СКРИНИНГА И МОНИТОРИНГА

В основе должна лежать профилактика. Клиницистам следует учитывать как наличие риска ССЗ, так и профиль метаболического риска выбранных антипсихотиков. Чтобы избежать увеличения веса, корректировка диеты и образа жизни должна начинаться как можно раньше после назначения лечения.

Несмотря на риски, многие пациенты с ТПЗ имеют ограниченный доступ к общей медицинской помощи, с меньшей возможностью скрининга сердечно-сосудистого риска и профилактики, чем это ожидается в не-психиатрической популяции (7,25-27). Отсутствует консенсус в отношении того, кто должен взять ответственность за общую медицинскую помощь психически больным пациентам, что привело к постоянной неспособности обеспечить соот-

ветствующими службами. Потребности в общемедицинской помощи данной популяции, как правило, игнорируются, и психиатры в основном сосредоточены на эффективности лечения психотических симптомов.

За последние годы как национальные, так и международные группы создали руководства по скринингу и мониторингу (14,105-112), но еще не проложили путь в обычную медицинскую помощь пациентам (113,114).

До начала лечения должен быть оценен профиль кардиометаболического риска пациентов. В начале лечения пациенты должны быть тщательно проверены по соответствующим метаболическим параметрам. Простым скрининговым инструментом является измерение окружности талии в сочетании с тестом глюкозы натощак-чувствительность 100% (96).

Изменения образа жизни, диеты, повышенная физическая активность и прекращение

курения являются мероприятиями первой линии для уменьшения риска ССЗ у лиц с МетС (8). Руководства Группы лечения для взрослых пациентов (The Adult Treatment Panel) рекомендуют уменьшение потребления насыщенных жиров и холестерина, увеличенное потребление волокнистой пищи и увеличение физической активности (46). Сокращение уровня холестерина на 10% приводит к снижению риска ССЗ на 30%. Снижение артериального давления от 4 до 6% уменьшает риск ССЗ на 15%. Прекращение курения может привести к снижению распространенности ССЗ от 50 до 70%. Поддержание индекса массы тела ниже 25 снижает риск ССЗ от 35 до 55%, активный образ жизни (20 минут быстрой ходьбы в день) приводит к аналогичному снижению риска (8). Эти данные также применимы к людям с тяжелыми психическими заболеваниями, но нет исследований, которые подтверждают, что краткосрочные положительные изменения образа жизни приводят к долгосрочным изменениям (115,116). Однако увеличиваются свидетельства того, что изменения образа жизни могут быть эффективными для групп пациентов с шизофренией.

Существует общий консенсус, что физическая активность имеет благоприятный эффект - от легкого до умеренного на многие метаболические и сердечно-сосудистые факторы риска, которые составляют или связаны с МетС (117). Регулярная физическая активность является эффективной для профилактики и лечения гипертензии (118,119), ожирения (120), нарушенной толерантности глюкозы и диабета (121) и дислипидемии (122). Следовательно, это должно быть важным компонентом в мультидисциплинарных программах для людей с шизофренией. На данный момент невозможно определение оптимальной дозы и стратегии вмешательства для программ физической активности лиц с шизофренией (123). Имеющиеся руководства для общей популяции, включающие 30 минут умеренной физической активности 5 дней в неделю (124), должны быть также применены к людям с шизофренией. Соблюдение этих принципов, как представляется, заметно уменьшит вероятность МетС, особенно в группах высокого риска (117). В физической активности, связанной с программами лечения лиц с шизофренией, специальное внимание должно быть

уделено специфическим кардио-метаболическим коморбидностям с использованием рекомендаций физической активности для хронических соматических заболеваний (125). Программа физической активности должна быть адаптирована к предыдущему опыту пациентов, их ожиданию в отношении физической активности, личным предпочтениям и целям.

Если у пациента развиваются метаболические нарушения (например, увеличение веса, повышение артериального давления, уровня глюкозы или липидов) после начала антипсихотической терапии, следует рассмотреть переклечение пациентов на АВП, которые не связаны со значительным увеличением веса или диабетом. Начало лечения, снижающего соответственно повышенное артериальное давление, уровни глюкозы или липидов также должны быть рассмотрены в консультации с врачом общей практики пациента, когда это возможно, или со специалистом, когда это будет необходимым. До недавнего времени не было данных о безопасности и эффективности статинов у пациентов, которые также принимают антипсихотики. Для пациентов с шизофренией статины были эффективным и безопасным лечением при тяжелой дислипидемии, но у них не удалось добиться обратного развития МетС (126,127). Производится обновление нынешнего Европейского руководства по скринингу и мониторингу (128,129) и обновление документа консенсуса ADA/APA 2004, как ожидается, будет опубликовано в данном году (14).

ВЫВОДЫ

Факторы риска МетС и ССЗ в значительной степени распространены у лиц с ТПЗ. Психиатру необходимо быть осведомленным о потенциальных метаболических побочных эффектах антипсихотических препаратов и включать их в оценку рисков/преимуществ при выборе специфического антипсихотика. Он также должен быть ответственен за внедрение необходимых скрининговых оценок и направление на лечение любого соматического заболевания. Необходима мультидисциплинарная оценка психиатрического и соматического состояний. Психиатрические лечебные учреждения должны предлагать и поощрять вмеша-

тельства по оздоровлению образа жизни. Соматическое лечение, предлагаемое людям с тяжелыми и продолжающимися психическими заболеваниями, должно соответствовать общей медицинской помощи в популяции, не страдающей психическими расстройствами.

Список литературы:

1. Brown S. Excess mortality of schizophrenia. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997;171:502-8.
2. Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2000;177:212-7.
3. 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.
4. Carney CP, Jones L, Woolfson RF. Medical comorbidity in women and men with schizophrenia: a population-based controlled study. *J Gen Intern Med* 2006;21:1133-7.
5. Colton CW, Manderscheid RW. Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. *Prev Chronic Dis* 2006; 3:A42.
6. De Hert M, Mckenzie K, Peuskens J. Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: a long term follow-up study. *Schizophr Res* 2001;47:127-34.
7. Fleischhacker W, Cetkovich-Bakmas M, De Hert M et al. Comorbid somatic illnesses in patients with severe mental disorders: clinical, policy, and research challenges. *J Clin Psychiatry* 2008;69:514-9.
8. Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D et al. Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *Am Heart J* 2005;150:1115-21.
9. Joukamaa M, Heliövaara M, Knekt P. Mental disorders and causespecific mortality. *Br J Psychiatry* 2001;179:498-502.
10. Lawrence DM, Holman CD, Jablensky AV et al. Death rate from ischaemic heart disease in Western Australian psychiatric patients 1980-1998. *Br J Psychiatry* 2003;182:31-6.
11. Osby U, Correia N, Brandt L et al. Mortality and causes of death in schizophrenia in Stockholm county, Sweden. *Schizophr Res* 2000;45:21-8.
12. Osby U, Correia N, Brandt L et al. Time trends in schizophrenia mortality in Stockholm County, Sweden: cohort study. *BMJ* 2000;321:483-4.
13. Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:1123-31.
14. American Diabetes Association/American Psychiatric Association. Consensus development conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes. *Diabetes Care* 2004;27:596-601.
15. Casey DE, Haupt DW, Newcomer JW et al. Antipsychotic-induced weight gain and metabolic abnormalities: implications for increased mortality in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2004;65(Suppl. 7):4-18.
16. Correll CU. Balancing efficacy and safety in treatment with antipsychotics. *CNS Spectr* 2007;12(Suppl. 17):12-20.
17. Dixon L, Postrado L, Delahanty J et al. The association of medical comorbidity in schizophrenia with poor physical and mental health. *J Nerv Ment Dis* 1999;187:496-502.
18. Henderson DC. Schizophrenia and comorbid metabolic disorders. *J Clin Psychiatry* 2005;66(Suppl. 6):11-20.
19. Holt RIG, Pevelert RC, Byrne CD. Schizophrenia, the metabolic syndrome and diabetes. *Diabet Med* 2004;21:515-23.
20. Holt RIG, Pevelert RC. Antipsychotic drugs and diabetes – an application of the Austin Bradford Hill criteria. *Diabetologia* 2006;49:1467-73.
21. Kohen D. Diabetes mellitus and schizophrenia: historical perspective. *Br J Psychiatry* 2004;184:64-6.
22. Leucht S, Burkard T, Henderson J et al. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 2007;116:317-33.
23. Meyer JM, Nasrallah HA. Medical illness and schizophrenia. Washington: American Psychiatric Publishing, 2003.
24. Sartorius N. Physical illness in people with mental disorders. *World Psychiatry* 2007;6:3-4.
25. Newcomer JW. Second-generation (atypical) antipsychotics and metabolic effects: a comprehensive literature review. *CNS Drugs* 2005;19:1-93.
26. Craddock-O'Leary J, Young AS, Yano EM et al. Use of general medical services by VA patients with psychiatric disorders. *Psychiatr Serv* 2002;53:874-8.
27. Druss BG, Bradford WD, Rosenheck RA et al. Quality of medical care and excess mortality in older patients with mental disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:565-72.
28. Frayne SM, Halanych JH, Miller DR et al. Disparities in diabetes care: impact of mental illness. *Arch Intern Med* 2005;65:2631-8.
29. Haddad PM, Sharma SG. Adverse effects of atypical antipsychotics; differential risk and clinical implications. *CNS Drugs* 2007;21:911-36.
30. Citrome L. Metabolic syndrome and cardiovascular disease. *J Psychopharmacol* 2005;19:84-93.
31. Citrome L. The effectiveness criterion: balancing efficacy against the risks of weight gain. *J Clin Psychiatry* 2007;68 (Suppl. 12):12-7.
32. Elman I, Borsook D, Lukas SE. Food intake and reward mechanisms in patients with schizophrenia: implications for metabolic disturbances and treatment with second-generation antipsychotic agents. *Neuropsychopharmacology* 2006;31:2091-120.
33. Nasrallah HA. Atypical antipsychotic-induced metabolic side effects: insights from receptor-binding profiles. *Mol Psychiatry* 2008;13:27-35.
34. Newcomer JW. Antipsychotic medications: metabolic and cardiovascular risk. *J Clin Psychiatry* 2007;68(Suppl. 4):8-13.
35. Newcomer J. Metabolic syndrome and mental illness. *Am J Manag Care* 2007;13:170-77.
36. De Hert M, Peuskens B, van Winkel R et al. Body weight and self-esteem in patients with schizophrenia evaluated with B-WISE®. *Schizophr Res* 2006;88:222-6.
37. Ryan MC, Thakore J. Physical consequences of schizophrenia and its treatment: the metabolic syndrome. *Life Sci* 2002;71:239-57.
38. Scheen AJ, De Hert M. Drug induced diabetes mellitus: the example of atypical antipsychotics. *Rev Med Liege* 2005;60:455-60.
39. Scheen A, De Hert M. Abnormal glucose metabolism in patients treated with antipsychotics. *Diabetes Metabolism* 2007;33:16975.
40. Thakore JH. Metabolic syndrome and schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2005;186:455-6.
41. Tschoner A, Engl J, Laimer M et al. Metabolic side effects of antipsychotic medication. *Int J Clin Pract* 2007;61:1356-70.
42. van Winkel R, De Hert M, Wampers M et al. Major changes in glucose metabolism including new-onset diabetes within 3 months after initiation or switch of atypical antipsychotic medication in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *J Clin Psychiatry* 2008;69:472-9.
43. Simon V, van Winkel R, De Hert M. Are weight gain and metabolic side-effects of atypical antipsychotics dose-dependent? A literature review. *J Clin Psychiatry* (in press).
44. Reaven GM. Syndrome X: review. *Blood Pressure* 1992;4(Suppl.): 13-6.

45. Alberti KGMM, Zimmet P, Shaw J. Metabolic syndrome—a new world-wide definition. A consensus statement from the International Diabetes Federation. *Diabetic Med* 2006;23:469-80.
46. Expert Panel on Detection and Evaluation of Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001;285:2486-97.
47. Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/ National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. *Circulation* 2005;112:2735-52.
48. International Diabetes Federation. The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome. Brussels: International Diabetes Federation, 2005.
49. Sarafidis PA, Nilsson PM. The metabolic syndrome: a glance at its history. *J Hypertension* 2006;24:621-6.
50. Byrne CD, Wild SH. The global burden of the metabolic syndrome and its consequences for diabetes and cardiovascular disease. In: Byrne CD, Wild SH (eds). *The metabolic syndrome*. West Sussex: Wiley, 2005:1-42.
51. Ford ES, Giles WH, Dietz WH. Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey. *JAMA* 2002;287:356-9.
52. Ford ES, Giles WH, Mokdad AH. Increasing prevalence of the metabolic syndrome among US adults. *Diabetes Care* 2004;27:2444-9.
53. Grundy SM. The changing face of cardiovascular risk. *J Am Coll Cardiol* 2005;46:173-6.
54. Hu G, Qiao Q, Tuomilehto J et al. Prevalence of the metabolic syndrome and its relation to all-cause and cardiovascular mortality in nondiabetic European men and women. *Arch Intern Med* 2004;164:1066-76.
55. Isomaa B, Almgren P, Tuomi T et al. Cardiovascular morbidity and mortality associated with the metabolic syndrome. *Diabetes Care* 2001;24:683-9.
56. Lorenzo C, Hunt KJ, Williams K et al. The National Cholesterol Education Program – Adult Treatment Panel III, International Diabetes Federation, and World Health Organization definitions of the metabolic syndrome as predictors of incident cardiovascular disease and diabetes. *Diabetes Care* 2007;30:8-13.
57. Sacks FM. Metabolic syndrome: epidemiology and consequences. *J Clin Psychiatry* 2004;65:3-12.
58. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004;364:937-52.
59. Gale E. The myth of the metabolic syndrome. *Diabetologica* 2005; 48:679-83.
60. Kahn R, Buse J, Ferrannini E et al. The metabolic syndrome: time for a critical appraisal. Joint statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care* 2005;28:2289-304.
61. Rosen J, Wirshing D. *Diabetes and the metabolic syndrome in mental health*. Philadelphia: Lippincott, 2008.
62. Almeras N, Depres JP, Villeneuve J et al. Development of an atherogenic metabolic risk profile associated with the use of atypical antipsychotics. *J Clin Psychiatry* 2004;65:557-64.
63. Arango C, Bobes J, Aranda P et al. A comparison of schizophrenia outpatients treated with antipsychotics with and without metabolic syndrome: findings from the CLAMORS study. *Schizophr Res* (in press).
64. Attux C, Quintana MI, Chaves AC. Weight gain, dyslipidemia and altered parameters for metabolic syndrome on first episode psychotic patients after six-month follow-up. *Rev Bras Psiquiatr* (in press).
65. Basu R, Brar JS, Chengappa KN et al. The prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizoaffective disorder - bipolar subtype. *Bipolar Disord* 2004;6:314-8. *World Psychiatry* 8:1 -February 2009
66. Bobes J, Arango C, Aranda P et al. Cardiovascular and metabolic risk in outpatients with schizophrenia treated with antipsychotics: Results of the CLAMORS Study. *Schizophr Res* 2007;90:162-73.
67. Cerit C, Ozten E, Yildiz M. The prevalence of metabolic syndrome and related factors in patients with schizophrenia. *Turk J Psychiatry* 2008;19:1-8.
68. Cohn T, Prud'homme D, Streiner D et al. Characterizing coronary heart disease risk in chronic schizophrenia: high prevalence of the metabolic syndrome. *Can J Psychiatry* 2004;49:753-60.
69. Correll CU, Frederickson AM, Kane JM et al. Metabolic syndrome and the risk of coronary heart disease in 367 patients treated with second-generation antipsychotic drugs. *J Clin Psychiatry* 2006; 67:575-83.
70. Correll CU, Frederickson AM, Kane JM et al. Does antipsychotic polypharmacy increase the risk for metabolic syndrome? *Schizophr Res* 2007;89:91-100.
71. De Hert M, van Winkel R, Van Eyck D et al. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia treated with antipsychotic medication. *Schizophr Res* 2006;83:87-93.
72. De Hert M, van Winkel R, Van Eyck D et al. Prevalence of diabetes, metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia over the course of the illness: a cross-sectional study. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2006;2:14.
73. De Hert M, Hanssens L, Wampers M et al. Prevalence and incidence rates of metabolic abnormalities and diabetes in a prospective study of patients treated with second-generation antipsychotics. *Schizophr Bull* 2007;33:560.
74. De Hert M, Schreurs V, Sweers K et al. Typical and atypical antipsychotics differentially affect long-term incidence rates of the metabolic syndrome in first-episode patients with schizophrenia: a retrospective chart review. *Schizophr Res* 2008;101:295-303.
75. De Hert M, Falissard B, Mauri Metal. Epidemiological study for the evaluation of metabolic disorders in patients with schizophrenia: the METEOR study. *Eur Neuropsychopharmacol* 2008;18(Suppl. 4):S444.
76. Ellingrod VL, Miller DD, Taylor SF et al. Metabolic syndrome and insulin resistance in schizophrenia patients receiving antipsychotics genotyped for the methylenetetrahydrofolate reductase (MTH-FR) 677C/T and 1298A/C variants. *Schizophr Res* 2008;98:47-54.
77. Hagg S, Lindblom Y, Mjorndal T et al. High prevalence of the metabolic syndrome among a Swedish cohort of patients with schizophrenia. *Int Clin Psychopharmacol* 2006;21:93-8.
78. Heiskanen T, Niskanen L, Lyytikainen R et al. Metabolic syndrome in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2003;64:575-9.
79. L'Italien GJ, Casey DE, Kan HJ et al. Comparison of metabolic syndrome incidence among schizophrenia patients treated with aripiprazole versus olanzapine or placebo. *J Clin Psychiatry* 2007; 68:1510-6.
80. Kato MM, Currier MB, Gomez CM et al. Prevalence of metabolic syndrome in Hispanic and non-Hispanic patients with schizophrenia. *Prim Care Comp J Clin Psychiatry* 2004;6:74-7.
81. Lambertini JS, Olson D, Crilly JF et al. Prevalence of the metabolic syndrome among patients receiving clozapine. *Am J Psychiatry* 2006;7:1273-6.
82. McEvoy JP, Meyer JM, Goff DC et al. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia: baseline results from the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CAT-IE) schizophrenia trial and comparison with national estimates from NHANES III. *Schizophr Res* 2005;80:19-32.

83. Meyer JM, Nasrallah HA, McEvoy JP et al. The Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Schizophrenia Trial: clinical comparison of subgroups with and without the metabolic syndrome. *Schizophr Res* 2005;80:9-18.
84. Meyer JM, Davis VG, Goff DC et al. Change in metabolic syndrome parameters with antipsychotic treatment in the CATIE Schizophrenia Trial: prospective data from phase 1. *Schizophr Res* 2008;101:273-86.
85. Mulder H, Franke B, van der Aart-van der Beek A et al. The association between HTR2C gene polymorphisms and the metabolic syndrome in patients with schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol* 2007;27:338-43.
86. Perez-Iglesias R, Crespo-Facorro B, Martinez-Garcia O et al. Weight gain induced by haloperidol, risperidone and olanzapine after 1 year: findings of a randomized clinical trial in a drug-naïve population. *Schizophr Res* (in press).
87. Rejas J, Bobes J, Arango C et al. Concordance of standard and modified NCEP ATP III criteria for identification of metabolic syndrome in outpatients with schizophrenia treated with antipsychotics: a corollary from the CLAMORS study. *Schizophr Res* 2008;99:23-8.
88. Saari KM, Lindeman SM, Viilo KM et al. A 4-fold risk of metabolic syndrome in patients with schizophrenia: the northern Finland 1966 birth cohort study. *J Clin Psychiatry* 2005;66:559-63.
89. Saddichha S, Ameen S, Akhtar S. Incidence of new onset metabolic syndrome with atypical antipsychotics in first episode schizophrenia: a six-week prospective study in Indian female patients. *Schizophr Res* 2007;95:247.
90. Saddichha S, Manjunatha N, Ameen S et al. Metabolic syndrome in first episode schizophrenia – a randomized double-blind controlled, short-term prospective study. *Schizophr Res* 2008;101:26672.
91. Schorr SG, Lucas MJG, Slooff CJ et al. The prevalence of metabolic syndrome in schizophrenic patients in the Netherlands. *Schizophr Res* 2008;102(Suppl.):241.
92. Schorr SG, Slooff CJ, Postema R et al. A 12-month follow-up study of treating overweight schizophrenic patients with aripiprazole. *Acta Psychiatr Scand* 2008;118:246-50.
93. Schorr SG, Slooff CJ, Bruggeman R et al. Incidence of metabolic syndrome and its reversibility in a cohort of schizophrenic patients followed for one year. *Schizophr Res* 2008;102(Suppl.):241.
94. Sicras-Mainar A, Blanca-Tamayo M, Rejas-Gutierrez J et al. Metabolic syndrome in outpatients receiving antipsychotic therapy in routine clinical practice: a cross-sectional assessment of a primary health care database. *Eur Psychiatry* 2008;23:100-8.
95. Srisurapanont M, Likhitsathian S, Boonyanaruthee V et al. Metabolic syndrome in Thai schizophrenic patients: a naturalistic oneyear follow-up study. *BMC Psychiatry* 2007;23:7-14.
96. Straker D, Correll CU, Kramer-Ginsberg E et al. Cost-effective screening for the metabolic syndrome in patients treated with second generation antipsychotic medications. *Am J Psychiatry* 2005;162:1217-21.
97. Suvisaari JM, Saarni SI, Perala J et al. Metabolic syndrome among persons with schizophrenia and other psychotic disorders in a general population survey. *J Clin Psychiatry* 2007;68:1045-55.
98. Teixeira PJR, Rocha FL. The prevalence of metabolic syndrome among psychiatric inpatients in Brazil. *Rev Bras Psiquiatr* 2007; 29:330-6.
99. van Winkel R, van Os J, Celic I et al. Psychiatric diagnosis as an independent risk factor for metabolic disturbances: results from a comprehensive, naturalistic screening program. *J Clin Psychiatry* 2008;69:1319-27.
100. Nasrallah HA, Meyer JM, Goff DC et al. Low rates of treatment for hypertension, dyslipidemia and diabetes in schizophrenia: data from the CATIE schizophrenia trial sample at baseline. *Schizophr Res* 2006;86:15-22.
101. de Leon J, Diaz FJ. Planning for the optimal design of studies to personalize antipsychotic prescriptions in the post-CATIE era: the clinical and pharmacoepidemiological data suggest that pursuing the pharmacogenetics of metabolic syndrome complications (hypertension, diabetes mellitus and hyperlipidemia) may be a reasonable strategy. *Schizophr Res* 2007;96:185-97.
102. Correll CU. Assessing and maximizing the safety and tolerability of antipsychotics used in the treatment of children and adolescents. *J Clin Psychiatry* 2008;69(Suppl. 4):26-36.
103. Daniels SR, Greer FR and the Committee on Nutrition. Lipid screening and cardiovascular health in childhood. *Pediatrics* 2008;122:198-208.
104. Kumra S, Oberstar JV, Sikich L et al. Efficacy and tolerability of second-generation antipsychotics in children and adolescents with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2008;34:60-71.
105. Barnett AH, Mackin P, Chaudhry I et al. Minimising metabolic and cardiovascular risk in schizophrenia: diabetes, obesity and dyslipidaemia. *J Psychopharmacol* 2007;21:357-73.
106. Citrome L, Yeomans D. Do guidelines for severe mental illness promote physical health and well-being? *J Psychopharmacol*, 2005;19:102-9.
107. Cohn TA, Sernyak MJ. Metabolic monitoring for patients treated with antipsychotic medications. *Can J Psychiatry* 2006;51:492-501.
108. De Hert M, Van Eyck D, De Nayer A. Metabolic abnormalities associated with second generation antipsychotics: fact or fiction? Development of guidelines for screening and monitoring. *Int Clin Psychopharmacol* 2006;21(Suppl. 2):11-5.
109. De Nayer A, De Hert M, Scheen A et al. Conference report: Belgian consensus on metabolic problems associated with secondgeneration antipsychotics. *Int J Psy Clin Pract* 2005;9:130-7.
110. Marder SR, Essock SM, Miller AL et al. Physical health monitoring of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004;161:1334-49.
111. Sernyak MJ. Implementation of monitoring and management guidelines for second generation antipsychotics. *J Clin Psychiatry* 2007;68:14-8.
112. van Winkel R, De Hert M, Van Eyck D et al. Screening for diabetes and other metabolic abnormalities in patients with schizophrenia: evaluation of incidence and screening methods. *J Clin Psychiatry* 2006;67:1493-500.
113. Buckley PF, Miller D, Singer B et al. Clinicians' recognition of the metabolic adverse effects of antipsychotic medications. *Schizophr Res* 2005;79:281-8.
114. Newcomer JW, Nasrallah HA, Loebel AD. The atypical antipsychotic therapy and metabolic issues national survey. *J Clin Psychopharmacol* 2004;24:1-6.
115. Faulkner G, Cohn TA. Pharmacologic and nonpharmacologic strategies for weight gain and metabolic disturbance in patients treated with antipsychotic medications. *Can J Psychiatry* 2006;51:502-11.
116. Faulkner G, Cohn T, Remington G. Interventions to reduce weight gain in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2007;33:654-6.
117. Lakka TA, Laaksonen DE. Physical activity in prevention and treatment of the metabolic syndrome. *Appl Physiol Nutr Metab* 2007;32:76-88.
118. Fagard R. Exercise characteristics and the blood pressure response to dynamic physical training. *Med Sci Sports Exerc* 2001;33:48492.
119. Pescatello LS, Franklin BA, Fagard R et al. Exercise and hypertension. *Med Sci Sports Exerc* 2004;36:533-53.
120. Blair SN, Brodney S. Effects of physical inactivity and obesity on morbidity and mortality: current evidence and research issues. *Med Sci Sports Exerc* 1999;31:S646-62.

121. Lambers S, Van Laethem C, Van Acker K et al. Influence of combined exercise training on indices of obesity, diabetes and cardiovascular risk in type 2 diabetes patients. *Clin Rehabil* 2008;22:483-92.
122. Saltin B, Helge JW. Metabolic capacity of skeletal muscles and health. *UgeskrLaeger* 2000;162:59-64.
123. Vancampfort D, Knapen J, De Hert M et al. Physical activity interventions for people who have schizophrenia: a critical review. Submitted for publication.
124. Haskell WL, Lee IM, Pate RR et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc* 2007;39:1423-34.
125. Pedersen BK, Saltin B. Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. *Scand J Med Sci Sports* 2006;16:3-63.
126. De Hert M, Kalnicka D, van Winkel R et al. Treatment with rosuvastatin for severe dyslipidemia in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *J Clin Psychiatry* 2006;67:1889-96.
127. Hanssens L, De Hert M, van Winkel R et al. Pharmacological treatment of severe dyslipidaemia in patients with schizophrenia. *Int J Clin Psychopharmacol* 2007;22:43-9.
128. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007;14(Suppl. 2):E1-40.
129. The Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases: executive summary. *Eur Heart J* 2007;28:88-136.

