

ВСЕМИРНАЯ ПСИХИАТРИЯ

ОФИЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ ВСЕМИРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ (ВПА)



Том 8, Номер 2

Июнь 2009

ОТ РЕДАКЦИИ

- План действий ВПА выполняется 88
M. MAJ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

- Горе и тяжелая утрата: что нужно знать 90
психиатрам
S. ZISOOK, K. SHEAR
Само-стигма и эффект «зачем пытаться»: 99
влияние на жизненные цели и практики,
основанные на доказательствах
P.W. CORRIGAN, J.E. LARSON, N. RÜSCH

ФОРУМ - РОЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО УХУДШЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ: К МКБ-11 И DSM-V

- Что такое «функциональное ухудшение»? 107
Освобождая нетрудоспособность от
клинического смысла
B. ÜSTÜN, C. KENNEDY

Комментарии

- Нетрудоспособность и психическое 113
заболевание –разные категории и
должны оцениваться раздельно
N. SARTORIUS
Нетрудоспособность и диагноз: должна 114
ли роль ухудшения исключена из
диагностических критериев DSM/МКБ?
J.C. WAKEFIELD
Перспективы DSM-V по отделению 116
нетрудоспособности от клинической
значимости
W.E. NARROW, E.A. KUNL, D.A. REGIER
Отделить диагноз и нетрудоспособность 118
A.F. LEHMAN
Прояснение взаимосвязи между 119
симптомами и нетрудоспособностью:
проблема с практическими последствиями
H. WHITEFORD
Является ли дистресс симптомом 121
психических расстройств, маркером
ухудшения и тем, и другим или ни
одним из двух?
M.R. PHILLIPS

- Включение конструкта нетрудоспособности в 123
качестве независимой оси в диагностические
системы DSM-IV и МКБ-11
J.L. VÁZQUEZ-BARQUERO

- Функциональное ухудшение может иметь 125
разные значения
M.M. WEISSMAN

- Факторы, влияющие на функциональное 126
нарушение и исход заболевания
F. NJENGA

ОТЧЕТ-ИССЛЕДОВАНИЕ

- Распространённость и корреляты расстройств 128
DSM-IV в Иракском обзоре психического
здоровья (ИОПЗ)
S. ALHASNAWI, S. SADIK, M. RASHEED,
A. BABAN, M.M. AL-ALAK ET AL
Психотический спектр: исследование на базе 145
социально ориентированных служб
A. BENEDETTI, S. PINI, G. DE GIROLAMO,
C. BERROCAL, A. TUNDO ET AL

ПОЛИТИКА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

- Отчет Целевой группы ВПА по «перекачке» 152
мозгов
O. GUREJE, S. HOLLINS, M. BOTBOL,
A. JAVED, M. JORGE ET AL
Когда психиатр считается хорошим? Обзор 156
клиницистов, ответственных за
психиатрическое обучение в Великобритании
D. BHUGRA, K. SIVAKUMAR, G. HOLSGROVE,
G. BUTLER, M. LEESE

ПЕРСПЕКТИВА

- Еще раз о реформе в психиатрии 158
GEORGE CHRISTODOULOU

ПИСЬМА РЕДАКТОРУ

160

НОВОСТИ ВПА

- Улучшение организационной идентичности: 164
Деятельность секретариата ВПА в
последнее время
L. KÜEY
Будущие публикации ВПА 165
H. HERRMAN

Всемирная Психиатрическая Ассоциация (ВПА)

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

Всемирная Психиатрия

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. Fraeijis de Veubeke B. Displacement and equilibrium models in the finite element method. In: Zienkiewicz OC, Hollister GS (eds). Stress analysis. London: Wiley, 1965:145-97.

Все предложения следует отправить в редакцию.

Редактор - М. Maj (Italy)

Коллегиальный редактор - Н. Herrman (Australia)

Редакционная коллегия - Р. 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)

Редакционный Совет Русской Версии

A. Soghoian (Armenia), Kh. Gasparian (Armenia), S. Nurmagambetova (Kazakhstan), N. Maruta (Ukraine), M. Hotineanu (Moldova), N. Ostrovschi (Moldova), A. Galstyan (Armenia)

План действий ВПА выполняется

MARIO MAJ

President, World Psychiatric Association

В течение нескольких последних месяцев ВПА начала выполнение всех пунктов своего Плана действий 2008-2011 годов. В настоящем докладе кратко представлены некоторые из начатых мероприятий.

Выбор психиатрии в качестве профессии: международный призыв ВПА к научным исследованиям

Одной из институциональных задач Ассоциации в течение трех лет является улучшение имиджа психиатрии среди широкой мировой общественности, медицинских работников и политиков здравоохранения в борьбе с некоторыми негативными сообщениями, зачастую искаженными идеологическими предубеждениями, которые влияют на мотивацию лиц с психическими расстройствами и их семей при поиске психиатрических советов, помощи и в приверженности лечению, а также на мотивацию студентов-медиков в выборе психиатрии в качестве профессии.

В качестве одного из мероприятий в реализации этой институциональной цели ВПА опубликовала призыв к научно-исследовательским проектам для выявления факторов, способствующих и препятствующих выбору психиатрии в качестве профессии студентами-медиками, и предложениям стратегий для поддержания этого выбора. Крайний срок подачи заявок – 30 июня 2009 года. Вся необходимая информация имеется на веб-сайте ВПА (www.wpanet.org).

Издание пресс-релизов ВПА

ВПА назначила пресс-агента, который выпускает пресс-релизы по темам психического здоровья. Пресс-релиз о психиатрической помощи в Ираке, опубликованный в выпуске *World Psychiatry*, привел к широкому освещению в средствах массовой информации, в том числе в *Herald Tribune*, *New York Times* и *Washington Post*. Пресс-релизы о презентациях, распространенных на Конгрессе ВПА во Флоренции, обеспечили публикации статей в нескольких газетах, в том числе *Guardian* и *Daily Telegraph*.

Ряд руководств ВПА

ВПА выпустила ряд руководств большой практической значимости, которые будут опубликованы в *World Psychiatry*, переведены на ряд языков и помещены на веб-сайте ВПА. Руководства будут касаться: а) защиты и укрепления психического здоровья детей лиц с тяжелыми психическими расстройствами; б) мер, препятствий и ошибок, мешающих оказанию психиатрической помощи в обществе; в) как бороться со стигматизацией психиатрии и психиатров; г) психического здоровья и оказания помощи мигрантам. Были созданы четыре целевые группы под руководством, соответственно, I.Brockington, G.Thornicroft, N.Sartorius и D.Bhugra.

Рабочий План ВОЗ – ВПА

ВПА совместно с ВОЗ завершила составление рабочего плана на трехлетие, включающего следующие пункты: а) пересмотр раздела по психическим и поведенческим расстройствам в МКБ-10; б) сотрудничество с Mental Health Gap Action Programme (mhGAP); в) партнерство по оказанию психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях; г) сотрудничество в сфере злоупотребления психоактивными веществами; д) партнерство по вовлечению потребителей и осуществляющих уход за ними. Текст рабочей программы доступен на веб-сайте ВПА. В рамках рабочего плана ВОЗ и ВПА проведут семинар по предупреждению и профилактике психиатрических последствий катастроф и конфликтов с 27 по 31 июля 2009 года в Женеве. С заявлениями обращаться на действующий веб-сайт ВПА.

Программы стипендий ВПА в сотрудничестве с передовыми центрами

ВПА запустила программу исследовательских стипендий для молодых психиатров в странах с низким и ниже среднего доходом, в сотрудничестве с известными на международном уровне психиатрическими центрами. К таким центрам сейчас относятся the Western Psychiatric Institute, University of Pittsburg, USA (координатор D.Kupfer); the Institute of Psychiatry,

London, UK (координаторы S.Kapur, M.Prince); the University of Maryland School of Medicine, Baltimore, USA (координатор A.Bellack); the Mood Disorders Program, Case Western Reserve University, Cleveland, USA (координатор J.Calabrese); the University of Melbourne, Australia (координатор P.McGorry). Три приглашения для заявок уже размещены на веб-сайте ВПА.

Непрерывная инициатива ВПА/Lancet в отношении помощи при психических расстройствах

Зональные представители ВПА и члены Совета участвуют в наблюдении за доступностью, осуществимостью и приемлемостью вмешательств, основанных на доказательствах, при различных психических расстройствах в разных регионах мира. Результаты будут опубликованы в *Lancet*.

Программа ВПА по обучению тренеров для стран с низким доходом

ВПА создает программы подготовки тренеров по интеграции психиатрической помощи в первичную помощь, в первую очередь, медицинских сестер и клинических служащих, работающих в диспансерах и центрах здоровья в отобранных странах с низким доходом. Первый семинар прошел в Ibadan, Nigeria, 26-30 января 2009 года. Отчет доступен на веб-сайте ВПА.

Программы ВПА по депрессии у лиц с соматическими заболеваниями

ВПА начала программу, направленную на повышение осведомленности о распространенности и прогностических последствиях депрессии у лиц с соматическими заболеваниями. В настоящее время готовятся три книги, посвященные соответственно депрессии и диабету, депрессии и сердечно-сосудистым заболеваниям, депрессии и раку. Намечено создание трех соответствующих наборов слайдов, которые будут переведены на несколько языков и размещены на веб-сайте.

Серия сообщений о показательном опыте в области психического здоровья

ВПА собирает отчеты по показательному опыту в области психического здоровья из разных регионов мира. Первая серия докладов уже доступна на веб-сайте ВПА.

Приглашение к исследовательским проектам для реализации секциями ВПА

ВПА опубликовала приглашение к подаче исследовательских проектов для реализации научными секциями. Крайний срок подачи заявок - 30 июня 2009 года. Информация доступна на веб-сайте ВПА.

Ряд выездных образовательных семинаров ВПА

ВПА создает программу высококвалифицированных выездных образовательных семинаров в четырех регионах. Первые семинары данной программы запланированы в Abuja, Nigeria (октябрь 2009), в Sao Paulo, Brazil (ноябрь 2009) и Dhaka, Bangladesh (январь 2010).

Новые издания *World Psychiatry*

ВПА недавно издала *World Psychiatry* на русском языке, в дополнение к имеющимся уже много лет изданиям на английском, испанском и китайском языках. Избранные статьи журнала переводятся на другие языки (польский, румынский и боснийский) и размещаются на веб-сайтах ВПА и соответствующих обществ.

Ряд семинаров по лидерству и профессиональному развитию молодых психиатров

ВПА поддерживает ряд семинаров по лидерству и профессиональному развитию для молодых психиатров под руководством N.Sartorius. Такой семинар прошел в Сингапуре 24-25 февраля 2009 года. Следующий семинар планируется в Abuja, Nigeria, в октябре 2009 года.

Организация Конгресса во Флоренции

С 1 по 4 апреля 2009 года во Флоренции прошел Международный Конгресс ВПА «Лечение в психиатрии: обновленные данные», в котором приняли участие более 9000 делегатов из 125 стран. Научная программа включала презентации многочисленных выступлений выдающихся международных экспертов по различным методам лечения, в том числе ученых, наиболее часто цитируемых в различных публикациях и индексируемых журналах по психиатрии и психологии в течение последних 10 лет в соответствии с Основными научными показателями (Essential Science Indicators).

Горе и тяжелая утрата: что нужно знать психиатрам

SIDNEY ZISOOK, KATHERINE SHEAR

Department of Psychiatry, University of California at San Diego, 9500 Gilman Drive, 9116A, La Jolla, CA 92093, USA

Данный обзор охватывает четыре сферы клинической значимости для практикующих психиатров: а) симптомы и течение неосложненного (нормального) горя; б) дифференциальная диагностика, клинические характеристики и лечение осложненного горя; в) дифференциальная диагностика, клинические характеристики и лечение большой депрессии, связанной с горем; и д) реакции психиатров на суициды пациентов. Психиатры обычно плохо подготовлены к распознаванию осложненного горя и связанной с ним большой депрессии, поэтому возможны затруднения в их распознавании и предоставлении пациентам наиболее подходящего лечения. Оба состояния частично совпадают с симптомами обычного, неосложненного горя, и часто не принимаются во внимание как «нормальные» с ошибочным предположением, что время, сила характера и естественная поддерживающая система вылечат. Несмотря на то, что неосложненное горе может быть крайне болезненным, разрушительным и уничтожающим, оно обычно бывает переносимым и самоограниченным и не требует официального лечения. Однако и осложненное горе, и связанная с ним большая депрессия могут быть постоянными и тяжело инвалидизирующими, могут сильно влиять на функционирование и качество жизни и даже быть угрожающими жизни при отсутствии лечения; оба эти состояния обычно отвечают на целенаправленные психиатрические вмешательства. К тому же, о суицидах пациентов сообщается как об одном из наиболее частых и стрессовых кризисов, переживаемых работниками здравоохранения, и психиатры являются невосприимчивыми к осложненному горю или связанной с ним большой депрессии, когда они сами становятся оставшимися в живых. Таким образом, для психиатров очень важно распознавать свои собственные уязвимые места по отношению к личным нападкам, которые часто сопровождают такие потери, не только для их собственного психического здоровья и благополучия, но и для обеспечения своих пациентов самой точной и просвещенной помощью.

Ключевые слова: тяжелая утрата, горе, неосложненное горе, большая депрессия, суицид.

(World Psychiatry 2009;8:67-74)

К сожалению, горе не является темой глубокой дискуссии в большинстве медицинских школ или программ общемедицинской или психиатрической постдипломной подготовки. Поэтому миф и инсинуации подменяют благоразумие, основанное на доказательствах, когда приходят к пониманию и рассмотрению этого универсального, иногда ослабляющего, человеческого переживания.

Когда Engel (1) поднял вопрос «Является ли горе болезнью?» в заголовке своего, ставшего уже классическим, труда на эту тему, он убедительно доказал, что для горя присущи многие характеристики соматических болезней, такие как, известная этиология (в данном случае смерть любимого человека), дистресс, относительно предсказуемая симптоматология, течение и функциональное ухудшение. И хотя обычно наступает исцеление, оно не всегда бывает полным. У некоторых индивидуумов, перенесших тяжелую утрату, с предсуществующей уязвимостью, например, интенсивная боль и муки из-за дистресса могут длиться бесконечно (как «осложненное горе») и утрата может спровоцировать психиатрические осложнения, такие, как большая депрессия.

Работа Engel, за которой последовали несколько эмпирических исследований по феноменологии и течению горя, его осложнениям и лечению, узаконила изучение горя для практикующих врачей в сфере психического здоровья. До сих пор основная часть того, что известно о горе и его биомедицинских осложнениях, широко не распространена среди клиницистов. Данный обзор призван восполнить этот пробел.

Для того, чтобы оценить, как горе может протекать искаженно и переходить от нормальной реакции к инвалидизирующему состоянию, оправдывающему медицинское внимание, клиницисты должны в первую очередь знать характеристики нормального горя и как отличать его от осложненного и/или связанного с горем большой депрессии. Следовательно, этот обзор начинается с раздела об «нормальном» горе, за ним следуют разделы по феноменологии, дифференциальному диагнозу, течению и лечению «осложненного» горя и большой депрессии, связанной с горем. Поскольку сами психиатры невосприимчивы к возможным разрушительным действиям горя, последний раздел сфокусирован на личностных и эмоциональных последствиях одного из наших самых тревожных профессиональных рисков – суицидах пациентов.

ЧТО ТАКОЕ НЕОСЛОЖНЕННОЕ (НОРМАЛЬНОЕ) ГОРЕ?

Некоторые исследователи попытались определить отдельные стадии горя, такие, как начальный период онемения, приводящий к депрессии и, в конечном итоге, к восстановлению и выздоровлению. Однако большинство современных специалистов выделяют варианты и переменчивость переживаний горя, которые значительно отличаются по интенсивности и продолжительности среди культуральных групп и у разных людей (2,3). На сегодняшний день ни одна теория стадий горя не в состоянии рассчитать, как люди справляются с утратами, почему они переживают меняющиеся степени и типы дистресса в различные периоды времени, как и когда они через какое-то время приспосабливаются к жизни без любимых людей.

Термины *тяжелая утрата* и *горе* противоречиво используются в литературе при упоминании либо состояния, которое возникает при смерти кого-либо, либо ответа на такую утрату. Исследователи предположили, что термин *тяжелая утрата* употребляется при упоминании факта утраты, термин *горе* в таком случае должен употребляться для описания эмоциональных, когнитивных и поведенческих реакций на смерть. Также более широко "горе" часто используется при упоминании ответной реакции на другие виды утрат; люди горюют о своей утраченной молодости, утрате возможностей, функциональных способностей. Скорбь также иногда используется взаимозаменяемо с тяжелой утратой и горем, обычно более специфично при упоминании поведенческих проявлений горя, на которые влияют социальные и культуральные ритуалы, такие, как похороны, официальные посещения или другие обычаи. *Осложненное горе*, иногда упоминаемое по отношению к неразрешимому или травмирующему горю, является употребительным обозначением для синдрома пролонгированного (протяженного) и интенсивного горя, который связан со значительным ухудшением в работе, здоровье, социальном функционировании.

Что представляет собой «нормальное» горе? На это нет простого ответа. Горе различно для каждого человека и каждой утраты, и это может исказить оценку или обозначение горя человека, особенно в течение ранней тяжелой утраты. Тем не менее, клиницисту нужно составить мнение о том, развивается ли горе человека адаптивно или нет, чтобы принять однозначное решение о вмешательстве. Клиницист, который не представляет диапазон симптомов горя, рискует вмешаться в нормальный процесс и, возможно, расстроить его. В то же время знание о границах неосложненного, адаптивного горя может защитить от неспособности распознать осложненное горе и/или депрессию, возникающую вслед за смертью любимого человека. Если осложненное горе или де-

прессия ошибочно оценены как «нормальные», лица, понесшие тяжелую утрату, могут остаться без внимания или получить неэффективное лечение, клинически значимые проблемы. Из практических соображений мы предпочитаем термин «неосложненное» термину «нормальное», так как легче группировать осложнения горя, такие, как синдром осложненного горя или депрессия, связанная с тяжелой утратой, чем решать бесконечные споры, что является или не является нормальным.

Как долго длится горе? Интенсивность и длительность горя очень изменчивы не только у одного и того же человека в течение времени или после разных утрат, но также у разных людей, справляющихся с внешне похожими утратами. Интенсивность и продолжительность определяются множественными факторами, включающими, среди прочих: предсуществующие личностные особенности индивида, стиль привязанности, генетический тип и индивидуальные уязвимые места; возраст и состояние здоровья; духовную природу и культуральную идентичность; поддержку и ресурсы; количество утрат; характер взаимоотношений (например, взаимозависимые или дальние; нежные или амбивалентные); связь (родитель vs. ребенок vs. супруг vs. родные брат или сестра vs. друг, т.д.); тип утраты (внезапная и непредсказуемая vs. постепенная и ожидаемая, или вследствие естественных причин vs. суицид, несчастный случай, vs. убийство) (4). Определенно, что многие из этих факторов также способствуют склонности к осложненному горю, большой депрессии и другим нежелательным последствиям. Тем не менее, есть основные руководства в помощь клиницисту для определения ожидаемой феноменологии, течения и длительности неосложненного горя.

Во-первых, горе – это не состояние, а точнее процесс. Во-вторых, этот процесс протекает обычно урывками с колеблющимся вниманием к болезненной реальности смерти. В-третьих, спектр эмоциональных, когнитивных, социальных и поведенческих срывов горя широк, от едва заметных изменений до глубоких мук и дисфункции. Иногда клиницисты ошибочно расценивают наблюдаемое горе или скорбь как патологические, предполагая уязвимость по отношению к задержанному интенсивному горю или медицинским осложнениям. Однако имеется незначительное эмпирическое подтверждение этого предположения и существенные данные для его опровержения (5,6). С другой стороны спектра, тяжелая утрата может быть одним из наиболее опустошающе-тоскливых и болезненных переживаний, с которыми когда-либо сталкивается человек. Шок, мука, утрата, гнев, вина, сожаление, тревога, страх, одиночество, несчастье, депрессия, навязчивые образы, деперсонализация, чувство сокрушенности являются лишь несколькими, часто описываемыми чувственными состояниями скорбящих людей. Во-первых, эти острые чувства

муки и отчаяния могут казаться повсеместными, но вскоре они развиваются в волны вспышек, первоначально неспровоцированные и позже вызываемые конкретными напоминаниями о покойном. Здоровые, в целом адаптированные люди, вероятно, не переживают такие эмоциональные «американские горки» и обычно считают интенсивную неконтролируемую эмоциональность острого горя волнующей или даже постыдной, или пугающей. Если эти реакции выраженные, человек может пытаться избегать напоминаний или чрезмерно контролировать стимулы, которые могут вмешиваться в развитие нормального горя.