Эффективность как конечный показатель в клинических исследованиях в психиатрии

W. WOLFGANG FLEISCHACKER¹, GUY M. GOODWIN²

¹Department of Psychiatry and Psychotherapy, Biological Psychiatry Division, University of Innsbruck, 6020 Innsbruck, Austria

²University Department of Psychiatry, Warneford Hospital, Oxford, OX3 7JX, UK

В настоящее время существует некоторая неясность в вопросе относительной ценности клинических исследований, выполняемых для изучения действенности, по сравнению с исследованиями, выполняемыми для изучения эффективности. Это особенно важно когда исследования, выполняемые компаниями для регуляторов в качестве эксперимента, используются для формирования и информирования клинической практики, особенно если исследования, проведенные в более реальных условиях, терпят неудачу при подтверждении предсказанной пользы. Мы рассматриваем эту область, в частности, применительно к новым антипсихотикам. Другим показателям, включая депрессивные расстройства, которые также немного затронуты, всё ещё уделяется меньше пристального внимания, но там, вероятно, те же трудности. Мы приходим к заключению, что, когда результаты исследований действенности положительны, а эффективности – отрицательны, не обязательно отдавать предпочтение исследованиям эффективности – они могут быть попросту ошибочны. Когда исследования действенности и эффективности приходят к похожим выводам, их данные взаимно поддерживают друг друга.

Ключевые слова: Клинические исследования, методология, шизофрения, депрессивные расстройства, биполярные расстройства, депрессия, антипсихотики, антидепрессанты, стабилизаторы настроения, действенность, эффективность, прагматические исследования

(World Psychiatry 2009;8:12-27)

В последние годы в нашей области возросли сложности при внедрении результатов рандомизированных контролируемых клинических исследований (РКИ) в клиническую практику в отношении новых препаратов для лечения шизофрении и депрессивных расстройств. Эти сложности усугубляются тем, что мета-анализы и систематические обзоры часто дают противоречивые рекомендации. Например, Leucht et al (1), по результатам мета-анализа РКИ, сравнивающих первое и второе поколения антипсихотиков, заключают, что «рисперидон и оланзапин более эффективны, чем галоперидол, с точки зрения

общей симптоматики и негативных симптомов», и что все протестированные антипсихотики второго поколения вызывают меньше экстрапирамидных симптомов и приводят к меньшему употреблению антихолинэргетиков. Однако, анализируя почти тот же самый набор данных, Geddes et al (2) приходят к выводу, что «не имеется четких доказательств того, что атипичные антипсихотики более эффективны или лучше переносятся, чем конвенциональные антипсихотики». David et al (3), анализируя данные 142 исследований, сочли, что некоторые антипсихотики второго поко-

ления, но не все, продемонстрировали действенность, превосходящую традиционные препараты, тогда как Tandon and Fleischhacker (4), на основании количественного обзора доступных доказательств, заключили, что «мета-аналитические исследования сравнительной действенности не-клозапиновых антипсихотиков второго поколения не дают бесспорных доказательств дифференциальной действенности».

Для депрессивных расстройств противоречия особенно касались отличий препарат-плацебо в исследованиях действенности антидепрессантов (5), с шумихой в

медиа, представляющих выводы о том, что эти препараты не более действенны, чем сахарные пилюли при униполярной депрессии. В общем, проблема с антипсихотическими дебатами была экстраполяцией рутинной практики исследований, проведенных скорее в искусственных условиях для регуляторных целей.

Очевидно, что эти публикации дают заключения, которые можно расценивать как взаимно противоречащие друг другу. Следовательно, наша область стоит перед необходимостью найти причины, обуславливающие эти разночтения, и средства, которые могли бы увеличить пользу клинических исследований для повседневной практики.

Отбор пациентов можно назвать одним из основных виновников противоречивости результатов. Клинические исследования антипсихотиков для пациентов с шизофренией включали высокоселективные популяции пациентов (6-8), не представляющие реальной картины пациентов, которые эти лекарства применяют в обычной практике. Значительные и всё возрастающие коэффициенты выбывания из РКИ, иногда связанные со специфической методологией (9), требуют проблемного анализа, который тем или иным путём должен объяснять результаты отсутствующими показателями, и ставят под угрозу простые выводы – например, о том, что монотерапия, вероятно, является эффективной при лечении изучаемого состояния. Последнее сложно провозглашать в условиях, когда почти половина пациентов активной ветви в трёхнедельном исследовании

может его не закончить. Более того, возникает вопрос, являются ли традиционные конечные показатели, такие как улучшение общего балла по шкалам измерения психопатологических симптомов, валидными с точки зрения исходов у реальных пациентов (10,11).

Та же самая проблема выражена ещё резче в клинических исследованиях по депрессиям. Многие пациенты, входящие в РКИ по депрессии, привлекаются рекламой, а их участие может оплачиваться. Это в наибольшей степени относится к США, где проведено много подобных исследований. Более того, считается, что для вхождения в исследование требуется повышение значений шкал депрессии, а это искажает последующие эффекты, связанные либо с активным лечением, либо с плацебо (5).

Эта несогласованность ввела в игру концепцию эффективности. Исследования эффективности нацелены на включение неселективной или малоселективной группы пациентов путём использования широких критериев включения и многочисленных поводов для исключения. Для поддержания низкого уровня выбывания может привлекаться простая методология исследования. Исследования эффективности надеются на измерение чего-то более осязаемого, чем влияние терапевтического вмешательства на узко специфичные психопатологические исходы. В крупных исследованиях в кардиоваскулярной медицине конечным показателем часто яв-

ляется смерть. В психиатрии смерть – слишком редкий исход, чтобы исходить из него, но госпитализация или прекращение приёма препарата относятся к клинически значимым конечным показателям. Несколько пренебрегая побуждением измерять тяжёлые исходы, параллельно существует желание обнаружить конечные показатели, близкие опыту пациента – часто объединяемые понятием «качество жизни». Более того, имеются тенденции включать сюда и экономическую оценку лечебного выбора. Всё это практически направлено на получение результатов, которые могли бы быть перенесены в повседневную клиническую практику, но также звучит и обманчиво прямолинейно.

В следующих разделах мы представим некоторые примеры крупных прагматических клинических исследований у пациентов, страдающих шизофренией и депрессивными расстройствами, а затем обсудим «за» и «против» исследований эффективности по сравнению с традиционными РКИ.

ИССЛЕДОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПО ШИЗОФРЕНИИ

За последнее десятилетие были проведены различные исследования по шизофрении. Мы сосредоточимся на исследованиях, проведенных в больших выборках. Рассматриваются как «слепые», так и открытые исследования с использованием рандомизации при назначении лечения.

Мы считаем это рандомизированное назначение, при адекватном контроле и конфиденциальности процесса назначения, ключевым свойством, позволяющим беспристрастно сравнивать два вида лечения.

Исследование CATIE (Clinical Antipsychotic Trials in Intervention Effectiveness)

CATIE – клиническое исследование, спонсируемое Национальным институтом психического здоровья США после получения исследовательского контракта. Это крупное прагматическое исследование включало три фазы. В первой пять антипсихотиков нового поколения сравнивались с препаратом первого поколения перфеназином. После фазы I пациенты имели возможность быть включёнными в одну из двух различных ветвей фазы II. Одна первоначально планировалась для сравнения клозапина с другим антипсихотиками нового поколения у пациентов с обнаруженной резистентностью к лечению в фазе I, а другая включала пациентов с проблемами переносимости. Распределение терапии в фазах I и II было рандомизированным и дважды слепым, за исключением клозапиновой ветви. Вслед за фазой II пациенты могли быть включены в открытые исследования различных старых и более новых антипсихотиков. Прекращение лечения по всем причинам было основным конечным терапевтическим показателем (12).

Это представляло, некоторым образом, гибридную методологию, поскольку критерии включения и меры исхода сле-

довали принципу эффективности, тогда как остальной дизайн исследования был традиционным для РКИ. Более того, этот тип стадийного дизайна может поощрять раннее прекращение лечения в фазе I, поскольку позволяет перейти к второй фазе исследования.

Было опубликовано несколько статей, освещающих результаты фаз I и II и более специфические показатели лечения (13-15). За исключением значительно более низкого коэффициента прекращения по всем причинам приёма оланзапина, антипсихотики второго поколения не имели преимуществ по действенности по сравнению с перфеназином по данным всех анализов, опубликованных позже. Перфеназин был выбран по прагматическим причинам, для усиления смысла противопоставления. Более типичные препараты, такие, как галоперидол, были сочтены неподходящим выбором из-за предубеждений пациентов и исследователей. Было отмечено, что перфеназин избрали «из-за его меньшей действенности и умеренного профиля побочных эффектов». Честно ли была представлена группа классических антипсихотиков, остаётся сомнительным.

Исследование CUtLASS (Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study)

В этом исследовании, спонсированном Национальной службой здравоохранения Великобритании, также сделана попытка сравнить

эффективность новых и старых антипсихотиков. Клиницисты, которые хотели включить пациента в это исследование, должны были сначала решить, были ли пациенты устойчивы к предшествующей терапии (в этом случае они входили в ветвь, сравнивающую клозапин с другими антипсихотиками нового поколения), или же включение было показано по другим причинам (пациентам случайно назначались антипсихотики либо первого, либо второго поколения). Внутри этих двух лечебных групп клиницисты были свободны в выборе предпочтительного препарата. В качестве основного конечного показателя было избрано качество жизни.

К концу этого годичного открытого исследования было обнаружено превосходство клозапина над другими препаратами второго поколения в устойчивости к лечению, в то время как антипсихотики второго поколения (46% лечились оланзапином) не имели преимуществ по сравнению с группой более старых препаратов - 49% пациентов в этой группе получали сульпирид (16,17). С фармакологической точки зрения, включение и широкая представленность сульпирида в лечебной ветви «первого поколения» бесполезны. Сульпирид фармакологически очень близок к амисульпириду, включённому в группу второго поколения. Это решение может частично отражать сложности набора пациентов, и, действительно, исследование не достигло предполагаемых величин набора. Причиной этого была, вероятно, ошибочность про-

тивопоставления. Восприятие клиницистов может благоприятствовать «атипикам», и этих клиницистов сложно убедить использовать более ранние (и более «типические») антипсихотики. Следовательно, неудача при определении контраста между препаратами первого и второго поколений ставится под вопрос. Более того, пациенты входили в это исследование вследствие необходимости смены препарата, так что потенциально отбирались пациенты либо с худшим ответом (18), либо хуже переносящие препарат (или и то, и другое вместе).

Исследование CAFÉ (Comparison of Atypicals in First Episode of psychosis)

В этом дважды слепом клиническом исследовании, сравнивавшем кветиапин с рисперидоном и оланзапином, основным конечным показателем было прекращение лечения по любым причинам (19). Коэффициенты прекращения были высокими во всех трёх группах, но не отличались друг от друга. Это также было справедливо в отношении баллов по Шкале позитивных и негативных синдромов (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS). Как и в CATIE, оланзапин привёл к большим прибавкам в весе.

Исследование EUFEST (European First Episode Study in Schizophrenia)

В этом годичном рандомизированном и уже разослепленном исследовании, в 13 странах Европы и Израиле изучалась эффективность ан-

типсихотиков нового поколения амисульприда, кветиапина, оланзапина и zipрасидона по сравнению с низкими дозами галоперидола у пациентов с первым эпизодом шизофрении (20). Основным конечным показателем была утрата задержки на том препарате, на который пациент был изначально рандомизирован. Все препараты нового поколения действовали лучше, чем галоперидол. Кроме того, даже низкие дозы галоперидола давали больше экстрапирамидных побочных эффектов, чем более новые агенты. По общим баллам PANSS, одному из второстепенных конечных показателей, между группами не было различий (21). Однако баллы PANSS измерялись реже, чем другие показатели.

Данные EUFEST опровергают часто высказываемые выводы CATIE и CUtLASS о том, что атипика не продемонстрировали серьезных преимуществ по сравнению с более старыми препаратами. Низкие дозы галоперидола были менее приемлемыми, чем препараты второго поколения, что приводило к значительно более короткому периоду приверженности лечению у пациентов с первым эпизодом. Как в CATIE, так и в EUFEST атипика вели себя по-разному в отношении друг друга и, как оказалось, не были равноценны в применяемых дозах. Сравнения с перфеназином в CATIE и одной гетерогенной группы препаратов с другой в CUtLASS ограничивают выводы, которые можно получить из этих исследований.

Должно быть ясно, что натуралистические клинические исследования также отражают реальную клиническую практику, которая может не всегда следовать общепринятым доказательствам и рекомендациям. Например, в CATIE только около 40% пациентов в фазе I получали максимально разрешённые дозы. С другой стороны, прагматические исследования, предоставляющие исследователям относительную свободу действий при включении пациентов и модифицировании лечения, имеют преимущество с точки зрения улучшения коэффициента задержки, как показал пример CUtLASS и EUFEST. Ослепление также влияет на показатели прекращения лечения: в целом, высокие коэффициенты выбывания отмечаются в дважды слепых исследованиях, таких, как CATIE и CAFÉ.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО РАССТРОЙСТВАМ НАСТРОЕНИЯ

Исследование STAR*D (Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression)

На инициальной стадии STAR*D не обращалось к показателям действенности антидепрессанта против препарата сравнения. Вместо этого всем участникам назначался один селективный ингибитор обратного захвата серотонина (циталопрам) и систематически определялись исходы более чем у 2000 пациен-

тов с большим депрессивным эпизодом.

В общем, коэффициенты ремиссии были скорее ниже ожидаемых, а объём побочных эффектов – выше. У 30% пациентов отмечалась ремиссия, на что потребовалось более 8 недель. Анализ по подгруппам оказался полезным в отношении предположений об особой действенности для женщин с сильным личностным фоном достижений. Самые худшие исходы отмечались у пациентов с более длительными эпизодами, большим количеством конкурентных психиатрических расстройств (особенно тревожных расстройств и наркоманий), большим количеством соматических расстройств, низким исходным уровнем функций и качества жизни (18).

Первоначальное намерение STAR*D сравнить стратегии лечения после монотерапии циталопрамом было сочтено неудовлетворительным. К сожалению, слишком мягкий подход к выбору пациентов привёл к вызывающему разочарование коэффициенту истинной рандомизации в группе конкурентного лечения. После неудачи с циталопрамом, опцией 2-го уровня в STAR*D был переход на другой препарат (бупропион, сертралин или венлафаксин) либо когнитивная терапия, либо добавление к циталопраму бупропиона, буспирона или когнитивной терапии. Только 21 и 1439 пациентов пожелали рандомизироваться в одну из этих групп. Подавляющее большинство воспользовалось льготными возможностями, предусмотренными дизайном исследования. Таким образом, сравнение дополнительной терапии со

стратегиями перехода, представлявшее большой клинический интерес, не было проведено из-за предоставления пациентам льготных подходов. Около 30% пациентов во всех группах фармакологической терапии достигли ремиссии после смены терапии, какого бы типа она ни была (22,23). Показатели для когнитивной терапии были значительно ниже, но не отличались достоверно из-за недостаточной статистической силы (24). Дальнейшие шаги алгоритма лечения пострадали из-за уменьшения выборок, и большинство конечных показателей было статистически неотлично друг от друга.

Существуют противоречивые интерпретации программы STAR*D. Нигилисты скажут, что мы ничего из неё не узнали. Оптимисты заявляют, что стратегии лечения дали неплохие показатели общей ремиссии при условии следования алгоритму. Нельзя прийти к заключению, принесло ли бы это улучшение при лечении в реальной жизни. Сильными сторонами этого исследования были размер выборки и некоторые предварительные фармакогенетические результаты.

Исследование STEP-BD (Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorders)

Программа STEP была крупной попыткой параллельно со STAR*D изучить разнообразные пути лечения пациентов с биполярными расстройствами. Из пяти предложенных исследований

полезные рандомизированные результаты принесло только то, которое включало биполярных пациентов с депрессией. Исследование острой депрессии обратилось к изучению у 366 пациентов ответа на добавление к текущим стабилизаторам настроения антидепрессантов или плацебо (на практике интерпретация была очень вольной и разрешались почти все сопутствующие препараты, не относящиеся к антидепрессантам). Результаты оказались отрицательными, с отсутствием доказательств в пользу ремиссии (или перехода к мании) преимущественно в ветви антидепрессантов (25).

Эти результаты можно интерпретировать либо как негативное исследование (антидепрессанты не работают при биполярной депрессии), либо как исследование, потерпевшее неудачу (мы не знаем, работают ли антидепрессанты при биполярной депрессии). При отсутствии позитивной контрольной терапии ответ остаётся неясным. Уроком исследования антидепрессантов STEP-BD является, по-видимому, несочетаемость неточностей реальной жизни с нереальностью (плацебо) регуляторного исследования.

Исследование BALANCE (Bipolar Affective disorder: Lithium/Anticonvulsant Evaluation)

BALANCE –исследование для сравнения комбинации литий + вальпроат (депакот) с литием или вальпроатом в виде монотерапии, завершившееся в середине 2008 г.

Этот вопрос был поставлен для выяснения превосходства комбинированного лечения над монотерапией при длительном лечении биполярных расстройств. При биполярных расстройствах это имело генерическое значение, поскольку комбинирование разных препаратов в долговременной терапии стало очень обычным, но почти не подтверждённым независимыми доказательствами или выгодами. Во-вторых, это исследование было разработано, чтобы сравнить литий и вальпроат как виды монотерапии.

Исследование изначально намеревалось оценить в качестве основного конечного показателя повторную госпитализацию, но размер выборки, которая потребовалась бы для этого, был слишком велик (более 1000 участников) и, при отсутствии необходимого финансирования, процесс набора оказался бы, вероятно, слишком долгим. Фактически успешные плацебо-контролируемые исследования ламотриджина (25, 26) и неудачное исследование вальпроата (27) (которое также планировало использовать в качестве основного конечного показателя повторную госпитализацию) привели к пересмотру и принятию в качестве основного показателя времени вмешательства при новом депрессивном эпизоде. Окончательно набор составили более 400 пациентов, 330 из которых были успешно рандомизированы. Конечные показатели будут проанализированы в конце 2008. Коэффициенты событий обладают адекватной чувствительностью для анализа.

Подобно EUFEST, BALANCE являлся рандомизированным открытым исследова-

нием. Это сохранило основное преимущество любого РКИ: рандомизированное и скрытое распределение для различной терапии. Однако предвзятость клиницистов и пациентов могла оказать на исследование пагубное влияние. На практике значительный упор на комбинированную терапию помог защитить исследование от слабой приверженности к лечению и до некоторой степени смягчил склонность к или предубеждения против конкретного вида лечения. Тем не менее, терапия была частично обусловлена предвзятостью, особенно при ранних вмешательствах. Эти факторы ограничили, но не исказили полученные данные, поскольку отсутствие ослепления явно приближалось к реальной клинической практике. В частности, мы не убеждены, что у клиницистов или пациентов, принявших участие в исследовании, можно было выделить единое преобладающее предубеждение против какого-либо из изучаемых видов терапии.

ОБСУЖДЕНИЕ

При оценке достоинств исследований действительности и эффективности следует взвесить преимущества изучения хорошо определённых гомогенных выборок пациентов с дважды слепой методологией против данных, полученных в приближении к повседневной клинической практике. Это означает набор более репрезентативных выборок и использование потенциально более уместных

конечных показателей, но также, при открытом приёме в обычной практике, рискованные тенденции со стороны пациентов и клиницистов, которые определяют конечные показатели. Так как открытые неослепленные исследования всегда несут риск тенденциозности наблюдателя, эти недостатки необходимо иметь в виду в противовес тому факту, что при более низких коэффициентах выбывания генерализация результатов выше. С точки зрения методологической перспективы рандомизация называется *condicio sine qua non* при выборе компромисса для неослепленного исследования.

Определение уместных конечных показателей – также источник горячих споров. С одной стороны, доказываётся, что прекращение по всем причинам, даже из-за недостаточной действительности, проблем переносимости или выбора пациента, является упрощённым и грубым конечным показателем. С другой стороны, можно утверждать, что небольшие изменения общих баллов PANSS или ещё более специфических факторов шкалы оценки могут иметь только маргинальное клиническое значение.

В этой работе существует принцип неопределённости. Чем более жёстким и контролируемым является эксперимент, чем больше мы станем уверенными в лечебном эффекте, тем менее исследование отвечает условиям реальной жизни; чем больше исследование эффективности приближается к

реальной жизни, тем меньше уверенности в действенности препарата оно даёт. В принципе, мы считаем желательными оба вида исследований, но всегда вместе, а не как альтернативы. Более того, мы достигнем максимальной уверенности тогда, когда оба типа исследований продемонстрируют аналогичные тенденции эффектов.

ВЫВОДЫ

Рассматривая все доступные доказательства, мы считаем, что как экспериментальное РКИ, так и более прагматический дизайн эффективности занимают важное место в клинической психофармакологии. В идеале за разработкой препарата, после исследовательской фазы I, которая включает всё больше и больше пациентов групп риска или здоровых добровольцев в подтверждающие исследования, будут следовать слепые хорошо контролируемые исследования с жёстко определёнными конечными показателями. Такие исследования могут продемонстрировать действенность, но объём преимуществ нельзя просто экстраполировать на реальную жизнь.

Результаты этих исследований фаз II и III должны затем быть дополнены, возможно, уже в фазе IIIb, более крупными прагматическими клиническими исследованиями. Такие исследования должны разрабатываться так, чтобы дать ответ на ключевые вопросы по всей популяции пациентов в целом. В примерах, рассмотренных нами, это могло бы варьировать от непосред-

ственного сравнения с препаратами более ранних поколений до использования в комбинации с другими препаратами или психологическими вмешательствами. Очень сложные дизайны уменьшают приемлемость исследований для пациентов (и исследователей). Более того, все прагматические исследования должны пройти до того, как произойдёт широкое распространение нового препарата на рынке, и мнение о нём уже наложит отпечаток на мысли исследователей. Мы полагаем, что в настоящее время лицензирование новых медикаментов, требует слишком большого (и всё возрастающего) объёма доказательств, полученных в исследованиях ранней стадии с низкой генерализацией. Временная лицензия, используемая для осуществления крупных клинических исследований, могла бы удовлетворить некоторые из тех нужд, которые мы ощущаем при разработке новых препаратов.

Исследования эффективности необходимо планировать, пользуясь ключевыми свойствами методологии клинических исследований, а именно рандомизацией и закрытостью распределения. Они будут обеспечены статистическим планированием, чёткими гипотезами а priori и необходимыми стандартами надлежащей клинической практики. Отчёты о нежелательных явлениях в таких исследованиях могли бы обеспечить определение неожиданных проблем безопасности на ранних стадиях. Более раннее использование этих исследовательских дизайнов

при разработке препаратов может снять некоторые противоречия применимости исследований с целью регистрации препаратов для обычной практики, а также быстрее оценить пользу препарата для реальных клинических нужд.

Список литературы:

1. Leucht S, Pitschel-Walz G, Abraham D et al. Efficacy and extrapyramidal side-effects of the new antipsychotics lanzapine, quetiapine, risperidone, and sertindole compared to onventional antipsychotics and placebo. A meta-analysis of randomized controlled trials. *Schizophr Res* 1999;35:51-68.
2. Geddes J, Freemantle N, Harrison P et al. Atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia: systematic overview and meta-regression analysis. *BMJ* 2000;321:1371-6.
3. Davis JM, Chen N, Glick ID. A meta-analysis of the efficacy of second generation antipsychotics. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:553-64.
4. Tandon R, Fleischhacker WW. Comparative efficacy of antipsychotics in the treatment of schizophrenia: a critical assessment. *Schizophr Res* 2005;79:145-55.
5. Walsh BT, Seidman SN, Sysko R et al. Placebo response in studies of major depression: variable, substantial, and growing. *JAMA* 2002; 287:1840-7.
6. Robinson D, Woerner MG, Pollack S et al. Subject selection biases in clinical trials: data from a multicenter schizophrenia treatment study. *J Clin Psychopharmacol* 1996;16:170-6.
7. Hofer A, Hummer M, Huber R et al. Selection bias in clinical trials with antipsychotics. *J Clin Psychopharmacol* 2000;20:699702.
8. Hummer M, Fleischhacker WW. Do phase III trials have clinical value? *J Clin Psychopharmacol* 1999;19:391-2.
9. Kemmler G, Hummer M, Widschwendter C et al. Dropout rates in placebo-controlled and active-control clinical trials of antipsychotic drugs: a meta-analysis. *Evid Based Ment Health* 2006;9:70.
10. Leucht S, Davis JM, Engel RR et al. Defining "response" in antipsychotic drug trials: recommendations for the use of scale-derived cutoffs. *Neuropsychopharmacology* 2007;32:1903-10.
11. Fleischhacker WW, Kemmler G. The clinical relevance of percentage improvements on the PANSS score.

- Neuropsychopharmacology 2007;32:2435-6.
12. Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS et al. The National Institute of Mental Health Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) project: schizophrenia trial design and protocol development. *Schizophr Bull* 2003;29:15-31.
 13. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med* 2005;353:1209-23.
 14. McEvoy JP, Lieberman JA, Stroup TS et al. Effectiveness of clozapine versus olanzapine, quetiapine, and risperidone in patients with chronic schizophrenia who did not respond to prior atypical antipsychotic treatment. *Am J Psychiatry* 2006;163:600-10.
 15. Keefe RS, Bilder RM, Davis SM et al. Neurocognitive effects of antipsychotic medications in patients with chronic schizophrenia in the CATIE Trial. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:633-47.
 16. Lewis SW, Barnes TR, Davies L et al. Randomized controlled trial of effect of prescription of clozapine versus other second-generation antipsychotic drugs in resistant schizophrenia. *Evid Based Ment Health* 2007;10:57.
 17. Jones PB, Barnes TR, Davies L et al. Randomized controlled trial of the effect on Quality of Life of second-vs first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia: Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CUtLASS 1). *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:1079-87.
 18. Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR et al. Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR*D: implications for clinical practice. *Am J Psychiatry* 2006;163:28-40.
 19. McEvoy JP, Lieberman JA, Perkins DO et al. Efficacy and tolerability of olanzapine, quetiapine, and risperidone in the treatment of early psychosis: a randomized, double-blind 52-week comparison. *Am J Psychiatry* 2007;164:1050-60.
 20. Fleischhacker WW, Keet IP, Kahn RS et al. The European First Episode Schizophrenia Trial (EUFEST): rationale and design of the trial. *Schizophr Res* 2005;78:147-56.
 21. Kahn RS, Fleischhacker WW, Boter H et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomised clinical trial. *Lancet* 2008;371:1085-97.
 22. Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR et al. Bupropion-SR, sertraline, or venlafaxine-XR after failure of SSRIs for depression. *N Engl J Med* 2006;354:1231-42.
 23. Trivedi MH, Fava M, Wisniewski SR et al. Medication augmentation after the failure of SSRIs for depression. *N Engl J Med* 2006; 354:1243-52.
 24. Thase ME, Friedman ES, Biggs MM et al. Cognitive therapy versus medication in augmentation and switch strategies as second-step treatments: a STAR*D report. *Am J Psychiatry* 2007;164:739-52.
 25. Sachs GS, Nierenberg AA, Calabrese JR et al. Effectiveness of adjunctive antidepressant treatment for bipolar depression. *N Engl J Med* 2007;356:1711-22.
 26. Goodwin GM, Bowden CL, Calabrese JR et al. A pooled analysis of 2 placebo-controlled 18-month trials of lamotrigine and lithium maintenance in bipolar I disorder. *J Clin Psychiatry* 2004;65:432-41.
 27. Bowden CL, Calabrese JR, McElroy SL et al. A randomized, placebo-controlled 12 month trial of divalproex and lithium in treatment of outpatients with bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:481-9.

Дизайн клинических исследований: кони для скачек

JOHN R. GEDDES

University Department of Psychiatry,
Warneford Hospital, Oxford, OX3
7JX, UK

Fleishhacker and Goodwin вносят свой вклад в текущие дебаты вокруг относительной ценности так называемых исследований «действенности» и «эффективности». При сравнении исследований нужно учитывать, что различные исследования разрабатываются для решения разных клинических вопросов и что методологический выбор неизбежно включает компромиссы (1,2). Предложены различные подходы к описанию разных приоритетов и дизайнов клинических исследований: например, объяснительный против прагматического (3), практический против больших выборок против действенности (2) и большие выборки против малых комплексных (4).

Объяснительные (исследования «действенности») дизайны склонны к большей степени контроля внутренней валидности и к более высокому коэффициенту определения помех, но обычно они будут иметь тенденцию жертвовать внешней валидностью, т.е. применимостью к реальным пациентам (3,5). Цель объяснительных исследований – выяснить, может ли работать экспериментальное вмешательство в контролируемых, оптимизированных условиях (6). Напротив, цель более прагматических (исследования «эффективности») исследований – определить ра-

ботает ли это вмешательство в реальной клинической практике, которая является, почти по определению, более наполненной помехами и менее контролируемой средой. При том, что прагматические исследования включают меньше селективных и больше репрезентативных пациентов и клинические центры и используют менее стандартизованные и более обыденные измерения конечных клинических показателей, компромиссы дизайна, присущие исследованиям эффективности, имеют склонность увеличивать вариабельность (и, следовательно, статистическую погрешность), а зачастую и необъективность.

Таким образом, Fleishhacker and Goodwin правы, освещая проблему, которая возникает, когда появляются противоречия между результатами объяснительных и более прагматических исследований. Какие же, объяснительные или прагматические, исследования исходно более реалистичны и скорее дадут более близкую к «истинной» эффекту исследуемого агента оценку? Этот вопрос абсурден. Фактически, подавляющее большинство исследований лежит в области между идеальными объяснительным и прагматическим дизайнами. Каждое исследование требует критической оценки по своим параметрам для выявления возможных источников необъективности и помех.

Fleishhacker and Goodwin считают, что рандомизация с адекватной закрытостью распределения является *conditio sine qua*

non при объективном сравнении двух (или более) видов терапии. Однако эмпирические исследования свидетельствуют, что другие характеристики дизайна, такие, как ослепление, могут также значительно повлиять на шансы исследования выдать непредвзятый результат (7). Действительно, для исследований с субъективно оцениваемыми конечными показателями отсутствие ослепления может быть, как кажется, такой же важной причиной тенденциозности, как и неадекватная закрытость распределения (8). Отсутствие ослепления может привести как к необъективности выполнения (знание назначения приводит к системным различиям в поведении врача и пациента), так и к необъективности оценки (знание назначения приводит к системным различиям при оценке конечных показателей между лечебной и контрольной группами). Можно предсказать, что ослепление будет особенно важным тогда, когда высока и возможность, и вероятность этих тенденций. Это касается того случая, когда поведение и конечные показатели могут легко модифицироваться, когда отсутствует истинное противопоставление и исследователь и/или участники имеют явные предпочтения относительно одного из сравниваемых видов терапии.

Хорошим примером необходимости учёта дизайна индивидуальных исследований являются исследования, срав-

нивающие антипсихотики первого (АПП) и второго поколения (АВП). В общем, была серьёзная надежда, что АВП станут значительным шагом на пути лечения шизофрении. Это на ранних этапах привело к тенденции не замечать методологических ограничений исследований, проводимых промышленностью (которые находились ближе к объяснительному концу спектра дизайнов) (9), переоценивать преимущества АВП (10) и к быстрому клиническому сдвигу с предпочтительным использованием АВП по сравнению с АПП (11). Системные обзоры и мета-анализы спонсированных производителями исследований обнаружили в основном похожие результаты (12-14), хотя авторы одного из обзоров сделали заметно больше благоприятных выводов в пользу АВП, чем другие (14,15).

К настоящему времени доложены результаты ряда непромышленных рандомизированных контролируемых исследований, сравнивающих АПП и АВП (16-19). Такое количество независимых исследований необычно для психиатрии: это является и критически важной разработкой, и отражением редкого уровня сохраняющейся неясности и важности этой проблемы. Взятые в целом, эти независимые исследования, похоже, указывают на то, что, хотя по действительности между препаратами и могут иметься небольшие различия, эти преимущества не показали своей экономической эффективности и, как оказалось, уравниваются

повышенным коэффициентом определённых побочных эффектов. Однако это общее заключение не должно затмевать того факта, что эти исследования очень различны по дизайну и нацелены на решение различных, хотя и дополняющих друг друга вопросов. Недостаток места не позволяет провести полный критический анализ каждого из этих исследований, и поэтому обсудим только несколько избранных пунктов.

Исследование CATIE, названное его разработчиками «практическим», обладало некоторыми прагматическими характеристиками (репрезентативные пациенты, переменная дозировка, достаточно длительное наблюдение), но подерживало ослепление и высокое качество оценок конечных показателей (2). Результаты CATIE не стали неожиданностью, хотя и были очень ценными с той точки зрения, что подтвердили картину, возникшую из разрозненных групп доказательств, включающих как мета-анализы, так и появляющиеся в результате наблюдений данные по безопасности (20).

Исследование CUtLASS продвинулось дальше в прагматическом континууме, будучи неослепленным и представляя выбор как АВП, так и АПП (18). Тем не менее, остаётся неясным, в какой мере отсутствие различий, наблюдаемое в CUtLASS, означает, что их действительно не существует, или же что исследование было слишком «насыщенным помехами», чтобы выделить эти различия. Однако результаты CUtLASS по экономической эффективности в

высокой степени согласуются с другими независимыми исследованиями.

EUFEST было амбициозным исследованием пациентов с первым эпизодом, но открытый дизайн сделал его очень восприимчивым в отношении необъективности выполнения (и впоследствии необъективности оценки), результатом чего явилась невозможность для его авторов прийти к каким-либо чётким выводам (19), хотя Fleishhacker and Goodwin, как кажется, на сегодня в большей мере готовы это сделать.

Не имея возможности обсудить другие исследования эффективности по иным расстройствам, рассмотренные Fleishhacker and Goodwin, отметил что к ним применимо приблизительно то же. Понятно, что ни исследования «действенности», ни исследования «эффективности» не дадут оценки «правды» с большей вероятностью. Все исследования восприимчивы к ограничениям, и дизайн исследования – это искусство компромисса. Следовательно, все исследования должны оцениваться критически. Несмотря на различные методологические недостатки нового поколения независимых исследований, их давно пора возродить, как и желание правительства и фондов финансировать их. Многие важные клинические вопросы остаются без ответа в исследованиях, разработанных исключительно для узких целей промышленности и регулирующих органов (1,21). Разрабатываемые исследования с более прагматическим фо-

кусом должны быть уверены в том, что для каждого конкретного исследования будут определены важные источники необъективности. Принципиально важно, чтобы дизайн исследования был достаточно разумен, чтобы сделать его результаты как заслуживающими доверия, так и полезными, - в противном случае неубедительные результаты будут уязвимыми для критики тех, кому они не понравятся!

Список литературы:

- Geddes JR. Large simple trials in psychiatry: providing reliable answers to important clinical questions. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2005;14:122-6.
- Stroup TS, Geddes JR. Randomized controlled trials for schizophrenia: study designs targeted to distinct goals. *Schizophr Bull* (in press).
- Schwartz D, Lellouch J. Explanatory and pragmatic attitudes in therapeutic trials. *J Chronic Dis* 1967;20:637-48.
- Peto R, Collins R, Gray R. Large-scale randomized evidence: large, simple trials and overviews of trials. *J Clin Epidemiol* 1995; 48:23-40.
- Sackett DL. Why randomized controlled trials fail but needn't: 2. Failure to employ physiological statistics, or the only formula a clinician-trialist is ever likely to need (or understand!). *CMAJ* 2001;165:1226-37.
- Haynes B. Can it work? Does it work? Is it worth it? *BMJ* 1999;319:652-3.
- Schulz KF, Chalmers I, Hayes RJ et al. Empirical evidence of bias. Dimensions of methodological quality associated with estimates of treatment effects in controlled trials. *JAMA* 1995;273:408-12.
- Wood L, Egger M, Gluud LL et al. Empirical evidence of bias in treatment effect estimates in controlled trials with different interventions and outcomes: meta-epidemiological study. *BMJ* 2008;336:601-5.
- Bagnall AM, Jones L, Ginnelly L et al. A systematic review of atypical antipsychotic drugs in schizophrenia. *Health Technol Assess* 2003;7:1-193.
- Cipriani A, Geddes JR. Comparison of systematic and narrative reviews: the example of the atypical antipsychotics. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2003;12:146-54.
- Geddes J. Generating evidence to inform policy and practice: the example of the second generation "atypical" antipsychotics. *Schizophr Bull* 2003;29:105-14.
- Geddes J, Freemantle N, Harrison P et al. Atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia: systematic overview and meta-regression analysis. *BMJ* 2000; 321:1371-6.
- Leucht S, Pitschel WG, Abraham D et al. Efficacy and extrapyramidal side-effects of the new antipsychotics olanzapine, quetiapine, risperidone, and sertindole compared to conventional antipsychotics and placebo. A meta-analysis of randomized controlled trials. *Schizophr Res* 1999;35:51-68.
- Davis JM, Chen N, Glick ID. A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60:553-64.
- Lieberman JA. Comparative effectiveness Much ado about small differences of antipsychotic drugs: a commentary on Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CUtLASS 1) and Clinical Antipsychotic Trials of Intervention effectiveness (CATIE). *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:1069-72.
- Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med* 2005;353:1209-23.
- Rosenheck R, Perlick D, Bingham S et al. Effectiveness and cost of olanzapine and haloperidol in the treatment of schizophrenia: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003;290:2693-702.
- Jones PB, Barnes TRE, Davies L et al. Randomized controlled trial of the effect on quality of life of second- vs. first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia: Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CUtLASS 1). *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:1079-87.
- Kahn RS, Fleischhacker WW, Boter H et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomised clinical trial. *Lancet* 2008;371:1085-97.
- Koro CE, Fedder DO, L'Italien GJ et al. Assessment of independent effect of olanzapine and risperidone on risk of diabetes among patients with schizophrenia: population based nested case-control study. *BMJ* 2002;325:243.
- Geddes J, Goodwin G. Bipolar disorder: clinical uncertainty, evidence-based medicine and large-scale randomised trials. *Br J Psychiatry* 2001;178:S191-4.

Много шума вокруг малых различий

JOSEPH P. McEVOY

Duke University Medical Center, Durham, NC, USA

Fleishhacker and Goodwin отмечают, что «мета-анализы и систематические обзоры часто дают противоречивые рекомендации» относительно сравнений антипсихотических препаратов; они относятся к этим разногласиям как к «взаимно противоречащим друг другу». Более экономное объяснение состоит в

том, что, когда существует лишь малое различие между препаратами, и многочисленные исследования эти два препарата сравнивают, некоторые из исследований, но не все, «определяют» это различие. Если же различий не существует, то различие «определяет» только редкое, аномальное исследование. Это – фундаментальные догматы вероятности.

Fleishhacker and Goodwin также утверждают, что «когда ре-

зультаты исследований действительности положительны, а эффективности – отрицательны, не обязательно следует отдавать предпочтение исследованиям эффективности – они могут быть попросту ошибочны». Другие авторы предостерегают: не обязательно отдавать предпочтение исследованиям действительности – они могут быть просто необъективны (1,2). «Ошибочное» означает, что иссле-

дование было выполнено так плохо, что оказалось не в состоянии определить различие между видами лечения в том случае, когда такое различие существует. «Ошибочное» - серьёзное обвинение. Использование такого уничижительного термина обычно сопровождается детальным описанием имеющихся в виду недостатков исследования.

Что касается CATIE, авторы утверждают, что «этот тип стадийного дизайна может поощрять раннее прекращение лечения в фазе I, поскольку позволяет перейти во вторую фазу исследования». Исследователи и пациенты, вовлечённые в однофазные исследования, имеют финансовые стимулы продолжать назначенное лечение при наличии альтернативы перехода; когда лечение прерывается, прекращается спонсорская оплата для исследователей и бесплатная помощь для пациентов. С помощью наличия последующих доступных фаз мы не «поощряли» прекращение лечения; мы просто избегали расхолаживающего прекращения. Дизайн CATIE напоминает повседневное клиническое оказание помощи, при котором доступны альтернативные варианты лечения и обычны переходы. «Графики существования» CATIE очень близки к антипсихотическим графикам переходов в крупных административных базах данных.

Fleishhacker and Goodwin также спрашивают «честно ли была представлена группа классических антипсихотиков» в CATIE путём выбора

перфеназина. Это загадочный комментарий. Должны ли мы были выбрать галоперидол, чтобы максимизировать экстрапирамидные побочные эффекты, или же тиоридазин, чтобы сделать максимальными прибавку в весе и антихолинергические побочные эффекты? Мы избрали перфеназин, поскольку считали, что он представляет наилучший среди классических антипсихотических агентов пакет терапевтических выгод относительно побочных эффектов (3,4). Следует ли настаивать на том, что зипрасидон наиболее объективно представляет антипсихотики второго поколения?

Наконец, Fleishhacker and Goodwin утверждают, что в CATIE «только около 40% пациентов в фазе I получали максимально разрешённые дозы». Очевидно, они подразумевают, что рандомизированный и слепой дизайн CATIE каким-то образом ограничил клиницистов в повышении доз. Клиницисты CATIE могли корректировать дозы по собственному усмотрению, точно так же, как они могли по собственному усмотрению использовать поддерживающую терапию (например, стабилизаторы настроения или антидепрессанты) или сопутствующие препараты (например, антипаркинсонические медикаменты или антигипертензивные агенты). Мы предполагаем, что эти клиницисты не видели причин повышать дозы для тех пациентов, которые на низких дозах благополучно проходили лечение или же имели дозозависимые побочные эффекты. Следует ли продвигать кого-либо к наивысшей из доступных дозе

независимо от подобных показателей?

Fleishhacker and Goodwin придираются к исследованию CUtLASS, поскольку «восприятие клиницистов может благоприятствовать «атипикам», и этих клиницистов сложно убедить использовать более ранние (и более «типические») антипсихотики». Та же самая мысль по поводу клинического предубеждения должна, конечно, быть применима и к результатам исследования EUFEST, в котором неослеплённые клиницисты скорее останавливали приём галоперидола, чем атипического препарата сравнения, даже при очевидном отсутствии различий между этими препаратами по показателям шкалы PANSS. Заслуживают внимания одинаковые «графики существования» для галоперидола и рисперидона в крупных слепых исследованиях первого эпизода (5,6).

Взгляд, охватывающий все доступные сравнения (многие из которых неудачно характеризуются с помощью дихотомии «действенность/эффективность») между антипсихотическими препаратами, свидетельствует, что любые терапевтические преимущества антипсихотиков второго поколения (отличных от клозапина) малы (по сравнению с различием в цене) и ограничиваются амисульпридом, оланзапином и, возможно, рисперидоном; любые терапевтические преимущества этих препаратов должны взвешиваться в сравнении с их потенциальными возможностями вызывать метаболические отклонения и/или повышение пролактина.

Многие пациенты демонстрируют прекрасные терапевтические исходы и избегают метаболических побочных эффектов и повышений пролактина при лечении низкими дозами недорогого перфеназина (или локситана, или тиотиксена). Недостаточное применение таких агентов отражает скорее рыночную политику, чем доказательства.

Список литературы:

1. Heres S, Davis J, Maino K et al. Why olanzapine beats risperidone, risperidone beats quetiapine, and quetiapine beats olanzapine: an exploratory analysis of head-to-head comparison studies of second-generation antipsychotics. *Am J Psychiatry* 2006; 163:185-94.
2. Perlis RH, Perlis JS, Wu Y et al. Industry sponsorship and financial conflict of interest in the reporting of clinical trials in psychiatry. *Am J Psychiatry* 2005;162:1957-60.
3. Beasley CM Jr, Stauffer BL, Liu-Seifert H et al. All-cause treatment discontinuation in schizophrenia during treatment with olanzapine relative to other antipsychotics: an integrated analysis. *J Clin Psychopharmacol* 2007;27:252-8.
4. Tiihonen J, Wahlbeck K, Lonnqvist J et al. Effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of patients in community care after first hospitalizations due to schizophrenia and schizoaffective disorder: observational follow-up study. *BMJ* 2006; 333:224.
5. Gaebel W, Riesbeck M, Wolwer W et al. Maintenance treatment with risperidone or low-dose haloperidol in first-episode schizophrenia: 1-year results of a randomized controlled trial within the German Research Network on Schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2007;68:1763-74.
6. Schooler N, Rabinowitz J, Davidson M et al. Risperidone and haloperidol in first-episode psychosis: a long-term randomized trial. *Am J Psychiatry* 2005;162:947-53.

Луч надежды недавних исследований эффективности

ALAN F. SCHATZBERG

Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Stanford University School of Medicine, Stanford, CA, USA

Исследования эффективности играют всё более значительную роль в оценке сравнительных преимуществ или побочных эффектов различных психотропных агентов. Fleishhacker and Goodwin предлагают обзор результатов нескольких последних исследований в области психиатрии и обсуждают их «за» и «против». Они доказывают необходимость таких исследований эффективности в конце фазы III или после одобрения фазы IV цикла разработки лекарственного препарата, но с некоторыми ключевыми предостережениями, делая упор на необходимость включения в их структуру ключевых элементов традиционных рандомизированных клинических исследований (РКИ): рандомизации и скрытого распределения. Это усилило бы мно-

гие из недавних исследований, что особенно желательно, учитывая, что они действительно дали нам информацию об оптимальном лечении. Это было печальным следствием STAR*D, когда пациенты стационара могли самостоятельно выбрать, перейти ли им на новый агент или добавить к терапии ещё один препарат. Хотя наблюдения и суждения Fleishhacker and Goodwin правомочны, возможно, было бы разумным остановиться на секунду и разобраться, чего мы пытаемся достичь, откуда мы пришли и куда должны направляться.

Клиническая разработка препаратов в психиатрии стала в основном сосредотачиваться на демонстрации действенности путём проведения двух или более положительных осевых исследований, в которых показывается, что исследуемый агент достоверно эффективнее плацебо для облегчения течения конкретного расстройства

(например, большой депрессии) или, реже, конкретных симптомов в структуре некоторых синдромов (например, ажитации при деменции, депрессии и т.д.). Обычно компании проводят 4-8 исследований, чтобы получить по крайней мере два позитивных. Материалы регуляторных органов зачастую включают одно или более неудачное или негативное исследование, но при достаточном количестве положительных исследований и профиле побочных эффектов, не являющемся тяжёлым или угрожающим, агент, скорее всего, будет одобрен. Типичная программа разработки исследования может включать 1000-1500 пациентов, принимающих агент. Исследования фазы III могут включать активные препараты сравнения, но редко в количестве, достаточно большом для того, чтобы обладать удовлетворительной значимостью для демонстрации превосходства агента над другой доступной терапией. Для оценки причин так называемых неу-

дачных исследований широко применяется «чувствительность» оценки.

Этот тип «действенного» подхода обеспечил путь для одобрения препаратов, но он не помогает клиницистам принять решение, в какой ситуации препарат использовать, особенно в отношении более старых, доступных медикаментов, зачастую и более дешевых. Следовательно, это линия раздела между действенностью и эффективностью.

Чтобы решить эту проблему в последние годы прибегли к ряду исследований эффективности, которые, как надеялись многие, могли бы дать ответ на ключевые вопросы и оправдать затраты на них. К сожалению, многие доказывают, что эти исследования дали нам мало такой информации, которой мы бы ещё не владели, и что затраты не оправдались. Эти исследования не ответили на ключевой для нас вопрос: какая фармакологическая стратегия является наилучшей для лечения расстройства у конкретного пациента, однако могут быть полезны по другим причинам. Они, возможно впервые, предоставляют нам поле для проведения относительно крупных испытаний. Они обычны в лечении пациентов, страдающих раком или сердечно-сосудистыми заболеваниями, но редки в психиатрии. Действительно, некоторые из этих исследований набрали относительно большие выборки пациентов. Разработка протокола, проведение исследования, сбор данных и анализ хорошо скоординиро-

ваны и выполнены. И хотя отсутствие рандомизации и иногда ослепления воспрепятствовало получению ответов на многие важные вопросы, был заложен фундамент для проведения крупных, истинно сравнительных исследований в будущем. Они также продемонстрировали, что для оценки генетических предикторов ответа могут быть собраны образцы ДНК.

Несколько комментариев о том, куда мы должны направляться. Будущие исследования могут строиться на основе этой новой инфраструктуры, но, кроме того, требуется, чтобы мы строили их на ключевых параметрах. Как отмечают Fleishhacker and Goodwin, рандомизация является ключом к проведению реального сравнения. Она должна быть постоянным элементом исследований. Проводя сравнение двух известных активных стратегий, следует облегчать его как для пациентов, так и для исследователей, чтобы чувствовать себя комфортно с точки зрения этого важнейшего параметра исследования.

Также очень важно разработать критерии вхождения таким образом, чтобы включить в исследование как можно больше репрезентативных пациентов. Здесь нам может потребоваться проведение некоторых исследований и активная дискуссия по вопросам рисков и этики, касающимся повторного применения конкретного препарата или класса препаратов. Существовала тенденция исключать пациентов на основании побочных явлений или

отсутствии ответа на конкретный препарат или класс в анамнезе. Неудивительно, что мы можем исключить пациентов, прежний ответ которых, особенно если это было очень давно, был осложнён другими факторами (например, сопутствующими гриппоподобными симптомами), или тех, у которых побочные явления были не особенно тяжёлыми. В исследованиях по более хроническим состояниям мы слишком часто сталкиваемся с проблемой прежнего ответа на лечение. Если мы действительно включим таких пациентов, нам может понадобиться при рандомизации стратификация на основе положительного или отрицательного ответа.

С приобретением опыта крупные исследования должны переоцениваться с точки зрения оптимального дизайна. Следует ли нам закладывать в структуру крупных исследований подисследования, сравнивающие два агента А против В, С против D? Должны ли мы применять коррекцию рандомизации на основе получаемых результатов (например, так называемые стратегии “play the winner”) (3)? Это могло бы увеличить мощность дизайна исследования.

В крупных или даже в более мелких исследованиях в рамках крупных программ разработки препаратов должны постоянно собираться образцы ДНК для фармакогенетики. Действительно, это плюс недавних исследований, и некоторые из них уже дали интересные данные по генетической предикции (4-6). К сожалению, некоторые образцы ДНК не были собраны на исходном уровне, до начала

приёма препарата, так что важные данные, касающиеся выбывания или непереносимости препарата, возможно, были утрачены. Значит, генетические образцы действительно должны стать рутинной частью дизайна, т.е. собираться у всех участников на исходном визите (7). Этот тип данных впоследствии можно комбинировать с клиническими измерениями, чтобы выявить модераторы или предикторы ответа (8). Как только мы соберём больше данных, наша область сможет разработать критерии оценки полезности таких предикторов с точки зрения выбора препарата и определения, когда применять их клинически. Это поможет нам перейти от утверждения, что новые агенты не обладают большими преимущест-

вами по сравнению со старыми, к рекомендации, что конкретному пациенту лучше всего лечить с помощью того или иного препарата. Это именно то, чего мы в конечном счёте хотим от таких исследований: больше преимуществ для конкретного пациента из нашего офиса или приёмной. Впоследствии нам необходимо быть полностью готовым и к более индивидуализированной практике. Недавние исследования эффективности нужно рассматривать как шаг в развитии нашей клинической специальности, как с научной, так и с лечебной точки зрения.

Список литературы:

1. Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR et al. Bupropion-SR, sertraline, or venlafaxine-XR after failure of SSRIs

for depression. *N Engl J Med* 2000;354:1231-42.

2. Trivedi MH, Fava M, Wisniewski SR et al. Medication augmentation after the failure of SSRIs for depression. *N Engl J Med* 2006; 354:1243-52.

3. Krishnan KRR. Efficient trial designs to reduce placebo requirements. *Biol Psychiatry* 2000;47:724-6.

4. Perlis RH, Purcell S, Fava M et al. Association between treatment-emergent suicidal ideation with citalopram and polymorphisms near cyclic adenosine monophosphate response element binding protein in the STAR*D study. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64:689-97.

5. Lekman M, Laje G, Charney D et al. The FKBP5-gene in depression and treatment response – an association study in the Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR*D) Cohort. *Biol Psychiatry* 2008;63:1103-10.

6. Campbell DB, Ebert PJ, Skelly T et al. Ethnic stratification of the association of RGS4 variants with antipsychotic treatment response in schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2008;63:2-41.

7. Murphy GM Jr, Kremer C, Rodrigues HE et al. Pharmacogenetics of antidepressant medication intolerance. *Am J Psychiatry* 2003;160:1830-5.

8. Kraemer HC, Frank E, Kupfer DJ. Moderators of treatment outcomes: clinical, research, and policy importance. *JAMA* 2006; 296:1286-9.

Говорят ли нам правду «реальные» исследования антипсихотиков?

HANS-JÜRGEN MÖLLER

Department of Psychiatry, University of Munich, Nussbaumstrasse 7, Munich, Germany

В последние годы так называемые исследования «эффективности» или «реальные» («прагматические исследования») приобретают всё возрастающее значение, провозглашая, что они могут лучше ответить на вопросы, связанные с действенностью и побочными эффектами психофармакологической терапии, чем исследования фазы III. Однако действительные преимущества этих исследований «эффективности» анти-

психотиков остаются под вопросом (1). Тем не менее это не значит, что исследования эффективности, как и другие виды исследований фазы IV, не могут предоставить дополнительное видение результатов фазы III. Некоторые исследования эффективности, как оказалось, имеют отличающийся от исследований фазы III тип отбора пациентов, но они не совсем репрезентативны для средних клинических выборок. Зачастую могут быть отобраны пациенты с менее выраженной или более хронической симптоматикой, чем в случае исследований фазы III, усложняя

таким образом демонстрацию действия препарата и, в особенности, различий между препаратами, поскольку соответствующая подгруппа пациентов может частично не дать ответа на препарат.