Однако горе - это не только боль. В процессе несложного горя болезненные переживания смешиваются с положительными чувствами, такими, как облегчение, радость, спокойствие, счастье, которые появляются и после потери важного человека. Часто эти положительные чувства вызывают негативные эмоции неверности и вины у понесшего утрату. Следует заметить, что, по крайней мере, один исследователь обнаружил, что позитивные чувства через следующие после смерти 6 месяцев являются признаком жизнеспособности и связаны с хорошими долгосрочными исходами.

Четвертое: для большинства людей горе никогда полностью не проходит. Тем не менее, есть две легко различимые формы горя (8). Первая - это *острое горе*, которое возникает сразу после смерти, может быть очень болезненным и часто характеризуется поведением и эмоциями, которые могут рассматриваться как необычные в нормальной повседневной жизни. Они включают выраженную печаль и плач, другие непривычные дисфорические эмоции, озабоченность мыслями и воспоминаниями об ушедшем человеке, нарушенные нейровегетативные функции, сложности концентрации внимания и относительное отсутствие интереса к другим людям и активности в повседневной жизни (не считая их роли в скорби по ушедшему). Эта форма горя отличается от более поздней формы горя, *интегрированного или постоянного горя*, при котором умерший легко возникает в воспоминаниях, обычно связанных с печалью и сильной тоской. Во время перехода от острого горя к интегрированному, обычно в первые несколько месяцев после смерти, раны начинают заживать, и человек, переживший утрату, находит путь возврата к полноценной жизни. Реальность и смысл смерти ассимилируются, и понесшие утрату снова способны вовлекаться в приятные отношения и заниматься деятельностью, доставляющей удовольствие. Даже несмотря на то, что горе стало интегрированным, они не забывают людей, которых потеряли, не отказываются от своей печали и не прекращают скучать по своим любимым. Утрата становится интегрированной в автобиографическую память, мысли и воспоминания о покойном более не поглощают все внимание и не лишают трудоспособности. В отличие

от острого горя интегрированное горе не занимает постоянно мысли и не нарушает другие виды деятельности. Тем не менее, могут быть периоды, когда острое горе снова пробуждается. Это может случиться во время важных событий, таких, как праздники, дни рождения, юбилеи, другая утрата или особенно в стрессовое время.

Пятое: горе в отношении не только расставания с умершим человеком, но и поиска новых и конструктивных способов продолжать отношения с умершим (9,10). Столкнувшись с дилеммой сбалансировать внутреннее и внешние реалии, скорбящие постепенно учатся снова воспринимать в своей жизни любимого человека как умершего.

То, что происходит для оставшихся в живых, является трансформацией отношений, которые до сих пор работали на нескольких уровнях фактической, символической, усвоенной и воображенной связанности в одну, в которой актуальные (реальные и дышащие полной жизнью) отношения потеряны. Тем не менее, другие формы взаимоотношений остаются и продолжают развиваться и меняться. Таким образом, для скорбящих не является необычным грезить о своих любимых, видеть их в толпе, чувствовать их присутствие, как они следят за ними или защищают их, спорить вслух или «говорить» с ними. Слуховые или зрительные галлюцинации в образе умершего часто бывают в период острого горя. Иногда люди сохраняют чувство связи через какие-то объекты, такие, как одежда, записи, любимые вещи, кольца, которые могут храниться бесконечно. Некоторые продолжают отношения с умершим через живые наследия, такие, как феномен идентификации, осуществление миссии умершего, мемориальные пожертвования или способность видеть их живущими в других людях через генетическое наследие. Для других периодическое посещение могилы или зажигание свеч может помочь сохранить воспоминания живыми. Скорбящие могут утешиться в познании, что отношения не нуждаются в том, чтобы быть полностью разорванными, но это вполне приемлемо и даже нормально для отношений, чтобы длиться бесконечно.

Не существует никаких доказательств того, что несложное горе требует официального лечения или профессионального вмешательства (11). Для большинства перенесших тяжелую утрату тяжкий путь через горе, в конечном итоге, приведет к приемлемому уровню приспособления к жизни без любимых. Таким образом, большинство перенесших тяжелую утрату обходятся без лечения. Конечно, если кто-то, борющийся с горем, ищет помощи, то он должен иметь доступ к эмоциональной поддержке и информации, которая подтверждает, что его ответ является типичным после утраты. В случаях, когда поддержка, уверенность и информация, обычно предоставляемая семьей, друзьями и иногда духовенством, недоступны или недостаточны, этот пробел могут восполнить

группы взаимной поддержки. Они особенно полезны после травматической утраты, такой, как смерть ребенка, смерть после суицида (12) или от других «неестественных» причин (13).

ОСЛОЖНЕННОЕ ГОРЕ

Осложненное горе - синдром, который возникает примерно у 10% людей, понесших утрату, происходит в результате неспособности перейти от острого горя к интегрированному. В результате острое горе продлевается, возможно, бесконечно. Симптомы включают дистресс расставания (повторяющиеся уклары мучительных эмоций, с сильной тоской по умершему, озабоченность мыслями об умершем) и травматический дистресс (чувство неверия в смерть, гнев и горечь, тревога, навязчивые мысли, связанные со смертью, выраженное уклонение от напоминаний о тяжелой утрате) (10). Характерно, что лица, переживающие осложненное горе, испытывают трудности в принятии смерти; тяжелое расставание и травматический дистресс могут длиться гораздо дольше шести месяцев (1,4). Лица, перенесшие тяжелую утрату, обнаруживают себя в повторяющемся цикле сильной тоски, которая становится основным средоточием их жизни, хотя и сопровождается неизбежной печалью, разочарованием и тревогой. Люди с осложненным горем могут воспринимать его как устрашающее, постыдное и странное. Они могут верить в то, что их жизнь закончилась, и сильная боль, которую они терпят, никогда не исчезнут. С другой стороны, есть скорбящие, которые не хотят, чтобы горе закончилось, так как они чувствуют, что это все, что им осталось от отношений с их любимыми. Иногда люди думают, что, наслаждаясь жизнью, они предают своих любимых ушедших. Плохое адаптивное поведение состоит в сверх-вовлеченности в деятельность, связанную с умершим, с одной стороны, и чрезмерным уклонением от другой активности. Тоска по умершему может включать мечты скорбящего во время посещения кладбища или перераспределения имущества. В то же время скорбящий может избегать деятельности или ситуаций, которые напоминают о том, что любимого человека больше нет, или о хороших временах, которые они провели с умершим. Часто люди с осложненным горем чувствуют себя отчужденными от других, включая ранее близких им.

Факторы риска осложненного горя недостаточно хорошо изучены. Но лица, имеющие историю сложных ранних взаимоотношений и утраты человека, с которым они имели глубоко удовлетворяющие их отношения, как представляется, имеют такой риск. К тому же лица с историей тревожных расстройств и расстройств настроения, пережившие многочисленные важные утраты, имеющие историю нежела-

тельных жизненных событий с плохим состоянием здоровья, отсутствием социальной поддержки или сопутствующими жизненными стрессами, способности справляться с проблемами перегрузки могут быть в группе риска в отношении развития осложненного горя (8,10). Интересно, что остается без ответа вопрос, почему у одного человека развивается осложненное горе, в то время как другой страдает от большой депрессии или посттравматического стрессового расстройства в связи с утратой.

Осложненное горе можно достоверно определить с помощью Перечня осложненного горя (Inventory of Complicated Grief - ICG) (14). Оно определяется ≥ 30 баллов по ICG в течение хотя бы шести месяцев после смерти. Это связано со значительным дистрессом, нарушениями и негативными последствиями для здоровья (14,15). Исследования подтвердили наличие хронических нарушений сна (16,17) и нарушений в привычном укладе жизни (18). Люди с осложненным горем подвержены повышенному риску развития рака, сердечных заболеваний, гипертензии, зависимости от лекарств и суицидальности (19). Среди скорбящих супругов старше 50 лет 57% с осложненным горем имели суицидальные мысли в сравнении с оставшимися 24%, которые их не одобряли. Среди друзей-подростков суицидентов-подростков молодые люди с осложненным горем в 4.12 раза чаще, вероятнее, одобряли суицидальные мысли, наблюдаемые при синдромальной депрессии, чем лица, которые не имели синдромального уровня осложненного горя (20). В исследованиях клинической популяции осложненное горе было связано с высокой частотой суицидальной идеации, которая не объясняется сосуществующей большой депрессией (19), и с повышенной частотой суицидальных попыток в течение жизни у пациентов с биполярным расстройством (21). После установления осложненного горя оно, как правило, становится хроническим и непрекращающимся. Очевидно, что осложненное горе должно восприниматься серьезно и страдающие от него должны соответственно лечиться.

Психотропные препараты и стандартные, фокусированные на горе, поддерживающие психотерапии, как представляется, оказывают незначительное влияние на этот синдром. В отличие от этого, целенаправленное вмешательство, лечение лиц с осложненным горем (complicated grief treatment, CGT) демонстрируют лучшие исходы, чем стандартная психотерапия (21). CGT сочетает в себе когнитивные бихевиоральные техники с аспектами межличностной психотерапии и мотивационное интервьюирование. Это лечение включает двойной фокус на предстоящем примирении с утратой и нахождении пути к восстановлению. В него входят структурированное упражнение, сфокусированное на неоднократном мысленном возвращении к моменту смерти, а также постепенное восстановление деятельности и ситуаций, которые ранее избегались. Рассматриваются и обсуждаются

личностные цели. Рандомизированное контролируемое исследование, в котором сравнивались CGT и стандартная межличностная психотерапия, показало, что первое лечение лучше (22). Участники были вовлечены в исследование по препаратам, выписанным более чем на три месяца, и при соответствии критериям осложненного горя. В сравнении с теми, кто уже не принимает лекарства, ранее леченные лица, очевидно получали умеренные преимущества от добавления психотерапии и доказали наиболее вероятное завершение полного курса CGT. Учитывая эти результаты и частое возникновение расстройств настроения и тревожных расстройств в течении жизни у лиц с осложненным горем, вполне вероятно, что комбинированное лечение, в том числе антидепрессанты и целенаправленная психотерапия, могут быть наиболее эффективным лечебным подходом (23). Указаны проспективные контролируемые исследования, изучающие роль фармакотерапии для лечения осложненного горя с и без сопутствующей психотерапии.

БОЛЬШАЯ ДЕПРЕССИЯ, СВЯЗАННАЯ С ГОРЕМ

Большинство из многочисленных продольных катamnестических исследований лиц, недавно перенесших тяжелую утрату, сфокусировано на овдовевших, хотя существуют прекрасные исследования детей, которые потеряли родителя, или родителей, потерявших ребенка. Большинство исследований показало примерно аналогичные результаты - высокую частоту депрессивных симптомов, которые уменьшаются по частоте и выраженности с течением времени, но могут вновь появляться с большей частотой через годы после смерти, чем в контрольной группе лиц, не перенесших тяжелую утрату (24). В классических исследованиях Clayton (25-27) значительное большинство лиц из выборки испытывали депрессивное настроение; потерю аппетита и начало снижения массы тела; начальную, среднюю и позднюю бессонницу; явный плач; некоторую усталость и потерю интереса к своему окружению (но не обязательно к людям вокруг них); беспокойство и вину. Обычной была раздражительность, в то время как явный гнев был редкостью. Суицидальные мысли и идеи отмечались реже, галлюцинации были редкими. Большинство овдовевших - и мужчины и женщины - сообщили, что они чувствовали как к ним прикасался покойный супруг (а), слышали голос, видели или ощущали их присутствие. Ложное узнавание покойных супругов в толпе было частым. К концу первого года соматические симптомы депрессии были значительно лучше, хотя сниженное настроение (обычно связанное со специфическими событиями или праздниками), беспокойство и плохой

сон продолжались. Исследования показали, что симптомы согласовывались среди следующих переменных: мужчины и женщины, внезапная смерть против ожидаемой, хорошие и плохие браки, религиозные и нерелигиозные лица. В течение одного года большинство овдовевших были в состоянии с самообладанием обсуждать умершего человека. Эти выводы в значительной степени воспроизведены в продольном исследовании пожилой популяции Grimby (28). Он выявил, что пониженное настроение, одиночество и плач были основными симптомами тяжелой утраты, дольше всех сохранялось одиночество.

В исследовании Clayton, описанном выше, 42% мужчин соответствовали критериям большой депрессии около одного месяца и 16% - после одного года. У 47% была большая депрессия в какой-то период в течение года в сравнении с 8% контроля и 11% за весь год (25). Эти результаты удивительно аналогичны тем, о которых сообщили Zisook и Shuchter - 24% их выборки были депрессивными 2 месяца, 23% - семь месяцев, 16% - 13 месяцев и 1% - 25 месяцев. Постоянно находились в депрессии 7%. Во всех этих исследованиях лучшим предиктором большой депрессии в течение 13 месяцев была депрессия в один или два месяца. Согласно исследованию Zisook и Shuchter, прошлая история большой депрессии также предсказывала большую депрессию в течение одного года. К тому же скорбящие люди были в группе риска не только большой депрессии, но и затяжных субсиндромальных депрессивных симптомов. Такие симптомы, даже в отсутствие полного депрессивного расстройства, могут быть связаны с пролонгированным (затяжным) личностным страданием, ролевой дисфункцией и беспомощностью (32).

Многие клиницисты бывают озадачены взаимоотношением между горем и депрессией и считают клиническую депрессию сложной для диагностики в контексте тяжелой утраты. Тяжелая утрата - это большой стрессор; установлено, что ускоряются эпизоды большой депрессии, приводящие к диагностическому затруднению, которое может иметь глубокие клинические последствия (24,33). Хотя это частично перекрывающиеся симптомы, горе может отличаться от полного депрессивного эпизода. Большинство перенесших тяжелую утрату испытывают сильную печаль, но только меньшинство соответствуют критериям большой депрессии DSM-IV-TR. Основным источником затруднения является частое возникновение пониженного настроения, печали и социального ухода и при тяжелой утрате, и при большой депрессии. Тем не менее, имеются и четкие различия между этими двумя состояниями. Горе - это комплексное переживание, при котором позитивные эмоции переживаются наряду с негативными. Как только проходит время, выраженность, печальные эмоции, которые обычно протекают волнообразно, начинают распространяться в отдельности. Обычно эти волны горя являются связанными

со стимулом, коррелируют с внутренними и внешними напоминаниями об умершем. Кроме того, горе является изменяющимся состоянием с индивидуальным разнообразием, при котором постепенно происходят когнитивные и поведенческие приспособления; пока скорбящие могут удерживать умершего в удобном уголке своей памяти, удовлетворенность жизнью может быть возобновлена. В отличие от этого большая депрессия, как правило, более глубокая и характеризуется значительными трудностями в переживании самоутверждающих и позитивных чувств. Большая депрессия состоит из распознаваемой и устойчивой группы истощающих симптомов, сопровождающихся затяжным, стойким пониженным настроением. Если ее не лечить, она, как правило, становится постоянной и сопровождается плохой работой и социальным функционированием, патологическими иммунологическими функциями и другими нейробиологическими изменениями. Это относится и к большой депрессии после смерти любимого человека, как и к людям без тяжелой утраты, но с большой депрессией (34-38). Более того, без лечения большая депрессия после тяжелой утраты несет дополнительное бремя продолжающейся боли и страдания, связанного с горем.

Последствия, клинические характеристики и течение большой депрессии, связанной с тяжелой утратой, сходны с таковыми при большой депрессии, иного генеза. Выявленные нежелательные последствия большой депрессии, связанной с утратой, включают: нарушенное психосоциальное функционирование; коморбидность с рядом тревожных расстройств; симптомы ухудшения, психомоторных изменений и суицидальность (31,34-36,39). Симптомы большой депрессии, связанной с утратой, обычно тяжелые и продолжительные (30,31,40). К тому же, большая депрессия, связанная с тяжелой утратой, также имеет биологические характеристики, которые отражают сходство с другими депрессиями: это повышенная адренокортикальная активность, нарушенная иммунная функция и архитектура сна (39).

Большая часть информации о большой депрессии, связанной с утратой, сфокусирована на смерти супруга, рассматриваемой как одно из наиболее разрушительных и печальных событий в обычной жизни (41). При сравнении с женатыми/замужними лицами в первый год после утраты увеличивается число общих медицинских консультаций овдовевших (42). К тому же увеличивается число консультаций, особенно пастырских (25), и существенно увеличивается потребление транквилизаторов, снотворных и алкоголя (43). Наконец, вполне вероятно, что нераспознанная и нелеченная большая депрессия объясняет хотя бы часть увеличившейся смертности, наблюдаемой в популяции перенесших тяжелую утрату (44). Причины смерти различаются в разных исследованиях, но почти всегда включают суициды и несчастные случаи (45).

Когда большая депрессия возникает вскоре после смерти любимого человека, согласно ICD-10, она должна быть классифицирована как большая депрессия. Этот же эпизод, тем не менее, не является большой депрессией согласно DSM-IV, но отмечен V-кодом (не психическим заболеванием) «тяжелой утратой». Что правильно? Является ли синдром заболеванием, возможно, требующим лечения, или это нормальный феномен, требующий не более чем бдительного ожидания? DSM-IV констатирует, что при большинстве обстоятельств тяжелая утрата в пределах двух месяцев после смерти исключает диагноз большой депрессии, но большая депрессия должна быть решительно рассмотрена, когда имеется вина в отношении вещей, не связанных с действиями во время смерти, выраженная психомоторная заторможенность, болезненное чувство негодности, устойчивая суицидальная идеация или пролонгированное и значительное функциональное нарушение. Тем не менее, эти признаки также могут быть при большой депрессии, связанной с утратой, как и при других случаях депрессии (36,38); ряд исследований обнаружил, что большая депрессия, связанная с утратой, больше похожа, чем отличается, на другие формы большой депрессии (35) и отвечает на лечение так же, как и другая, не связанная с тяжелой утратой, депрессия. Таким образом, мы чувствуем, что общее согласие DSM-IV об исключении диагноза большой депрессии в пределах двух месяцев после тяжелой утраты больше не подходит в качестве лучшего доказательства и может иметь нежелательное последствие в виде препятствования получению соответствующей терапии людьми с потенциальным, угрожающим жизни заболеванием, таким, как большая депрессия.

Залогом успешного лечения является признание того, что связанная с утратой большая депрессия похожа на другую, не связанную с утратой большую депрессию. Тем не менее, клиницисты остаются неуверенными в отношении того, каким образом вмешиваться при большой депрессии, связанной с утратой, и вмешиваться ли иногда вообще. Медицинские профессионалы, как и население, имеют склонность к неправильному объяснению и нормализации симптомов тяжелой утраты, оставляя горящих людей уязвимыми, подвергающихся воздействию бремени нелеченной депрессии и стрессовых требований справиться с их недавней потерей. Следовательно, мы обоснованно и активно рекомендуем лечение большой депрессии, связанной с утратой, так же, как и лечение депрессии, связанной с другими жизненными событиями или неизвестными психосоциальными изменениями.

Как и при другой, не связанной с утратой, большой депрессии, ключевыми факторами для определения необходимости лечения являются прошлая история, интенсивность, длительность и обширность депрессивного синдрома. При определенных обстоя-

тельстввах, таких, как наличие истории предыдущей тяжелой большой депрессии, должно быть рассмотрено профилактическое лечение для предупреждения появления нового эпизода, несмотря на этот предсказуемо тяжелый период. И наоборот, если нет прошлой или семейной истории большой депрессии, и синдром относительно легкий в плане тяжести, реактивности и нарушения, лечение может быть отложено, по крайней мере, в первые два месяца, если не дольше, но пациент при этом должен регулярно наблюдаться. Клиницист затем может начать лечение с образовательно-поддерживающей терапии с использованием тех же руководств, как и при большой депрессии, не связанной с утратой. Если депрессия не отвечает полностью на такой вид поддержки, могут быть использованы антидепрессанты (46).