В противоположность исследованиям фазы III «реальный» подход допускает большую коморбидность, сопутствующую терапию и т.д., так что может быть получена более обширная информация, чем в соответствующих исследованиях фазы III. Однако дифференциальный анализ влияния этих параметров отсутствует. Таким образом, не извлекается преимуществ из

шанса больше узнать о таких «сопутствующих параметрах». С другой стороны, включение таких «сопутствующих параметров» (с точки зрения исследований фазы III) увеличивает вариабельность и приводит к снижению коэффициента чувствительности к помехам, что усложняет выявление различий между двумя группами (проблема бета-ошибки), даже если эти факторы адекватно учитываются при статистическом анализе. Иногда бывает даже сложно судить при отсутствии плацебо, существует ли реальный эффект препарата, особенно если различия «до» и «после» неожиданно малы и если нет различий между двумя активными препаратами сравнения. Стоит задуматься, действительно ли так называемые прагматические критерии основных конечных показателей, такие, как «прекращение лечения» или похожие категориальные конечные точки вроде «уровня обслуживания», являются идеальными для конечных показателей, учитывая тот факт, что исследователи (которые при отсутствии ослепления могут оказаться пред-

взятыми из-за своих ожиданий) в состоянии легко на них повлиять, и что эти критерии обладают меньшей психометрической ценностью, чем определяемые показатели.

Другой мерой общего исхода, используемой в качестве критерия для основного конечного показателя, является «качество жизни». Несомненно, это важный критерий исхода, отражающий субъективное измерение опыта пациента. Классический подход оценивает качество жизни с помощью шкалы самооценки для того, чтобы гарантировать субъективность взгляда. Существуют «за» и «против» использования шкал самооценки. Они с баллами наблюдателя взаимно дополняют друг друга при оценке одних и тех же показателей/измерений (1). Корреляция между оценкой наблюдателя и самооценкой может быть невысокой и достаточно изменчивой в зависимости от психопатологического состояния, тяжести и типа симптомов. Часто неясно, что же именно отражает самооценка качества жизни. Если такая шкала используется в ка-

честве критерия основного конечного показателя исследования, то сомнительно, хватит ли её чувствительности для определения межгрупповых различий, лечения, принимая во внимание высокую вариабельность самооценки вообще и самооценок качества жизни в частности.

В целом, из-за менее строгой методологии исследования эффективности не способны опровергнуть результаты тщательно разработанных исследований фазы III, они лишь могут обеспечить дополнительную перспективу. Несмотря на большее внимание, которое им уделяется, мы не должны сомневаться в результатах более ранних исследований антипсихотиков фазы III, но должны продолжать учитывать весь массив доказательств и применять их для того, чтобы продвигать доказательный подход к лечению (2).

Список литературы:

1. Moller HJ. Do effectiveness (“real world”) studies on antipsychotics tell us the real truth? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2008;258:257-70.
2. Moller HJ, Maier W. Evidence based medicine in psychiatry. *World J Biol Psychiatry* (in press).

Поиск содержательной доказательной базы в психиатрии

ROBIN EMSLEY, SUE HAWKRIDGE

Department of Psychiatry, Faculty of Health Sciences, Stellenbosch University, Tygerberg 7505, Cape Town, South Africa

В то время как остальные медицинские специальности быстро и уверенно входили в эру доказательной медици-

ны, психиатрия поначалу сопротивлялась и медленно воодушевлялась её принципами. Однако сейчас всё больше и больше психиатров с энтузиазмом принимают доказательный подход и требуют «доказательств» для всех терапевтических вмешательств. Проблема с этим подходом

состоит в том, что доказательства зачастую неубедительны, неполны и даже противоречат друг другу, и возникает опасность, что люди со специфическими интересами смогут отбирать те доказательства, которые удобны для их нужд.

Финансирующие органы ухватились за потерпевших

неудачу при демонстрации преимуществ новых агентов исследования и используют их для доказательства необходимости возврата к (более дешёвым) антипсихотикам первого поколения (АПП). В то же самое время эти исследования игнорируются приверженцами этих новых агентов, которые отмечают методологические изъяны, присущие всем клиническим испытаниям.

Поскольку большая часть психиатрической симптоматики остаётся субъективной, накопление доказательств, основывающихся на объективных измерениях, сильно осложняется. Несмотря на обнадеживающий прогресс наших способностей эффективно лечить большинство психиатрических расстройств, в клинической практике сохраняются крупные недостатки, а исходы «реального» лечения часто неудовлетворительны. Частью этой проблемы является определение наилучшей практики на основании имеющихся доказательств. Множество «доказательств», публикуемых в научных журналах ежемесячно, может просто сбить с толку.

Статья Fleishhacker and Goodwin представляет своевременное и глубокое обсуждение некоторых сложностей, которые испытывают психиатры при попытках перенести научные данные в наилучшую практику. Так, рандомизированные контролируемые исследования (РКИ) – краеугольный камень доказательной медицины – в психиатрии находятся на осадном положении и критикуются, среди прочего, за

нечёткое отражение условий «реального мира» (1). Высокие и всё возрастающие плацебо-эффект и коэффициенты выбывания, связанные с рандомизированными контролируемыми исследованиями, стали навязчивым кошмаром для статистиков, вызывая серьёзные сомнения в валидности результатов исследований. Так называемые «прагматические» исследования, как попытка преодолеть недочёты РКИ, появляются в литературе все чаще. Однако эти исследования с их очаровательными акронимами, которые кажутся многообещающими, такими, как CATIE(2), CUtLASS (3), CAFÉ(4), EUFEST (5) и STAR*D(6), грозят запутать картину ещё сильнее. Они подтверждают именно сложность интерпретации и создают серьёзные противоречия. Создаётся впечатление, что с каждым новым проведенным исследованием генерируется дополнительный комплекс нерешённых вопросов.

Fleishhacker and Goodwin выступают за сохранение и РКИ, и прагматических исследований, последних на ранних стадиях разработки препарата, до того, как сформируется устойчивое мнение по его поводу. Комбинируя преимущества научно строгих РКИ и более близких к реальному практическому опыту прагматических исследований, мы можем, вероятно, приблизиться к определению того, какая же терапия будет наилучшей для наших пациентов. Поскольку это имеет очевидный смысл, одного этого было бы достаточно, так как сложность состоит не только

в получении доказательств, но также и в интерпретации результатов. Отчасти проблема может заключаться в том, что мы слишком многого ожидаем от каждого конкретного исследования. А эти исследования обычно разрабатываются для ответа на один или два вопроса, а мы часто пытаемся также экстраполировать результаты на другие задачи и популяции пациентов. Например, исследование CATIE обнаружило, что антипсихотик первого поколения (АПП) перфеназин при сравнении с антипсихотиками второго поколения действовал на удивление хорошо. Однако потенциально опасно распространять эти результаты на другие АПП такие как галоперидол. Ни одно клиническое исследование, будь то рандомизированное контролируемое или прагматическое, не разрабатывается для ответа на все вопросы или для обеспечения обоснований определённых протоколов лечения: каждое исследование добавляет к базе знаний лишь немногое. Это означает, что «доказательства», на которых базируется практика, будут включать в себе большой объём иногда неполных знаний. Клиницисты должны быть в состоянии интегрировать в свою повседневную практику оправданные выводы из каждого нового фрагмента знаний, а тщательная интерпретация и перенесение требуют длительного накопительного подхода, а не поспешного и иногда исключающего другие возможности сосредоточения на каждом новом фрагменте данных.

Тем не менее, мы хотели бы сказать, что подхода *status quo* с предостережениями не-

достаточно; мы должны сделать больше для устранения предвзятости. Необходимо срочно обратиться к публикации тенденций. Последствия избранных публикаций положительных результатов стали до боли очевидными в спорах, окружающих применение антидепрессантов и других близких препаратов для подростков (7). Различные недавно основанные регистры клинических исследований должны найти путь для предотвращения повторения такой ситуации, когда признанные и внедрённые на международном уровне клинические рекомендации непонятным образом оказались основанными на неполных данных. Необходимо тщательно регулировать влияния фармацевтической и медицинской индустрии, обвиняемых в оспаривании единства медицинской науки (8,9).

Качество клинических данных, полученных в РКИ, может быть улучшено путём минимизации стимулов для

набора (особенно быстрого), обеспечения безупречной методологии и использования соответствующих конечных показателей. Строгая подготовка исследователей может улучшить точность собранных клинических данных. Полезность прагматических исследований можно повысить путём более широкого отбора клинических контекстов, включая популяции пациентов из развивающихся стран и других мест с низким уровнем доходов. Возможно, наиболее важно, что клиницисты должны придерживаться не догматических подходов и обладать доскональным знанием всех доказательств и здравых клинических заключений, которые пока что нечем заменить.

Список литературы:

1. Gilbody S, Wahlbeck K, Adams C. Randomized controlled trials in schizophrenia: a critical perspective on the literature. *Acta Psychiatr Scand* 2002;105:243-51.
2. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP et al. Effectiveness of antipsychotic

drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med* 2005; 353:1209-23.

3. Jones PB, Barnes TR, Davies L et al. Randomized controlled trial of the effect on Quality of Life of second- vs first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia: Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CUtLASS 1). *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:1079-87.
4. McEvoy JP, Lieberman JA, Perkins DO et al. Efficacy and tolerability of olanzapine, quetiapine, and risperidone in the treatment of early psychosis: a randomized, double-blind 52-week comparison. *Am J Psychiatry* 2007;164:1050-60.
5. Kahn RS, Fleischhacker WW, Boter H et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in first episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomised clinical trial. *Lancet* 2008;371:1085-97.
6. Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR et al. Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR*D: implications for clinical practice. *Am J Psychiatry* 2006;163:28-40.
7. Hammad TA, Laughren T, Racoosin J. Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:332-9.
8. DeAngelis CD, Fontanarosa PB. Impugning the integrity of medical science: the adverse effects of industry influence. *JAMA* 2008;299:1833-5.
9. Fava GA. Financial conflicts of interest in psychiatry. *World Psychiatry* 2007;6:19-24.

Роль исследований действенности и эффективности

A. JOHN RUSH

Duke-NUS Graduate Medical School
Singapore, Jalan Bukit Merah,
169547 Singapore

Fleishhacker and Goodwin поднимают некоторые важные вопросы роли исследований действенности и эффективности в контексте обзора недавних крупных прагматических исследований. Они исходно полагают, что в случае, когда исследования действенности и эффективности приводят к различным выводам,

мы должны доверять исследованиям действенности. Они также отмечают, что результаты исследований действенности, если они положительны, могут быть валидными для ограниченной подгруппы пациентов (для тех, кто соответствует часто узким критериям включения, используемым в исследованиях действенности, или для тех, кого лечат в «исследовательских условиях»), при которых обеспечивается энергичное

лечение). Ниже в своих выводах они, однако, несколько более благосклонны к исследованиям эффективности, говоря об их необходимости, и даже выдвигают требование проведения исследований эффективности перед тем, как производителю будет разрешён полный доступ препарата на рынок. Так как же? Полезны исследования эффективности или нет?

Мои воззрения в некоторой степени, но не полностью,

согласуются с их взглядом. Я не считаю, что существует два типа исследований (действенность против эффективности). Конкретные дизайны формулируются для ответов на частные вопросы. Различные вопросы порождают различные дизайны, которые соответственно будут давать различные ответы.

Исследования действенности (фазы II-III) разрабатываются с максимальной внутренней валидностью для ответа на вопросы типа: какова действенность, безопасность и переносимость лечения «X» по сравнению с плацебо - для того, чтобы исключить влияние на пациента молекулы или прибора самого по себе (что выражается побочными эффектами) и при данном заболевании (что выражается как терапевтический или же ухудшающий эффект).

Исследования эффективности вызывают к жизни сонм различных дизайнов, которые обращаются к целому ряду различных вопросов. В частности, как отмечено Fleishhacker and Goodwin, эти исследования набирают более широкий спектр пациентов, используют более широкий спектр «клинически уместных» конечных показателей и обеспечивают лечение в «обычных», в противовес «исследовательским», условиях (которые могут увеличивать или не увеличивать задержку, хотя и рискуя назначить недостаточную дозировку). Когда исследование действенности демонстрирует ее, величина этого эффекта на практике может заметно отличаться, в зависимости от того, кого

(каких пациентов) и как лечат. В случае депрессии пациенты с тревожной симптоматикой могут проходить лечение не так хорошо (1), как менее тревожные пациенты, даже при эквивалентной терапии. Действительно, как показало исследование STAR*D, время, в течение которого применяется лечение, оказывает влияние на вероятность ремиссии (2).

Я в значительной мере согласен с их выводом, что оба «типа» исследований полезны. Каждый вносит свой вклад в понимание проблемы. Ни один из дизайнов не обеспечивает единственной дороги к истине. Скорее, первым вопросом является: действительно ли потенциальное лечение работает у не очень сложных пациентов и при какой цене риска (например, нежелательных явлений) для них? Если преимущества перевешивают отрицательные эффекты (как это оценивается в исследованиях действенности), то где, как и кому должно рекомендоваться данное лечение? Этот последний вопрос частично адресуется так называемым исследованиям «эффективности». Дизайны могут поддерживать постоянство или допускать вариации относительно природы и типа пациентов (например, коморбидности, сопутствующей терапии и т.д.), процедуры лечения (например, частоты визитов, титрационной дозы и т.д.), использования лечения вслед за другими видами лечения (уровней устойчивости к терапии) и т.д.

Кроме того, исследования эффективности могут обра-

щаться к другим практическим вопросам. В STAR*D, например, пациенты могли делать выбор между стратегиями лечения. Значительное их число выбрало добавочную терапию, остальные - замену лечения. Разные варианты лечения с добавлением препарата или сменой терапии не отличались по показателям ремиссии - ясный ответ на вопрос относительно сравнительной действенности агентов «внутри класса», «вне класса» или «двойного действия» в качестве второго шага переключения лечения, например. То, что и замену, и дополнительную терапию вместе выбрало гораздо меньше пациентов, неудивительно. Пациенты со значительными побочными эффектами и плохой действенностью на 1-ом этапе, естественно, хотели замены. Те, у которых на 1-ом этапе отмечались положительное действие и умеренные побочные эффекты, естественно, не хотели терять этих преимуществ и, следовательно, предпочитали дополнительную терапию. Самым интересным в результатах STAR*D было то, что более высокие уровни устойчивости оказали большое влияние на исход - как в остром периоде, так и при дальнейшем наблюдении. Таким образом, важно когда применяется лечение, и для каких пациентов. Эти результаты должны отразиться в последующих дизайнах исследований действенности.

Исследования действенности могут только оценить действие в специфических условиях. Если исследования эффективности дают другие результаты, конечно, это не тот случай, когда данное лечение не будет работать никогда.

Скорее, это лечение работает только в специфических условиях, определяемых, например, подгруппой пациентов, терапевтическими методами или временем, когда данное лечение будет применено в ряду других видов лечения.

И в заключение, каждый тип исследований (действенности/эффективности) вносит свой важнейший вклад в то, как наилучшим образом лечить наших пациентов.

Список литературы:

1. Fava M, Rush AJ, Alpert JE et al. Difference in treatment outcome in outpatients with anxious versus nonanxious depression: a STAR*D report. *Am J Psychiatry* 2008; 165:342-51.
2. Rush AJ, Trivedi MH, Isneski SR et al. Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report. *Am J Psychiatry* 2006; 163:1905-17.

Социальное функционирование и качество жизни как меры эффективности при лечении шизофрении

JUN SOO KWON, JUNG-SEOK SNOI

Department of Psychiatry, Seoul National University College of Medicine, 101 Daehakno, Chongno-gu, Seoul, Korea

С точки зрения практиков здравоохранения, наиболее полезными клиническими исследованиями являются те, которые оценивают эффективность препарата, определяют, насколько хорошо работает этот препарат в условиях реальной клинической практики. Клинические исследования, разработанные для определения эффективности, должны использовать конечные показатели, обладающие самой большой клинической значимостью для практиков, с целью максимизации обобщения, и обращаться к практическим вопросам рисков, преимуществ и стоимости вмешательства в повседневной клинической практике (1). Здесь нам хотелось бы акцентировать внимание на важности социального функционирования и качества жизни (КЖ) как вариантах конечных показателей в клинических иссле-

дованиях у пациентов с шизофренией.

Недавние исследования показали, что атипические антипсихотики улучшают КЖ пациентов с шизофренией (2). Однако исследования, включающие КЖ в оценку долговременной эффективности, ограничены и противоречивы. Fleishhacker and Goodwin подытоживают результаты исследования *Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CUtLASS)* (3), которое использовало Шкалу качества жизни (4) в качестве меры основного конечного показателя оценки эффективности лечения. *CUtLASS* не обнаружил преимуществ не-клозапиновых антипсихотиков второго поколения по сравнению с антипсихотиками первого поколения. Подобным же образом, в дважды слепом, рандомизированном контролируемом исследовании Rosenheck et al (5) сообщили, что измерение эффективности не продемонстрировало преимуществ оланзапина в сравнении с галоперидолом по показателю общего КЖ. Напротив, натуралистическое исследование – наблю-

дение пациентов с шизофренией в условиях оказания обычной помощи показало, что лечение ziprasидоном приводит к повышению удовлетворённости общей активностью по результатам опросника *Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire* (6).

При измерении КЖ у пациентов, принимающих антипсихотики, важно помнить, что на показатели КЖ могут влиять разные факторы: побочные эффекты и суточная дозировка антипсихотиков, депрессивные и негативные симптомы, длительность лечения и субъективная переносимость. В натуралистическом сравнительном исследовании Ritsner et al (7) не обнаружили значимых различий в общем КЖ у пациентов, применявших атипические и типические антипсихотики. Однако после коррекции суточной дозы, продолжительности лечения и субъективной переносимости, измерения КЖ показали, что атипические антипсихотики (оланзапин и рисперидон) превосходят типические.

Некоторые рандомизированные контролируемые исследования антипсихотиков

использовали в качестве меры конечных показателей шкалы социального функционирования - *Social and Occupational Functioning Assessment Scale (8,9)*, *Medical Outcomes Study Short-Form 36 Health Survey (10)* или *Personal and Social Performance scale (PSP) (11)*. Однако эти исследования в основном включали краткосрочные вмешательства, что ограничило их возможности в определении содержательных изменений социального функционирования пациентов. В настоящее время мы проводим в Корею рандомизированное, контролируемое открытое клиническое исследование для оценки улучшения социального функционирования пациентов с шизофренией или шизоаффективным расстройством. Это исследование сравнивает инъекционный рисперидон длительного действия с оральным рисперидоном, используя гибридную модель, для оценки как ответственности, так и эффективности после годовичного лечения. Основные конечные показатели в этом исследова-

нии измеряются с помощью *PSP u Social Functioning Scale*.

Шкалы, применяемые в клинических исследованиях для оценки социального функционирования и КЖ, должны соответствовать исследуемой популяции и клиническим условиям и обеспечивать измерения социального функционирования и КЖ. В дальнейшем необходимо разработать шкалы, которые бы измеряли функционирование независимо от симптомов и были бы чувствительными к изменениям на протяжении течения болезни.

Список литературы:

1. Tunis SR, Stryer DB, Clancy CM. Practical clinical trials: increasing the value of clinical research for decision making in clinical and healthy policy. *JAMA* 2003;290:1624-32.
2. Montes JM, Ciudad A, Gascon J et al. Safety, effectiveness, and quality of life of olanzapine in first-episode schizophrenia: a naturalistic study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2003;27:667-74.
3. Jones PB, Barnes TR, Davies L et al. Randomized controlled trial of the effect on quality of life of second-vs first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia: Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CUtLASS 1). *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:1079-87.
4. Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT. The Quality of Life Scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophr Bull* 1984;10:388-98.
5. Rosenheck RR, Perlick D, Bingham S et al. Effectiveness and cost of olanzapine and haloperidol in the treatment of schizophrenia: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003;290:2693-702.
6. Endicott J, Nee J, Harrison W et al. Quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire: a new measure. *Psychopharmacol Bull* 1993;29:321-6.
7. Ritsner M, Gibel A, Perelroyzen G et al. Quality of life outcomes of risperidone, olanzapine, and typical antipsychotics among schizophrenia patients treated in routine clinical practice: a naturalistic comparative study. *J Clin Psychopharmacol* 2004;24:582-91.
8. Merlo MC, Hofer H, Gekle W et al. Risperidone, 2 mg/day vs. 4 mg/day, in first-episode, acutely psychotic patients: treatment efficacy and effects on fine motor functioning. *J Clin Psychiatry* 2002;63:885-91.
9. Mortimer A, Martin S, Loo H et al. A double-blind, randomized comparative trial of amisulpride versus olanzapine for 6 months in the treatment of schizophrenia. *Int Clin Psychopharmacol* 2004;19:63-9.
10. Strakowski SM, Johnson JL, Delbello MP et al. Quality of life during treatment with haloperidol or olanzapine in the year following a first psychotic episode. *Schizophr Res* 2005;78:161-9.
11. Kane J, Canas F, Kramer M et al. Treatment of schizophrenia with paliperidone extended-release tablets: a 6-week placebo-controlled trial. *Schizophr Res* 2007;90:147-61.

Мигрень у эмоционально больных мексиканских подростков

STEVEN C. DILSAVER^{1,2}, FRANCO BENAZZI^{3,4}, KETIL J. OEDEGAAR^{5,6,8}, OLE B. FASMER^{5,6}, KAREEN K. AKISKAL⁷, HAGOP S. AKISKAL^{8,9}

1 Comprehensive Doctors Medical Group, Inc., Arcadia, CA, USA

2 Mental Health Mental Retardation Clinic, Rio Grande City, TX, USA

3 Hecker Psychiatry Research Center, and Department of Psychiatry, National Health Service, Forli, Italy

4 Department of Psychiatry, University of Szeged, Hungary

5 Department of Clinical Medicine, Section for Psychiatry, Faculty of Medicine, University of Bergen, Norway

6 Division of Psychiatry, Haukeland University Hospital, Bergen, Norway

7 French Union of Depressive and Manic Depressive Association, Rennes, France

8 International Mood Disorders Program, Department of Psychiatry, University of California at San Diego, La Jolla, CA, USA

9 Veterans Administration Medical Center, San Diego, CA, USA.

Цель этого поперечного (одномоментного) исследования состояла в том, чтобы определить распространенность головной боли - мигрени среди депрессивных латиноамериканских подростков мексиканского американского происхождения. Это первое исследование о превалентности мигрени среди депрессивных подростков любого этнического/расового происхождения. В клинике психического здоровья для немущих 132 латиноамериканских подростка последовательно зарегистрированных, с диагнозом большого депрессивного эпизода в соответствии с критериями DSM-IV, были сравнены с группой подростков с другими расстройствами психики. Логистическая регрессия использовалась, чтобы проверить на ассоциации и наличие, эффекта искажения. Распространенность головной боли (мигрени), у депрессивных подростков была в 6 раз больше чем у пациентов из группы сравнения (OR = 5.98, z = 2.35, p = 0.019). Это открытие совместимо с ранее опубликованными отчетами, включающими взрослые выборки, в которых Распространенность мигрени выше чем в общей численности населения. Однако в противоположность тому, что мы ранее выявили у латиноамериканских взрослых распространенность мигрени не выше у биполярных, чем у униполярных подростков.

Ключевые слова: Мигрень, депрессия, латиноамериканские, расстройства настроения, коморбидность

(World Psychiatry 2009;8:37-39)

Мигрень - наиболее распространенная форма хронической, эпизодической головной боли (1). Результаты главного эпидемиологического исследования показали, что ежегодный Распространенность головных болей - мигрени среди мужчин и женщин в Соединенных Штатах составляет 6 и 15-17%, соответственно (2).

Zwart и др. (3) измерили распространенность мигрени за 12 месяцев среди юных обследуемых, живущих в одном из графств Норвегии во время периода 1995-1997. Их база данных включала 8 255 исследуемых между 13 и 18 годами. Из них 5 487 были опрошены в личном интервью: испытали ли они повторяющиеся головные боли за предыдущие 12 меся-

цев. Ответившие утвердительно, были классифицированы как имеющие напряженность, мигрень или неподдающиеся классификации головные боли. Распространенность мигрени за 12 месяцев составила 7%.

Fendrich и др. (4) установили распространенность мигрени за 3 месяца среди субъектов в возрасте 12 - 15 лет, в поперечном исследовании общего населения Германии. В исследовании были включены все учащиеся 7, 8 и 9-х классов. Из 3.699 учащих, 3.324 участвовали в исследовании. Распространенность мигрени составила 6,9%.

Распространенность мигрени среди взрослых с расстройствами настроения превышает

таковой у взрослых в общем населении (5-13). Mahmood и др. (5) были первыми исследователями, которые сообщили, что мигрень распространена среди людей с биполярным расстройством. Жизненный распространенность мигрени среди биполярных пациентов в их выборке составила 30%.

Мы нашли, что латиноамериканские взрослые при биполярном расстройстве почти в три раза более вероятно страдают от мигрени, чем лица с большим депрессивным эпизодом (54 % против 29 %, OR=2.9, $p < 0.0001$) (14). По Fasmer и Oedegaard (7), прижизненная распространенность мигрени среди биполярных и униполярных пациентов была, соответственно, 57 и 45%, в то время как по Fasmer (6), прижизненная распространенность мигрени среди би-полярных и униполярных пациентов составляла 44 и 46%, соответственно.

Мы недавно сообщили, что у 76% латиноамериканских подростков, с большим депрессивным эпизодом, была, по крайней мере, одна из четырех жалоб на головную боль (15). Различие в распространенности жалоб на головную боль между этими пациентами и психиатрической контрольной группой было существенным.

В том предыдущем исследовании (15) мы не исследовали превышает ли распространенность мигрени среди депрессивных подростков таковой контрольной группы.

Сейчас пытаемся расследовать, выше ли распространенность мигрени у подростков с биполярным расстройством, чем у ровесников с большим депрессивным расстройством. Это первое исследование с такими целями.

МЕТОДЫ

Исследование выполнено в общественном секторе, психиатрической амбулаторной клиники для неимущих, расположенном в сельской местности Графства Стар, Техас, очень обедневшей области Соединенных Штатов, на берегу реки Рио-Гранде. Население графства 53.597 человек по переписи 2000 года, расовый состав - 99% латиноамериканцы мексиканского американского происхождения и 1% - другой.

В исследование вошли сто тридцать два последовательно отобранных подростка

(между 12 и 17 годами), которые соответствовали критериям DSM-IV для большого депрессивного эпизода, установленным Структурированным Клиническим Интервью в соответствии с DSM-IV (SCID-CV) (16). Любая соматическая болезнь, которая могла быть основанием для головной боли, как установлено историей болезни и обзором систем, была критерием для исключения.