В настоящее время нет исследований, направленных специально на большую депрессию, связанную с утратой, в которой была бы показана эффективность психотерапии, хотя нет веских оснований считать, что психотерапия не будет столь же эффективной при большой депрессии, связанной с утратой, как и при большой депрессией, не связанной с утратой. Хотя необходимы дальнейшие исследования для определения возможной эффективности психотерапии в отношении депрессии в контексте горя, мы выступаем за интегративное лечение, которое включает индивидуализированную психотерапию.

На сегодняшний день имеется шесть опубликованных исследований по депрессии, связанной с утратой, демонстрирующих эффективность и безопасность ряда антидепрессантов (47-52). В каждом из этих исследований интенсивность горя значительно уменьшалась наряду с уменьшением депрессивных симптомов, хотя облегчение горя было не таким ясным, как депрессии. Ни один антидепрессант в настоящее время не может быть назван как «лучший» для лечения депрессии, связанной с утратой. Осведомленность о предпочтениях пациента и прошлые личные успехи или неудачи в опыте применения различных антидепрессантов могут помочь в рациональном выборе лекарств. Если депрессивный эпизод относительно легкий и не связан с суицидальным риском или меланхолическими симптомами, уместным первоначальным выбором могут быть поддержка и внимательное ожидание. С другой стороны, чем автономнее и тяжелее симптомы, тем больше антидепрессантов должно входить в формулы лечения. Для тяжелых или высоко коморбидных эпизодов или когда лечение было unsuccessful, комбинированное лечение с многими препаратами может стать необходимым дополнением целенаправленной психотерапии. Одно значительное коморбидное состояние, редкое для тяжелой утраты, осложненное горе (8), может требовать очень конкретной формы психотерапии (22). Во всех случаях лечение должно быть индивидуализированным, на-

правленным на специфические потребности и ресурсы личности, как и на доступность различным форм лечения, для определения лучшего подхода. Модель лечения, включающая образование, поддерживающую и индивидуализированную форму психотерапии и лекарственное лечение, увеличивает возможность положительного исхода (46).

КОГДА ПАЦИЕНТ СОВЕРШАЕТ СУИЦИД

Психическое заболевание является одним из наиболее сильных факторов риска в отношении суицида, в более чем 90% случаев. Самоубийство пациента - это профессиональный риск для психиатров, поскольку они лечат наиболее тяжелых хронических пациентов не всегда совершенным методом. Исследования выявили, что > 50% психиатров потеряли, по крайней мере, одного пациента в результате суицида, и многие потеряли более, чем одного (53). Поэтому неудивительно, что о суициде пациентов сообщается как об одном из наиболее частых и стрессовых кризисов, переживаемых работниками здравоохранения во всем мире (54-57).

Когда пациент совершает суицид, психиатры должны рассмотреть преимущества и потенциальные проблемы в предоставлении помощи семье умершего. Многие оставшиеся в живых одобряют контакты с лечащим врачом, поскольку ищут понимания смерти и своего собственного горя (58). Как правило, клиницисты должны сами активно предлагать встретиться с членами семьи после суицида, если нет определенных причин не делать этого. Психиатры могут оказать поддержку, помочь нормализовать реакции членов семьи, обеспечить направление к общественным ресурсам и, в рамках конфиденциальности, предложить точку зрения на суицид, что может помочь членам семьи уменьшить их смятение, вину или гнев в связи со смертью. Участие в похорон и посещение памятников является личным вопросом, но часто и психиатры, и семья считают это восстанавливающим средством. Даже если психиатр лично не знает близко семью пострадавшего, открытки соболезнования, выражающие заботу и сострадание, обычно принимаются позитивно.

Когда психиатр теряет пациента в результате суицида, личные реакции такие же разные, как и у других оставшихся в живых. Описаны, например, пониженное настроение, плохой сон и раздражительность (59). Многие исследования выявили высокий уровень сложных переживаний горя у оставшихся в живых, такие, как выраженная вина или чувство ответственности за смерть, потребность объяснить или понять смерть, сильное чувство неприятия, отказ и гнев на умершего, симптомы травмы, осложненное горе и стыд за способ смерти (6-10). Психиатры не восприимчивы к таким реакциям, когда они сами становятся уцелевшими (59). К тому же страх судеб-

ных разбирательств и возмездия со стороны психиатрического сообщества может осложнить реакцию психиатра (54).

Поственция (последующая профилактика) должна быть многогранной и в идеале включать поддержку со стороны семьи, друзей и коллег. Для некоторых лиц и в определенных культурах излечению могут способствовать молитвы и добродетели (57). Психиатры, которые теряют пациентов в результате суицида, должны рассмотреть вопрос о консультации с доверенными и опытными коллегами, которые могут служить в качестве резонатора и источника эмоциональной поддержки, в то же время консультируя в отношении наиболее целесообразной реакции на смерть.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

После завершения своего образования и официальной подготовки, психиатры могут не быть полностью готовыми справиться с некоторыми из наиболее частых клинических проблем, с которыми сталкиваются в практике. Диагноз и лечение осложненного горя и большой депрессии, связанной с тяжелой утратой, несомненно, занимают высокое место в ряду таких проблем. Оба состояния частично совпадают по симптомам с обычным, неосложненным горем, и часто пишутся как «нормальные» при условии, что время, сила характера и естественная система поддержки излечат их.

Важно понимать, что, хотя каждое отдельное горе уникально, есть такая его форма, которая является инвалидизирующей, влияющей на функционирование и качество жизни. Это затяжное, осложненное горе имеет тенденцию стать хроническим и постоянным, а при отсутствии целенаправленных вмешательств стать угрожающим жизни. Осложненное горе обычно хорошо отвечает на специфическую психотерапию, возможно, лучше в комбинации с антидепрессантами. К тому же, когда суициды пациентов являются обычным профессиональным риском для психиатров, очень важно распознавать их собственную уязвимость в отношении личных нападков, которые часто сопровождают такие потери, не только для их собственного психического здоровья и благополучия, но и для обеспечения пациентов более точной и грамотной помощью.

Список литературы

1. Engel GL. Is grief a disease? A challenge for medical research. *Psychosom Med* 1961;23:18-22.
2. Silver RC, Wortman CB. The stage theory of grief. *JAMA* 2007; 297:2692.
3. Bonanno GA, Boerner K. The stage theory of grief. *JAMA* 2007; 297:2693.
4. Bonanno GA, Kaltman S. The varieties of grief experience. *Clin Psychol Rev* 2001;21:705-34.
5. Keltner D, Moffitt TE, Stouthamer-Loeber M. Facial expressions of emotion and psychopathology in adolescent boys. *J Abnorm Psychol* 1995;104:644-52.
6. Boerner K, Wortman CB, Bonanno GA. Resilient or at risk? A 4-year study of older adults who initially showed high or low distress following conjugal loss. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2005;60: P67-73.
7. Bonanno GA, Wortman CB, Nesse RM. Prospective patterns of resilience and maladjustment during widowhood. *Psychol Aging* 2004;19:260-71.
8. Shear MK, Mulhare E. Complicated grief. *Psychiatr Ann* 2008;39: 662-70.
9. Shuchter SR, Zisook S. Widowhood. The continuing relationship with the dead spouse. *Bull Menninger Clin* 1988;52:269-79.
10. Shear K, Shair H. Attachment, loss, and complicated grief. *Dev Psychobiol* 2005;47:253-67.
11. Jordan JR, Neimeyer RA. Does grief counseling work? *Death Stud* 2003;27:765-86.
12. McDaid C, Trowman R, Golder S et al. Interventions for people bereaved through suicide: systematic review. *Br J Psychiatry* 2008; 193:438-43.
13. Rynearson EK, Favell J, Saindon C. Group intervention for bereavement after violent death. *Psychiatr Serv* 2002;53:1340.
14. Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CF, 3rd et al. Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res* 1995;59:65-79.
15. Prigerson HG, Shear MK, Jacobs SC et al. Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test. *Br J Psychiatry* 1999; 174:67-73.
16. Germain A, Caroff K, Buysse DJ et al. Sleep quality in complicated grief. *J Trauma Stress* 2005;18:343-6.
17. Hardison HG, Neimeyer RA, Lichstein KL. Insomnia and complicated grief symptoms in bereaved college students. *Behav Sleep Med* 2005;3:99-111.
18. Monk TH, Houck PR, Shear MK. The daily life of complicated grief patients - what gets missed, what gets added? *Death Stud* 2006;30: 77-85.
19. Szanto K, Shear MK, Houck PR et al. Indirect self-destructive behavior and overt suicidality in patients with complicated grief. *J Clin Psychiatry* 2006;67:233-9.
20. Prigerson HG, Bridge J, Maciejewski PK et al. Influence of traumatic grief on suicidal ideation among young adults. *Am J Psychiatry* 1999;156:1994-5.
21. Simon NM, Pollack MH, Fischmann D et al. Complicated grief and its correlates in patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2005;66:1105-10.
22. Shear K, Frank E, Houck PR et al. Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005;293:2601-8.
23. Simon NM, Shear MK, Fagioli A et al. Impact of concurrent naturalistic pharmacotherapy on psychotherapy of complicated grief. *Psychiatry Res* 2008;159:31-6.
24. Auster T, Moutier C, Lanouette N et al. Bereavement and depression: implications for diagnosis and treatment. *Psychiatr Ann* 2008; 38:655-61.
25. Clayton P, Desmarais L, Winokur G. A study of normal bereavement. *Am J Psychiatry* 1968;125:168-78.
26. Clayton PJ, Halikes JA, Maurice WL. The bereavement of the widowed. *Dis Nerv Syst* 1971;32:597-604.

27. Clayton P, Darvish H. Course of depressive symptoms following the stress of bereavement. In: Barrett J, Rose R, Klerman G (eds). *Stress and mental disorder*. New York: Raven Press, 1979:121-36.
28. Grimby A. Bereavement among elderly people: grief reactions, postbereavement hallucinations and quality of life. *Acta Psychiatr Scand* 1993;87:72-80.
29. Zisook S, Shuchter SR. Depression through the first year after the death of a spouse. *Am J Psychiatry* 1991;148:1346-52.
30. Zisook S, Shuchter SR. Major depression associated with widowhood. *Am J Geriatr Psychiatry* 1993;1:316-26.
31. Zisook S, Shuchter SR. Uncomplicated bereavement. *J Clin Psychiatry* 1993;54:365-72.
32. Zisook S, Shuchter SR, Sledge PA et al. The spectrum of depressive phenomena after spousal bereavement. *J Clin Psychiatry* 1994; 55(Suppl.):29-36.
33. Pies RW. Depression and the pitfalls of causality: implications for DSM-V. *J Affect Disord* 2008;3:3.
34. Hensley PL, Clayton PJ. Bereavement: signs, symptoms, and course. *Psychiatr Ann* 2008;38:649-54.
35. Kendler K, Meyers J, Zisook S. Does bereavement-related major depression differ from major depression associated with other forms of stressful events? *Am J Psychiatry* 2008;165:1449-55.
36. Zisook S, Shear K, Kendler KS. Validity of the bereavement exclusion criterion for the diagnosis of major depressive episode. *World Psychiatry* 2007;6:102-7.
37. Wakefield JC, Schmitz MF, First MB et al. Extending the bereavement exclusion for major depression to other losses: evidence from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64: 433-40.
38. Karam EG, Tabet CC, Alam D et al. Bereavement related and nonbereavement related depressions: a comparative field study. *J Affect Disord* 2009;112:102-10.
39. Zisook S, Kendler KS. Is bereavement-related depression different than non-bereavement-related depression? *Psychol Med* 2007;37: 779-94.
40. Clayton PJ. Bereavement and depression. *J Clin Psychiatry* 1990; 51(Suppl.):34-8.
41. Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res* 1967;11:213-8.
42. Clayton PJ. Mortality and morbidity in the first year of widowhood. *Arch Gen Psychiatry* 1974;30:747-50.
43. Zisook S, Shuchter SR, Mulvihill M. Alcohol, cigarette, and medication use during the first year of widowhood. *Psychiatr Ann* 1990; 20:318-26.
44. Stroebe M, Schut H, Stroebe W. Health outcomes of bereavement. *Lancet* 2007;370:1960-73.
45. Helsing KJ, Comstock GW, Szklo M. Causes of death in a widowed population. *Am J Epidemiol* 1982;116:524-32.
46. Zisook S, Shuchter SR. Treatment of the depressions of bereavement. *Am Behav Sci* 2001:782-97.
47. Jacobs SC, Nelson JC, Zisook S. Treating depressions of bereavement with antidepressants. A pilot study. *Psychiatr Clin North Am* 1987;10:501-10.
48. Pasternak RE, Reynolds CF, 3rd, Schlernitzauer M et al. Acute opentrial nortriptyline therapy of bereavement-related depression in late life. *J Clin Psychiatry* 1991;52:307-10.
49. Zisook S, Shuchter SR, Pedrelli P et al. Bupropion sustained release for bereavement: results of an open trial. *J Clin Psychiatry* 2001;62: 227-30.
50. Hensley PL, Slonimski CK, Uhlenhuth EH et al. Escitalopram: an open-label study of bereavement-related depression and grief. *J Affect Disord* 2009;113:142-9.
51. Oakley F, Khin NA, Parks R et al. Improvement in activities of daily living in elderly following treatment for post-bereavement depression. *Acta Psychiatr Scand* 2002;105:231-4.
52. Reynolds CF, Miller MD, Pasternak RE et al. Treatment of bereavementrelated major depressive episodes in later life: a controlled study of acute and continuation treatment with nortriptyline and interpersonal therapy. *Am J Psychiatry* 1999;156:202-8.
53. Henn RF. Patient suicide as part of psychiatric residency. *Am J Psychiatry* 1978;135:745-7.
54. Gitlin MJ. A psychiatrist's reaction to a patient's suicide. *Am J Psychiatry* 1999;156:1630-4.
55. Bongar B, Greaney SA. Essential clinical and legal issues when working with the suicidal patient. *Death Stud* 1994;18:529-48.
56. Leenaars A, Cantor C, Connolly J et al. Ethical and legal issues in suicidology: international perspectives. *Arch Suicide Res* 2002;6: 185-97.
57. Thomyangkoon P, Leenaars A. Impact of death by suicide of patients on Thai psychiatrists. *Suicide Life Threat Behav* 2008;38: Publishing textbook of suicide assessment and management, 1st ed. 728-40. Washington: American Psychiatric Publishing, 2006:459-76.
58. Campbell F, Simon RI, Hales RE. Aftermath of suicide: the clinician's role. In: Simon RI, Hales RE (eds). *The American Psychiatric*
59. Jordan A. Bereavement after suicide. *Psychiatr Ann* 2008;38:679-85.

Само-стигма и эффект «зачем пытаться»: влияние на жизненные цели и практики, основанные на доказательствах

PATRICK W. CORRIGAN, JONATHON E. LARSON, NICOLAS RÜSCH

Illinois Institute of Technology, Chicago, IL 60616, USA

Многие лица с психическими заболеваниями обеспокоены само-стигмой и последующими процессами, которые сопровождают ее - низким самоуважением и самоэффективностью. «Зачем пытаться» является всеобъемлющим явлением, представляющим интерес, охватывающий само-стигму, промежуточные процессы и их воздействие на целенаправленное поведение. В этой статье литература, которая объясняет «зачем пытаться», рассматривается с особым упором на социальные психологические модели. Само-стигма состоит из трех этапов: осознание стереотипов, согласие с ними и применение их к себе самому. В результате этих процессов люди страдают от снижения самоуважения и самоэффективности. Люди разубеждаются в дальнейшем рассмотрении возможностей, основополагающих для достижения жизненных целей, из-за снижения самоуважения и самоэффективности. Люди также могут избегать получения и использования практик, основанных на доказательствах, которые помогают достичь этих целей. Последствия само-стигмы и эффекта «зачем пытаться» могут быть снижены за счет служб, которые способствуют расширению возможностей потребителей.

Ключевые слова: Само-стигма, психическое заболевание, общественная стигма, самоуважение, самоэффективность, расширение возможностей.

(World Psychiatry 2009;8:75-81)

Включение в общество, выздоровление, восстановление в сообществе были взаимозаменяемо рекламированы в новом тысячелетии как основные принципы системы психического здоровья (1-4). Общее в этих идеях – достижение самостоятельных целей, которые усиливают чувство благополучия. Такие виды целей определяются здесь и сейчас, и сформулированы с точки зрения реальных интересов всего взрослого населения, в том числе нетрудоспособного. Соответствующие сферы включают: профессию, жилье, образование, здоровье и благополучие, отношения и отдых, религиозные устремления. Функциональные ограничения из-за инвалидности негативно воздействуют на способность в полной мере достигать целей в этих сферах. Участие в практике, основанной на доказательствах, способствует достижению жизненных целей. Стигма, как кажется, пагубно влияет на достижение цели и подрывает позитивные эффекты доказанных практик.

Каким образом стигма наносит ущерб личным жизненным целям? Стигма и ее влияние различаются по двум формам – общественная (публичная) и само-стигма. Согласно социальной психологической модели, публичная стигма описана с точки зрения стереотипов, предубеждений и дискриминации. Социальные

психологи видят *стереотипы* как совокупность знаний, которые известны большинству членов одной социальной группы о людях из других групп (5). Стереотипы о психическом заболевании включают стыд, опасность и некомпетентность (6). Тот факт, что большинство людей знают о наборе стереотипов, не означает, что они согласны с ним (5,7). Люди, которым *нанесен ущерб*, одобряют эти уничижительные стереотипы («Это так; все люди с психическими заболеваниями опасны!») и в результате порождают негативные эмоциональные реакции («Они все меня пугают!») (8,9). Предвззудки приводят к *дискриминации*, поведенческой реакции (10). Дискриминация, возникающая в результате публичной стигмы, осуществляется тремя путями: потеря возможностей (например, не сдают в наем и не арендуют квартиру), принуждение (власти принимают решение из-за того, что считают человека неспособным сделать это) и изоляция (то, что ранее побуждало людей учреждать больницы, теперь представляет собой гетто психических заболеваний, что особенно выражено во многих городских учреждениях) (11). Эта цепь стереотипов, предубеждений и дискриминации является публичной стигмой, способом, каким общественность представляет себе и реагирует на людей с тяжелыми психичес-

кими заболеваниями. Это следует отличать от само-стигмы и эффекта «зачем пытаться», которому посвящена эта статья.

МОДЕЛЬ «ЗАЧЕМ ПЫТАТЬСЯ»

Эффект «зачем пытаться» включает в себя три компонента: само-стигма в результате стереотипов; медиаторы (связующее звено), такие, как самоуважение и самоэффективность; достижение жизненной цели или отсутствие таковой. Важная программа исследования объединила само-стигму и части эффекта «зачем пытаться» в модифицированную теорию маркировки (12,13). Люди, усвоившие стереотипы психического заболевания, испытывают потерю самоуважения и самоэффективности (12,14-18). Люди, помеченные психическим заболеванием, живущие в культуре с преобладанием стереотипов в отношении психического заболевания, могут ожидать и усваивать отношения, которые отражают обесценивание и дискриминацию. Обесценивание описывается как сознание того, что общество не воспринимает человека с психическим заболеванием. Последующий объем исследования стремился расширить модифицирован-

ную теорию маркировки (19-21). Само-обесценивание наиболее полно характеризуется тем, что называется «три А» само-стигмы: *сознание (awareness)*, *согласие (agreement)* и *применение (application)*.

Для того чтобы испытывать само-стигму, человек должен быть осведомлен о стереотипах стигматизированной группы (например, людям с психическим заболеванием следует стыдиться своего расстройства), и согласиться с ними (это так, людям с психическим заболеванием действительно следует стыдиться своего расстройства). Тем не менее, этих двух факторов недостаточно для проявления само-стигмы. Третья А – это *применение*. Человек должен применить стереотипы к самому себе (я психически больной, поэтому я должен стыдиться своего расстройства) (21). Этот ракурс представляет само-стигму как иерархические отношения; человек с психическим заболеванием сначала должен быть осведомлен о соответствующих стереотипах, прежде чем согласиться с ними и применить само-стигму к самому себе. Отметим, что определение само-стигмы, представленное на рис. 1, ограничено процессами восприятия и когнитивными процессами. Как доказал Goffman (22), стигма по существу есть сигнал, который выявляет предубеждения и дискриминацию.