Сорок семь подростков без большого депрессивного эпизода и любой соматической болезни, которая могла быть основанием для головной боли, составили контрольную группу. Диагнозами в контрольной группе, установленным SCID-CV, были расстройство приспособительных реакций, расстройство активности/внимания или психические расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ.

Диагностическое интервью включало вопрос: "У Вас были головные боли на прошлой неделе?". Пациентам, отвечающим на этот вопрос утвердительно, задавали явные вопросы об особенностях головной боли. Наше определение мигрени включало боль, сильнее с одной стороны головы и одновременно параллельно пульсации, или пульсирующей боли на том участке. У этого метода классификации мигрени чувствительность 87% и специфичность 50% как определено Международным Обществом Головной боли (17).

Письменного согласия на участие в исследовании не требовалось, так как данные были получены в ходе предоставления обычных клинических услуг. Логистическая регрессия использовалась, чтобы проверить ассоциации и управлять для того, чтобы путать эффекты. Величина P двусторонняя, критическое значение альфы 0.05.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Выборка депрессивных подростков включала 88 пациентов с диагнозом DSM-IV большого депрессивного расстройства (29 юношей и 59 девушек, средний возраст 14.3 ± 1.6 года) и 44 пациента с диагнозом DSM-IV биполярного расстройства (21 мужского пола и 23 женского, средний возраст 14.4 ± 1.6 года). Контрольная группа включала 47 пациентов (14 мужск. и 33 женск., средний возраст 14.6 ± 1.5

года). Из депрессивных пациентов у 60.6% были напряженность или мигрень, по сравнению с 14.9 % контрольной группы. Это различие очень существенно (OR=8.14, $z=4.89$, $p<0.0001$, 95% CI = 3.33-19.94).

Распространенность мигрени среди пациентов с большим депрессивным расстройством и биполярным расстройством составляла 26.5 и 25.0%, соответственно (OR=1.04, $z=0.09$, $p=0.93$, 95%-ый CI = 0.44-2.45). Распространенность мигрени в контрольной группе составляла 4.3%. У пациентов с большим депрессивным эпизодом более вероятно, мигрень, чем в контрольной группе (OR=5.98, $z=2.35$, $p=0.019$, 95% CI 1.34-26.59). При большом депрессивном расстройстве (OR=5.92, ИЛИ, $z=2.28$, $p=0.023$, 95% CI=1.28-27.34) и биполярном расстройстве (OR=6.15, $z=2.23$, $p=0.026$, 95% CI = 1.25-30.4), более вероятно будет мигрень, чем у лиц контрольной группы.

ОБСУЖДЕНИЕ

Это первое исследование распространенности головной боли, мигрени, среди депрессивных латиноамериканских подростков мексиканского американского происхождения. Оно показало более высокую распространенность мигрени среди депрессивных подростков любого этнического/расового происхождения относительно группы сравнения.

Центром исследования было латиноамериканское население, живущее в полузакрытом сообществе. Это вызывает вопросы о генерализации результатов. Однако латиноамериканское население мексиканского происхождения - наиболее быстро растущий сегмент американского общества. Это демографическое изменение требует от персонала системы здравоохранения быть все более и более осведомленными о проблемах и потребностях этого населения. Наши результаты совместимы с результатами исследований, включающих взрослые выборки: норма мигрени среди людей с расстройствами настроения существенно превышает ее распространенность у людей без расстройств настроения (5-13).

Ранее мы упоминали, что среди взрослых в Графстве Starr люди с биполярным расстройством почти в три раза более вероятно,

страдают от мигрени, чем лица с большим депрессивным расстройством (54% против 29%, OR=2.9, $p<0.0001$) (14). Мы не нашли это различие в данной группе подростков, где распространенность мигрени с большим депрессивным расстройством и с биполярным расстройством были 26.5 и 25.0%, соответственно. Так как детство и юность как возраст начала большого депрессивного расстройства - сильный предсказатель возможного появления биполярного расстройства (18,19), вероятно у существенной фракции наших подростков классифицированные наличие большого депрессивного расстройства, фактически есть "скрытое" биполярное расстройство. Это могло объяснить вышеупомянутое несоответствие. Могла быть выдвинута гипотеза, что мигрень среди молодых людей с ранним началом большого депрессивного расстройства является чертой, объединяющей их в биполярный спектр.

Боль в контексте депрессивного синдрома часто зависит от состояния больного. Мы не были в состоянии провести продольное исследование в нашей выборке подростков. Дальнейшие исследования должны быть направлены на долгосрочный курс мигрени и ее ответ на антидепрессивное лечение.

Список литературы:

1. Silberstein SD, Lipton RB. Epidemiology of migraine. *Neuroepidemiology* 1993;12:179-94.
2. Stewart WF, Schechter A, Rasmussen BK. Migraine prevalence: a review of population studies. *Neurology* 1994;44:S17-23.
3. Zwart JA, Dyb G, Holmen TL et al. The prevalence of migraine and tension-type headaches among adolescents in Norway: the Nord-Trøndelag Health Study (Head HUNT-Youth), a large population based epidemiological study. *Cephalalgia* 2004;24:373-9.
4. Fendrich K, Vennemann M, Pfaffenrath V et al. Headache prevalence among adolescents – The German DMKG headache study. *Cephalalgia* 2007;27:347-54.
5. Mahmood T, Romans S, Silverstone T. Prevalence of migraine in bipolar disorder. *J Affect Disord* 1999;52:239-49.
6. Fasmer OB. The prevalence of migraine in patients with bipolar and unipolar affective disorders. *Cephalalgia* 2001;21:894-9.
7. Fasmer OB, Oedegaard KJ. Clinical characteristics of patients with major affective disorders and comorbid migraine. *World J Biol Psychiatry* 2001;2:149-55.
8. Low NC, Du Fort GG, Cervantes P. Prevalence, clinical correlates, and treatment of migraine in bipolar disorder. *Headache* 2003;43: 940-9.
9. McIntyre RS, Konarski JZ, Wilkins K et al. The prevalence and impact of migraine headache in bipolar disorder: results from the Canadian Community Health Survey. *Headache* 2006;46:973-82.

10. Hamelsky SW, Lipton RB. Psychiatric comorbidity of migraine. *Headache* 2006;46:1327-33.
11. Peterlin BL, Ward TN. Neuropsychiatric aspects of migraine. *Curr Psychiatry Rep* 2005;7:371-5.
12. Oedegaard KJ, Angst J, Neckelmann D et al. Migraine aura without headache compared to migraine with aura in patients with affective disorders. *J Headache Pain* 2005;6:378-86.
13. Nuyen J, Sachellevs FG, Satariano WA et al. Comorbidity associated with neurological and psychiatric diseases: a general practicebased controlled study. *J Clin Epidemiol* 2006;59:1274-84.
14. Dilsaver SC, Benazzi F, Oedegaard KJ et al. Migraine headache in affectively ill Latino adults of Mexican American origin is associated with bipolarity. *Primary Care Companion J Clin Psychiatry* (in press).
15. Dilsaver SC, Xionghua W, Manning JS et al. Pain complaints in adolescents: patients with affective disorders versus psychiatric controls. *Primary Care Companion J Clin Psychiatry* 2005;7:150-74.
16. First MB, Spitzer RL, Gibbon M et al. The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders: Clinician Version (SCID-CV). Washington: American Psychiatric Association, 1997.
17. International Headache Society Classification Subcommittee. International classification of headache disorders, 2nd ed. *Cephalalgia* 2004;24(Suppl. 1):1-160.
18. Akiskal HS. Developmental pathways to bipolarity: are juvenile onset depressions pre-bipolar? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:754-63.
19. Benazzi F, Akiskal HS. How best to identify a bipolar-related subtype among major depressive patients without spontaneous hypomania: superiority of age of onset criterion over recurrence and polarity? *J Affect Disord* 2008;107:77-88.

Индексация психиатрических журналов стран с низким и средним доходом: обзор и социологическое исследование

CHRISTIAN KIELING¹, HELEN HERRMAN², VIKRAM PATEL³, JAIR DE JESUS MARI⁴

1 Department of Psychiatry, Federal University of Rio Grande do Sul, Rua Ramiro Barcelos 2350, Porto Alegre 90035-003, Brazil

2 Orygen Youth Health Research Centre, University of Melbourne, Locked Bag 10, Parkville, Victoria 3052, Australia

3 Sangath Centre, Porvorim, 403521 Goa, India, and London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK

4 Department of Psychiatry, Universidade Federal de Sao Paulo, Rua Botucatu 740, 04023-900 Sao Paulo, Brazil

Отмечено непропорционально маленькое количество индексируемых печатных изданий психиатрической направленности в странах с низким и средним доходом (СНИСД) что отражается в низком числе публикаций СНИСД, в базах данных индексируемых журналов. Эта статья посвящена международному распределению индексируемых психиатрических журналов. Выполнен обзор в Medline и сети ISI Науки, чтобы идентифицировать психиатрические журналы, согласно стране издания. Выявлены двести двадцать два индексируемых психиатрических журнала. Из них 213 из стран с высоким доходом и только девять (4.1%) из стран со средним доходом. Не был найден ни один индексируемый журнал в стран с низким доходом. Мы представляем также опыт одного психиатрического журнала СНИСД, Revista Brasileira de Psiquiatria, в его процессе индексации. Этот случай может служить примером для других журналов СНИСД, по возможности и индексации в главные базы данных, стратегии расширения международного фонда психиатрического исследования. Существует большая потребность введения психиатрических публикаций СНИСД в главные базы данных. Этот процесс требует кропотливой работы и взаимосвязи между международными партнерами и издателями журналов СНИСД, чтобы улучшить их качество и увеличить вероятность быть индексируемыми.

Ключевые слова: Индексируемый психиатрический журнал, страны с низким и средним доходом, психиатрическое исследование

(World Psychiatry 2009;8:40-44)

В странах с низким и средним доходом (СНИСД), где проживают более 80% мирового населения, самое большое количество расстройств психики. Однако число предоставленных для печати статей от СНИСД в индексируемые журналы - меньше 20% (1), а пропорция опубликованных работ еще меньше (2). Поиск в Институте научной информации (ISI), сеть научной базы данных, с 1992 по 2001 (3), показала, что страны с низким и средним доходом (n=152) содействовали только 6% международных исследований психического здоровья. Недавний обзор всех оригинальных докладов в период 2002-2004 в шести журналах по психиатрии с самыми высокими факторами воздействия, в показал, что только 3.7% опубликованных работ представлены авторами СНИСД (4). Кроме того, обзор

редакционных коллегий и консультативных советов десяти ведущих психиатрических журналов подчеркнул низкое представление СНИСД (5). Главным препятствием распространения исследования СНИСД является малое число индексируемых журналов, сфокусированных на СНИСД как, например, журналы, изданные в СНИСД (3).

Местные инициативы развить информационные сети между исследователями и профессионалами психического здоровья очевидны в некоторых развивающихся странах. Обширный обзор, изданный в 1999, идентифицировал 977 психиатрических журналов, отредактированных во всем мире; причем 413 из них, не были перечислены ни в каком реферировании или индексации обслуживания (6).

Восстановление лучшей информации в этом сценарии стало все более и более трудным и требует, чтобы исследователи использовали индексированные базы данных, что является теперь требованием для любой публикации, преследующей адекватную видимость и влияние исследования, изданного в журнале. Две из самых соответствующих систем индексации для психиатрических журналов - Medline, библиографическая база данных, развитая Национальной библиотекой медицины США, и индексированные цитаты ISI - теперь часть Thomson Scientific, доступной онлайн под названием Сеть Науки. Эта статья стремится представить международное распределение индексированных психиатрических журналов, и идентифицировать число, изданное СНИСД. Статья также предоставляет информацию из множества источников о неиндексированных тематических журналах, описывает недавний опыт индексации Revista Brasileira de Psiquiatria. Мы используем это исследование, для предложения редакторам журналов в СНИСД, чтобы повысить уровни индексаций, улучшить представление этих стран в глобальной литературе.

МЕТОДЫ

Мы выполнили обзор в Medline и в базах данных ISI, для идентифицирования журналов в области психиатрии согласно их стране происхождения. Поиск в Medline был сделан, вводя выражения "психиатрия" и "токсикомания" в базу данных журналов. Были включены только те журналы, которые в данное время издавались и индексировались. Психиатрические журналы по токсикомании в ISI были идентифицированы через Journal Citation Reports (JCR). Мы включили все журналы, перечисленные и в категории Наука и Социальные Науки (JCR) по психиатрии. Для каждого журнала собираются информация относительно названия, ISSN, страны происхождения, издателя, и год начала публикации в соответствии с базами данных. Для публикаций, внесенных в указатель в ISI, мы также собрали данные по цитатам (например, факторы воздействия, общее количество цитируемого). Назначение журнала в стране основывалось на регистратурах обеих баз данных;

в случае разногласия приоритет был отдан информации, полученной в ISI.

Мы искали информацию о невнесенных в указатель журналах двумя способами. Во-первых, мы связывались с 18 Зональными Представителями ВПА (ЗП).

Просили, идентифицировать, с помощью своих Обществ, журналы, изданные в странах Зоны, но отсутствующие в списке. Попросили также, идентифицировать журналы, изданные странами в каждой Зоне и неправильно приписанные другой. Это происходит, например, когда журнал Общества издан международным издателем и приписан стране, где расположен главный офис издателя, часто в Европе или США. Во-вторых, мы получили разрешение использовать информацию Обзора Мирового Форума для Глобального Исследования и Всемирного банка.

Обзор проводился для подсчета проведенных исследований по психическом здоровье от СНИСД в период 1993–2003. В обзор были включены 114 стран Африки, Восточной и Южной Азии, Латинской Америки и Карибского моря. Поиск публикаций был проведен в двух базах данных (Medline и PsycInfo) и местной литературы (7).

Таблица 1. Число индексированных журналов в Medline и/или Институте Научной Информации (ISI), по странам

Страна	Medline	ISI	Общее количество
Аргентина*	1	0	1
Австралия	3	2	3
Бразилия*	2	2	2
Канада	4	3	4
Хорватия*	1	0	1
Дания	2	3	3
Англия	40	37	44
Франция	5	3	5
Германия	12	14	15
Венгрия*	1	0	1
Израиль	1	1	1
Италия	2	2	2
Япония	3	1	3
Нидерланды	8	7	9
Новая Зеландия	1	1	1
Норвегия	1	2	2
Мексика*	0	1	1
Польша*	1	0	1
Россия*	1	1	1
Испания	2	2	3
Швейцария	10	10	11
Турция*	1	0	1
США	107	83	107

* Страны среднего дохода

РЕЗУЛЬТАТЫ

На июль 2007 в категории “Психиатрия” (включая токсикоманию) было 209 журналов, индексируемых в Medline, и 175-ISI. Очевидно, есть некоторая степень наложения между этими двумя базами данных, и число журналов, внесенных в указатель в любой из этих двух систем, 222.

Как показано в Таблица 1, в странах с высоким доходом большое количество индексируемых психиатрических журналов. Мы отметили существенную корреляцию между доходом на душу населения и числом индексируемых журналов ($r=0.75$, $p < 0.001$).

Таблица 2. Число индексируемых журналов в Medline и/или Институте Научной Информации (ISI), согласно Зоне ВПА, распределение неиндексируемых психиатрических публикаций от СНИСД

Зона ВПА	Medline	ISI	Индекс	Неиндекс. Журнал СНИСД
Канада	4	3	4	NA
Соединенные Штаты	107	83	107	NA
Мексика, Цент. Америка, Карибю	0	1	1	6
Северная Южная Америка	0	0	0	13
Южная Южная Америка	3	2	3	56
Западная Европа	75	71	84	NA
Северная Европа	3	5	5	NA
Южная Европа	5	4	6	2
Центральная Европа	3	0	3	11
Восточная Европа	1	1	1	NA
Северная Африка	0	0	0	2
Ближний Восток	1	1	1	NA
Западная и Центральная Африка	0	0	0	1
Южная и Восточная Африка	0	0	0	3
Западная и Средняя Азия	0	0	0	1
Южная Азия	0	0	0	7
Восточная Азия	3	1	3	16
Австралия и Южный Тихий океан	4	3	4	NA

NA - недоступный и/или неприменимый

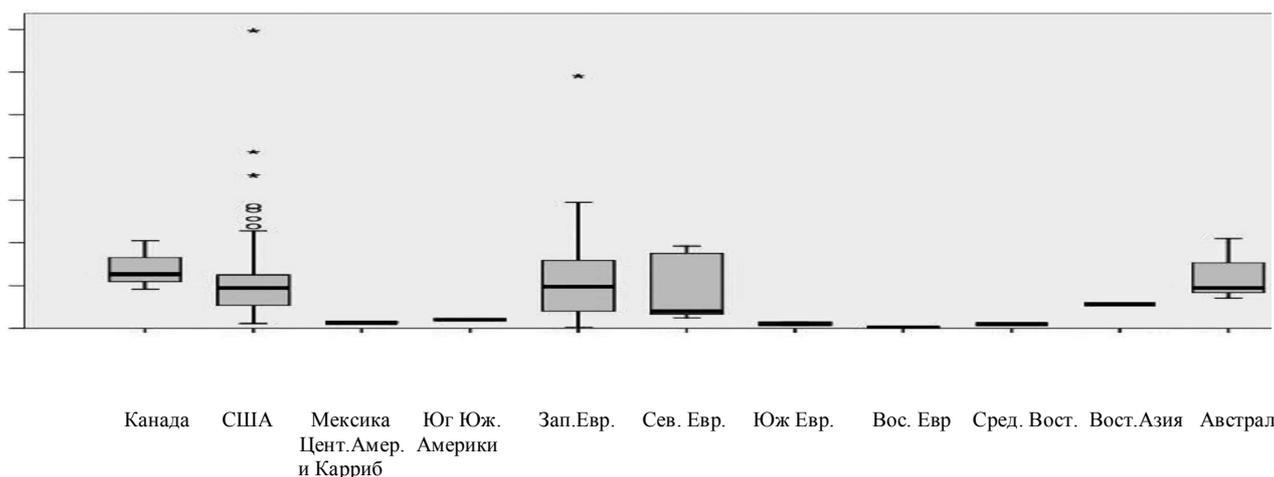


Рисунок 1. Средний Фактор воздействия психиатрических журналов в Institute of Scientific Information (ISI) Web of Science согласно ВПА Зонам.

Двести тринадцать журналов из стран с высоким доходом представляют 95.9% всех публикаций; оставшиеся девять публикаций (4.1%) из стран с высоко-средним доходом.

Ни один психиатрический журнал из стран с низким доходом не был идентифицирован в Medline или базах данных ISI.

Как показано в Таблице 2, есть ясное неравномерное географическое скопление психиатрических журналов. В 13 из 18 Зон ВПА имеются три или меньше индексируемых психиатрических журналов. Шесть Зон ВПА не имеют журналов вообще (Северная часть Южной Америки, Северная Африка, Западная

и Центральная Африка, Южная и Восточная Африка, Западная и Средняя Азия, и Южная Азия). Информация, полученная из десяти Зональных Представителей ВПА, указала существование еще 46 не индексируемых психиатрических журналов от СНИСД, в то время как Глобальный обзор Форума привел к идентификации дополнительных 87 журналов СНИСД. В сумме, были идентифицированы 118 психиатрических журналов СНИСД, не индексируемых Medline или ISI (Таблица 2). Основанный на факторах воздействия, выпущенных в 2007 (относительно года 2006), у 167 журналов, индексируемых ISI, был средний фактор воздействия 1.85 (в пределах от 0.05 к 13.94).

Только три из этих публикаций были из стран среднего дохода (Бразилия, Мексика, и Россия - 154-е, 161-е и 166-е место в заключительном списке, соответственно). Рис.1 показывает средний фактор воздействия для психиатрических журналов согласно Зонам ВПА.

Отличительны, только две области, а именно, Соединенные Штаты и Западная Европа, с фактором воздействия выше пяти.

Исследование: индексация Revista Brasileira de Psiquiatria

Revista Brasileira de Psiquiatria издается с 1966 как официальное издание Бразильской Психиатрической Ассоциации (АВР).

В 1984 АВР и Латиноамериканская Психиатрическая Ассоциация (АРАЛ) создали совместное предприятие, по изданию журнала Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria/АРАЛ, с акронимом Revista АВР-АРАЛ. В 1998 два новых редактора получили миссию реструктурировать журнал Бразильской Психиатрической Ассоциации. Первыми шагами новых редакторов были приглашение двух младших редакторов, определение целей журнала и возврат оригинального лейбла Revista Brasileira de Psiquiatria. Цель журнала состояла в том, чтобы дать возможность быть увиденным научному производству латиноамериканских и карибских стран в области психического здоровья и обеспечить продолжение медицинского образования в контексте новой доказательной информации в сфере психического здоровья в этих странах. Журнал издавался

ежеквартально, и два ежегодных дополнения увеличивали его образовательную роль. В редакционной коллегии увеличилось число международных исследователей. Чтобы избежать политического давления, научная производительность была включена как критерий для отбора состава правления. Первое главное достижение состоит во включении журнала в Научную Электронную Библиотеку Онлайн (SciELO). Эта база данных спонсируется бразильскими агентствами государственного финансирования и содержит лучшие доступные публикации в Латинской Америке и карибских странах, обеспечивая бесплатно онлайн доступ к журналам. Система теперь также дает возможность заявить электронно статьи и библиометрически оценить журнал.

Чтобы расширить аудиторию и продвигать диалог с другими публикациями, редакционная коллегия сочла, что для журнала важно быть индексируемым в главных научных базах данных. В 2001 его первому заявлению к ISI отказали из-за очень низкой деятельности цитат, от обоих авторов и большинства участников редакционной коллегии: “Журнал будет иметь низкий коэффициент влияние по сравнению с другими журналами в этой очень конкурентоспособной категории”.

В процессе индексации журнал был включен в Medline в 2003 (8). В это время все оригинальные исследования в журнале начали издавать на английском языке, с большей частью обзора и специальных статей (у которых очень важная роль в дальнейшем образовании), издаваемых на португальском или английском языке, в зависимости от языка, на котором они были представлены.

Это редакционное решение не было одобрено некоторыми читателями, но явилось существенным шагом для того, чтобы увеличить видимость оригинальных статей в журнале и впоследствии привлечь высококачественные исследования авторов из Бразилии и многих других стран. Второе заявление для включения в ISI было предпринято на следующем основании: укрепление качества редакционной коллегии, засвидетельствованной числом их цитат в литературе; предыдущая оценка американской Национальной Библиотекой Медицины и включение журнала в Medline; растущее участие Бразилии в здоровье и исследовании психического здоровья (9,10) - каждая бра-

зильская статья, получающая средний 4.5 цитат согласно ISI JCR (11). Другим аргументом было то, что включение журнала в ISI по существу увеличит цитирование. В 2005, журнал был наконец индексируется в ISI (8).

Теперь *Revista Brasileira de Psiquiatria* - ежеквартальная публикация с двумя новыми дополнениями, по темам клинической практики и предписана ознакомить с новой информацией медработников психического здоровья и клиницистов. Дополнения напечатаны только на португальском языке, а в электронной форме и на английском, и на португальском. К журналу можно получить доступ онлайн в SciELO (www.scielo.br/rbp), и на вебсайте (www.rbpbrasil.org.br), где доступ к статьям свободен. Число запросов статей через SciELO было 230 919 в 2004; 487 508 в 2005 и 762 794 в 2006. Фактор воздействия для журнала был подсчитан в 2008, и все указывает на устойчивый рост в цитат, с неофициальным фактором воздействия 0.512 на 2006 год (12). Журнал стоит приблизительно 200.000 US\$ ежегодно, и 90 % этих затрат покрыты фармацевтической промышленностью (остальные затраты покрываются Бразильским Научным Советом).

К концу 2006 редакционная коллегия включала 71 участника: 37 из Бразилии, 12 из Соединенных Штатов, девять из Англии, и четверо из других латиноамериканских стран. В сравнении: у ведущего национального психиатрического журнала Соединенных Штатов нет международных участников в редакционной коллегии, в то время как четверть редакционной коллегии ведущего журнала Великобритании является международной.

ОБСУЖДЕНИЕ

Несмотря на быстрый рост глобального исследования психического здоровья и профиль глобального психического здоровья, отмечено непропорционально мало индексируемых печатных изданий в психиатрической литературе из стран с низким и средним доходом (СНИСД).

Это отражает низкое число публикаций СНИСД в базах данных индексируемых журналов, индексируемых психиатрических журналов в Medline или в Сети ISI Науки только,

4% из стран с средним доходом. Ни один психиатрический журнал из стран с низким доходом не идентифицирован в Medline или базах данных ISI.

Кроме того, несколько зон ВПА не имеют индексируемых журналов вообще (Северная часть Южной Америки, Северная Африка, Западная и Центральная Африка, Южная и Восточная Африка, Западная и Средняя Азия, и Южная Азия). Совместное заявление редакторов психиатрических журналов и Всемирной Организации Здравоохранения в 2004 признало основную роль научных журналов в производстве и распространении исследования, как и в учреждении и расширении клинических услуг и в обучении исследователей (13). Обращаясь к потребностям психического здоровья СНИСД и увеличивая международные и многокультурные аспекты психиатрического исследования, журналы СНИСД являются решающим звеном для развития психического здоровья. Главные трудности, встреченные этими публикациями, включают ограниченную видимость в научном сообществе и последовательное ограниченное заявление высококачественных исследований.

Редакторы журналов из СНИСД должны стремиться к распространению своих статей среди публикаций высшего качества.

Пример *Revista Brasileira de Psiquiatria* демонстрирует, что такая амбиция требует значительной местной инициативы по реструктурированию журнала.

Главные модификации, осуществленные в этом журнале, чтобы достигнуть индексации: а) бескомпромиссный критерий для отбора кандидатур в редакционную коллегию, основанный на научной продуктивности за прошлые пять лет; б) международное правление из признанных исследователей, принимающих участие в издании журнала; в) твердое расписание публикации, поддержанное стабильным доходом и постоянной редакцией с ясными планами; г) публикации оригинальных статей на английском языке со свободным электронным доступом; д) образовательная часть. Другая важная процедура – преемственность, вложение капитала в текущий учебный штат и будущих членов редакционных коллегий. С 2004 журнал создал 3 места работы для младших редакторов, молодых исследователей. Каждый из них сотрудничает с двумя

старшими редакторами, осваивая навыки редактирования.