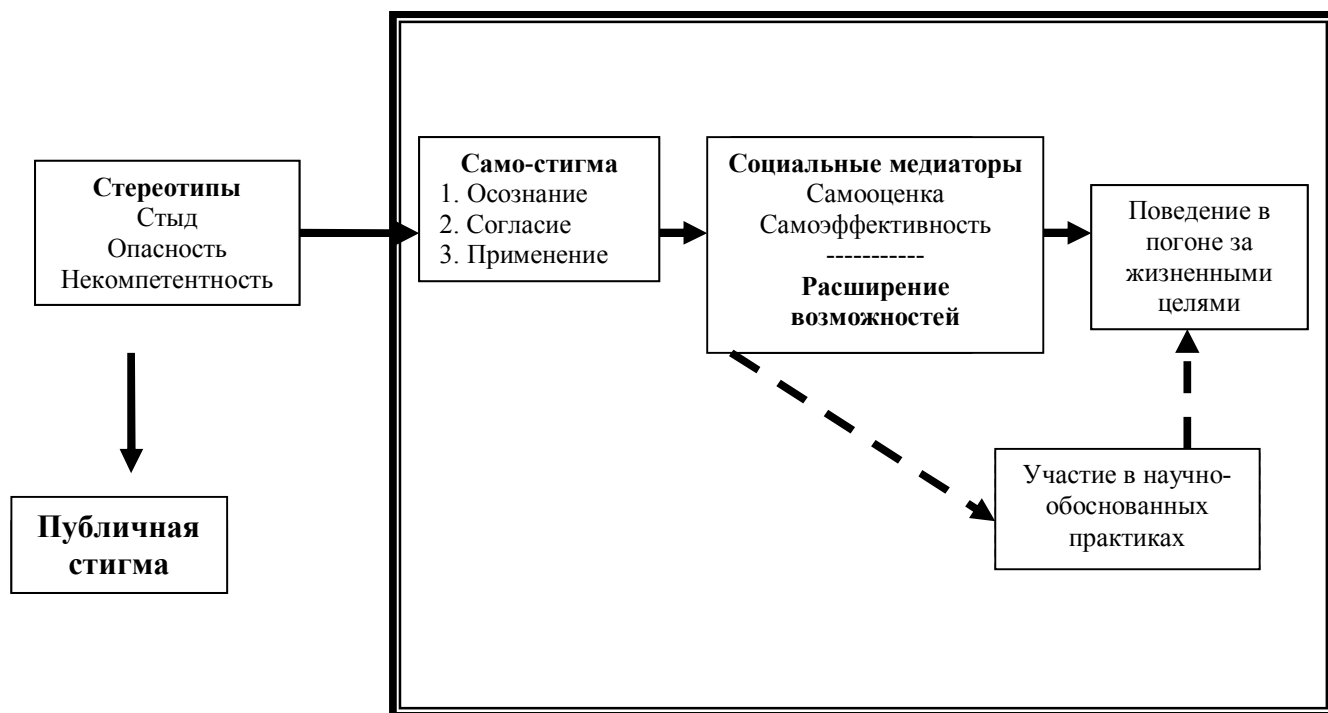


Рис. 1. Эффект «зачем пытаться»

САМОУВАЖЕНИЕ И САМОЭФФЕКТИВНОСТЬ

В соответствии с модифицированной теорией маркировки, деморализация в результате само-стигмы приводит к снижению самоуважения. В свою очередь, в четырех исследованиях была проверена и под-

тверждена посредническая роль самоуважения на нескольких этапах достижения цели (23-26); которые включали уменьшение симптома и качество жизни. Степень возможного самоуважения была прямо связана с финансовыми и академическими проблемами (25). Rosenfield и Neese-Todd (25) также показали, что

специфические сферы качества жизни – удовлетворенность работой, жильем, здоровьем, финансовым положением – были связаны как с само-стигмой, так и с самоуважением. Само-стигма и самоуважение также связаны с реальным поведением, направленным на поиск помощи, что является важным направлением исследований из-за его последствий (26).

Эффект «зачем пытаться» дальше развивает модифицированную теорию маркировки путем включения такого важного медиатора, как самооффективность. Самооффективность – это когнитивный конструкт, который представляет уверенность человека в успешной деятельности в конкретных ситуациях (27). Низкая самооффективность, как было показано, связана с неспособностью выполнять работу или возможностями самостоятельной жизни, в которых люди с психическими заболеваниями могут преуспеть иначе (12,13,18,20,25,28,29). Рассмотрим в качестве примера два исследования. Во-первых, Carpinello и др. (30) показали, что люди с психическими заболеваниями с низкой степенью уверенности в управлении различными обстоятельствами, связанной с их психическим заболеванием, были неуспешны в отдельных попытках реализовать соответствующие цели. Во-вторых, связь между стигмой, эффективностью и достижением цели была предположена в исследовании людей с серьезными психиатрическими отклонениями (29). Результаты показали, что степень само-стигмы была связана с самооффективностью, которая, в свою очередь, соответствовала низкому качеству жизни, показателю цели.

Модифицированная теория маркировки описывает поведенческое последствие обесценивания; т.е. человек может избегать ситуаций, в которых будет чувствовать себя публично презируемым и неуважаемым из-за само-стигмы и низкого самоуважения. Поведенческие последствия в модели «зачем пытаться» выходят за пределы таких понятий, как социальное уклонение. Люди, которые соглашаются со стигмой и применяют ее к самим себе, могут чувствовать себя недостойными, ничего не стоящими или неспособными достигать конкретных жизненных целей. Можно было бы думать, что такие убеждения возникают из-за того, что человеку действительно не хватает основных социальных и инструментальных навыков для достижения конкретной цели. И наоборот, отсутствие доверия может отражать сомнения, возникающие при согласии с конкретными стереотипами и характеристике самих себя в рамках этих стереотипов. «Зачем я должен даже пытаться получить работу? Кто-то вроде меня – кто-то, кто является неполноценным из-за своего психического заболевания, – не может успешно выполнять требования работы».

Само-стигма воздействует на чувство самоуважения, также подавшись на реакции «зачем пытаться». Человек, который усвоил такие стереотипы, как «психически больные не ценятся из-за того, что они

не могут ничего предложить и только истощают общество», будет бороться для поддержания позитивной Я-концепции. Самоуважение в данном случае больше, чем вид негативных самоутверждений, которые наблюдаются у людей с депрессивными симптомами. Это напрямую связано с применением пренебрежительного стереотипа к самому себе. «Зачем я должен даже пытаться жить самостоятельно? Кто-то вроде меня не стоит даже вложения денег для достижения успеха».

Не ясно, являются ли эти конструкты – самоуважение и самооффективность – существенно совпадающими как оценочные компоненты само-стигмы или они независимы в своих воздействиях. Выводы одного исследования поддержали последнее предположение, т.е., что самоуважение и самооффективность независимо друг от друга связаны с удовлетворением финансовых целей (15). Человек может чувствовать себя дееспособным в той или иной ситуации, которая не влияет на самоуважение. Человек может быть уверенным в выполнении ежедневной работы, но чувствует, что это не является особенно ценной ее частью, в результате влияние эффективности на самоуважение будет незначительным (27).

РАСШИРЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ

На данный момент модель само-стигмы и социальных психологических конструктов описывает негативные процессы, которые возникают из-за стигмы. Личностное расширение возможностей является параллельным позитивным феноменом в качестве посредника (медиатора) между само-стигмой и поведением, связанным с достижением целей. Результаты исследовательского факторного анализа 261 ответа выявили пять факторов, описывающих этот конструкт (31-33). Четыре из этих факторов определяют суть идеи: сила и бессилие; общественная активность; оправданный, справедливый гнев по поводу дискриминации; оптимизм и контроль над будущим. Пятый фактор – хорошие самооценка и самооффективность – показывает возможность связать один полюс континуума само-стигмы с самоуважением, а другой ее полюс – с самооффективностью. Это демонстрирует главный парадокс, который объясняет два полюса этого континуума (34). Некоторые люди усваивают стигматизирующее послание и страдают от уменьшенного самоуважения и пониженной самооффективности. Других людей, как кажется, такие стереотипы активизируют, и они становятся воодушевленными в реакции на них (31,35). Люди с ощущением силы более уверены в реализации своих личных целей. Они также играют более активную роль в лечении, разработке вмешательств, которые соответствуют их представлениям о достоинствах и недостатках, потребностях.

Есть ли доказательство того, что расширение возможностей является противоположностью само-стигмы? В некоторых исследованиях рассмотрены корреляции между расширением возможностей и другими психосоциальными показателями, в том числе самоуважением, самооэффективностью и показателями надежды и выздоровления. Rogers и др. (31) обнаружили, что расширение возможностей связано с высокой самооценкой, качеством жизни, социальной поддержкой и удовлетворением программами взаимопомощи. Другое исследование (35) выявило связь между собственной и общественной ориентацией на расширение возможностей и здоровой самооценкой. Самоориентация была к тому же связана с социальной поддержкой и качеством жизни. В шведском исследовании расширение возможностей было связано с качеством жизни, здоровыми социальными сообществами и высоким социальным функционированием (36). Оно было также связано с большинством аспектов излечения от серьезного психического заболевания (37,38) и обратно пропорционально коррелировало с понижением самоуважения вследствие само-стигмы и социального ухода после контроля депрессии (20).

Два фактора, как представляется, объясняют, почему некоторые люди реагируют на стигму низкой самооценкой, в то время как другие - с обоснованным возмущением (34). Люди, которые видят стереотипы, соответствующие само-стигме, как допустимые (законные), страдают от большего ущерба их самоуважению и самооэффективности. Те же, кто не соглашается со стереотипами, вместо само-стигмы реагируют безразличием или справедливо возмущаются. Групповая идентичность также наносит ущерб реакциям на стигму. Можно было предложить, что люди, которые отождествляются или иным образом принадлежат к стигматизированной группе, могут усваивать негативность, направленную на эту группу, и, следовательно, иметь худшие последствия для само-стигмы. Исследование показывает, тем не менее, что у людей с позитивной идентичностью при взаимодействии с членами своей группы возможно более позитивное само-восприятие (39,40). В результате они менее склонны испытывать уменьшение самоуважения и самооэффективности.

ДОСТИЖЕНИЕ ЦЕЛИ И ПРАКТИКИ, ОСНОВАННЫЕ НА ДОКАЗАТЕЛЬСТВАХ

До сих пор рис. 1 обозначал достижение цели довольно упрощенно как прямое следствие либо уменьшенного самоуважения и самооэффективности, либо улучшенного расширения возможностей. В этой модели отсутствует сопутствующее воздействие служб, которые на основе достаточного исследования, как ожидается, облегчат многие цели. Само-стигма, тем не менее, также может оказывать влияние на практики,

основанные на доказательствах. Исследование различных дисциплин, касающихся ментального здоровья, определило научно обоснованные приоритеты, включающие психиатрию (41,42), социальную работу (43) и психологию (44). Вмешательства для взрослых с психическими заболеваниями, выдержавших строгие осмотры, включают использование медикаментов, позитивное общественное лечение помогающие людям с психиатрической нетрудоспособностью жить самостоятельно и независимо (45), поддержку в плане работы и образования (обеспечение человека основными ресурсами и поддержкой, приобрести/сохранить работу или достичь целей в образовании) (46), семейное психообразование и поддержку (помощь членам семьи в развитии методов, которые уменьшают стрессовые взаимодействия среди родственников) (47). Практики, основанные на доказательствах, также включают интегрированное лечение в случае двойного диагноза психического заболевания и зависимости от психоактивных веществ (48,49).

Как стигма могла бы служить связующим звеном с идеями, представленными на рис. 1? «Зачем пытаться» еще раз уточняет модифицированную теорию маркировки изложением эффектов низкого самоуважения и самооэффективности при участии служб (26). «Зачем я должен пытаться реабилитироваться профессионально? Я не способен участвовать в таких услугах?». «Зачем я должен продолжать обучение? Подобные мне не достойны такой цели». Таким же образом расширение возможностей улучшает использование услуг и достижение цели. Люди, которые определяют свои собственные цели и сами выбирают жизненные возможности в результате, скорее всего, будут более энергичными и полными надежд в отношении своего лечения и личных устремлений. Совместные и самоуправляемые службы поддерживают расширение возможностей и способствуют достижению целей (50).

РЕШЕНИЕ «ЗАЧЕМ ПЫТАТЬСЯ» ПУТЕМ КРИТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ САМО-СТИГМЫ

Адвокаты давно осознали пагубные эффекты стигмы и начали разрабатывать стратегии по борьбе с ними. Затем исследователи начали сотрудничать с адвокатами, чтобы оценить влияние отдельных стратегий. Модель «Зачем пытаться», изложенная в настоящей статье, также может быть эвристической полезной для выявления и последующей оценки подходов к изменению само-стигмы.

Расширение возможностей является особенно существенным и важным механизмом для изменения, потому что оно предписывает, что «может быть сделано» для достижения цели, а не то, «что не должно быть сделано». Этот вид позитивного подхода к изменению поведения обычно более успешен, чем подход, сфокусированный на дисфункции (27). Задача

здесь заключается не в том, чтобы устранить стигму, а способствованию расширению возможностей, которые улучшают достижение жизненных целей и участие в научно обоснованных практиках, связанных с этими целями. Исследование приступило к проверке стратегий и вмешательств, которые облегчают расширение возможностей в таком виде (51,52). Некоторые примеры обсуждаются здесь.

Службы, управляемые потребителями

Расширение возможностей как комплексный и пошаговый способ рекомендовано в качестве важнейшего для служб, управляемых потребителем. Два компонента таких служб имеют очевидное значение для расширения возможностей и эффекта «зачем пытаться». Принцип коллегиальности представляет отношения среди членов без какого-либо чувства иерархии. Как равные коллеги, ни один из них не будет рассматриваться в качестве подчиненного, и все они призваны принимать участие в службе, управляемой потребителем, способами, соответствующими их потребностям и интересам. С этим связан принцип помощника. Лица в качестве помощников являются поддержкой, делясь со своими коллегами стратегиями и ресурсами, которые они считают полезными в отношении жизненных целей, заблокированных психическим заболеванием. Такого рода опыт улучшает личную самооффективность; человеку напоминают, что он компетентен во многих важных социальных ситуациях благодаря жизненному опыту. Принцип помощника также повышает самооценку: человек приобретает успешный опыт, который повышает его чувство ценности в обществе.

Службы, управляемые потребителем, обычно предполагают одну из трех форм (53). Первая – это открытые (drop-in) центры (54,55). Эти виды программ предлагают места, где люди с психическими заболеваниями могут приходить и уходить без каких-либо угроз и требований, характерных для более традиционных внебольничных служб. Второй тип служб, управляемых потребителем, – поддержка равных и службы наставничества (56,57). Одним из таких примеров является GROW, создавшая 12-шаговую письменную программу, которая ведет членов через разные «стадии на пути к выздоровлению». Третий тип служб, управляемых потребителем, представляет собой образовательные программы, которые пытаются учить участников основным социальным навыкам и копинг-навыкам, необходимым для персонального успеха (58). Эти типы программ часто сосредоточены на содействии, навыках, нужных людям для влияния на их индивидуальные сервисные планы, как и на профиль служб в их сообществе (59). В целом исследование показало, что распространенность различных служб, управляемых потребителем, в США намного

увеличилась – только в одном национальном обзоре выявлено 7467 отдельных примеров (60).

Групповая идентичность

Как указывалось выше, другим способом влияния на само-стигму и эффект «зачем пытаться» является воздействие через групповую идентичность. Люди участвуют в деятельности, которая непосредственно затрагивает их групповую идентичность в повседневной жизни, например, в лечении, группах взаимопомощи или пропаганде психического здоровья. Недавнее исследование (21) обнаружило положительную корреляцию между групповой идентификацией и самооффективностью у людей с психическими заболеваниями. Этому же исследованию не удалось показать такую же корреляцию с самоуважением. Тем не менее, были выявлены сложные взаимоотношения. В другом исследовании (61) групповая идентификация не являлась предиктором самоуважения или расширения возможностей после устранения депрессивных симптомов, но была негативно связана с самоуважением.

Данные из другого социального психологического исследования поддерживают идею о том, что групповая идентификация может быть палкой о двух концах, в данном случае, для членов стигматизированных этнических меньшинств (62). В одном исследовании (63) женщинам, получившим отрицательную обратную связь в беседе с мужчиной-экспертом, впоследствии сообщили о том, был ли эксперт сторонником сексизма (сексистом). Тем не менее, это не помогло гендерно-идентифицированным женщинам, которые продемонстрировали низкое самоуважение при обоих условиях. Поэтому, когда социальная идентичность является основным аспектом Я-концепции человека, люди, как представляется, более уязвимы к стигматизирующим угрозам, связанным с их групповой идентичностью. Во втором исследовании (63) латиноамериканским студентам на основе случайной выборки были предложены или текст, описывающий распространяющееся предубеждение против своей группы, или контрольная статья. В контрольной группе идентификация основной этнической группы была позитивно связана с самоуважением. Но в группе, которая пережила стигматизирующую угрозу, групповая идентификация была положительно связана с депрессивным аффектом и низкой самооценкой.

Разные причины могут объяснить это явное противоречие. Если люди отождествляются со своей группой и в то же время высоко поддерживают это уважение, групповая идентификация, вероятнее всего, связана с высоким самоуважением. Если, напротив, люди придерживаются негативной точки зрения на свою группу, сильная групповая идентификация может привести к заниженной самооценке. Эти позитивные и негативные точки зрения могут отражать кажущуюся

правомерность (61). Поэтому для уменьшения само-стигмы и расширения возможностей лиц с психическими заболеваниями важно признать риски отождествления с негативно оцененной собственной группой. Напротив, цель должна выстраивать позитивную групповую идентичность. Только при этом возможна помощь лицам в преодолении само-стигмы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Многие люди с тяжелыми психиатрическими расстройствами предпочитают избегать само-стигмы, тем самым уменьшая эффект «зачем пытаться», сохраняя в секрете свои переживания по поводу психического заболевания и соответствующего лечения. Выбор участия в службах, управляемых потребителями, предполагает личное решение о выходе в свет со своей психической болезнью (64). Это, возможно ограниченное решение, позволить знать о проблемах небольшому числу людей из службы, управляемой потребителем. И, наоборот, один маленький шаг выхода в свет полностью, где человек с тяжелой психической болезнью говорит об этом по телевидению. Отметим, что обнародование может включать раскрытие информации не только о личных переживаниях относительно своей психической болезни, но и о столкновении с системой лечения. Знание того, что кто-то принимает «таблетки от психической болезни», может быть как стигматизирующим, так и осознанием того, что человек иногда подвержен депрессии.

Издержки и преимущества обнародования варьируют на основе личных целей и решений. Таким образом, только люди, столкнувшиеся с этими решениями, способны учитывать издержки, преимущества и последствия. Выраженные недостатки обнародования включают несогласие с коллегами, соседями, людьми, регулярно посещающими церковь, и другими, когда они узнают о психиатрической подоплеке человека. В свою очередь, это несогласие приводит к социальному уклонению. Преимущества включают ощущение благополучия, которое возникает, когда человек больше не чувствует, что он должен оставаться в клетке. Это не является исчерпывающим перечнем; люди могут определить дополнительные последствия, индивидуально рассматривая издержки и преимущества.

Обнародование – не категоричное, однозначное решение, основанное на предположении, что человек обнародует или нет. Вообще-то эти решения могут быть рассмотрены в виде целого ряда вариантов. В этнографическом исследовании 146 человек с психическим заболеванием Негманн (64) выделил несколько специфических способов, которыми люди могут раскрыться. На основании других качественных исследований с адвокатами в области психического здоровья (65,66) в своей работе она суммировала четыре уровня раскрытия.

На наиболее экстремальном уровне люди могут оставаться скрытными посредством социального уклонения. Это означает держаться в отдалении от ситуаций, когда люди могут обнаружить их психическое заболевание. Напротив, они объединяются только с людьми, страдающими психическими заболеваниями. Вторая группа может выбрать не предохранение от социальных ситуаций, а сохранение своих переживаний в секрете от основной массы людей. При использовании избирательного раскрытия люди выделяют группу других, от которых они хранят свой секрет. Люди с психическим заболеванием могут рассказать коллегам на работе о своих неспособностях вследствие психической болезни, но предпочитают не раскрываться, например, перед соседями.

Хотя могут быть преимущества избирательного раскрытия, такие как повышение поддержки со стороны коллег, это все еще секрет, который может быть источником стыда (20). Люди, выбирающие неизбирательное раскрытие, отказываются от скрытности вообще. Они решили игнорировать любые негативные последствия того факта, что люди узнают об их психическом заболевании. Поэтому они не предпринимают никаких активных усилий, чтобы скрыть историю своего психического заболевания и свои переживания. Опыт обнародования своих переживаний посредством радио и телевидения означает целенаправленно и стратегически просвещать людей о психическом заболевании. Цель этого состоит в том, чтобы найти лиц, которые бы поделились своей историей и нынешними переживаниями в связи с психическим заболеванием. Трансляция имеет дополнительные преимущества в сравнении с неизбирательным раскрытием, а именно: она способствует формированию чувства власти над переживанием психической болезни и стигмой.

ВЫВОДЫ

«Зачем пытаться» – это сложный комплекс, который определен здесь в границах четырех взаимодействующих процессов. Он начинается как личностная реакция на стереотипы психического заболевания; люди, которые каким-то образом усваивают эти отношения. Глубина само-стигмы зависит от того, осознают и соглашаются ли люди с этими отношениями и затем применяют эти стереотипы к самим себе. Такие личные заявления подрывают собственное чувство самоуважения и самооценки. Такого рода снижения не могут способствовать занятиям людей, связанным с их жизненными целями. В результате люди с психическим заболеванием принимают решение не использовать возможности, которые будут способствовать работе, обеспечению жильем, другим личным устремлениям. «Зачем пытаться» также полезно для понимания того, каким образом нежелание получить

услуги в отношении психического здоровья влияют на жизненные возможности. Кроме того, реакции на стигму могут вызывать личное расширение возможностей, собственной уверенности в себе, что эти стереотипы не будут препятствовать достижению лично определенных целей. Как правило, эти модели само-стигмы плодотворны для понимания изменения стратегий уменьшения воздействия стигмы. Более конкретно, принципы расширения возможностей предполагают изменения для человека и системы психического здоровья, разрушают само-стигму и способствуют достижению цели. Они включают службы, управляемые потребителем, которые стимулируют развитие персональной идентичности с такими же людьми, страдающими психическим заболеванием. Они также включают искренние решения об обнаружении.

Благодарность

Nicolas Rusch поддержан Международной стипендией Marie Curie Европейского Союза.

Список литературы

1. President's New Freedom Commission on Mental Health. Achieving the promise: transforming mental health care in America. Washington: US Government Printing Office, 2003.
2. United States Surgeon General. Mental health: a report of the Surgeon General. Washington: US Department of Health and Human Services, 1999.
3. United States Department of Labor. Rehabilitation act amendments (PL 105-220). Washington: US Department of Labor, 1998.
4. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. SAMHSA action plan: mental health systems transformation. Washington: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2006.
5. Major B, O'Brien LT. The social psychology of stigma. *Ann Rev Psychol* 2005;56:393-421.
6. Corrigan PW, Kleinlein P. The impact of mental illness stigma. In: Corrigan PW (ed). *On the stigma of mental illness: practical strategies for research and social change*. Washington: American Psychological Association, 2005:11-44.
7. Rüsch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry* 2005;20:529-39.
8. Devine PG. Prejudice and out-group perception. In: Tesser A (ed). *Advanced social psychology*. New York: McGraw-Hill, 1995:467-524.
9. Hilton JL, von Hippel W. Stereotypes. *Ann Rev Psychol* 1996;47: 237-71.
10. Crocker J, Major B, Steele C. Social stigma. In: Gilbert DT, Fiske ST (eds). *The handbook of social psychology*, Vol. 2 (4th ed.). New York: McGraw-Hill, 1998:504-53.
11. Corrigan PW. *On the stigma of mental illness: practical strategies for research and social change*. Washington: American Psychological Association, 2005.
12. Link BG. Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection. *Am Soc Rev* 1987;52:96-112.
13. Link BG. Mental patient status, work, and income: an examination of the effects of a psychiatric label. *Am Soc Rev* 1982;47:202-15.
14. Link BG, Cullen FT, Frank J et al. The social rejection of former mental patients: understanding why labels matter. *Am J Soc* 1987; 92:1461-500.
15. Markowitz FE. The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness. *J Health Soc Behav* 1998;39:335-47.
16. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res* 2003;121:31-49.
17. Ritsher JB, Phelan JC. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Res* 2004;129:257-65.
18. Rosenfield S. Labeling mental illness: the effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. *Am Soc Rev* 1997; 62:660-72.
19. Corrigan PW, Watson AC, Barr L. The self-stigma of mental illness: implications for self-esteem and self-efficacy. *J Soc Clin Psychol* 2006;25:875-84.
20. Rüsch N, Hölzer A, Hermann C et al. Self-stigma in women with borderline personality disorder and women with social phobia. *J Nerv Ment Dis* 2006;194:766-73.
21. Watson AC, Corrigan PW, Larson JE et al. Self-stigma in people with mental illness. *Schizophr Bull* 2007;33:1312-8.
22. Goffman E. *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1963.
23. Markowitz FE. Modeling processes in recovery from mental illness: relationships between symptoms, life satisfaction, and self-concept. *J Health Soc Behav* 2001;42:64-79.
24. Owens TJ. Two dimensions of self-esteem: reciprocal effects of positive self-worth and self-deprecation on adolescent problems. *Am Soc Rev* 1994;59:391-407.
25. Rosenfield S, Neese-Todd S. Why model programs work: factors predicting the subjective quality of life of the chronic mentally ill. *Hosp Commun Psychiatry* 1993;44:76-8.
26. Vogel DL, Wade NG, Haake S. Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *J Couns Psychol* 2006;53:325-37.
27. Bandura A. The anatomy of stages of change. *Am J Health Prom* 1997;12:8-10.
28. Gecas V. The social psychology of self-efficacy. *Ann Rev Soc* 1989; 15:291-316.
29. Vauth R, Kleim B, Wirtz M et al. Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry Res* 2007;150:71-80.
30. Carpinello SE, Knight E, Markowitz FE et al. The development of the Mental Health Confidence Scale: a measure of self-efficacy in individuals diagnosed with mental disorders. *Psychiatr Rehab J* 2000;23:236-43.
31. Rogers ES, Chamberlin J, Ellison ML et al. A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatr Serv* 1997;48:1042-7.
32. Corrigan PW. Empowerment and serious mental illness: treatment partnerships and community opportunities. *Psychiatr Quart* 2002; 73:217-28.

33. Nelson G, Lord J, Ochocka J. Empowerment and mental health in community: narratives of psychiatric consumer/survivors. *J Comm App Soc Psychol* 2001;11:125-42.
34. Corrigan PW, Watson AC. The paradox of self-stigma and mental illness. *Clin Psychol: Sci Pract* 2002;9:35-53.
35. Corrigan PW, Faber D, Rashid F. The construct validity of empowerment among consumers of mental health services. *Schizophr Res* 1999;38:77-84.
36. Hansson L, Björkman T. Empowerment in people with a mental illness: reliability and validity of the Swedish version of an empowerment scale. *Scand J Caring Sci* 2005;19:32-8.
37. Corrigan PW, Salzer M, Ralph RO et al. Examining the factor structure of the recovery assessment scale. *Schizophr Bull* 2004;30: 1035-41.
38. Corrigan PW, Gifford D, Rashid F et al. Recovery as a psychological construct. *Commun Ment Health J* 1999;35:231-9.
39. Porter JR, Washington RE. Minority identity and self-esteem. *Ann Rev Soc* 1993;19:139-61.
40. Frable DES, Wortman C, Joseph J. Predicting self-esteem, well-being, and distress in a cohort of gay men: the importance of cultural stigma, personal visibility, community networks, and positive identity. *J Personal* 1997;65:599-624.
41. American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders: Compendium 2006. Washington: American Psychiatric Association, 2006.
42. Corrigan PW, Mueser KT, Bond GR. Principles and practice of psychiatric rehabilitation: an empirical approach. New York: Guilford, 2008.
43. Gibbs L, Gambrill E. Evidence-based practice: counterarguments to objections. *Res Soc Work Pract* 2002;12:452-76.
44. American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. Evidence-based practice in psychology. *Am Psychol* 2006;61:271-85.
45. Salyers MP, Tsemberis S. ACT and recovery: integrating evidence-based practice and recovery orientation on assertive community treatment teams. *Commun Ment Health J* 2007;43:619-41.
46. Bond GR, Becker DR, Drake RE et al. Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatr Serv* 2001; 52:313-22.
47. Dixon L, McFarlane WR, Lefley H et al. Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatr Serv* 2001;52:903-10.
48. Drake RE, Essock SM, Shaner A et al. Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2001;52:469-76.
49. Drake RE, Mueser KT, Brunette MF. Management of persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorders: program implications. *World Psychiatry* 2007;6:131-6.
50. Adams JR, Drake RE. Shared decision-making and evidence-based practice. *Commun Ment Health J* 2006;42:87-105.
51. Corrigan PW. Guidelines for enhancing personal empowerment of people with psychiatric disabilities. *Am Rehab* 2004;Autumn:10-21.
52. Corrigan PW, Garman AN. Considerations for research on consumer empowerment and psychosocial interventions. *Psychiatr Serv* 1997;48:347-52.
53. Clay S, Schell B, Corrigan PW et al. On our own, together: peer programs for people with mental illness. Nashville: Vanderbilt University Press, 2005.
54. Schell B. Mental Health Client Action Network (MHCAN), Santa Cruz, California. In: Clay S, Schell B, Corrigan PW et al (eds). On our own, together: peer programs for people with mental illness. Nashville: Vanderbilt University Press, 2005:67-91.
55. Elkanich JM. Portland Coalition for the Psychiatrically Labeled. In: Clay S, Schell B, Corrigan PW (eds). On our own, together: peer programs for people with mental illness. Nashville: Vanderbilt University Press, 2005:92-107.
56. Keck L, Mussey C. GROW In Illinois. In: Clay S, Schell B, Corrigan PW et al (eds). On our own, together: peer programs for people with mental illness. Nashville: Vanderbilt University Press, 2005:141-58.
57. Whitecraft J, Scott J, Rogers J et al. The Friends Connection, Philadelphia, Pennsylvania. In: Clay S, Schell B, Corrigan PW et al (eds). On our own, together: peer programs for people with mental illness. Nashville: Vanderbilt University Press, 2005:159-76.
58. Hix L. BRIDGES in Tennessee: Building recovery of individual dreams and goals through education and support. In: Clay S, Schell B, Corrigan PW et al (eds). On our own, together: peer programs for people with mental illness. Nashville: Vanderbilt University Press, 2005:197-209.
59. Sangster Y. Advocacy Unlimited, Inc., Connecticut. In: Clay S, Schell B, Corrigan PW et al (eds). On our own, together: peer programs for people with mental illness. Nashville: Vanderbilt University Press, 2005:179-96.
60. Goldstrom ID, Campbell J, Rogers JA et al. National estimates for mental health mutual support groups, self-help organizations, and consumer-operated services. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, Special Issue: Depression in Primary Care* 2006;33:92-103.
61. Rüsch N, Lieb K, Bohus M et al. Self-stigma, empowerment, and perceived legitimacy of discrimination among women with mental illness. *Psychiatr Serv* 2006;57:399-402.
62. Major B. New perspectives on stigma and psychological well-being. In: Levin S, van Laar C (eds). Stigma and group inequality: social psychological perspectives. Philadelphia: Lawrence Erlbaum, 2006:193-210.
63. McCoy SK, Major B. Group identification moderates emotional responses to perceived prejudice. *Pers Soc Psychol Bull* 2003;29: 1005-17.
64. Herman NJ. Return to sender: reintegrative stigma-management strategies of ex-psychiatric patients. *J Contemp Ethnography* 1993; 22:295-330.
65. Corrigan PW, Lundin R. Don't call me nuts! Coping with the stigma of mental illness. Chicago: Recovery Press, 2001.
66. Corrigan PW, Matthews AK. Stigma and disclosure: implications for coming out of the closet. *J Ment Health* 2003;12:235-48.

ФОРУМ: РОЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО УХУДШЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ: К МКБ-11 И DSM-V

Что такое «функциональное ухудшение»? Освобождая нетрудоспособность от клинического смысла

BEDIRHAN ÜSTÜN¹, CILLE KENNEDY²

¹Classifications, Terminologies and Standards, World Health Organization, Geneva, Switzerland

²Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, Office of Health Policy, Department of Health and Human Services, Washington, DC, USA

Формулировка нетрудоспособности (или «функционального ухудшения») до настоящего времени не включена ни в МКБ, ни в DSM. В системе DSM постановка диагноза зависит от совместной оценки симптомов и функционирования, в то время как в МКБ конструкт нетрудоспособности отделен от диагноза психических расстройств. Нам нужна концептуализация, согласованная на международном уровне, между МКБ и DSM в плане лучшей операционализации компонентов болезни и нетрудоспособности. Функционирование или нетрудоспособность не должны появляться как часть пороговых значений диагноза в обеих системах.

Ключевые слова: Нетрудоспособность, функциональное ухудшение, тяжесть, диагноз, МКБ, DSM, ICF

(World Psychiatry 2009;8:82-85)

Когда инвалидность была выделена в качестве показателя общественного здравоохранения, традиционно сосредоточенного на смертности, это возымело «эффект Золушки» в отношении психических расстройств. Эти расстройства никогда не включались в перечни приоритетов общественного здравоохранения. Тем не менее, когда «нетрудоспособность» была введена в уравнение, как это было с DALYs (disability adjusted life years - годы жизни, скорректированные по нетрудоспособности), психические расстройства были расценены так же высоко, как сердечно-сосудистые и респираторные заболевания, опережая все злокачественные новообразования или ВИЧ (1). Исследование глобального бремени болезни (the Global Burden of Disease, GBD) с использованием DALYs выявило истинную значимость длительного недооце-

ненного воздействия проблем психического здоровья вследствие нетрудоспособности (2).

Нетрудоспособность при психических расстройствах является хорошо известным фактом для многих клиницистов, политиков и исследователей, как и для опекунов, и лиц с психическими расстройствами. Тем не менее, форма, частота и исход нетрудоспособности при психических расстройствах не являются четко определенными и изученными с научной точки зрения. Кроме того, их использование в формулировке диагнозов психических расстройств остается неясным и противоречивым. Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) и Американская Психиатрическая Ассоциация (АПА) в своих классификационных системах используют конструкт нетрудоспособности по-разному. Если не обратить внимание на функциони-

рование и нетрудоспособность, то действующие пересмотры Международной Классификации Болезней (МКБ) ВОЗ и Диагностическое и Статистическое Руководство по психическим расстройствам (DSM) АПА (4) сохраняют расхождения по диагностике психических расстройств. Это может вызвать путаницу в международных исследованиях и при оказании клинической помощи.

В данной статье мы предлагаем операционально определить нетрудоспособность и отделить ее от патологического процесса в диагностике психических расстройств и в МКБ, и в DSM.

РАЗНАЯ ФОРМУЛИРОВКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В МКБ И DSM

Совместимость МКБ и DSM уже была заявленной целью DSM-II в

1968 году. С тех пор эти две диагностические классификации развивались параллельно. В 1980 году DSM-III принципиально по-новому развила операционализацию диагностических критериев психических расстройств, поиск которых уже предпринимал Stengel в 1959 году (5) и которые затем были приняты при создании DSM-IV и МКБ-10. В то время как феноменология психических расстройств была определена операционально в соответствии с консенсусом экспертов, формулировка нетрудоспособности (или «функционального ухудшения» на языке DSM) не была согласована. Она была включена в критерий «клинической значимости» DSM, оставляя его открытым для решения клиницистами.

Как показано в таб. 1, DSM, вопреки системе МКБ, делает «клиническую значимость» четкой частью критерия для установления диагноза. Клиническая значимость имеет два основных компонента: дистресс и «функциональное ухудшение». Дистресс выражается субъектом или его/ее значимыми составляющими в виде беспокойства, озабоченности, страданий по поводу состояния. Иногда он может быть невыраженным или вовсе отрицаться. Функциональное ухудшение относится к ограничениям вследствие заболевания, поскольку люди с болезнью не могут выполнять определенные функции в своей повседневной жизни. Мы операционально приравнивали понятие «функциональное ухудшение» к понятию «нетрудоспособность» из Международной классификации Функционирования, Нетрудоспособности и Здоровья (International Classification of Functioning Disability and Health, ICF) ВОЗ (6).

Таблица 1 Операционализация диагноза в МКБ и DSM

МКБ	DSM
Характерная феноменология Признаки и симптомы <i>Клиническая значимость не требуется (нетрудоспособность операционально определена в ICF)</i> Правила исключения	Характерная феноменология Признаки и симптомы <i>Клиническая значимость (нетрудоспособность и дистресс)</i> Правила исключения

ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЕ РАЗЛИЧИЯ ОДНОГО И ТОГО ЖЕ ПОНЯТИЯ

Термин DSM «функциональное ухудшение» конкретно не определен. Он использовался для обозначения различий в *социальной и профессиональной* сферах жизни. DSM-IV-TR также относит его к «*другим важным сферам функционирования*», но не устанавливает их.

В ICF не используется термин «функциональное ухудшение». В этой классификации термин «функционирование» является нейтральным, включая все функции тела, деятельность и участие в жизненных ситуациях. Термин «нетрудоспособность» означает уменьшение этих функций, которые известны на уровне тела как повреждения, на личностном уровне – как ограничение активности и на социальном уровне – как сужение участия.

Использование «функционального ухудшения» в DSM может быть принято более широко для «нетрудоспособности» в ICF и более узко для ограничения деятельности. «Функциональное ухудшение» из DSM включало бы межличностные взаимодействия и взаимоотношения из ICF, но воз-

можно также и некоторые из пунктов, касающихся участия в обществе, социальной и гражданской жизни. Профессиональное функционирование в DSM включало бы виды деятельности, перечисленные в категориях работ и занятости в ICF.

Во избежание путаницы следует заметить, что нарушение психических функций в ICF в целом соответствует тому, что известно как признаки и симптомы психических расстройств (например, сознание, ориентация, энергия, сон, внимание, память, эмоции).

РАЗЛИЧНЫЕ АСПЕКТЫ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ В DSM

Существуют три важных аспекта, использующих уменьшение функционирования в DSM-IV-TR. Первый называется «функциональное ухудшение», которое описывается как дисфункция в социальной и профессиональной сферах, как отмечено выше. Функциональное поражение используется в качестве критерия для постановки диагноза. Хотя никогда прямо не утверждалось, функциональный критерий в DSM означает, что психическое расстройство должно быть связано либо с дистрессом, либо с нетрудоспособностью. Как таковой, он помогает установить «порог для диагностики расстройства» (4). Не имеется никаких указаний в отношении определения уровня нетрудоспособности, что могло бы внести вклад в пороговый уровень для диагностики. Этот вопрос остается открытым для клинического решения потребителей, которые игнорируют основной операциональный подход в DSM.

Функции второго аспекта обычно используются для определения уровня тяжести диагностирован-

ного расстройства. Три уровня тяжести (легкий, умеренный и тяжелый) включают как симптомы, так и «ухудшение в социальном и профессиональном функционировании». Определение уровня тяжести является клиническим решением. Например, руководство DSM-IV-TR для «легкого» и «тяжелого» уровней включает либо «несколько», либо «много» симптомов свыше требуемого количества, либо «малые» или «явные» нарушения в социальном или профессиональном функционировании. «Умеренный» уровень находится между ними. Критерии для расстройств настроения более четкие. Обозначены опорные пункты для легкой и тяжелой нетрудоспособности при большом депрессивном эпизоде. Легкая нетрудоспособность рассматривается как «легкая нетрудоспособность или способность функционировать нормально, но с существенным и необычным усилием» (4). Тяжелая нетрудоспособность характеризуется как «четкая, видимая нетрудоспособность (например, неспособность к работе или ухаживать за детьми)» (4). Критерии для других расстройств настроения затрагивают различные сферы нетрудоспособности, такие, как социальная деятельность и потребность в котором, важность контроля представляет собой опорный пункт для оценки тяжести (4).

Функции третьего аспекта обычно используются для планирования лечения, отслеживания клинического улучшения и прогноза лечебного исхода. Глобальная Оценка Функционирования (the Global Assessment of Functioning, GAF) – это шкала из 100 пунктов, используемая для оценки как симптомов (т.е. части кон-

структа болезни), так и психологического, социального или профессионального функционирования (т.е. части конструкта нетрудоспособности). Таким образом, в объяснении GAF конструкты болезни и нетрудоспособности смешаны друг с другом. Эта запутанность не позволяет отдельно операционально измерять нетрудоспособность.