Число неиндексированных журналов, идентифицированных в нескольких областях, свидетельствует о деятельности и стремлении исследователей и читателей во всем мире. Представленные числа, получены только из двух источников информации. Будущая работа необходима, чтобы идентифицировать дополнительные психиатрические журналы земного шара. Мы также признаем, что отсутствие психиатрических журналов не означает нехватки научной производительности в области психического здоровья. Многие страны, не упомянутые здесь, возможно, публиковались в индексированных медицинских журналах, в которых может быть издано исследование психического здоровья. Кроме низкого представления журналов СНИСД, признаем также отмеченные внутрорегиональные и внутринациональные различия, которые мы не исследовали. В случае Южной Америки, например, из 12 стран только в Аргентине, Бразилии и Мексике издавались индексированные журналы. Недавний обзор, который включал только исследователей психического здоровья СНИСД, показал, что большинство исследователей публикующихся в индексированных журналах, были сконцентрированы только в 10% стран, подтверждая разнородность среди наций на стадии становления (14). Существует также различия в странах: в Бразилии приоритетными считаются исследования в Юго-восточных и Южных штатах (15).

Чтобы преодолеть 10/90 разрыв в исследовании психического здоровья, СНИСД должен не только улучшить качество исследования, но и найти возможность способствовать распространению результатов исследования.

В СНИСД, где финансовые ресурсы особенно ограничены, важно развитие стратегий распространения результатов исследований, чтобы повлиять на политику психического здоровья и программ, уменьшить бремя психических расстройств.

У ВПА есть 130 Сообществ в 110 странах, и через Зональных Представителей устанавливается база данных журналов во всех частях мира как основание для защиты и действия (16,17).

Мы обращаемся к журналам с высокими стандартами, вместе со спонсорами, чтобы

искать партнерства с журналами СНИСД, особенно в регионах, которые не представлены в международных научных базах данных, стремясь улучшить их качество и увеличить вероятность индексирования.

Благодарность

Miguel Roberto Jorge, бывший президент Бразильской Психиатрической Ассоциации, профессор кафедры Психиатрии Federalinogo Universiteta de São Paulo, поделился историческими данными относительно Revista Brasileira de Psiquiatria.

Sylvie Ollifson, из Глобального Форума Исследования Здоровья любезно обеспечила список неиндексированных (серых) литературных журналов, собранных для того, чтобы планировать потенциал исследований в странах СНИСД.

Зональные Представители ВПА работали с Ассоциациями ВПА, чтобы предоставить информацию из многих стран.

Список литературы:

1. Konradsen J, Munk-Jorgensen A. The destinies 1. of the low- and middle-income country submissions. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 15:331-4.
2. Patel V. Closing the 10/90 divide in global mental health research. *Acta Psychiatr Scand* 2007;115:257-9.
3. Saxena S, Paraje G, Sharan P et al. The 10/90 divide in mental health research: trends over a 10-year period. *Br J Psychiatry* 2006; 188:81-2.
4. Patel V, Kim YR. Contribution of low- and middle-income countries to research published in leading general psychiatry journals, 2002-2004. *Br J Psychiatry* 2007;190:77-8.
5. Saxena S, Levav I, Maulik P et al. How international are the editorial boards of leading psychiatry journals? *Lancet* 2003;361:609.
6. McDonald S, Taylor L, Adams C. Searching the right database. A comparison of four databases for psychiatry journals. *Health LibrRev* 1999;16:151-6.
7. World Health Organization and Global Forum for Health Research. *Mental health: mapping of research capacity in low- and middle-income countries*. Geneva: Global Forum for Health Research, 2007.
8. Bressan RA, Miguel EC, Mari JJ et al. We have reached the ISI! *Rev Bras Psiquiatr* 2005;27:171.
9. Bressan RA, Gerolin J, Mari JJ. The modest but growing Brazilian presence in psychiatric, psychobiological and mental health research: assessment of the 1998-2002 period. *Braz J Med Biol Res* 2005;38:649-59.
10. Razzouk D, Zorzetto R, Dubugras MT et al. Leading countries in mental health research in Latin America and the Caribbean. *Rev Bras Psiquiatr* 2007;29:118-22.
11. Mari JJ, Bressan RA, Miguel EC. Mental health and psychiatric research in Brazil. *Br J Psychiatry* 2004;184:273.

12. Kieling C, Gonçalves RRF. Assessing the quality of a scientific journal: the case of Revista Brasileira de Psiquiatria. Rev Bras Psiquiatr 2007;29:177-81.
13. World Health Organization. Galvanizing mental health research in low- and middle-income countries: role of scientific journals. Bull World Health Organ 2004;82:3.
14. Razzouk D. Personal communication.
15. Zorzetto R, Razzouk D, Dubugras MT et al. The scientific production in health and biological sciences of the top 20 Brazilian universities. Braz J Med Biol Res 2006;39:1513-20.
16. Herrman H. Free and low-cost access to online WPA publications. World Psychiatry 2007;6:191-2.
17. Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. World Psychiatry 2008;7:129-30.

Политика психического здоровья по проблеме детского сексуального “абыюза” и сексуальных отношений между врачом и пациентом

DONNA E. STEWART, ERIK VENOS, IRAM J. ASHRAF

University Health Network and University of Toronto, 200 Elizabeth Street, EN7-229, Toronto, ON, M5G 2C4, Canada

Проблема детского сексуального абыюза ДСА и сексуальных отношений между врачом и пациентом СОВП во многих странах в центре внимания специалистов, юристов и масс-медиа. В этой статье кратко описаны политика психического здоровья по этим вопросам, а также исследования, проведенные ВПА. Хотя Мадридская декларация допускает нарушения конфиденциальности в целях выявления ДСА, а также запрещает СОВП, неизвестно как и в каких размерах эта политика внедрена в странах, являющихся членами ВПА. Также неизвестно, существует ли политика и законы по этим вопросам, и в какой мере проинформированы психиатры и общественность. Представителям национальных ассоциаций были высланы вопросники по электронной почте по ДСА и СОВП. Из 109 стран ответили 51%. Во всех опрашиваемых странах были законы или политика относительно сообщения о ДСА, но часто это было добровольно (63%) и психиатры, сообщившие о ДСА, не были защищены ни со стороны закона (29%), ни со стороны национальных ассоциаций (27%). Немалое количество психиатрических лидеров не знали ничего о законах (27%) и политике (11%) по этим вопросам. В некоторых странах не было закона и политики относительно СОВП с настоящими (17%) и бывшими (56%) пациентами. Меньше половины респондентов верили, что их членские общества были хорошо проинформированы относительно законов. В национальных обществах ВПА имеется целый свод законов относительно политики и практики ДСА и СОВП. В некоторых странах есть необходимость применения законов и дополнительной политики для укрепления защиты уязвимых детей и взрослых пациентов от ДСА и СОВП. Необходимо разработать механизм защиты и поддержки психиатров, если их пока нет. Необходимо также разработать стратегию улучшения обучения психиатров, тренеров и общественности по этим вопросам.

Ключевые слова: ДСА, СОВП, Мадридская декларация.

(World Psychiatry 2009;8:45-48)

Этические стандарты в медицинской практике были изложены в Мадридской декларации ВПА и в ее более поздних дополнениях (1-3). Два этических документа, касающихся ДСА и запрета на СОВП, недавно были в центре внимания специалистов, юристов и масс-медиа в некоторых странах (4,5). Неизвестно, как выполняются этические стандарты по этим двум пунктам в странах, входящих в ВПА. Очевидно, что ДСА вредно для здоровья детей, и следы этого вреда могут проявляться во взрослом возрасте (6). Во многих странах, при подозрении на ДСА, делается все для разоблачения, и при сокрытии этого предпринимаются специальные карательные меры. Способ выявления ДСА медицинскими работниками часто бывает спорным, особенно если ребенку внушили, что он подвергся ДСА. Если благополучие ребенка первично для психиатров, опасность ложного обвинения в ДСА

огромна, и это должно быть принято во внимание. Поэтому необходимо вызывать психиатров как экспертов для лечения детей, пострадавших от ДСА и взрослых нарушителей. Врачи, включая психиатров, обнаружили, что ложно обвиненные взрослые пытаются отомстить через юридические каналы или жалобы медицинским лицензированным авторитетам (4,9).

В результате психиатры и педиатры постепенно понимают, какую поддержку они должны оказать в этих случаях (9). Мадридская декларация ВПА мало говорит об этом документе, но утверждает, что нарушение конфиденциальности допустимо только, когда необходимо по закону (обязательное сообщение о ДСА), или, когда пациенту или третьему лицу может быть нанесен вред в случае сохранения конфиденциальности (3).

СОВП до 1970-1980 годов были скрыты от профессионалов и общественности, когда раз-

личные случаи и наблюдения подтвердили, что проблема гораздо глубже чем предполагалось до этого (10,11). За последние двадцать лет были зафиксированы вредное воздействие сексуальных отношений с пациентами, утрата публичного доверия к врачам и оскорбление врачей и их семей (12,13). Эта проблема не уникальна для врачей, было также зафиксировано множество случаев с психологами, социальными работниками и медсестрами. Но в большинстве случаев среди врачей, обвиненных в ДСА, в Северной Америке были психиатры. Во многих странах была учреждена политика, запрещающая СОВП. Мадридская декларация утверждает, что психиатр не имеет право вступать с пациентом в какую бы то ни было форму сексуальных отношений, независимо от того, было ли это спровоцировано психиатром или пациентом. Психиатр не должен поддаваться желанию пациента, зная, что он обладает соответствующей властью и врачебным авторитетом над пациентом.

Это заявление однозначно относительно настоящих пациентов, но здесь ничего не сказано относительно бывших пациентов, над которыми психиатры часто сохраняют власть (16). В некоторых странах политика четко запретила сексуальные отношения между врачами и бывшими пациентами (14,17), но в других странах наблюдается отсутствие политики относительно отношений с настоящими и бывшими пациентами. Национальные ассоциации ВПА, а также сотрудничающие страны, желая помочь в решении проблемы, касающейся ДСА и СОВП, провели исследование по интернету для а) оценки наличия государственных законов и политики психиатрических обществ, защиты психиатров, которые сообщали о ДСА, желая помочь детям; б) изучить наличие политики, запрещающей СОВП, обеспечить ее распространение, и обеспечить лечение жертв и преступников, и, наконец, узнать мнение национальных психиатрических лидеров об образовательных нуждах психиатрических обществ и общественности по этим темам.

ИССЛЕДОВАНИЕ

Вопросы исследования, состоящего из 21 вопроса, основаны на Мадридской декларации ВПА и ее дополнениях (1), международных

докладах и законах, опубликованных на этой основе (5,7,14,16). Четыре вопроса касались демографии респондентов, семь вопросов – ДСА, десять вопросов – СОВП. У респондентов была возможность заполнить вопросник анонимно, не заполняя демографическую часть. У них также была возможность добавить анонимные комментарии. Были приглашены представители 28 национальных ассоциаций ВПА (обычно это президент или секретарь), представляющие 109 стран, для завершения исследования. Им также напомнили об участии по электронной почте, а также лично со стороны организаторов ВПА встреч. Если отвечали более одного человека из страны, ответы респондентов были более информативны, так как на меньшее количество вопросов отвечали «я не знаю». Университет международных этических исследований одобрил администрацию этого исследования. 56 различных стран заполнили опросник (51%). В пропорциональном отношении 54% стран были из Европы, 50% - из Америки, 48% - из Африки и Среднего Востока, 35% - из Азии и Австралии. Используя международную банковскую классификацию стран по доходам, 73.6% ответов поступили из стран с доходом выше среднего и 26.4% - из стран с доходом ниже среднего.

ДСА

90% респондентов сообщили, что в их странах есть закон, запрещающий сексуальные отношения между взрослыми и несовершеннолетними, пока они не достигнут определенного возраста. В странах, где был закон, запрещающий сексуальные отношения между взрослыми и несовершеннолетними (13%), не было необходимости сообщать знания о ДСА профессионалам здравоохранения. В странах, где требовалось сообщить о ДСА (15%) не было закона, наказывающего за несообщение о ДСА. Тогда как 22% дополнительных респондентов не знали требования своей страны. Когда респондентов спросили, защищает ли закон медицинских работников, которые сообщили о ДСА, если заявление оказывалось ложным, 16 респондентов (29%) ответили «нет» и 15 (27%) не знали. 15 респондентов (27%) ответили, что их национальное общество не поддерживает психиатров, сообщивших о ДСА, если заяв-

ление оказывалось ложным. 25 респондентов (45%) верили, что их профессиональные члены были хорошо проинформированы относительно закона и профессиональных требований по этому вопросу. 18 представителей (33%) среди общественности были менее осведомлены по этому вопросу.

СЕКСУАЛЬНЫЕ ОТНОШЕНИЯ МЕЖДУ ВРАЧОМ И ПАЦИЕНТОМ

28 респондентов (52%) сообщили, что в их странах есть законы, а 42 респондента (78%) сообщили, что у их национальных обществ и лицензированных медицинских авторитетов есть специальные правила, запрещающие СОВП. Только 6 (11%) стран и ассоциаций не имели законов и политики, запрещающих СОВП, а два представителя (4%) не знали. У 13 (24%) психиатрических организаций были правила, запрещающие СОВП с бывшими пациентами. 11 респондентов (21%) сообщили, что их медицинские лицензированные авторитеты требовали, чтобы врач сообщал, если он знал о сексуальных отношениях другого врача с пациентами. В странах, где существовал закон на запрет отношений с пациентами, 26 (57%) опрошенных сообщили, что психиатры теряли лицензию на практическую деятельность, если вступали с пациентами в сексуальные отношения. В этих странах 13 представителей (50%) были осведомлены о том, что психиатры их ассоциаций потеряли лицензию по этой причине за последние пять лет. Фактически утрата лицензии, а значит права на лечение, могла длиться от 1 года до 10 лет, а порой и пожизненно - в зависимости от нанесенного оскорбления. Применялись и другие санкции: смертный приговор, публичные письменные выговоры, криминальные процедуры, штрафы, курс этического образования, потеря работы, объявление профессиональной негодности, супервизия и специальная психотерапия. 18% опрошенных предложили программу помощи врачам, обвиненным в СОВП. Они же предложили провести бесплатные консультации с пациентами, пострадавшими от СОВП. 22 опрошенных (42%) считали, что члены их ассоциаций были хорошо проинформированы о законах и профессиональных стандартах СОВП. Среди тех, кто считал, что они

не были хорошо проинформированы, 19 опрошенных (86%) верили в пользу образования. 11 опрошенных (21%) полагали, что общественность их стран хорошо информирована.

ДИСКУССИЯ

ДСА и СОВП – проблема глобального масштаба. Лансет ревью отметило превалирование ДСА 2- 6% среди женского населения и 3-16% среди мужчин с широким спектром отрицательных физических, социальных и психологических последствий для жертв (18). Хотя проблема СОВП изучена не столь глубоко, исследования выявили, что 7.1-10.9% мужчин-психиатров и 1.9-3.5% женщин-психиатров признали наличие сексуальных контактов с пациентами, на которых эти отношения оказали крайне отрицательное влияние. В большинстве стран национальных обществ ВПА имеются законы, запрещающие ДСА и СОВП. Основная базовая политика жизненно важна, но ужесточение подходов может способствовать более эффективной реализации этих законов. Исследование выявило, что 13% стран-участников не требовали от профессионалов здравоохранения сообщать о ДСА, и даже в странах, которые обязаны были делать это, не все несли наказание за сокрытие сообщений. Даже в странах, в которых руководствуются этими законами, они часто игнорируются. Как сообщил один респондент, многие законы носят чисто формальный характер, так и не став руководством к практической деятельности.

Более того, психиатры могут не хотеть сообщать о ДСА, если они работают в странах (30%), где нет законов, защищающих их в случае, если они проинформируют о ДСА по доброй воле. Есть и другой фактор – неуверенность в том, что их национальная ассоциация поддержит их. Один респондент написал о том, что существует страх информировать о сексуальном абьюзе, так как нет легальной и профессиональной защиты. Защищать уязвимых детей-пациентов психиатрам крайне сложно.

Имеются серьезные проблемы во внедрении политики предотвращения СОВП. Один респондент заявил: «Мы даже не говорим об этих вещах». В 80% ассоциаций имеются

законы, запрещающие СОВП с пациентами, с которыми они работают сегодня. Менее чем ¼ представителей сообщили, что их ассоциации и лицензированные авторитеты руководствуются политикой, запрещающей СОВП с бывшими пациентами. И это несмотря на мнение многих экспертов, что сущность психотерапевтических отношений и продолжительное действие трансфера делает СОВП с бывшими пациентами неэтичным. Один респондент затронул другую грань вопроса: «Если психиатрический диагноз подтвержден, пациенту, который озвучил СОВП, могут просто не поверить». Более половины представителей сообщили, что врачи, знающие о сексуальных отношениях коллег с пациентами, не обязаны сообщать об этом. Жертвы СОВП страдают от негативных последствий и им требуется психотерапия, консультация и другое лечение (12). К сожалению, очень маленький процент представителей сообщили, что их ассоциация обеспечивает бесплатную консультацию пациентам, пострадавшим от сексуальных отношений с психиатрами или врачами. Одно исследование показало то, что более половины стран-представителей сообщили, что врачи теряли лицензию, когда были увлечены в СОВП. Но почти половина этих стран не были информированы о наличии хотя бы одного психиатра, лишившегося лицензии за последние 5 лет. Был предусмотрен широкий спектр санкций начиная от смертного приговора до обучения правильному поведению, но лишение лицензии было самой распространенной мерой.

Культурологические подходы относительно границ профессиональных отношений очень различаются. К примеру, коллективистские культуры (Восток и традиционные культуры) и индивидуалистские культуры (Северная Америка, большинство стран Европы, Австралия и Новая Зеландия) имеют различные подходы к практике сохранения границ, которые влияют на отношения пациент-психиатр (19, 20). Несмотря на наличие этих различий, очевидно, что все врачи не должны причинять вреда, обязаны действовать в интересах пациентов и никогда не использовать их в целях своей выгоды. Как полагают многие представители (13,20) учебные программы по месту жительства, систематическое образование должны включать развернутое обучение по

СОВП. У этого исследования есть недостатки - ответы были получены только от 51% стран, хотя этот коэффициент больше чем во многих других медицинских исследованиях. Опрошенные относились к исследованию несколько скептически, ассоциации выражали недовольство Мадридской декларацией. Им хотелось более углубленной национальной политики, поскольку ¾ стран располагало большими ресурсами. Влияние социума выразилось в позитивных ответах на вопросы. Некоторым представителям не доставало знаний английского языка, что не давало им возможности отвечать на вопросы. Хотя мы предполагаем, что они давали ответы, отражающие статус страны и ассоциации, возможно, ответы были неточными. Несмотря на недостатки, результаты исследования четко свидетельствуют, что проблема ДСА и СОВП, и их выявления существует. Тогда как все страны-члены ВПА имеют законы и политику относительно ДСА, практике сообщения может мешать добровольность и недостаток профессиональной поддержки психиатров со стороны ассоциаций. Наконец, представители выразили желание, чтобы психиатры, тренеры и общественность получали по этим вопросам лучшее образование. Один респондент хорошо выразил эту необходимость, сказав: «Пока тема секса является табу в какой-либо части мира, пациентам, преимущественно женщинам и детям, необходимо знать свои права и быть в состоянии призвать нарушителя к ответу». Мы надеемся, что результаты этого исследования будут способствовать необходимым изменениям.

Благодарность

Д.И. Стюарт и И. Венус являются соавторами этой статьи. Авторы выражают благодарность ревью-комитету ВПА, которые составили необходимые вопросы.

Список литературы:

1. World Psychiatric Association. Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice. Madrid: WPA General Assembly, 1996.
2. Okasha A. The Declaration of Madrid and its implementation. An update. World Psychiatry 2003;2:65-7.
3. World Psychiatric Association. www.wpanet.org.
4. Dyer O. BMC strikes Southall off medical registry for serious professional misconduct. BMJ 2007;335:1174.

5. Secretary of State for Health. The Kerr/Huslam inquiry. Norwich: Her Majesty's Stationary Office, 2005.
6. MacMillan HL, Flemming JB, Streiner DL et al. Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *Am J Psychiatry* 2001;158:1878-83.
7. Loo SK, Bala NMC, Clarke ME et al. Child abuse. Reporting and classification in health care. Ottawa: Health Canada, 1998.
8. Bruck M, Ceci S. Unveiling some common misconceptions. *Current Directions in Psychological Science* 2004;13:229-32.
9. Dyer O. Paediatricians debate a motion of no confidence in General Medical Council procedures for child protection work. *BMJ* 2008;336:791.
10. Dahlberg C. Sexual contact between patient and therapist. *Contemporary Psychoanalysis* 1970;6:107-24.
11. Gartrell N, Herman J, Olarte S et al. Psychiatrist-patient sexual contact: results of a national survey. I. Prevalence. *Am J Psychiatry* 1986;143:126-31.
12. Leuper ET. Effects of practitioners' sexual misconduct: a follow-up study. *J Am Acad Psychiatry Law* 1999;27:51-63.
13. Robinson GE, Stewart DE. A curriculum on physician-patient sexual misconduct and teacher-learner mistreatment. Part I. *Can Med Assoc J* 1996;154:643-9.
14. Canadian Psychiatric Association. Position statement on sexual misconduct. Ottawa: Canadian Psychiatric Association, 1995.
15. Council of Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. Sexual misconduct in the practice of medicine. *JAMA* 1991;266:2741-5.
16. Gabbard GO. Post-termination sexual boundary violations. *Psychiatr Clin North Am* 2002;25:593-603.
17. American Psychiatric Association. The principles of medical ethics with annotations especially applicable to psychiatry. Washington: American Psychiatric Association, 2001.
18. Johnson CF. Child sexual abuse. *Lancet* 2004;364:462-70.
19. Myers GE. Addressing the effects of culture on the boundary keeping practices of psychiatry residents educated outside of the United States. *Acad Psychiatry* 2004;28:47-55.
20. Leggett A. A survey of Australian psychiatrists' attitudes on practices regarding physical contact with patients. *Aust N Zeal J Psychiatry* 1994;28:488-97.
21. Field TS, Cadoret CA, Brown ML et al. Surveying physicians: do components of the "Total Design Approach" to optimizing survey response rates apply to physicians? *Med Care* 2002;40:596-605.

Общинная служба психического здоровья в азиатском регионе Тихого океана: применение наилучшей модели для информирования будущей политики службы

CHEE NG¹, HELEN HERRMAN^{1,2}, EDMOND CHIU¹, BRUCE SINGH³, ON BEHALF OF THE EDITORIAL GROUP OF THE ASIA-PACIFIC COMMUNITY MENTAL HEALTH DEVELOPMENT PROJECT*

* The members of the Editorial Group are listed in the Appendix

¹Department of Psychiatry, University of Melbourne and St. Vincent's Mental Health, Melbourne, Victoria, Australia

²Orygen Youth Health Research Centre, Department of Psychiatry, University of Melbourne, Australia

³Faculty of Medicine, Dentistry and Health Sciences, University of Melbourne, Australia

Большой опыт реализации модели служб психического здоровья может послужить хорошим уроком для последующего развития. Для позитивных перемен необходимо разработать и исследовать культурологические, инновационные, экономически приемлемые модели лечения. Проект развития общинного психического здоровья азиатского региона Тихого океана (АТРЗПЗ) был основан для исследования ведущей модели и подходов служб психического здоровья в этом регионе. Цель проекта – показать наилучшую практическую модель служб психического здоровья методом обмена информацией и накопленного практического опыта в регионе. Проект разработан лидерами 14 стран-участников этого региона для основания служб общинного психического здоровья. Также подготовлены основные принципы развития служб психического здоровья. Такое взаимосотрудничество будет способствовать развитию системы психического здоровья в будущем.

Ключевые слова: психическое здоровье, местные модели, принципы развития.

(World Psychiatry 2009;8:49-55)

Исследования в Азиатском регионе Тихого океана показали, что почти половина из 450 млн. людей страдали психическими заболеваниями (1). Руководствуясь международными установками в области психического здоровья, западные системы разработали политику охраны здоровья, включающую в себя служб психического здоровья в этом регионе. Обеспечение соответствующего качества службы психического здоровья общества остается серьезной проблемой как для развитых стран, так и для стран с низким уровнем развития. Сложность и препятствия в деле внедрения соответствующих моделей и служб включают неадекватные вложения, наличие специалистов по психическому здоровью, интеграцию в социальные службы, сотрудничество между общественностью и частными системами здравоо-

хранения (2,3). Так как система службы психического здоровья зависит от необходимого количества специалистов, недостатки неадекватно обученного персонала все еще препятствуют прогрессу реформ в этом направлении. В ответ на такие глобальные тенденции многие страны этого региона начали разрабатывать политику развития психического здоровья с целью развить эту службу. Тогда как эти реформы поддерживались рекомендациями ВОЗ и руководящими структурами, такими как западная региональная стратегия психического здоровья (4). Социальные, экономические, культурные факторы в азиатских странах препятствуют внедрению моделей служб психического здоровья. И правительство, кто внедряет эти службы, сталкиваются с проблемами, тормозящими развитие и внедрение локальной

службы психического здоровья. Было бы не-реально и нежелательно внедрять строгие рекомендации для моделей психического здоровья для единичной общины без учета национальных особенностей всего региона. Конструктивные изменения, произошедшие в регионе, инновационные, культурологические и экономические, нуждаются в развитии и исследовании для правильного внедрения моделей психического здоровья. Несмотря на препятствия, эти реформы являются движущей силой. Для будущего развития этой службы могут быть получены ценные уроки и от успехов, и от трудностей при внедрении системы реформ психического здоровья и практики в этом регионе. Создается сеть, состоящая из руководящих лиц, правительственных структур и ключевых организаций для налаживания отношений с целью развития политики реформ психического здоровья. Сеть поддерживается азиатской тихоокеанской общиной психического здоровья (АТОПЗ). В проекте участвуют 14 стран этого региона. Проектом руководят западный тихоокеанский региональный офис ВОЗ, факультет психиатрии Мельбурнского университета, Сентвинсентский центр здоровья, являющийся частью центра ВОЗ по психическому здоровью (5). Цель проекта – обеспечить позитивную практику в вопросе психического здоровья посредством просвещения, внедрения практического опыта в регионы. Ожидаемый результат – укрепление служб психического здоровья в регионе с последующим улучшением перспективы.

ЭТАПЫ ПРОЕКТА

Проект включает три этапа, рассчитанных на три года. Самая позитивная практика служб общинного психического здоровья в регионе – сбор национальных данных, имеющих реальных случаев, обмен информацией и практический опыт. В 14 стран-участниц проекта входили Австралия, Комбоджа, Китай, Гонг-Конг, Индия, Индонезия, Япония, Корея, Малайзия, Монголия, Сингапур, Тайвань, Тайланд и Вьетнам. Сеть, состоящая из чиновников минздрава, организаций по поддержанию психического здоровья, работала в направлении создания основополагающих принципов по развитию культурологической практики,

служб психического здоровья. Процесс наблюдался благодаря доброй воле и энтузиазму участников, которые делились своим опытом. Организация “Психическое здоровье Азия-Австралия”, ВОЗ и партнеры проекта обеспечили техническую поддержку, способствовали полноценной реализации проекта, его прогрессу.