В целом, в системе DSM постановка диагноза (и определение уровня тяжести) зависит от совместной оценки симптомов и функционирования. Эти конструкты никогда не оценивались отдельно.

ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ В МКБ

В главе V МКБ конструкт нетрудоспособности отделен от диагноза психического расстройства. Нетрудоспособность является отдельным феноменом, который оценивается в другой классификационной схеме, ICF, в качестве дополняющего члена семейства классификаций ВОЗ. Информация ICF по функционированию и нетрудоспособности обогащает диагностическую информацию в МКБ, представляя широкую, более существенную картину здоровья пациента, которая может быть использована для более рационального принятия решений. Эта отдельная оценка также позволяет изучать научными методами связь между расстройством и нетрудоспособностью.

Тем не менее, трудности в функционировании человека включены иногда в классификацию психических расстройств МКБ. Например, уменьшение функционирования, такое, как

плохое самообслуживание и социальные достижения, включено как часть в описание негативных симптомов при резидуальной (остаточной) шизофрении (F20.5). В этом контексте было бы целесообразно отметить, что усилия по пересмотру МКБ будут специально направлены на диагностические критерии четкого разграничения конструктов болезни и нетрудоспособности.

КАК РАЗЛИЧАТЬ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ И ТЯЖЕСТЬ?

Проблема нетрудоспособности запутана определением тяжести при психических расстройствах. Обычно имеется положительная корреляция между тяжестью заболевания и последующей нетрудоспособностью, поэтому очень легко попасть в эту ловушку. Если не принять концептуальных гарантий в отношении разграничения тяжести психического здоровья от функциональных ограничений, которые могут возникнуть, невозможно изучать взаимодействие между ними. Теоретически тяжесть болезни зависит от ее развития, распространения или глубины дисфункции, вызываемой в системах организма. Нетрудоспособность – это исход основной болезни в конкретных условиях относительно того, что люди могут делать с точки зрения активности. Например, тяжесть туберкулеза зависит от таких факторов, как вирулентность бактерии или распространенность болезни в организме человека, в то время как нетрудоспособность зависит от того, может ли пациент с туберкулезом работать, посещать школу или выполнять другие повседневные виды деятельности.

Тяжесть психического расстройства не всегда четко и операционально определена в DSM и, к сожалению, запутана комбинацией симптоматических групп расстройства и ограничениями в социальном или профессиональном функционировании. Например, DSM-IV-TR прямо утверждает, что уровень тяжести большого депрессивного расстройства или биполярного расстройства I типа должен быть закодирован пятым знаком. Тремя уровнями тяжести, определенными в DSM-IV-TR, как отмечено выше, являются: легкий (присутствует несколько симптомов свыше требуемых для постановки диагноза, и *симптомы приводят к более чем незначительному ухудшению в социальном или профессиональном функционировании*); умеренный (имеются симптомы или *функциональные нарушения* между «легким» и «тяжелым» уровнями); тяжелый (имеется много симптомов свыше требуемых для постановки диагноза или несколько симптомов, часть из которых тяжелые, или *симптомы ведут к выраженному ухудшению в социальном или профессиональном функционировании*) (4).

Если один подход стремится применить конструкт сходной болезни и к психической, и к физической (соматической) болезням, должны быть изучены другие пути выражения тяжести психического расстройства. Например, тяжесть физической (соматической) болезни или расстройства оценивается несколькими способами: а) различные пороговые показатели (легкая, умеренная или тяжелая гипертензия с точки зрения уровня артериального давления); б) определение стадии развития или

распространения болезни (например, 1, 2, 3 стадии сифилиса; классификация опухолей в соответствии со стадией их развития); в) степень осложнений (латентный, явный или осложненный сахарный диабет).

Могут быть другие или смешанные модели тяжести болезни. Тем не менее, функциональные последствия с точки зрения того, что трудно пациенту делать, являются конструктом, отличающимся от тяжести болезни, и должны оцениваться отдельно. Тяжелые формы заболеваний обычно вызывают большую нетрудоспособность, но оно возникает в результате взаимодействия между человеком и окружением. В зависимости от контекста, может не быть нетрудоспособности при тяжелой болезни и возможна некая утрата трудоспособности при очень легких формах психических расстройств. Для решения этой запутанной взаимосвязи должны быть операционализированы четкие конструкты расстройства/болезни и нетрудоспособности (7-9).

НА ПУТИ К ПРЕДЛОЖЕНИЮ ДЛЯ СОГЛАСОВАННОЙ ФОРМУЛИРОВКИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В МКБ И DSM

В настоящее время две основные проблемы требуют решения: а) тяжесть симптомов (для оценки тяжести многих симптомов DSM требует рассматривать функционирование в объединенной форме; система МКБ, наоборот, не требует определения функционирования или нетрудоспособности для оценки тяжести симптомов); б) клиническое значение синдромов (по DSM связь нетрудоспо-

собности – функционального нарушения – одного из требований диагностики психического расстройства; МКБ не имеет такого критерия и оставляет эту область для ICF, которая описывает, как функционирование может быть оценено с использованием квалификаторов, связанных со степенью этой проблемы).

DSM-V и МКБ-11 можно сделать совместимыми, позволяя отдельно операционально оценивать нетрудоспособность посредством шкалы GAF в DSM и такими инструментами оценки, связанными с ICF, как Перечень Оценки Нетрудоспособности ВОЗ (WHO Disability Assessment Schedule, WHODAS, 10)/

Основной вопрос - как операционализировать конструкты ICF сжатым и клинически соответствующим способом? Некоторые инструменты оценки, основанные на этой классификационной системе, могут помочь в выявлении основных сфер функционирования. Например, Перечень ICF предоставляет основу для инструмента клинической оценки, охватывающей сферы познания, общения, мобильности, самообслуживания, межличностных отношений, семейных и профессиональных, жизненной активности и общественную, социальную и гражданскую жизнь. Когда эти сферы кодируются как «имеющиеся», уменьшение может быть оценено либо как легкое, умеренное, тяжелое, либо должно быть суммировано общее количество пунктов, но шкала не обязательно является главным измерением нетрудоспособности. Необходима стандартизированная метрическая информация, и она может быть собрана из исследований, проведенных с помощью WHODAS в популяции лиц с психическими расстройствами. Критический обзор клинического опыта и исследова-

ние с использованием Перечня ICF могут поддержать пересмотренный и исправленный комп-

лекс пунктов и методологию оценки. Как показано в табл. 2, Перечень ICF включает все сферы

функций/нетрудоспособности из шкалы GAF.

Таблица 2 Сферы функционирования и нетрудоспособности в инструментах оценки АПА и ВОЗ

Шкала GAF, DSM-IV	Перечень активности ICF	Сферы WHODAS
Социальное функционирование	Обучение и применение знаний Общие задачи и требования Общение Мобильность	Понимание и общение с помощью слов (когниция)
Школьное функционирование	Самообслуживание Межличностные взаимодействия и отношения Семейная жизнь	Движения и понимание окружающего Самообслуживание
Профессиональное функционирование	Основные жизненные сферы: Образование Занятость Общественная, социальная и гражданская жизнь	Жизненная активность: Семейные (домашние) обязанности, работа, развлечения Участие в общественной жизни

В Перечне ICF номинальный код 0 для отсутствия трудностей, 1 – для незначительной, легкой трудности, 2 – для умеренной, 3 – для тяжелой и 4 – для полной. По шкале (от 0 до 100) от 0 до 4 процентов интерпретируются как отсутствие проблем, от 5 до 24 процентов – как легкая проблема, от 25 до 49 процентов – как умеренная проблема, от 50 до 95 процентов – как тяжелая и от 95 до 100 – как полная проблема. Шкала калибрована в обратном направлении в сравнении с GAF, в которой показатели от 91 до 100 означают полное (лучшее) функционирование. Децильная система шкалы GAF не переводится в уровни тяжести, такие, как легкая, умеренная или тяжелая. Только одна сфера из WHODAS, которая не соответствует разделу активности Перечня ICF, уточняет познавательную сферу (когниции). Эти пункты в рамках этой

сферы в WHODAS могут быть оценены клиницистом как часть выявления симптомов расстройств.

ВЫВОДЫ

Нам необходима согласованная на международном уровне концептуализация между МКБ и DSM с точки зрения лучшей операционализации болезни и компонентов нетрудоспособности. Это может быть достигнуто за счет начала операционального использования сфер ICF. Таким образом могут быть лучше определены пороговые значения для каждой сферы функционирования.

Отсутствие функционирования или нетрудоспособности не должно практиковаться как часть пороговых значений при диагностике в любой из систем. Отдельная оценка тяжести расстройства

(т.е. легкая, умеренная или тяжелая), после диагноза может полагаться на оценку развития болезни, ее распространения, продолжительности или другой меры независимо от параметров нетрудоспособности, для того чтобы избежать совместной линейности.

Чтобы поставить психическое здоровье наравне со всем остальным здравоохранением и интегрировать его в общие информационные системы здоровья, классификации в области психического здоровья не могут продолжать отдельные направления развития и должны включать общие модели и элементы, в том числе общую терминологию и онтологию признаков, симптомов, функционирования и других объектов. Это позволит лучше организовать научное исследование, и приведет к более точной оценке исходов и сравнений эффективности вмешательств здравоохранения.

Благодарность

Взгляды, выраженные в данной статье, являются авторскими мнениями и не обязательно представляют официальную точку зрения их институтов или организаций, в том числе ВОЗ и правительства США. Авторы признательны за полезную дискуссию и вклад Angelo Barbato, Tae-Yeon Hwang, Aleksander Janca, Marianne Kastrup, Venos Mavreas, William Narrow, Martti Virtanen, Nenad Kostanjsek, Somnath Chatterji and Robert Jakob.

Список литературы

1. Murray CJL, Lopez AD. Global health statistics: a compendium of incidence, prevalence and mortality estimates for over 200 conditions. Cambridge: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, 1996.
2. Üstün TB. Global burden of mental disorders. *Am J Publ Health* 1999;89:1315-8.
3. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization, 1993.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., text revision. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
5. Stengel E. Classification of mental disorders. *WHO Bull* 1959;21:601-3.
6. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health (ICF). Geneva: World Health Organization, 2001.
7. Regier DA, Kaelber CT, Rae DS et al. Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders: implications for research and policy. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:109-15.
8. Spitzer RL, Wakefield JC. DSM-IV criteria for clinical significance. Does it help solve the false positive problem? *Am J Psychiatry* 1999;156:1856-64.
9. Üstün TB, Chatterji S, Rehm J. Limitations of diagnostic paradigm: it doesn't explain "need". *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55:1145-6.
10. World Health Organization. World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS). Geneva: World Health Organization, 2000.

Нетрудоспособность и психическое заболевание – разные категории и должны оцениваться отдельно

NORMAN SARTORIUS

Association for the Improvement of Mental Health Programmes, Geneva, Switzerland

Принятие концептуальной позиции, представленной Üstün и Kennedy, является важным для психиатрии и медицины в целом. Нетрудоспособность – определяется ли она как функциональное ухудшение с точки зрения DSM-IV или как ограничения в индивидуальной активности, как это дано в международной Классификации Функционирования, Нетрудоспособности и Здоровья (ICF) (1), – должна оцениваться отдельно, а не как часть психической болезни человека. Было бы неправильно ставить диагноз в зависимости от наличия или отсутствия нетрудоспособности. Нетрудоспособность возникает вследствие психического расстройства, зависит но также от одновременного наличия коморбидных заболеваний или ухудшений. Последние становятся вопросом возрастающей важности. Значительная доля людей с психическими расстройствами также страдает от физических (соматических) заболеваний и поэтому трудно, если не невозможно, оценить в какой степени нетрудоспособность вызвана психическим расстройством и, в какой степени коморбидным состоянием.

Нетрудоспособность имеет отношение к человеку, который страдает от болезни (или болезней), живет в индивидуальной обстановке, получает индивидуальное лечение и имеет личностные особенности,

которые определяют каким образом он или она будут жить с болезнью. Средства, которые человек с болезнью может иметь – будь то художественный дар или доступ к богатству, также влияют на возникновение и тяжесть нетрудоспособности. Осознание того, что нетрудоспособность связана с человеком, а не с болезнью, очень важно для развития служб реабилитации, оценки уровней поддержки общества нетрудоспособному человеку, и в определении того, какое лечение может быть предложено в случае возникновения болезни.

Психопатологические данные определяют диагноз, но они должны быть дополнены и другими, если нужно помочь в оценке «случая» (caseness) (применимость диагностических критериев МКБ, ICD к конкретным людям с психическими расстройствами), существенного для обеспечения услугами или оценки потребностей в них. «Случай» будет определяться с учетом психопатологических результатов, нетрудоспособности и дистресса, которые есть у человека и связаны с его медицинскими/психиатрическими состояниями. Люди с индивидуальными психиатрическими диагнозами могут стать «случаями» для служб психического здоровья, когда их нетрудоспособность является более выраженной (например, из-за изменений в окружении) или когда их дистресс усиливается (например,

когда узнают о прогнозе своего состояния).

В клинической работе или для исследовательских целей оценка наличия *расстройства, нетрудоспособности и дистресса* может сопровождаться оценкой их *тяжести*. Тяжесть болезни обычно оценивается с учетом количества и частоты возникновения симптомов, тяжесть нетрудоспособности определяется типом и количеством занятий, в которых человек не может принять участие, и тяжесть дистресса определяется на основе аналогии с состояниями, которые и страдающий человек, и диагностирующий знают и испытали. Тяжесть может быть измерена как величина и как признак, имеющий несколько операционально определенных категорий. То же самое справедливо в отношении нетрудоспособности и дистресса, но не для психопатологических симптомов, которые могут иметь признаки, делающие их узнаваемыми, поскольку они качественно отличаются от нормального функционирования.

Тяжесть дистресса и нетрудоспособности обычно соотносится с тяжестью клинического синдрома, но это не всегда так. Дистресс может быть связан с предвидением будущего в большей степени, чем с уровнем нетрудоспособности или тяжестью клинического состояния. Возможность того, что черная бородавка может быть меланомой, вызовет глубокий дистресс, хотя нет никаких ограничений в активности и

нет уверенности, что бородавка содержит злокачественные клетки, и она будет быстро расти. Тяжесть нетрудоспособности может быть связана с тяжестью клинической картины, но это также далеко не так для большей части времени, в течение которого человек болеет, за исключением большинства тяжелых состояний, например, при глубокой деменции или коме. Люди с разнообразными психопатологическими симптомами часто живут в своем сообществе с небольшими ограничениями активности или вовсе без них.

Полезность представленных выше рамок для исследовательских целей зависит от возможности измерения синдромов, нетрудоспособности, дистресса и их тяжести надежными

и достоверными способами. Создание инструментов, которые могут помочь исследователям делать это, является, несомненно, основной задачей комитетов МКБ и DSM. Полезность этой же системы для клинической практики зависит от определенной необходимости в этих измерениях и от подготовки практикующих врачей к созданию этих необходимых оценок.

Практикующие врачи использовали четыре выше упомянутые измерения, в отношении к людям, которые приходят в поисках помощи, с тех пор как была создана медицина. Исследование образа действий, в котором работают клиницисты, может дать точную информацию об их методах оцен-

ки, и в совокупности с результатами исследования с помощью достоверных и надежных оценочных инструментов, позволит создать программы подготовки, которые могут сделать классификацию болезней принятой и используемой в качестве основы для исследований и практики.

Список литературы

1. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health (ICF). Geneva: World Health Organization, 2001.

Нетрудоспособность и диагноз: должна ли роль ухудшения исключена из диагностических критериев DSM/МКБ?

JEROME C. WAKEFIELD

School of Social Work, Department of Psychiatry, and InSPIRES (Institute for Social and Psychiatric Initiatives - Research, Education and Services), New York University, New York, NY 10003, USA

Üstün и Kennedy предполагают, что «ни функционирование, ни нетрудоспособность не должны являться частью пороговой величины диагноза» любого расстройства. Они отмечают, что отделение нетрудоспособности/ухудшения от расстройства может привести DSM к большому соответствию с МКБ. Тем не менее, реальная проблема является концептуальной: можно ли критерии нетрудоспособности – как клинически значимые критерии DSM, так и ухудшение функцио-

нирования социальной роли (не следует путать с психологической дисфункцией, проявляющейся как симптомы) – четко отделить от диагностических критериев в данной части психиатрической истории?

В связи с этим Robert Spitzer и я (1-4) доказали, что «клинически значимые» критерии DSM с использованием ухудшения в целом, не очень-то полезны для различения расстройства от проблем не-расстройства в жизни, потому что проблемы не-расстройства часто влекут за собой ролевые нарушения. Недавние исследования, как правило, поддерживают избыточность обширных, подобных DSM, критериев ухудшения как в клиническом, так и в эпидемиологическом контекстах (5-7).

Несмотря на явную цель МКБ избежать семейного, профессионального и другого социального ролевого функционирования в качестве диагностических критериев из-за того, что они различаются в кросс-культуральном отношении, социальная нетрудоспособность входит во многие наборы критериев МКБ. Например, расстройство поведения требует «серьезных нарушений социальных ожиданий, соответствующих возрасту»; расстройство чтения должно «серьезно мешать академическим достижениям или деятельности в повседневной жизни, которая требует навыков чтения», и неврастения включает «уменьшение в профессиональной деятельности или умении справиться

с повседневными задачами». Üstün и Kennedy не могут объяснить, почему критерии МКБ все еще содержат так много ссылок на нетрудоспособность. Они не предлагают систематического доказательства того, что нетрудоспособность и расстройство могут быть полностью разделены.

Абсурдность использования нетрудоспособности самой по себе в качестве достаточного показателя расстройства очевидна; как в таком случае патологическая нетрудоспособность может быть отделена от нормальной неспособности (8)? Рассмотрим нетрудоспособность вследствие сна (одна треть жизни проведена в состоянии паралича и галлюцинирования), беременности, усталости после нагрузки и другие нормальные человеческие ограничения; нормальные разновидности черт как сообразительность, застенчивость и высокое положение в обществе, мешающие некоторым; различия в знаниях, навыках и талантах, которые приводят к различиям в исполнении социальных ролей. Не нетрудоспособность, а то, чем она обусловлена, придает патологичность.

Учитывая эту абсурдность, логика DSM в отношении возможного использования нарушения для диагностики является более тревожной, чем можно думать, и выходит за пределы специфических «клинически значимых» критериев. Вводный раздел по критерию ухудшения в DSM объясняет: «Этот критерий помогает установить порог для диагностики расстройства в тех ситуациях, когда симптоматическое проявление само по себе (особенно при легких формах), по сути, не является патологическим и может встречаться у людей, для которых диагноз «психического расстройства» будет неподходящим». Таким образом, ухудшение позволяет

изменить статус состояния от не-расстройства до расстройства. Более того, DSM объясняет, что одна ситуация, в которой состояние может быть диагностировано по критерию «иное не указано», возможна в случае, когда «проявление соответствует модели симптома, который не включен в классификацию DSM-IV, но вызывает клинически значимый дистресс или ухудшение». Такие модели симптомов включают подпороговые состояния с меньшими, чем обычно требуется, симптомами. В целом DSM косвенно позволяет диагностировать проблематичные состояния с несколькими симптомами как расстройства, основанные только на ролевом ухудшении, в отличие от собственного определения расстройств в DSM, требующего, чтобы поражение было вызвано внутренней дисфункцией. Исправление такого рода, предлагаемое Üstün и Kennedy, просто необходимо.

Но тот факт, что нетрудоспособность не подразумевает расстройства, не означает, что нетрудоспособность не играет роли в диагностике. Согласно определению психического расстройства и в DSM, и в моем «анализе вредной дисфункции» («harmful dysfunction analysis», HAD) понятия расстройства (8,9), расстройство – это внутренняя дисфункция (означающая неспособность биологически предназначенной функции), которая приводит к ущербу (социально оцененному). Таким образом, HAD предлагает два измерения диагноза: дисфункцию и ущерб.

Следовательно, нетрудоспособность может обоснованно появляться в диагностических размышлениях по двум причинам. Во-первых, она может представлять ущерб. Как правило, прямые симптомы дисфункции могут быть

достаточно вредными, но есть случаи расстройств, в которых ролевое ухудшение является единственным видом ущерба и должно быть упомянуто для установления, что это именно расстройство.