Первый этап: структура сбора данных

Подготовительная работа, встречи со странами-участниками проекта были проведены на конференциях в Азии в 2005-2006 гг. для разработки проекта плана-соглашения по рабочей методологии по обеспечению постоянства документации, ресурсов существующей общины психического здоровья, политики и практики стран-регионов.

Второй этап: обеспечение ресурсов для наилучшей практики

План проекта был разработан странами-представителями, в его основе были определены цели проекта, разработка документации по политике психического здоровья, стратегии и различные локальные модели деятельности служб психического здоровья. Соглашение было подписано в международном конгрессе ВПА в Мельбурне в ноябре 2007г. для определения методологии и сбора информации от стран-участников.

Третий этап: публикации, распространения и выполнения

Региональный отчет был опубликован (6) на основе опыта, обучения, обеспечения ресурсов по информированию будущей политики развития и внедрению служб. Публикация этого отчета и распространение информации в региональных странах последует за получением ожидаемого результата. Полный отчет можно получить по www.amh.adu.au.

ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЕ ПРИНЦИПЫ ПО ПОСТРОЕНИЮ СЛУЖБ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В АЗИАТСКОМ РЕГИОНЕ ТИХОГО ОКЕАНА

Модель служб психического здоровья необходимо реализовывать во всем регионе. Имеется немало подходов, подходящих для местной среды и культуры. Ведущие принципы основаны на анализе различных региональных случаев наилучшей практики. Некоторые из них изложены ниже.

Акцент на общинные службы в системе госпитального лечения

Концепция психического здоровья в различных культурах имеет разный смысл и заметно отличается по всему региону. Служба общинного психического здоровья может быть развита в системе госпитального лечения. Многие больницы создали у себя команды специалистов для обеспечения служб психического здоровья в местных подразделениях, а также для обучения работников здравоохранения и агенств, так как необходимо было обеспечить адекватную службу в пограничных ситуациях. Альтернативные службы психического здоровья нужны для купирования болезни на раннем этапе, оптимизации лечения, реабилитации вне больницы и предотвращения рецидива или повторной госпитализации. Общинное психическое здоровье должно включать в себя службу, состоящую из психиатрического стационара, больниц общего профиля и частных клиник.

Больница, которая находится в Малайзии в Баагия Улу Кинта, является большой психиатрической клиникой, развившей структуру обслуживания на дому и предлагающей индивидуальную реабилитацию. Благодаря этому количество рецидивов уменьшилось от 25% до 0,5%.

В 1998 программа провинциального психического здоровья Кионги в Корее основало 14 центров психического здоровья, обеспечив основными службами: дневной стационар, поддержка семьи, образование общин. Благодаря успешному выполнению, отдел психического здоровья минздрава принял модель проекта

Кионги при разработке международного проекта психического здоровья.

Доступность служб психического здоровья

Говоря о доступности службы психического здоровья, мы имеем в виду доступность практикующих врачей, медикаментов и семейной поддержки. Обеспечение заботы о психическом здоровье включает в себе наличие специальных служб, заботу в период обострения, программу реабилитации и отдыха. Решению этих задач могут помешать географические барьеры, недостаточно обученный персонал, проблема медикаментов, социальная стигма, недостаток финансовой поддержки и недостаточная защита пациентов.

Национальный центр психического здоровья в Китае разработал программу реформ национальных служб психического здоровья и “программу 686” для обеспечения доступности служб психического здоровья в 30 провинциях. Тысячам бедствующих пациентов была оказана бесплатная медицинская помощь и розданы медикаменты. Для психиатров, врачей, сотрудничающих работников здравоохранения были проведены более 600 тренингов, в которых участвовали более чем 50 тысяч человек. Это была одна из глобальных реформ в сфере психического здоровья, которая когда-либо проводилась.

Проект “Общинной заботы в системе психического здоровья” (ОЗПЗ) в Индонезии принял все усилия для того, чтобы ОЗПЗ стало доступной в сельской местности благодаря мобильной службе, состоящей из специального персонала, работников здравоохранения и врачей. ОЗПЗ обеспечило службами, состоящими из образования, поддержки и лечения пациентов, их семей и общин. С помощью образования в рамках данного проекта, общины могут поддерживать службы психического здоровья и профессиональную реабилитацию.

Поддержка в переходе от институционального к общинному типу лечения

Процесс перехода лечения от стационарного на амбулаторное очень сложен для пациентов с хроническими или острыми психи-

ческими заболеваниями, которые много лет провели в больницах. Этим пациентам нужна личная сила и хорошее качество жизни. Пациенты, выписавшиеся из больниц, нуждаются не только в психологической, но и в практической поддержке, такой как помощь на дому, обучение жизненным и профессиональным навыкам. Все это способствует изменениям в лучшую сторону.

Проекты “Интенсивная терапия по заботе о пациентах” и “Шаги реабилитации” в Гонг-Конге осуществили переход лечения от стационарного на амбулаторное, используя трехфазовую систему, состоящую из использования ресурсов, поддержки общества и помощи медицинского персонала. Интенсивная реабилитация улучшит социальное и профессиональное функционирование. Японская корпорация *The Flight From The Nest Group (Sudachi-kai)*, посвященная социальному благополучию играет большую роль в содействии пациентам в клиниках, а также при переходе на амбулаторный режим. Она делает акцент на профессиональное обучение и обеспечение поддержки дома, для обеспечения нормальной жизни вне клиники. В Японии этой программой руководят общественные организации, и благодаря ей была оказана помощь 126 людям.

Проект *Ger* в Монголии, поддерживаемый ВОЗ и СОРОСом использует традиционные юрты и палатки, называемые “*Ger*” для обеспечения образования и обучения жизненным и социальным навыкам людей с психическими нарушениями. Проект *Ger* также обеспечивает просвещение в области психиатрического образования, консультирования, психиатрического лечения и поддерживает семьи.

Вовлечение пациента в заботу о собственном зорвье

Многие проекты делали акцент на независимость пациентов. Вовлечение пациента в заботу о собственном зорвье не только укладывается в права человека, но также способствует получению лучших результатов. Это применимо как для людей с психическими проблемами, так и с другими диагнозами. Роль пациента при таком подходе очень сильна и может быть использована в перспективе в качестве мощного стимула для заботы о людях

с психическими заболеваниями. Эта роль практически выходит за рамки службы психического зорвья и может быть использована во благо общества.

Дом Бетл в Японии – это комплекс служб групп самопомощи и частных фирм, основанных группой пользователей. Дом Бетл делает большой акцент на встречи с пользователями, во время которых они обсуждают проблемы, с которыми столкнулись, используя технику для их решения, и делают все, чтобы достижения стали достоянием других.

Общественная сеть и партнерство

Формации общественных сетей и партнерств увеличивают ресурсы, необходимые людям с психическими заболеваниями. Общественные партнеры, такие как общественные агентства, общественные организации, волонтеры, привносят ценный опыт, ресурсы, соответствующие развитию проекта. Они также являются главными партнерами в развитии связей общественности с местными агентствами.

Модель службы психического зорвья в Комбодже подчеркивает важность эффективной защиты пациентов с помощью укрепления общественных связей, роли семьи, общественных организаций и общинных агентств. Ставя акцент на интеграцию проблем психического зорвья во все уровни медицинского обучения, углубляются знания и навыки врачей общего профиля по психическому зорвью.

Проект психического зорвья во Вьетнаме, основав в провинциях интегрированную сеть психического зорвья, способствовал развитию служб психического зорвья в общинах. Цель проекта – способствовать осведомлению людей о психическом зорвье, своевременное их выявление, и доступность лечебных центров для всех слоев населения независимо от их социального уровня и места проживания. Этот проект получил поддержку провинций, районов и деревень.

Интеграция в имеющиеся ресурсы здравоохранения

Во всех странах службы психического зорвья должны быть интегрированы в первич-

ную помощь и систему общего здоровья для обеспечения более эффективного результата, доступности лечения и заботы о больных с психическими заболеваниями. Интеграция улучшит службу для психически больных, у которых часто бывают как медицинские, так и психологические проблемы. В контексте ограниченных ресурсов необходимо увеличить их и адаптировать их к социо-экономической реальности, развивая соответствующие службы психического здоровья. Интеграция может быть достигнута путем вовлечения специалистов в области психического здоровья в структуру первичной службы или обучение работников первичного звена, а также обеспечив поддержку специалистов психического здоровья.

Районная программа психического здоровья (РППЗ) в Индии была начата под эгидой национальной программы психического здоровья, цель которой создать децентрализованную службу психического здоровья посредством ее интеграции в систему первичной заботы о здоровье. Это поддерживается внешней сетью лечебного персонала в системе общей заботы о здоровье. Делая это, РППЗ ставит перед собой цель повысить уровень осведомленности общества, улучшить уровень раннего выявления болезни, обеспечить лечение, уменьшить стигму на психические заболевания.

“Модель Тайпи”, разработанная психиатрическим центром Тайпи-сити в Тайване, имеет цель наладить связь между клиникой и сектором общественного здоровья, способствовать визитам работников общественного сектора здоровья из 12 клиник к пациентам с серьезными психическими заболеваниями, выписанными из психиатрического центра. Медсестры сектора общественного здоровья также вовлечены в деятельность психиатрических служб.

Осведомленность населения и обеспечение качества психического здоровья

Процесс перехода из стационарного лечения на амбулаторное способствует уменьшению стигмы и обеспечению психического здоровья, так как наличие психических больных в обществе способствует повышению уровня

осведомленности населения о психическом здоровье и психических заболеваниях. Стигма во многих странах все еще существует и служит барьером к нормальной жизни. Представление значимости психического здоровья может быть позитивным и проактивным путем для повышения информированности населения.

В Индии РППЗ способствовала разработке множества техник для повышения уровня информированности населения о психическом здоровье, включая издание и распространение информационных буклетов в молодежных клубах, волонтерских организациях, среди учителей и в правительственных кругах, подготовку фильмов по психическому здоровью в деревнях и создание кинематографических слайдов.

Программа психического здоровья в Тайланде повышает уровень информированности посредством вовлечения обществ и их лидеров в укрепление психического здоровья и предотвращение психических заболеваний в их стране.

Цель проекта психического здоровья Монголии – создать окружающую среду для улучшения психического здоровья путем интеграции стратегии, вовлекая школы, семьи, общественные организации, агентства для повышения уровня информированности населения. Цель этого – повысить уровень участия населения в укреплении психического здоровья и предотвращении психических проблем.

Кризисная интервенция

Кризисные службы должны быть частью сильных общественных инфраструктур общественного здоровья, которые должны обеспечить заботу и поддержку для улучшения психических рецидивов. Раннее вмешательство при острых эпизодах психической болезни может уменьшить необходимость в госпитализации предотвратить развитие хронических и психических нарушений.

Сеулский центр психического здоровья в Корее обеспечивает всестороннюю помощь лицам с психическими болезнями, специализируясь в координации центров психического здоровья, кризисной интервенции, служба психического здоровья бездомных и улучшении психического здоровья общественности. Система кризисного управления координирует

родственные агентства для предотвращения суицида и построения связей социальной безопасности.

Организация кризисной интервенции в Тайланде в ответ на цунами в 2004 г. развила модель общественных служб и связи с обществом для обеспечения здоровья людей, потерявших дома. Благодаря использованию мобильных групп с участием работников первичной помощи, волонтеров, сельского здравоохранения и лидеров общин, (учителя, монахи) все деревни получили своевременную помощь.

Раннее вмешательство

Его цель – предотвратить развитие хронических заболеваний и бессилие как результаты психических расстройств. Это может способствовать улучшению результатов, уменьшению рецидивов и необходимости заботы о пациентах. Раннее вмешательство имеет большое значение особенно для юношества. Социальный уход от активной деятельности, от школы чаще всего происходит на ранних этапах заболевания и отражается на всей дальнейшей жизни молодых людей

Целью программы раннего психотического вмешательства в Сингапуре является способствовать раннему выявлению психических проблем, включая психозы, посредством повышения грамотности по психическому здоровью в школах. Эта программа также способствует раннему вмешательству посредством обучения врачей первичной помощи проводящих скрининг среди молодых с психическими заболеваниями.

Служба оценки для молодежи в Гонг-Конге обеспечивает раннее вмешательство благодаря повышению информированности населения, обеспечивая раннее выявление посредством специальных открытых систем и оптимальную службу, используя фармакологические и психосоциальные способы управления.

Применение клиент-центрированного подхода

Нужды пациентов разнообразны. Многогранная служба психического здоровья включает стационарную службу, реабилитацию, об-

служивание на дому, которое необходимо как в острые эпизоды, так и в хронические. Интеграция обеспечивает долговременное вмешательство нацеланная на то, чтобы пациенты могли получить необходимую помощь в стационаре, дома и в обществе. Исходя из индивидуальных потребностей эти службы в своей работе должны учитывать психиатрические особенности и быть ориентированы на выздоровление.

Службы предупреждения и здравоохранения базируются в Австралии. Они обеспечивают при рецидиве раннее вмешательство и поддержку после острых состояний, реабилитацию. У таких служб есть и клинические, и реабилитационные подразделения для обеспечения полноценного лечения и в стационаре, и в амбулаторных условиях.

Мультидисциплинарный групповой подход, где клиницисты различных направлений психического здоровья сотрудничают во благо пациентов для обеспечения качества и интеграции соответствующих служб в обществе. Групповой подход обеспечивает комплексную службу, так как основан на обучении и опыте всего медперсонала. Мультидисциплинарный подход также обеспечивает координацию, участие всех участников лечащей команды в планировании обеспечения здравоохранения. Эти программы будут тесно взаимодействовать с практикующими врачами, общественными организациями, ресурсами общины для достижения позитивных результатов.

Психо-гериатрическая программа в Сингапуре является клинической службой на дому, которая использует мультидисциплинарный подход для обеспечения доступности служб раннего выявления психических заболеваний. Эта программа акцентирована на создании коммуникативной сети, вовлекая общественные организации и агентства. Программа обеспечивает обучение и поддержку этих агентств в таких областях как скрининг и ранняя диагностика психических заболеваний, долговременное наблюдение за пожилыми людьми с психическими заболеваниями.

Необходимо обучить специалистов по психическим заболеваниям навыкам по управлению и координации их деятельности. Хорошо скоординированная служба включает в себя аспекты планирования, оценки, исполнения, координации и мониторинга.

“Программа 686” в Китае хочет создать всеобъемлющую систему психического здоровья, обучив персонал навыкам заботы и управления. Тренинговая программа проводится в Китае, Гонг-Конге и Австралии. Более десяти тренеров были обучены координированной службе психического здоровья.

ДИСКУССИЯ

Азиатский регион Тихого океана отличается разнообразием народов, культур, этносов, языков, социально-экономическим развитием, климатом, географическими особенностями и правительственными системами. Есть также различие в социальных инфраструктурах, системах здравоохранения и ресурсов образования. Темпы социально-экономического развития, рост народонаселения, предрасположенность к природным катаклизмам, угроза эпидемий, изменения в социальных и семейных структурах, имеющие место во многих странах этого региона – все это фактически отразилось на системе здоровья. Сумма, выделяемая бюджетом в этом регионе на охрану психического здоровья, значительно ниже западных стран. Фонды на психическое здоровье выделяются из госбюджета или страховых систем. Общая проблема многих стран – недостаток ресурсов, таких как вложения, рабочая сила, доступность психотропных лекарств и исследований. Несмотря на то, что большинство стран имеют политику психического здоровья, у многих есть законодательство по психическому здоровью, стандарты и качество обеспечения служб психического здоровья в этих странах очень различается. Стигма, связанная с психическими болезнями, неприятие обществом психически больного человека является серьезным барьером. Психосоциальные, реабилитационные условия обеспечивают качественную и своевременную службу для лиц с психическими нарушениями, способствуют реализации человеческих прав психически больных людей и уменьшают стигму лечения психической болезни. Хорошие условия существуют всего лишь в 68,1% странах нескольких регионов, включая Южно-восточную Азию (7). Необходимо развивать инновационные подходы для увеличения ресурсов и служб психического здоровья, забывая при

этом о нуждах существующих психиатрических служб в обычных психиатрических клиниках. В нашем регионе имеется много новых подходов относительно психического здоровья. Благодаря рекомендации ВОЗ было затрачено немало усилий для развития служб психического здоровья. Соответствующие модели были необходимы для развития служб психического здоровья.

Проект АТРЗПЗ был разработан для исследования местных локальных моделей или подходов для внедрения служб психического здоровья. Проект выявил разнообразие моделей заботы о психическом здоровье в странах азиатского региона Тихого океана. Исходя из накопленного опыта необходимо придти к консенсусу. Обмен информацией относительно региональной практики и принятия решений очень полезен для создания местных служб психического здоровья, которые будут внедрены в каждой стране. По всему азиатскому региону Тихого океана можно найти немало положительных примеров создания служб психического здоровья. Примеры местной модификации психического здоровья, преодоления проблем, достижения успехов, также используются в качестве позитивного опыта. Проект АТРЗПЗ является ярким доказательством того, что в азиатском регионе Тихого океана сделан акцент на системные реформы по психическому здоровью. Законодательная власть, государственная политика и служебные стандарты поддерживают реформу психического здоровья. Увеличивающиеся ресурсы обеспечивают службы, включая обучение сотрудников (практикующие врачи, медсестры и др. медработники). Делается все, чтобы права этих больных не нарушались, а также чтобы вовлечь больных в процесс собственного лечения. Акцент делается также на усиление внутрисекторальных связей, таких как социальное благополучие, обеспечение жилищем, работой, образованием. Тем не менее процесс только начался и необходимо многое доработать. В регионе уже достигнуто соглашение относительно ведущих принципов по успешному внедрению службы психического здоровья, а также намечены перспективные планы.

Благодарность

Эта статья написана на основе отчета проекта АТРЗПЗ. Авторы хотели поблагодарить следующие организации за поддержку этого проекта: Ветвь интернациональной стратегии министерства здравоохранения Австралии, Джансен-Силак, Королевский австралийский и новозеландский психиатрический колледж, Мельбурнский университет, ВПА и ВОЗ. Авторы также благодарят Хиангдонга Ванга, С. Сахену и Сарасено за их советы, а также Б. Мернера и Н. Фразера за их издательскую поддержку этого проекта.

Список литературы:

1. World Health Organization. The bare facts. Geneva: World Health Organization, 2008.
2. Saraceno B, van Ommeren M, Batniji R et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2007;370:1164-74.
3. Saxena S, Sharan P, Garrido Cumbreira M et al. World Health Organization's Mental Health Atlas 2005: implications for policy development. *World Psychiatry* 2006;5:179-84.
4. World Health Organization Western Pacific Regional Office. Regional strategy for mental health. Manila: World Health Organization, 2002.
5. World Health Organization. The Mental Health Policy and Service Guidance Package: mental health policy, plans and programmes. Geneva: World Health Organization, 2003.
6. Asia-Australia Mental Health. Asia-Pacific Community Mental Health Development Project: Summary Report. Melbourne: Asia-Australia Mental Health, 2008.
7. World Health Organization. Atlas country profiles on mental health resources. Geneva: World Health Organization, 2005.
8. Lancet Global Mental Health Group. Scaling up services for mental disorders: a call for action. *Lancet* 2007;9594:1241-52.
9. World Health Organization. The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001.

Воплощение и шизофрения

GIOVANNI STANGHELLINI^{1,2}

1WPA Section on Psychiatry and the Humanities, 2Chair of Dynamic Psychology, University of Chieti, Italy

Существенная особенность шизофреничного состояния – быть нематериальным, без телесной оболочки. Эта особенность объединяет различные измерения такого вида существования. Само перевоплощение, Я-объект и межличностные взаимоотношения породят своеобразный мир, в котором человек с шизофренией живет и ведет себя как бездушное тело или дух свободный от телесной оболочки.

Ключевые слова: Синестезия, интерсубъективность, живое тело, шизофрения, самосознание.

(World Psychiatry 2009;8:56-59)

С начала 20-го столетия феноменология выявила различие между живым телом (Leib) и физическим телом (Körper), или другими словами тело-субъект и тело-объект. Тело-субъект является временным воплощением меня в мире, собственный или прямой опыт тела, непосредственно как пространственно-временное воплощение «меня» в мире. Тело-объект, тематически исследованное извне, например, естественными науками как анатомия и физиология, рассмотренная третьим лицом. Феноменология представляет тело, тело-субъект, как центр трех главных измерений переживаемого: а) происходящее со мной самим и, особенно, наиболее примитивная форма самосознания, опыт объекта; б) смысл дарования; в) опыт других людей то есть интерсубъективность.

МИНИМАЛЬНОЕ САМОСОЗНАНИЕ

Я ощущаю, чувствую себя, с точки зрения событий и переживаний (восприятие или эмоции) происходящих в моей жизни. Этот исконный доступ к себе непосредственно, или примитивная форма эгоцентризма, должен отличаться от любой явной и тематической формы понимания - Я, так как она является молчаливой и неявной, хотя основана на существующем опыте. Этот примитивный опыт возникает не как следствие, к примеру раскола между пережитым и переживаемым мной, но как предрефлексивное явление. Эта форма примитивного самосознания, не концептуальное

или лингвистическое представление себя, а изначальный контакт с собой или самопривязанностью, в котором кто и кого чувствуют являются одним целым (1).

Henry использует термин личность, чтобы выразить основную или минимальную форму самосознания (1). Таким образом, личность – подразумевает пред-рефлексивный, непосредственный, неконцептуальный, невоплощающий и ненаблюдательный смысл существования, как предмет понимания. Это первично и является условием для последующего опыта.

Двумя основными и близко связанными аспектами минимального **самосознания** является самость и самоуправление (2).

Собственный предрефлексивный смысл, что я - тот, кто подвергается переживанию, опыту.

Самоуправление - предрефлексивный смысл, что я - тот, кто является действующим лицом.

Они - основные компоненты опытного дифференцирования пережитого между “мной” и “не мной”, “мной” и объектом, который я воспринимаю.

Merleau-Ponty (3) подчеркнул, что эта каноническая форма самопереживания заложена в опыте тела и его положения среди мирских объектов и людей.

Личность, согласно Merleau-Ponty, неразличима от "обитания" собственного мира, то есть быть занятым и ощущать себя, настроенным на собственную окружающую среду. Это живое тело которое обеспечивает обяза-

тельство и настройку. Быть сознательным, словами Merleau-Ponty (3), означает переживать мир через собственное живое тело. Есть хорошее эмпирическое доказательство в психологии связанной с развитием, что новорожденные младенцы уже снабжены этой минимальной формой самосознания, которое воплощено и настроено к миру; например, Rochat (4) утверждает, что у детей, прежде, чем они развили концептуальное изображение себя, есть пропреоцептивный и экологический смысл их физического “Я”.

ПОНИМАНИЕ ОБЪЕКТА И СМЫСЛ ДАРОВАНИЯ

Husserl (5) показал, что модификация в теле-субъект, ведет к модификации восприятия внешнего мира. Согласно Husserl форма материальных вещей, зависит от моей конфигурации, от конфигурации меня непосредственно как преодоление воплощенного предмета. Посредством кинестической целостности – смысл положения и движения произвольных мышц – мое собственное тело является моей постоянной ориентацией в области восприятия. Воспринятый объект проявляет себя через интеграцию ряда предполагаемых явлений. Живое тело, тело-субъект, является не только происхождением моего восприятия и местоположением их интеграции, это - средство, благодаря которому мне принадлежит мир, поскольку это структурирует и организует возможности участия в области опыта, переживания.

Живое тело чувствует мирские объекты как части ситуации, в которые оно влечено, так, чтобы его действия были ответами на ситуации, а не реакциями на стимулы. Тело – как выразился Merleau-Ponty – ищет понимание от объектов, с которыми оно взаимодействует и продолжает функционировать.

Я понимаю свою окружающую среду, поскольку нахожусь в ней, а с другой стороны наделенная смыслом организация переживаемого и восприимчивые потенциалы моего собственного тела постоянно проектируются в эту среду(6). Знание предписано и (7) действие – специфично, а восприятие может входить в конфликт с определенными возможностями действия(8). Как отметил Heidegger (9), основной вид знания об объектах, с которыми я

сталкиваюсь в мире, не своего рода простое теоретическое познание, а скорее своего рода беспокойство, которое управляет вещами и, “помещает их, чтобы использовать”. Объекты появляются к моему воплощенному “Я” как кое-что “чтобы”, как “оснащение”, “готовый вручить”, для того, чтобы управлять действительностью и для того, чтобы резать, шить, писать, и т.д. Я буквально схватываю значение одной вещи, так как это значение - точно определенное “предназначение” (Handlichkeit) одной единицы.

ИНТЕРСУБЪЕКТИВНОСТЬ

Merleau-Ponty помещает живое тело в центр проблемы интерсубъективности, готовя почву для понимания интерсубъективности как реальности между телами, то есть непосредственное, предрефлективное редактирование между моим собственным и телом других, через которое я признаю другое существо как «альтер эго» и понимаю его действия. Это явление - феноменальное основание общительности, то есть, путь идентификации с другими, одним словом, интерсубъективности (10).

Телесная реальность никогда полностью не очевидна, но это - поддержка отношения всего взаимодействия, связанного с поведением, уже активным и существующим перед любой явной коммуникацией.

Перцептивная связь между мной непосредственно и другим человеком основана на моей возможности идентифицировать с телом другого человека посредством перцептивной первичной связи. В психологии развития поддерживается гипотеза, что проприоцепция вовлечена в понимание других людей через настройку тела к телу (11).

Наука подтверждает, что «нейроны зеркала» состоят из ряда визуально-моторных нейронов в предмоторной коре приматов, которые, как предполагается, являются нейрофизиологическим нижним слоем для интерсубъективности как реальностью между телами.

Нейроны зеркала запускаются и когда данное действие выполнено “мною” и когда, выполнено другим человеком, оно просто наблюдается, и как таковое, они вовлечены в понимание действия, соответствуя нейронных схем (12,13).

СИНЕСТЕЗИЯ

Синестезия - слово, которым психиатры, иногда философы, обозначают внутреннее восприятие собственного тела, тогда как синестопатия обращается к нарушениям физического восприятия.

Обеими темами пренебрегают в современной психопатологии, но они являлись фундаментальными темами в французской и немецкой психиатрии в 19-ом в начале 20-ого столетия. Историк Starobinski (14) говорил об “империализме синестезии” в прошлом столетии. Reil в 1794 ввел этот термин, обозначая его как “средства, которые сообщают душе о состоянии ее тела”.

Синестезия (происходящий из греческого *koine aesthesis*, общее восприятие) определена как глобальный опыт, в котором все единственные физические восприятия синтезируются, перекресток всей чувствительности, на которой основано сознание, включая ощущение бытия. В начале 20-ого столетия французские психиатры объясняли происхождения психозов привязанностью к синестезии.

Например, Dide и Guiraud (15) думали, что гебефрения характеризуется определенным ухудшением тех клеточных нервных систем, относящихся к синестетическому и кинестетическому синтезу и к инстинктивной жизненной деятельности.

Athymormia – глобальное расстройство инстинкта (*hormé*) – рассматривается как “весна бреда”, так как бред является расстройством “исконной психической деятельности”, усложненной и замаскированной интеллектуальными и эмоциональными суперструктурами думающего человека (16).

В весьма различном ракурсе Huber (17) определил четвертый подтип шизофрении – рядом с параноидальной, недвижимой и симплексно-гебефреничной формой – клинический синдром назвав синестетической шизофренией, которая характеризуется нарушениями физического восприятия. Это расстройство живого тела, болезненного и странного, которые происходят резко, и часто мигрируют от одного органа или физической зоны к другой.

Типичные примеры - нечувствительность или отсутствие частей собственного тела, сенсорный паралич, тяжести, ненормальной лег-

кости, сокращения или расширения, движения или тяги, и т.д.

Эти физические ощущения могут привести к психотическим признакам, таким как ипохондрический бред и бред управления. Sass (18) отметил, что эти физические ощущения подобны тем, которые сообщают нормальные субъекты, принимающие отдельную интроспективную позицию к их собственным телам. Шизофренические синестопатии – нормальные физические ощущения, которые всегда присутствуют даже, когда мы обычно не проявляем внимание к ним; ненормальным является то как пациенты с шизофренией проявляют внимание к ним, так как они “живут в условиях гиперрефлексивного понимания и уменьшенной самопривязанности” (17).

Окончательный результат – переживания – увеличивающееся расстояние между субъективностью и телесным переживанием. Другие отметили, что шизофренические синестопатии типично квазиневыразимы. Huber (17) заметил, что главная особенность больного шизофренией, телесная нечувствительность, они бросают вызов обычной способности для лингвистического представления: на нашем языке, полностью отсутствуют выразительные возможности и адекватные категории относительно этих специфических телесных, физических ощущений.

Blondel (19) постулировал, что синестопатии происходят, когда ум не в состоянии категоризировать телесные ощущения, то есть выразить их через безличную систему социализированной беседы.

Eu (20) отметил, что телесные галлюцинации неожиданно возникают, когда субъект не может выразить телесное ощущение лингвистическим образом.

По Eu, выражение телесных ощущений всегда нуждается в метафоре. Галлюцинирование, в области этого специфического смысла, значит чувствовать собственное тело полностью или частично как объект или единица живущая вне себя, то есть, как объект, преобразованный самой невозможностью метафорического выражения.

ШИЗОФРЕНИЯ И ПЕРЕВОПЛОЩЕНИЕ

Существенная особенность шизофренического существования - быть безтелесным. Пос-

ледня объединяет различные измерения «шизофреничного существования». Безтелесность, по отношению к себе как объекту, а также к межличностным отношениям, приводит к своеобразному миру, в котором человек с диагнозом шизофрении живет и ведет себя как бездушное тело или безтелесный дух (21,22).

Перевоплощения Себя

Кризис личности - самое ясное выражение жизни человека больного шизофренией, выражается как «безжизненное тело» (то есть, тело, лишённое возможности живущих личных переживаний, восприятий, мыслей, эмоций, как его собственное проявление) и также как бестелесный дух (то есть, как своего рода абстрактная единица, которая переживает свое собственное существование снаружи – перспективное представление от третьего лица, или представление из ниоткуда).

Как «безжизненное тело», больной шизофренией испытывает определенное чувство потери присутствия. В самых легких случаях он чувствует себя отдельным от себя и своих действий и переживаний. Создается впечатление, что отсутствует связь между умом и телом. В тяжелых случаях пациент описывает себя пустым: «в моем теле нет ничего; это - только структура», «В моей груди ничего нет, только большое отверстие» (23). Пустота проявляется, в движениях, как нехватка контакта между различными частями тела: «Когда я двигаюсь у меня такое ощущение, что мое тело покидает меня (23).

Органы теряют свою массу, одновременно теряется их способность иметь взаимную ответственность, которая действует как связывающая сила. Это состояние отмечено полной механизацией тела. Они чувствуют себя подобно механическим точным копиям живущего организма: «я - психо-машина» – говорит пациент (24). Эти события и выражения должны быть рассмотрены буквально, а не метафорически. Во вторых, люди с шизофренией переживают их собственное тело как бестелесный дух, простое теоретическое сознание.

Они живут как простые зрители их собственного восприятия, действий, и мыслей: «мир - иллюзия, потому что он воспринимается через мозг»; «Если ум пуст, он фун-

кционирует как видеокамера или фотоаппарат».

Эта радикальная двойственность между думающим субъектом и задуманным объектом – чистое сознание и чистая материальность - фундаментальное явление шизофреничных аномалий олицетворенного самосознания.

Перевоплощения отношений объекта

Глобальный кризис воплощения включает аномалии отношений себя-объекта и «смысла дарования».

Если мое тело - базируемая причастность к миру будет исключена, то исчезнет также мое восприятие мира.

Объекты в мире становятся негодными для использования и кажутся лишёнными практических значений. Они неадекватно воспринимают значение слов, что происходит в бредовом недоумении.

Вещи лишаются их принятого значения, то есть каждый обычно воспринимает их по-своему, чтобы использовать (25). Могут появиться новые значения (как в бредовом восприятии), которые не являются практическими значениями в обычном смысле, то есть исходя из принципа выживания и основанным на стимулах обычной жизни.

Поиски личной идентичности, места в мире и метафизических проблем типично обеспечивают, новый и специфический вид постановления в больном шизофренией перевоплощается в «собственный мир» отношений.

Например, пациент, описанный K Schneider (26), может взять собаку, поднимающую ногу перед ним как «истинное открытие».

То, что входит в представление в бредовом восприятии, являются деталями, которые говорят о человеке и при этом раскрывают новое понимание мира или новую идентичность, которая более глубока и носит более личный характер (27).

Символический пример метафизического постановления следующее: больной говорит, что, когда он в театре, он не сосредотачивается на том, что происходит на сцене, так как он размышляет, что происходит за кулисами, что «делает представление возможным».

Необычная перспектива к миру имеет место и появляются новые значения (поиски для того, что реально против нереального) (28).

Дальнейшая особенность перевоплощения - склонность к абстракции шизофреничного познания: слова помогают избежать ситуации, с которой они связаны и они берутся согласно контексту, в котором они используются. Слова также становятся свободными и хаотично расположенными и приобретают собственное существование. Слова больше используются чтобы не разделить мир, а создать альтернативный или самостоятельный мир. Поэтому, слова и объекты могут стать взаимозаменяемыми: метафоры становятся плотью-кровью вещей, конкретное выражение метафор вводит в заблуждение.

Перевоплощение интерсубъективности

В отношениях между расстройствами “перевоплощенного Я” дефектное структурирование индивидуальности, особенно через явления сомато-психической деперсонализации (физические расстройства восприятия) и аутопсихического деперсонализации (отделение от собственных эмоций и мыслей), может стать препятствием между “собой и другими людьми”.

“Шизофреничный аутизм” может возникнуть из неспособности вступать в эмоциональный настрой с другими.

“Шизофреничный аутизм” отражает уязвимость Я-индивидуальности, которая является ее фундаментальной незавершенностью и приводит к проблематичным отношениям. Отделение от социального мира, кажется, происходит от нехватки этой фундаментальной структуры. С другой стороны от интерсубъективного онтогенеза сознания, расстройство в ранних отношениях может в большой степени повредить процессу назревания полного самосознания. Этот социальный мир теряет свою способность “быть понятым” и превращается в прохладную, непостижимую игру, от которой человек с диагнозом шизофрении чувствует отречением, обнаруживая абстрактные алгоритмы, разработку безличных правил.

Список литературы:

1. Henry M. Philosophie et phenomenologie du corps. Paris: Presse Universitaire de France, 1965.
2. Gallagher S. How the body shapes the mind. London: Clarendon Press, 2005.
3. Merleau-Ponty M. Phenomenologie de la perception. Paris: Gallimard, 1945.
4. Rochat P. The infant's world. Cambridge: Harvard University Press, 2001.
5. Husserl E. Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologische Philosophie. II. Phänomenologische Untersuchungen zur Konstitution. Den Haag: Nijhoff, 1912-1915.
6. Sheets-Johnstone M. The primacy of movement. Amsterdam: Benjamins, 1999.
7. Varela FJ, Thompson E, Rosch E. The embodied mind. Cambridge: MIT Press, 1991.
8. Clark A. Being there. putting brain, body, and world together again. Cambridge: MIT Press, 1997.
9. Heidegger M. Sein und Zeit. Halle: Niemeyer, 1927.
10. Dillon MC. Merleau-Ponty's ontology. Evanston: Northwestern University Press, 1997.
11. Stern DN. The interpersonal world of the infant. New York: Basic Books, 2000.
12. Gallese V, Goldman A. Mirror neurons and the simulation theory of mind-reading. Trends Cogn Sci 1998;2:493-501.
13. Arbib MA. Other faces in the mirror: a perspective on schizophrenia. World Psychiatry 2007;6:75-8.
14. Starobinski J. A short history of bodily sensations. Psychol Med 1990;20:23-33.
15. Dide M, Guiraud P. Psychiatrie du médecin praticien. Paris: Masson, 1929.
16. Guiraud P. Psychopathologie des delires. Rapport du Ier Congrès Mondial de Psychiatrie, Paris, 1950.
17. Huber G. Die coenaesthetische Schizophrenie. Fortschr Neurol Psychiatr 1957;25:491-520.
18. Sass LA. Schizophrenia, self-experience, and so-called 'negative symptoms'. In: Zahavi D (ed). Exploring the Self. Amsterdam: Benjamins, 2000:149-82.
19. Blondel C. La conscience morbide. Paris: Alcan, 1914.
20. Ey H. Traite des hallucinations. Paris: Masson, 1973.
21. Stanghellini G, Ballerini M. Dis-sociality: the phenomenological approach to social dysfunction in schizophrenia. World Psychiatry 2002;1:102-6.
22. Stanghellini G, Ballerini M. Autism – disembodied existence. Philosophy, Psychiatry, & Psychology 2004;11:259-68.
23. Angyal A. The experience of the body-self in schizophrenia. Arch Neurol Psychiatr 1936;35:1029-59.
24. Kimura B. Cogito and I: a bio-logical approach. Philosophy, Psychiatry, & Psychology 1997;8:331-8.
25. Stanghellini G. Schizophrenic consciousness, spiritual experience, and the borders between things, images, and words. Transcultural Psychiatry 2005;42:610-29.
26. Schneider K. Klinische Psychopathologie. Stuttgart: Thieme, 1967.
27. Blankenburg W. Ansätze zu einer Psychopathologie des “common sense”. Confinia Psychiatrica 1965;12:144-63.
28. Stanghellini G, Ballerini M. Values in persons with schizophrenia. Schizophr Bull 2008;33:131-41.

Письмо Редактору

Госпитализация в психиатрическое отделение - сложное переживание, которое требует, чтобы пациенты приспосабливались к новым ситуациям и взаимодействовали с ранее неизвестными людьми - медработникам и пациентам. При пребывании 24 часа в день в отделении, участие в терапевтической группе облегчает атмосферу, где пациенты могут обсудить свои проблемы и иногда развивать близкие отношения. Контакт с такими же пациентами внутри системы психического здоровья, вероятно, обеспечит возможность вентиляции эмоций, заверения и социального одобрения, решения проблемы и тестирования действительности (1).

Сексуальные отношения между психиатрическими пациентами более проблематичны. Хотя 75% сексуальных отношений в психиатрических отделениях основана на взаимном согласии (2), дилеммы возникают относительно прав пациентов, умственных условий, суицидальности, импульсивности, культурных, семейных и социальных норм. Ситуация становится более сложной, когда у вовлеченных пациентов есть супруги или различны этнические происхождения, или налицо бедственная ситуация из-за политической борьбы между двумя этническими принадлежностями.

Здесь мы сообщаем о проблематичном случае, эмоциональной причастности, которая развилась между молодым человеком с шизофренией и молодой женщиной с пограничным расстройством личности, с различным этническим происхождением. Г-н П - 21-летний еврей-израильтянин, диагностированный с DSM-IV шизофренией. В открытом психиатрическом отделении, П встретил 20-летнюю арабскую израильтянку, и между ними сложились глубокие эмоциональные отношения. Процесс отношений был очень существенным и непостоянным, частично из-за сильной оппозиции обеих семей.

Больничным персоналом сталкивался с воздействием этой ситуации на состояние здоровья П, включая мысли о самоубийстве, свадебные планы и сопротивление, чтобы освободиться от обязательств. Программы реабилитации не давали эффекта из-за недостатка сотрудничества. Проблематичные эмоциональные обстоятельства отношений вмешались в возможности достижения его полного освобождения. Он был

очень напряжен и однажды был передан под закрытую опеку после того, как проявил агрессивное поведение после борьбы с его подругой. Когда его психическое состояние улучшилось, он отказался участвовать в любой программе реабилитации в сообществе. Еще раз, его допустили в отделение из-за его сообщений об "убийственных мыслях". Было ясно, что он возвратился, чтобы остаться с подругой в единственном месте, где они были вместе без страха перед реакциями их семей.

Госпожа М - 20-летняя арабская израильтянка. Ее поместили в то же самое открытое психиатрическое отделение как П из-за депрессии и убийственных мыслей. Ее поведение характеризовалось эмоциональной неустойчивостью, беспокойством, образцом драматических и непостоянных отношений и коротких психотических эпизодов. Она была диагностирована с пограничным расстройством личности.

После первой выписки она несколько раз повторно поступала из-за сильных конфронтаций с семьей, частично из-за ее сопротивления вести себя согласно арабским социальным нормам. Ситуация стала более сложной из-за ее романтических отношений с П. М не хотела возвращаться домой, даже в течение многих уикэндов, поскольку постоянно увлекалась в отношения с П. Насилие дома ухудшалось, таким образом, штат отделения решил, что восстановление М должно иметь место далеко от ее дома. Однако М не сотрудничала, ее семья была явно против этой программы и наконец после девяти месяцев она возвратилась домой.

Отношения между этими двумя пациентами имели несколько значений для обработки каждого, как человека, также для управления профессиональным штатом. Учитывая, что у П есть шизофрения - расстройство, обычно связанное с чувствами одиночества и изоляции, его эмоциональные и сексуальные отношения с госпожой М могли увеличить степень успеха реабилитации. Однако он был настолько связан с М, что полностью потерял побуждение, участвовать в программах восстановления и терапевтических действиях, которые не включали ее. На сеансах психотерапии он ни о чем не говорил, кроме как о подруге. Его настрое-

ние было очень непостоянно и ответы на различные ситуации в отношениях были непредсказуемы.

Хотя у П и М не было сексуального контакта, штат отделения подозревал, что они нашли безопасное место быть вместе. Когда семья оказала давление на пару, чтобы разрушить их отношения, П стал высказывать суицидальные мысли. Во время долгой госпитализации П штат должен был повторно рассмотреть методику его лечения. Психическое состояние П не было доказательством. Хотя он не был в психотическом состоянии, он отказался участвовать в трудотерапии и терапевтических группах, и явно было функциональное ухудшение. Штат оказался перед дилеммой: уважение прав П и в то же самое время удержание его от становления жертвой некоторого эмоционального абьюза М. Решение относительно выписки было сложно, потому что за пределами отделения он чувствовал, что ничего не имеет и сообщил, что чувствовал себя живым только в отделении с М. Кроме того, семья М угрожала убить его и его семью, если он не прервет отношения.

М - молодая арабская женщина-мусульманка. Она действовала против социальных и религиозных норм своего общества, вызывая гнев родителей, даже на грани угроз убийства. В психиатрическом отделении она чувствовала себя очень свободной и была очень популярна среди молодых пациентов. Штат задавался вопросом, не управляла ли она чувствами П, используя его как оружие против ее семьи, или использовала свое расстройство, чтобы избавиться от домашней жизни, которую она трактовала как репрессивную. В ее случае было очень трудно установить методику лечения, справиться с ее суицидальными мыслями и соответственно улучшить ее взаимодействие с семьей.

После нескольких месяцев попытки определить методику лечения для каждого пациента, Р был освобожден от обязательств и продолжал посещать М. Насколько мы знаем, они пытаются поддерживать контакт, несмотря на большие трудности. Мы оценили психический статус обоих пациентов, вовлеченных в эмоциональные отношения, особенно оценку действительности, отношений и последствий. Мы решили, что оба человека вольны продолжать отношения, осуществляя их добрую волю, с полным пониманием сложности ситуации из-за оппозиции семей и политической

бедственной ситуации. Мы решили уважать независимость пациентов и не нарушать процесс их отношений. Однако, с согласия обоих пациентов, встретились с семьями и ознакомили их с нашей позицией и важностью уважения прав пациентов. Рассматривая условия пациента, П впервые в жизни влюбился, и эта любовь была взаимна а М, получила любовь и сочувствие от П - лечебный штат решил, что запрещение отношений повредит психическому состоянию обоих пациентов.

По нашему мнению, главные аспекты, которые должны быть оценены, когда медработники имеют дело с эмоциональными отношениями между психиатрическими стационарными больными, включены в Джорджтаунские принципы этики в медицине (3): принесите пользу условию пациента; прежде всего не навредите (*non-maleficence*; *primum non nocere*); уважайте независимость пациента; держитесь принципа правосудия в ситуациях конфликта между льготами человека и общества. Оценка суждения пациента является существенной, для уважения независимости, и защиты пациентов, которые подвергаются риску абьюза другими пациентами. Штат должен знать оценку ситуаций согласно их собственным культурным нормам. Штат может также обратиться к получению совета от комитета по этике больницы, включая приблизительно юридические аспекты ситуации. Каждый случай эмоциональных отношений между пациентами в острой опеке требует отдельной оценки, учитывая Джорджтаунские принципы медицинской этики и важность хорошего терапевтического союза с лечебным штатом каждого из пациентов.

Patricia Zipris, Adiel Doron

*Центр Психического здоровья Лева-Hasharon,
Р.О.В. 90000, Netanya 42100, Израиль,
при Медицинском факультете Sackler,
Тель-авивского университета, Тель-Авив, Израиль*

Список литературы:

1. Thomas SP, Shattell M, Martin T. What's therapeutic about the therapeutic milieu? *Arch Psychiatr Nurs* 2002;16:99-107.
2. Keitner GI, Baldwin LM, Kendall MJ. Copatient relationships on a short-term psychiatric unit. *Hosp Commun Psychiatry* 1986;37: 166-70.
3. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*, 5th ed. New York: Oxford University Press, 2001.

Генеральная Ассамблея ВПА в Праге и новое руководство ВПА

Генеральная Ассамблея ВПА состоялась в городе Прага 22 сентября 2008, в пределах 14-го Всемирного Конгресса Психиатрии. Ассамблея единогласно одобрила вход пяти новых Обществ Участников: Ямайская Психиатрическая Ассоциация; Черногорская Психиатрическая Ассоциация; Ливийская Ассоциация Психиатрии, Неврологии и Нейрохирургии; Саудовская Психиатрическая Ассоциация; и Ассоциация Психиатров Непала. В ВПА теперь 134 Общества: 28 в Америке; 62 в Европе; 23 в Африке и Ближнем Востоке; и 21 в Азии и Австралии. План Действий ВПА 2008-2011 был единогласно одобрен. Цели Ассоциации во время трехлетнего периода будут следующие: 1. Расширение представления о психиатрии по всему миру среди населения, работников здравоохранения и специалистов, ответственных за полтитку в здравоохранения. 2. Сотрудничество с национальными обществами для улучшения помощи в области психического здоровья, образования, исследований в этих странах, и помочь создать новую структуру управления. 3. Способствовать распространению информации о недавних достижениях в клиниках, службах и исследованиях так, чтобы психиатры всего мира

имели к ним доступ. 4. Способствовать профессиональному усовершенствованию молодых психиатров. 5. Способствовать развитию помощи психического здоровья в развивающихся странах и вовлечение их в систему первичной медицинской помощи. 6. Способствовать участию психиатров со всех концов мира в международном диалоге по вопросам клиники, сервиса и исследований. 7. Обеспечить самые высокие этические стандарты в психиатрической практике и защита прав людей с психическими расстройствами во всем мире. 8. Обеспечить сотрудничество ученых ведущих исследования в области психического здоровья. 9. Увеличить видимость и доверие ВПА на международном уровне, 10. Создать долгосрочные и серьезные отношения с потенциальными донорами.

Согласно выборам, проведенным во время Генеральной Ассамблеи, состав нового Исполнительного Комитета и Правления ВПА следующий:

Президент – М. Maj (Italy)
Избранный Президент – Pedro Ruiz (USA)
Генеральный Секретарь – Levent Küey (Turkey)
Секретарь по финансам – Tsuyoshi Akiyama (Japan)
Секретарь по собраниям – Tarek Okasha (Egypt)

Секретарь по образованию – Allan Tasman (USA)
Секретарь по публикациям – Helen Herrman (Australia)
Секретарь по секциям – Miguel Jorge (Brazil)

Zone 1 (Canada): Raymond Tempier (Canada)
Zone 2 (United States of America): Michelle B. Riba (USA)
Zone 3 (Mexico, Central America and the Caribbean): Mauricio Sanchez (Nicaragua)
Zone 4 (Northern South America): Fabrizio Delgado (Ecuador)
Zone 5 (Southern South America): Luis Risco (Chile)
Zone 6 (Western Europe): Linda Gask (UK)
Zone 7 (Northern Europe): Henrik Wahlberg (Sweden)
Zone 8 (Southern Europe): Miguel Roca Bennasar (Spain)
Zone 9 (Central Europe): Dusica Lecic-Tosevski (Serbia)
Zone 10 (Eastern Europe): Armen Soghoyan (Armenia)
Zone 11 (Northern Africa): Driss Moussaoui (Morocco)
Zone 12 (Middle East): Charles Baddoura (Lebanon)
Zone 13 (Central and Western Africa): Joseph Adeyemi (Nigeria)
Zone 14 (Eastern and Southern Africa): Solomon Rataemane (South Africa)
Zone 15 (Central and Western Asia): S. Ahmad Jalili (Iran)
Zone 16 (Southern Asia): E. Mohandas (India)
Zone 17 (Eastern Asia): Naotaka Shinfuku (Japan)
Zone 18 (Australasia and the South Pacific): Julian Freidin (Australia)

Международный Конгресс ВПА “Лечение в Психиатрии: Новейшие методы” (Флоренция, 1-4 апреля 2009)

Международный Конгресс ВПА “Лечение в Психиатрии: Новейшие Методы” будет продолжением Международного Конгресса ВПА 2004 года “Лечение в Психиатрии: Новые Методы”, которое было вторым наиболее посещенным психиатрическим конгрессом во всем мире. На сей раз, ожидается более 8.000 участников. Целью Конгресса является обеспечение высококачественного, всестороннего обзора ныне доступного доказательного лечения всех психических расстройств. Спикерами Конгресса будут самые известные эксперты различных областей лечения. На Конгрессе будут представлены:

1) ESISM Научные лекции наибольшей цитируемости (лекторами будут ученые, работы которых наиболее часто цитировались в последнем десятилетии, согласно ESI). 2) Обновленные лекции (представление всестороннего обновления некоторых самых существенных аспектов лечения в психиатрии); 3) Симпозиумы Обновления (сосредотачивающиеся на определенных проблемах лечения, с активной дискуссией между спикерами и участниками); 4) Углубленные Курсы (на которых хорошо известный эксперт будет интерактивно дискутировать с не более, чем 50 участниками); 5) Регулярные Симпозиумы (высококачественные Симпозиумы,

отобранные из представленных до 30 апреля 2008); 6) Семинары (высококачественные сессии, с очень определенными проблемами лечения, отобранными из представленных из 30 апреля 2008); 7) Секционные и Зональные Симпозиумы или Семинары (организованные Научными Секциями ВПА или Зонами); 8) Сессии новых исследований; 9) Постер Сессии; 10) Спонсируемые Мероприятия.

Заключительная программа Конгресса доступна на вебсайте

www.wpa2009florence.org.

ПРИЗЫВ К ПРЕДЛОЖЕНИЯМ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ РАБОТ, КОТОРЫЕ БУДУТ ПОДДЕРЖАНЫ ВПА И ПРОВЕДЕНЫ ЕГО НАУЧНЫМИ СЕКЦИЯМИ

ВПА является самой большой ассоциацией в мире, по деятельности в области психического здоровья, с 134 Обществами (национальные психиатрические общества) в 122 странах, объединяет больше чем 200 000 психиатров. Научная основа Ассоциации представлена ее 65 Научными Секциями, включая фактически каждый аспект психиатрии. Согласно уставам ВПА, одна из целей этих Секций - поощрение и проводимость международного совместного исследования, цель, которая только частично достигнута до сих пор, главным образом из-за финансовых ограничений. ВПА собирается финансировать две высококачественные научно-исследовательские работы, предложенные его Научными Секциями. Проекты должны будут относиться к одной из следующих проблем, выдвинутых на первый план в Плане действий ВПА 2008-2011: 1. Депрессия лиц с физическими болезнями. 2. Стигматизация в психиатрии и психиатров. 3. Интеграция психического здоровья в первую помощь. 4. Защита и поощрение физического здоровья у людей с серьезными расстройствами психики. 5. Оценка и развитие талантов и силы людей с расстройствами психики. Предложения отдельных Секций или сетей Секций приветствуются. Они должны будут включать описание проекта (максимально 3000 слов, включая введение, цели, методологию и некоторые ссылки), список центров участия, расписание и детальный бюджет. Необходима также короткая биография предложенного основного исследователя(ей) (не более одной страницы). Предложения необходимо послать электронной почтой в Секретариат ВПА (wpasecretariat@wpanet.org) к 30 июня 2009.

От рабочей группы

Дорогие коллеги,

Мы рады сообщить Вам, что Правление ВПА приняло решение частично финансировать перевод электронной русской версии журнала «Всемирная Психиатрия». Это свидетельствует о том, что на самом деле придается огромное значение распространению последних научных достижений в области психиатрии и создается возможность для присоединения огромного пласта русскоязычных специалистов в области психического здоровья к новейшим исследованиям.

Решение Правления создает возможность для продолжения зональной инициативы, начало которой было положено год назад.

Отклики, полученные после первых двух электронных номеров, еще раз подтвердили необходимость русской версии для широкого круга специалистов Зоны 10.

Будем признательны получить ваши комментарии и замечания, учитывая что предложенная версия не может быть совершенной.

Выражаем благодарность тем, кто помог нам в подготовке данного номера.

Рабочая группа:

Khachatur Gaspayan

Armenian Association of Psychiatrists and Narcologists

Prof. Saya Nurmagambetova

Kazakh Association of Psychiatrists & Narcologists

Prof. Natalia O. Maruta

Scientific Society of Neurologists, Psychiatrists and Narcologists of Ukraine

Prof. Mihai Hotineanu

Nikolai Ostrovschi

League of Mental Health from Republic of Moldova

Anna Galstyan

Armenian Association of Child Psychiatrists and Psychologists