Это указывает на основное заблуждение: Üstün и Kennedy предполагают, что расстройство эквивалентно основной дисфункции. Но даже внутренняя дисфункция, биологически патологическая, не медицинским расстройством до тех пор, пока не будет нанесен ущерб. Например, доброкачественные ангиомы являются генуинными дисфункциями, но не являются медицинскими расстройствами, пока нет вреда, ущерба. Все люди имеют много таких биологических недостатков, которые не являются медицинскими расстройствами из-за отсутствия вреда. Следовательно, ролевое ухудшение иногда нуждается в определении, является ли дисфункция вредоносной и затем отличать расстройство от не-расстройства.

Во-вторых, иногда нет независимого способа установить является ли это дисфункцией или проблемой не-расстройства жизни не из-за социального ухудшения. Одна такая ситуация – это когда ролевая способность сама по себе биологически очерчена, поэтому неспособность социальной функции подразумевает биологическую дисфункцию. Например, когда возникает социальная фобия при взаимодействии с членами семьи, нарушаются такие основные функции, как воспитание и сексуальное взаимодействие. Это одновременно и ролевое ухудшение, и биологическая дисфункция.

Другая такая ситуация – это когда ролевая неспособность,

сама по себе не будучи биологической дисфункцией, является единственным вариантом предположения, что это основная дисфункция. Например, чтение является изобретением, и неспособность к нему является неспособностью социальной функции, не существовавшей в дограмотных обществах. И неспособность к чтению – неграмотность рассматривается как расстройство. Но часто это только неспособность научиться читать, несмотря на возможность; мы делаем вывод, что неспособность существует из-за основной дисфункции. Из-за того, что неизвестная дисфункция не имеет других вредных последствий, мы должны сослаться на социальное ухудшение или неспособность обучиться чтению как на основу для диагностики.

В целом есть причины поддерживать общую суть Üstün и Kennedy в попытке, *по мере возможности*, отделить ролевое ухудшение от диагностических критериев. Но Üstün и Kennedy не смогли надлежащим образом рассмотреть многогранные понятийные отношения между диагнозом и нетрудоспособностью, которые прояснены, и я это поддержал, посредством анали-

за вредоносной дисфункции как двухмерного расстройства с точки зрения дисфункции и вреда. В заключение хочу сказать, что предложение Üstün и Kennedy полностью отделить ухудшение от диагноза является нереалистичным на данной стадии развития психиатрии как науки. С точки зрения обоснованности критериев концептуальный анализ категории-через-категории будет предпочтительнее для их общего подхода.

Список литературы

1. Wakefield JC. DSM-IV: Are we making diagnostic progress? *Contemp Psychol* 1996;41:646-52.
2. Wakefield JC. Diagnosing DSM-IV, Part 1: DSM-IV and the concept of mental disorder. *Behav Res Ther* 1997;35:633-50.
3. Spitzer RL, Wakefield JC. DSM-IV diagnostic criterion for clinical significance: does it help solve the false positives problem? *Am J Psychiatry* 1999;156:1856-64.
4. Wakefield JC, Spitzer RL. Requiring clinical significance does not solve epidemiology's or DSM's false positive problems: response to Regier and Narrow. In: Helzer JE (ed.).

Defining psychopathology in the 21st century: DSM-V and beyond. Washington: American Psychiatric Association Press, 2002:31-40.

5. Beals J, Novins DK, Spicer P et al. Challenges in operationalizing the DSM-IV clinical significance criterion. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:1197-207.
6. Mojtabai R. Impairment in major depression: implications for diagnosis. *Compr Psychiatry* 2001;42:206-12.
7. Zimmerman M, Chelminski I, Young D. On the threshold of disorder: a study of the impact of the DSM-IV clinical significance criterion on diagnosing depressive and anxiety disorders in clinical practice. *J Clin Psychiatry* 2004;65:1400-5.
8. Wakefield JC. Normal inability versus pathological disability: why Ossorio's (1985) definition of mental disorder is not sufficient. *Clin Psychol: Sci Pract* 1997;4:249-58.
9. Wakefield JC. The concept of mental disorder: on the boundary between biological facts and social values. *Am Psychol* 1992;47:373-88.
10. Wakefield JC. The concept of mental disorder: diagnostic implications of the harmful dysfunction analysis. *World Psychiatry* 2006;6:149-56.

Перспективы DSM-V по отделению нетрудоспособности от клинической значимости

WILLIAM E. NARROW, EMILY A. KUHLMAN, DARREL A. REGIER

American Psychiatric Institute for Research and Education and American Psychiatric Association, Division of Research, Suite 1825, 1000 Wilson Blvd., Arlington, VA 22209, USA

Üstün и Kennedy представляют убедительный аргумент для DSM, чтобы отразить более четкую кон-

цептуализацию психических расстройств и связанных с ними нарушений, ограничений деятельности и участия.

Установка пороговых значений для случаев давно имеет большое значение для исследователей и политиков, которых интересует различие людей с психическими расстройствами от тех, кто страдает от преходящих симпто-

мов, и ожидаемые реакции на стрессы повседневной жизни. Повсеместность последних состояний делает это различие крайне важным для выявления однородных исследовательских моделей и выделения скудных ресурсов для служб психического здоровья. Клиницисты, особенно из первичных медицинских учреждений, также часто сталкиваются с

обычными эмоциональными и поведенческими жалобами, которые поднимают вопрос «лечить или не лечить?». Важность учета дистресса и сниженного функционирования в повседневной деятельности при определении случая всегда была основной озабоченностью для клинических и организационных решений, хотя ни один из них четко не сформулирован.

В DSM определение «психического расстройства» содержит понятия дистресса и ограничений активности с момента выпуска DSM-III. DSM-III также косвенно диктует, что тщательная спецификация критериев симптома для каждого расстройства будет достаточной для установления порога расстройства; т.е. комбинации симптомов, специфические для каждого расстройства, будут изначально дистрессовыми и повреждающими. Тем не менее, доля людей с расстройствами в общественных исследованиях была выше, чем ожидалось, что привело к озабоченности «ложно положительной» проблемой с критериями симптомов (1).

Решение пришло, когда создателям DSM-IV пришлось добавить «критерий клинической значимости» ко многим наборам критериев психических расстройств в DSM. Этот критерий указывал, что человек с психическим расстройством должен демонстрировать клинически значимый дистресс или ухудшение в социальной, профессиональной или других важных сферах повседневного функционирования. Как отметили Üstün и Kennedy, это направление не было принято авторами главы о психических расстройствах МКБ-10, которые разработали Международную Классификацию Функционирования, Нетрудоспособности и Здоровья (ICF, 2) для классификации нетрудоспособности с целью сохранить раз-

дельно симптом-синдром и связанные с ними ограничения активности.

Последующие исследования показали, что клинические, возможно значимые, спецификаторы уменьшали частоту психических расстройств в обществе по DSM и выявили людей, которые, вероятно, будут использовать службы психического здоровья, или имеющих более тяжелые симптомы (3). Тем не менее, проблем применения DSM для нетрудоспособности, в том числе критерий клинической значимости и шкалы Глобальной Оценки Функционирования (Global Assessment of Functioning, GAF), было много. Они хорошо представлены Üstün и Kennedy. Во-первых, понятие «клинически значимый дистресс или ухудшение в функционировании» не определено, и терминология не соответствует стандартам Всемирной Организации Здравоохранения. GAF не является «чистой» шкалой, поскольку смешивает тяжесть симптомов, социальное функционирование и оценку опасности. В DSM критерии симптома сами по себе смешаны с ограничениями активности, отдельно от критерия клинической значимости. Наконец, операционализация тяжести синдрома является несовершенной. Эти ограничения имеют существенные последствия для исследовательской и клинической оценки психических расстройств.

Мы в своей критике DSM-IV в значительной степени согласны с Üstün и Kennedy а также с тем, что проблемы необходимо приводить в порядок, и рабочие группы DSM-V предпринимают шаги к этому. Исследовательская группа была сформирована для решения проблем и выявления возможностей для реструктурирования

предстоящей DSM-V с целью большей согласованности с МКБ-11 и ICF. Мы движемся к стандартизации нашей терминологии, лучшему определению и операционализации понятий тяжести, нетрудоспособности, дистресса и т.д. Это может потребовать значительной переориентации клиницистов, особенно американских к другому подходу к психическим расстройствам.

Хотя ICF является официальной классификацией ВОЗ, ее использование ограничено, и она не принята в качестве официального набора кодов. В отличие от широко распространенного незнания терминологии ICF, сложность классификационной системы может оказаться пугающей. Спецификация ограничений основных сфер деятельности для лиц с психическими расстройствами, с соответствующим инструментом глобальной оценки, как предполагалось авторами, пройдет долгий путь в содействии принятия оценки нетрудоспособности в DSM.

Мы также предпринимаем шаги для отделения ограничений деятельности от описания симптомов. В соответствии с решениями, предложенными авторами, включение измерительных степеней симптомов в процесс диагностической оценки поможет отличать тяжесть симптома/синдрома от нетрудоспособности, сосредоточив внимание конкретно на показателях частоты, интенсивности и/или продолжительности симптома. Опросник Здоровья Пациентов (the Patient Health Questionnaire, PHQ-9) (4) по депрессии, например, представляет собой краткое, эмпирически проверенное производное от DSM-IV, которое продемонстрировало хорошую приемле-

мость в первичной помощи и психиатрических учреждениях для оценки диагностического порога, планирования лечения и отслеживания результатов (5). Аналогичны измерения для тревожных и соматических жалоб. Планируемое создание клинических диагностических интервью в DSM-V и составление интервью для эпидемиологических обзоров также необходимы для улучшения оценки тяжести симптомов и нетрудоспособности.

Но их осуществление зависит отчасти от степени, в которой сами критерии симптома уже отделены от элементов, лучше рассматриваемых как ограничения деятельности. В отличие от утверждения Üstün и Kennedy, это не является незначительной проблемой, ограниченной редкими расстройствами, такими, как резидуальная (остаточная) шизофрения. Критерии DSM-IV и МКБ-10 для исследований имеют много примеров ограничений активности, выступающих в качестве симптомов. В МКБ-10 расстройства личности, зависимость от психоактивных веществ, гиперкинетичес-

кие расстройства и расстройство поведения имеют существенные компоненты ограничений деятельности в критериях симптомов. В этой части неясно, могут ли критерии симптомов этих расстройств быть полностью «очищены» от компонентов ограничений активности. В идеале более специфические оценки будут нацелены на нарушения психических процессов, которые лежат в основе этих ограничений деятельности. Развитие и внедрение таких оценок в значительной мере будет зависеть от состояния существующей науки и технологии, а также практических ограничений при внедрении в обычные клинические учреждения.

Взгляды Üstün и Kennedy не являются ни радикальными, ни революционными, но разумны. Они отражают прогресс в нашей области и продолжают усилия по объединению психиатрии в США со всей медициной и со всем остальным миром. Мы рассчитываем на дальнейшее сотрудничество с ВОЗ в качестве предпри-

нимаемых следующих шагов в процессе развития.

Список литературы

1. Regier DA, Kaelber CT, Rae DS et al. Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders: implications for research and policy. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:109-15.
2. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health (ICF). Geneva: World Health Organization, 2001.
3. Narrow WE, Rae DS, Robins LN et al. Revised prevalence estimates of mental disorders in the U.S.: using a clinical significance criterion to reconcile two surveys' estimates. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:115-23.
4. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001;16:606-13.
5. Duffy FF, Chung H, Trivedi M et al. Systematic use of patient-rated depression severity monitoring: is it helpful and feasible in clinical psychiatry? *Psychiatr Serv* 2008;59:1148-54.

Отделить диагноз и нетрудоспособность

ANTHONY F. LEHMAN

Department of Psychiatry, University of Maryland School of Medicine, 701 W. Pratt Street, Baltimore, MD 21201, USA

Üstün и Kennedy утверждают, что система DSM должна быть более совместимой с системой МКБ, и особенно, что критерий «функционального ухудшения» для диагнозов DSM должен быть отменен. Они приводят убедительные аргументы и поднимают, по крайней мере, два важных вопроса. Во-первых, должны ли «функциональное ухудшение» и «нетрудоспособ-

ность» быть включены в диагностические критерии психических расстройств так же, как в DSM, но не в МКБ? Во-вторых, как мы можем сделать DSM и МКБ совместимыми по данному вопросу для того, чтобы была международная согласованность для классификации психических расстройств, как и для других медицинских расстройств? Их реферат сосредоточен на некоторых технических аспектах определения и измерения «функционального ухудшения», «нетрудоспособности» и «тяжести» и воз-

можности коррективки Глобальной оценки Функционирования (Global Assessment of Functioning, GAF) из DSM с Международной Классификацией Функционирования, Нетрудоспособности и Здоровья (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF), связанной с МКБ.

Почему мы чувствовали необходимость не отделять диагноз и функциональное ухудшение, в первую очередь, в DSM? Это отражает нашу борьбу, по крайней мере, по одну сторону Атлан-

тики, с состоянием дифференциации психического заболевания от нормальных вариаций человеческих психических процессов и поведения. Когда галлюцинации, печальное настроение или навязчивость являются патологическими? Предположительно, это возникло в DSM из-за тревоги, что без требования «клинической значимости» может быть открыта дверь к существенному ненужному использованию психиатрической помощи при субсиндромальных расстройствах, которые не достигают клинической значимости.

Конечно, важно убедиться в том, что ценные ресурсы здравоохранения используются достаточным и важным образом для состояний, действительно поражающих здоровье людей. Но решение DSM может быть хуже самой проблемы. В то время как имеется, несомненно, ненужное использование психиатрической помощи, гораздо большей проблемой является ее недостаточное использование. Более половины людей, которые соответствуют критериям психического расстройства, не получают никакой помощи (1). Включение «клинической значимости» и, более конкретно, «функционального ухудшения» в диагноз создает иллюзию большей диагностической определенности, чем это

необходимо для того, чтобы «лишить» тех, кто имеет субклинические синдромы, доступной помощи. Большинство таких лиц *de facto* устранены по личному выбору или из-за отсутствия доступа к службам.

Такой подход имеет большие проблемы. Он серьезно ограничивает нашу возможность вмешиваться профилактическим образом в отношении тех, кто испытывает ранние признаки или подвергается риску надвигающегося психического заболевания. Как указали Üstün и Kennedy, этот подход противоречит другим областям медицины. Существующая система DSM является аналогом того, что не следует вмешиваться в лечение гиперлипидемии, пограничного высокого артериального давления или пограничной гипергликемии до тех пор, пока последствия этих факторов риска станут очевидными, явными, симптоматическими или повреждающей сердечно-сосудистой или почечной болезнью.

Проблема факторов риска поднимает второй пункт. Конечной целью здравоохранения является уменьшение такой болезненности и смертности, которых можно избежать. Существует присущая кругообразность во включении

болезненности (т.е. функционального ухудшения) в качестве диагностического критерия, поскольку это означает, что некоторая болезненность всегда необходима для диагностики. Таким образом, мы больше остаемся с возможностью уменьшения существующей болезненности, чем с предупреждением ее в первую очередь. Это сродни лечению гиперлипидемии только после начала стенокардии или сердечного приступа. Это преграждает путь к профилактике и лечению продромальных состояний, а также затрудняет изучение факторов риска для развития расстройств и нетрудоспособности.

Для того чтобы продвигаться к диагностической системе, которая позволит нам изучить и вмешиваться в факторы риска и субсиндромальные состояния, нам нужно внести изменения, предложенные Üstün и Kennedy.

Список литературы

1. WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Mental Health Surveys. JAMA 2004;291:2581-90.

Прояснение взаимосвязи между симптомами и нетрудоспособностью: проблема с практическими последствиями

HARVEY WHITEFORD

University of Queensland, Brisbane, Australia

Концептуально отделение симптомов от нетрудоспособности, как

было предложено Üstün и Kennedy, не ограничивается вопросом особой атмосферы в психиатрической нозологии. Путаница, которая возникает вследствие размывания этих понятий, имеет

практические последствия. Здесь я обсуждаю два примера: один — по предоставлению услуг, второй — по здоровью населения.

В предоставлении услуг есть и продолжают существовать боль-

шие споры по лечению и помощи лицам с тяжелыми психическим заболеваниями, живущим в обществе. Мы понимаем основные элементы всеобъемлющей общественной службы (1), но неудача в их предоставлении в виде интегративной доступной модели приводит к плохим исходам у пациентов и несостоятельности службы. Потом это быстро запускает риск поощрения правительствами прямо или косвенно реинституализации пациентов (2), вероятно, в надежде, что лечение и помощь будут лучше предоставляться в учреждениях. Общественные службы психического здоровья часто предоставляются агентствами с различными практическими подходами и профессиональными языками. Во многих странах правительство и поставщики частной помощи предоставляют услуги клинического лечения, в то время как различные правительственные и не-правительственные агентства оказывают поддержку при нетрудоспособности и услуги реабилитации. Отсутствие ясности между уменьшением симптомов (возможно, цель служб лечения) и службами, призванными помочь людям преодолеть нарушения, возникающие вследствие симптомов, (вероятно, цель служб по нетрудоспособности) ведет к дисфункции службы предоставления услуг. Где есть ясность в отношении центра внимания каждого элемента службы, там может быть лучше интеграция и исходы у потребителей (3,4). По моему опыту, ключевой вопрос для профессионалов и агентств в достижении этого заключается в лучшем понимании взаимосвязи и независимости служб лечения и служб реабилитации/поддержки. Этому пониманию существенно помогло бы, если бы пояснение Üstün и Kennedy существовало и в наших классификаторах.

В отношении здоровья населения главный вызов заключается в определении приоритетов в области здравоохранения. До середины 1990-х годов приоритеты часто определялись по показателям смертности и эффективности групп защиты (5). Помимо смертности, трудно было найти объективные показатели, позволяющие сравнить масштабы различных заболеваний. Распространенность болезни не позволяла этого: как вы можете объективно определить большее или меньшее влияние одной сотни людей с диабетом, чем влияние пятидесяти человек с депрессией? Как показали Üstün и Kennedy, исследование (6) Глобального Бремена Болезни (Global Burden of Disease, GBD) оценивает его путем объединения лет жизни, потерянных из-за преждевременной смертности (Years of Life Lost, YLL), и лет нетрудоспособности, отягощенных ею (Years Lived with Disability, YLD), в годы жизни, скорректированные по нетрудоспособности (Disability-Adjusted Life Years, DALY). Оценка бремени болезни особенно влияла на установление приоритетов правительств, Всемирного Банка и ВОЗ. Психические расстройства и расстройства вследствие употребления наркотиков выиграли от этого, показывая основной вклад в бремя болезни (7).

Для определения компонента YLD в DALY необходимы такие параметры как заболеваемость, болезненность и продолжительность. После того, как мы узнаем, как долго человек живет с болезнью, необходимо определить в какой степени расстройство делает человека нетрудоспособным. В GBD это делается путем специального описания состояния здоровья, которое затем устанавливает

вес нетрудоспособности по шкале от 1 (равняется смерти) до 0 (равняется отличному здоровью). Ценность выборов, которые поддерживают вес нетрудоспособности, является предметом некоторой критики (8).

Новое исследование Глобального Бремена Болезни (GBD) (9) включает работу по пересмотру методологии, используемой для определения веса нетрудоспособности. Несмотря на то, что комментарий проблемы превращения описаний состояния здоровья в вес нетрудоспособности находится за пределами рассмотрения в данной статье, одна проблема, над которой мы работаем для преодоления в исследовании GBD, - это рассмотрение тяжести симптомов как эквивалента нетрудоспособности (8). Как указали Üstün и Kennedy, имеется положительная корреляция между тяжестью и последующей инвалидностью, но это не одно и то же. Призыв Üstün и Kennedy к большей концептуальной ясности между тяжестью симптомов и нетрудоспособностью в наших классификаторах можно только приветствовать.

Список литературы

1. Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *Br J Psychiatry* 2004;185:283-90.
2. Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A et al. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ* 2005;330: 123-6.
3. Cook JA, Lehman AF, Drake R et al. Integration of psychiatric and vocational services: a multisite randomized, controlled trial of

- supported employment. *Am J Psychiatry* 2005; 162:1948-56.
4. Kopelowicz A, Liberman RP. Integration of care: integrating treatment with rehabilitation for persons with major mental illnesses. *Psychiatr Serv* 2003;54:1491-8.
 5. Armstrong EM, Carpenter D, Hojnacki M. Whose deaths matter? Mortality, advocacy, and attention to disease in the mass media. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 2006;31:729-72.
 6. Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease. Cambridge: Harvard University Press, 1996.
 7. Prince M, Patel V, Saxena S et al. No health without mental health. *Lancet* 2007; 370:859-77.
 8. Arnesen T, Kapiriri L. Can the value choices in DALYs influence global priority setting? *Health Policy* 2004;70:137-49.
 9. Murray C, Lopez A, Black R et al. Global Burden of Disease 2005: call for collaborators. *Lancet* 2007;370:109-10.

Является ли дистресс симптомом психических расстройств, маркером ухудшения и тем, и другим или ни одним из двух?

MICHAEL R. PHILLIPS

WHO Collaborating Center for Research and Training in Suicide Prevention, Beijing Suicide Research and Prevention Center, Beijing Hui Long Guan Hospital, Beijing, China

При обсуждении преимуществ отделения оценок функционального ухудшения от диагностических критериев психических расстройств Üstün и Kennedy не рассмотрели «дистресс» - понятие без каких-либо четких определяющих границ, тем не менее, широко используемое в системе DSM и, в меньшей степени, в системе МКБ.

В большинстве случаев дистресс противопоставляется функциональному ухудшению: критерии DSM для большинства расстройств депрессивных, тревожных, личности, сна, соматоформных и некоторых других требуют присутствия или функционального ухудшения, или «клинически значимого дистресса» (в некоторых диагнозах обозначен «выраженный дистресс»), как и критерии МКБ-10 для нескольких диагнозов (например, обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР), ипохондрия, расстройства сна, личности). Если предположить, что возможно убе-

дить клиницистов и исследователей отделить функциональное нарушение от диагностических критериев — процесс, который может быть более травматичным для некоторых расстройств, чем других, последующая проблема будет состоять в том, что делать с дистрессом в предложенных интегративных диагностических схемах DSM-МКБ. Возможные варианты включают сбрасывание понятия полностью, что делает дистресс необходимым автономным симптомом для этих расстройств, или интеграцию дистресса в оценку функционального состояния.

Некоторые авторы (1,2) утверждают, что дистресс является преходящим феноменом, связанным со специфическими стрессорами, которые убывают, когда стрессор исчезает или человек приспосабливается к нему. Тем не менее, если переживание дистресса намного превышает то, что культурально приемлемо, или существует после завершения первичного (или вторичного) стрессора, то он считается частью патологического психологического процесса и должен рассматри-

ваться как маркер (признак) психического расстройства (1). Эти авторы утверждают, что отказ от дискриминации этих двух ситуаций приводит к медикализации нормальных реакций на стресс (2,3). Тем не менее достоверное различие между «нормальным» и плохо адаптирующим дистрессом часто может быть довольно сложным, потому что требует тщательной информации о стрессорах, действующих на человека, и о «надлежащих» ответах на такие стрессоры для людей такого же возраста, пола и образовательного уровня в социокультуральном окружении этого человека.

DSM-IV пытается воздержаться от социальной каузации симптомов (с такими небольшими исключениями, как посттравматическое стрессовое расстройство и расстройство адаптации), поэтому нет критериев для определения, когда дистресс становится «клинически значимым». На практике это, как правило, зависит от оценки степени нарушения в результате дистресса, а не от его «неуместности». Основываясь на этой концептуализации дистресса, опасность

медикализации нормальных реакций, сложность различения нормального и плохо адаптирующего дистресса и возможное значительное совпадение между функциональным ухудшением и «клинически значимым дистрессом», как определено в DSM, предполагает, что немного будет потеряно, если термин «дистресс» полностью исчезнет из диагностических критериев.

Другие авторы (4) утверждают, что дистресс является основным компонентом тревоги и депрессии, которые не являются преходящими и нормальными, - это толкование, более созвучное применению дистресса в системах DSM и МКБ. Но имеются существенные различия в лечении дистресса между двумя диагностическими системами, и расхождения в использовании его между различными диагнозами внутри каждой из систем. В DSM-IV дистресс является важным показателем тяжести депрессивных расстройств (наравне с функциональным нарушением), но в МКБ-10 он не рассматривается в диагнозе депрессивных расстройств (лишь один из «недиагностических симптомов» для других депрессивных эпизодов). В критериях DSM-IV для фобий и ОКР дистресс является и маркером тяжести (наравне с ухудшением), и равным образом состоянием с тревогой как важная характеристика основных симптомов (например, повторяющиеся мысли при ОКР должны вызывать «выраженную тревогу или дистресс»); в МКБ-10 «эмоциональный дистресс» является необходимым, автономным симптомом для фобий (не соответствующим нарушению) и маркером тяжести ОКР (равное с нарушением), но не упоминается как характеристика основных симптомов ни фобий, ни ОКР. В критериях МКБ-10 для

соматоформных расстройств «постоянный дистресс» ведет к повторяющемуся поиску помощи, но это не упоминается в критериях DSM-IV. Отделение тревожного расстройства должно включать «периодический чрезмерный дистресс» (DSM-IV) или «чрезмерный периодический дистресс» (МКБ-10) в отношении разделения.

Эти примеры показывают, что обе диагностические системы используют дистресс как автономный симптом в качестве определителя других симптомов и как общую меру тяжести; но ни DSM-IV, ни МКБ-10 не предоставляют определение термина, поэтому может быть широкий ранг толкований соответствующих диагностических критериев. Частое использование различных определителей для дистресса в диагностических критериях («клинически значимый», «выраженный», «чрезмерный» и др.) предполагает, что дистресс объясняется как измерительный конструкт, который усечен для того, чтобы использовать его в качестве категориального диагностического критерия, но диагностические системы не оценивают степень дистресса и не предоставляют дальнейшего прояснения в отношении среза между имеющимся дистрессом, который является и не является диагностически важным.

Возможное устранение функционального нарушения из диагностических критериев приведет неспецифическое и непоследовательное использование дистресса в DSM-IV и МКБ-10 к более четкому фокусу, потому что наиболее распространенное действующее использование его является равной величиной тяжести наряду с функциональным ухудшением. В литературе широкий

спектр определений дистресса, но нет общего консенсуса и маловероятно, что он появится в ближайшем будущем. Таким образом, если DSM-V и МКБ-11 намерены сохранить этот термин, в глоссарий должно быть включено однозначное операциональное определение, которое четко отличает дистресс от депрессии и тревоги, и должен быть разработан метод оценки тяжести дистресса.

Если невозможно создать единое, не перекрывающееся операциональное определение дистресса, я бы рекомендовал полностью изъять дистресс из диагностических критериев и оценки функционального нарушения. Если есть возможность развивать такую дефиницию, я бы рекомендовал использование дистресса в качестве одного из измерительных компонентов оценки функционального нарушения для всех расстройств (т.е. не часть диагностических критериев) и, возможно, в качестве обязательного или факультативного симптома для некоторых конкретных диагнозов.

Список литературы

1. Mulder RT. An epidemic of depression or the medicalization of distress? *Perspect Biol Med* 2008;51:238-50.
2. Horwitz AV. Distinguishing distress from disorder as psychological outcomes of stressful social arrangements. *Health* 2007; 11:273-89.
3. Wakefield JC, Schmitz MF, First MB et al. Extending the bereavement exclusion for major depression to other losses: evidence from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:433-40.
4. Wheaton B. The twain meet: distress, disorder and the continuing conundrum of categories. *Health* 2007;11:303-19.

Включение конструкта нетрудоспособности в качестве независимой оси в диагностические системы DSM-IV и МКБ-11

JOSÉ LUIS VÁZQUEZ-BARQUERO

Department of Psychiatry, University Hospital Marques de Valdecilla, CIBERSAM, University of Cantabria, Santander 39008, Spain

В статье Üstün и Kennedy всесторонне обсуждается важность включения функционирования или нетрудоспособности в психиатрические диагностические и оценочные процессы, в также изучения различных формулировок данного понятия и его оценка в МКБ и DSM. Авторы пришли к выводу, что, несмотря на то, что ни функционирование, ни нетрудоспособность не должны быть частью порога диагностики в планируемом пересмотре обеих систем, необходим международный консенсус между МКБ и DSM в отношении понятия и его оценки.

Здесь возникает несколько ключевых вопросов. Первый заключается в том, следует ли считать понятие нетрудоспособности важным по отношению к психическому здоровью; второй – следует ли включать соответствующие показатели нетрудоспособности («функциональное ухудшение» по терминологии DSM) в МКБ и DSM в качестве независимых критериев для диагностики психических расстройств; и, наконец, имеем ли мы надежные и кросс-культуральные обоснования для оценки этого понятия.

Общепринято, что нетрудоспособность представляет собой конструкт, имеющий отношение к психическому здоровью, с важными последствиями для категори-

зации клинического течения и исхода психического расстройства (1). Более того, имеется достаточно доказательств для утверждения, что он должен приниматься во внимание при планировании вмешательств (2) и при оценке лечебного ответа и исхода (3). Таким образом, представляется, что функциональное нарушение должно быть встроено в конфигурацию соответствующих диагностических и классификационных систем психических расстройств.

Авторы описывают различия, касающиеся того, каким образом нетрудоспособность должна быть включена в системы МКБ и DSM. Для решения этих расхождений в ходе пересмотра МКБ и DSM необходимы несколько ключевых решений; должна быть создана общая, кросс-культурально обоснованная концептуальная модель нетрудоспособности; должен быть решен вопрос, следует ли конструкт нетрудоспособности интегрировать в качестве критерия для диагностики психического расстройства или в качестве величины для использования в описании соответствующих клинических вопросов; и должны быть отобраны совместимые и кросс-культурально обоснованные инструменты для оценки этого конструкта.

К счастью, новая модель нетрудоспособности, принятая в международной Классификации Функционирования, Нетрудоспособности и Здоровья (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF), доказала

свою достоверность и кросс-культуральную применимость (4). Таким образом, она готова к включению в качестве концептуальной структуры нетрудоспособности в МКБ и DSM. ICF может быть использована в качестве руководства для включения функционального нарушения в новую систему классификаторов и, соответственно, для развития соответствующих инструментов оценки.

Соглашаясь с включением модели нетрудоспособности в пересмотренные версии МКБ и DSM, надо определить, как этот конструкт может быть интегрирован в эти диагностические системы. Мы должны учитывать, что возможное включение клинического признака в диагностические критерии зависит от его свойства обогатить диагностическую концепцию расстройства и внести вклад в более точное разграничение между нормой, патологией и различными расстройствами. Следовательно, основная проблема состоит в способности признака уменьшить диагностические совпадения и достичь как лучшего дифференциального диагноза, так и более мощной прогностической дифференциации.

В случае нетрудоспособности мы видим, что она не имеет четких специфических черт для различных психиатрических расстройств. Более того, сомнительно, вряд ли функциональное нарушение чувствительно и специфично при сравнении здоровых лиц и психически больных и особенно при сравнении лиц с

различными психическими расстройствами. Есть еще одна причина отказа от включения нетрудоспособности в качестве диагностического критерия – это отсутствие точной корреляции между тяжестью психиатрических симптомов и интенсивностью функционального нарушения, и тот факт, что функциональное нарушение, часто будучи одним из первых проявлений болезни, остается и после исчезновения симптомов. Таким образом, мы согласны с мнением авторов об отказе от включения функционирования и нетрудоспособности в качестве диагностического критерия какой либо из систем.

Предложенная альтернатива довериться для оценки нетрудоспособности независимой специфической системе, такой, как ICF, имеет много операциональных ограничений. По нашему мнению конструкт нетрудоспособности должен быть включен в обе системы как независимая ось. Мы думаем, что включение дополнительной специальной оси нетрудоспособности станет центральным пунктом внимания клиницистов и организаторов. Это могло бы ускорить внедрение лечения этих нарушений, увеличить наши знания о них, помогло бы создать более совершенные инструменты оценки и углубить наше познание факторов риска и этиологии нетрудоспособности.

Еще одним критическим пунктом, поднятым Üstün и Kennedy, является необходимость внедрения в пересмотренные диагностические системы кросс-культурально обоснованной стратегии оценки. В шкале нетрудоспособности DSM отсутствует четкая концептуальная мо-

дель; ее психометрические свойства недостаточно проверены в кросс-культуральных исследованиях; она объединяет в единое измерение оценку тяжести симптомов и функционального нарушения (3,5). С другой стороны, оценочные инструменты, включенные в ICF и WHO-DAS-II (6), хотя и направлены на большинство проблем, установленных для инструментов оценки нетрудоспособности в DSM, все еще неудобны из-за отсутствия специальных инструментов для удовлетворения всех требований повседневной клинической психиатрической практики.

Таким образом, по нашему мнению пересмотренные версии DSM и МКБ должны включать новый совместимый инструмент для оценки нетрудоспособности. Он в идеале должен адекватно оценивать основные измерения конструкта в различных культурах и клинических условиях, а также должен быть предназначен для разных степеней тяжести заболеваний. Более того, он должен быть чувствительным к незначительным изменениям в поведении, которые могут вызывать значительные сдвиги в социальном функционировании.

В целом, с точки зрения перспективы функционального нарушения и нетрудоспособности, процесс пересмотра МКБ и DSM должен в идеале рассмотреть осуществимость: а) включения общей модели для определения и описания нетрудоспособности, для чего модель, принятая в ICF, кажется наиболее подходящей; б) пересмотра различных диагностических критериев для отделения компонентов нетрудоспособности

от показателей болезни и ее тяжести; в) определения оси нетрудоспособности, не зависящей от клинических симптомов и тяжести, и с соответствующими измерениями, определенными в ICF; г) принятия и при необходимости развития обоснованных и применимых к различным культурам инструментов оценки, способных оценить измерения, определенные по оси нетрудоспособности, при различных психических расстройствах, уровнях тяжести и клинических условиях.

Список литературы

1. Murray CJL, Lopez AD. Global health statistics: a compendium of incidence, prevalence and mortality estimates for over 200 conditions. Cambridge: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, 1996.
2. Marder SR. Integrating pharmacological and psychosocial treatments for schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102 (Suppl. 407):87-90.
3. Burns T, Parick D. Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies. *Acta Psychiatr Scand* 2007;116:403-18.
4. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health (ICF). Geneva: World Health Organization, 2001.
5. Gaite L, Vázquez-Barquero JL, Herran A et al. Main determinants of Global Assessment of Functioning score in schizophrenia: a European multicenter study. *Compr Psychiatry* 2005;46:440-6.
6. World Health Organization. World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS). Geneva: World Health Organization, 2000.

Функциональное ухудшение может иметь разные значения

MYRNA M. WEISSMAN

Department of Psychiatry, College of Physicians and Surgeons, Columbia University; Division of Epidemiology, New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, NY 10032, USA

Bedirhan Üstün и группа ВОЗ выполнили самое сложное исследование по оценке нетрудоспособности как интегральной части психиатрической классификации. Как они отмечают, концепция лет жизни, скорректированных по нетрудоспособности (DALYs), изменила взгляды на психиатрические расстройства. Психические заболевания в сравнении с серьезными медицинскими заболеваниями занимают высокое место в перечне DALYs вследствие того, что возникают в начале жизни и не приводят к ранней смертности, поэтому число лет, прожитых с расстройством, довольно велико и приводит к большому количеству DALYs. Высокий уровень DALYs для психиатрических расстройств, во всем мире оказал глубокое влияние на мнение о психиатрической болезни и произвел оценку функционального ухудшения и нетрудоспособности, важные в любой классификационной системе.

В этой статье группа ВОЗ предлагает унифицировать измерение и сбор данных по нетрудоспособности между DSM и Международной Классификацией Функционирования, Нетрудоспособности и Здоровья (ICF) ВОЗ. Я согласна с важностью унификации этих систем и с созданием операциональных критериев для осуществления оценки.

Авторы утверждают, что понятие функционирования является нейтральным, охватывая все снижения функций тела, активности, вовлеченности в жизненные ситуации, которые известны на телесном уровне как нарушение, на личностном уровне – как ограничение активности и на социальном уровне – как ограничение участия. Авторы отмечают сходство между МКБ и DSM в операционализации диагноза. Заметным исключением является то, что МКБ требует не клинической значимости для диагностики, а операциональных критериев нетрудоспособности по ICF в качестве отдельной области.

Глобальная Оценка Функционирования (GAF) в DSM-IV, Перечень ICF и Перечни оценки нетрудоспособности ВОЗ (DAS) включают сравнимые измерения социального функционирования, такие, как межличностные взаимодействия, совместные действия с людьми, профессиональное или школьное функционирование. Эти сферы могут быть легко проведены через все области и также через разные культуры.

Я хотела уточнить использование таких элементов, как обучение, применение знаний или коммуникация, которые отсутствуют в GAF как часть критериев функционирования и нетрудоспособности. Эти элементы связаны с образованием, доходами и IQ. Их включение в оценку нетрудоспособности может смешать функционирование и образование.

Bedirhan Üstün говорят о необходимости операционализации

ICF и я бы полностью согласилась, так как схожие области могут до сих пор по-разному трактоваться. Несколько лет назад нас попросили сравнить три шкалы функционирования в исследовании первичной помощи (1). Все три (the Medical Outcome Study, 36-item Short Form Health Survey, SF-36; the Social Adjustment Self-Report, SAS-SR; and the Social Adaptation Self Evaluation Scale, SDSS) измеряют рабочее функционирование и при применении к пациентам первичной помощи позволяют различать психически больных и здоровых людей. Тем не менее, корреляции между шкалами были умеренными, даже в сферах, которые охватывали схожие области. Сравнение вопросов, включенных в шкалы, показало, насколько различны подходы в оценке работы. SAS-SR оценивает реальное количество потерянных дней, эффективное поведение и межличностные отношения на работе, в то время как SDSS подчеркивает интерес и мотивацию, а SF-36 запрашивает о проблемах на работе. Хотя каждая из этих шкал охватывает области оценки работы, подходы к рабочему функционированию довольно разные. Мы рекомендовали, чтобы исследователи, выбирая инструмент оценки функционального статуса, тщательно рассматривали содержание каждой шкалы, и в случае широкого диапазона оценки использовали не одну.

В заключение отмечу что я полностью согласна с рекомендациями Bedirhan Üstün и группы ВОЗ по оценке функционального

ухудшения отдельно от симптомов. Будет полезно иметь такую оценку, схожую в разных диагностических системах. Значительное внимание

следует уделить сопоставимости вопросов в каждой области.

Список литературы

1. Weissman MM, Olfson M, Geleroff MJ et al. A comparison of three scales for assessing social functioning in primary care. *Am J Psychiatry* 2001;158:460-6.

Факторы, влияющие на функциональное нарушение и исход заболевания

FRANK NJENGA

Upper Hill Medical Center, Nairobi, Kenya

Статья Üstün и Kennedy поднимает вопросы, о которых часто задумывается практический психиатр.

Есть много случаев, при которых легкие расстройства ведут к тяжелой нетрудоспособности, в то время как тяжелые расстройства, как кажется, не вызывают ее. Обычное явление в клинической практике, когда у пациента с расстройством, похожим на шизофрению, не так тяжело постепенно ухудшаются его способности вести свои дела, без какого-либо заметного ухудшения клинических симптомов. В этом случае существенно отсутствие связи между тяжестью расстройства и сопутствующей социальной и функциональной нетрудоспособностью.

В поисках достижения большего понимания этих двух понятий быстро вступают в игру другие осложняющие, но важные факторы. Культуральное и социальное окружение предоставляет пример того, как легкое состояние с тяжелыми поражающими последствиями в одной окружающей обстановке может иметь минимальные поражающие последствия в другой. В типичных сельских, с кочевым образом жизни, полужасушливых пастбищных обществах Восточной Африки су-

ществует мощная система социальной поддержки, которая позволяет людям с умеренными и тяжелыми заболеваниями существовать внутри сообщества без особо очевидной нетрудоспособности (1). В отличие от этого психическое расстройство такой же тяжести будет иметь разрушительные последствия и проявляться как тяжелая нетрудоспособность в городских пригородных трущобах крупных африканских городов, где нет систем социальной поддержки и где городская нищета, преступность и плохая инфраструктура способствуют тому, что выживает только сильнейший. Африканская городская жизнь может, таким образом, сделать нетрудоспособность более очевидной в таких случаях.

Лечение или отсутствие такового имеет схожий, но не равноценный эффект. Тяжелое, но леченное психическое заболевание может закончиться с минимальной нетрудоспособностью, в то время как легкое, но нелеченное расстройство может иметь противоположный эффект. Доступ к имеющейся медицинской помощи является сложным вопросом, и это не просто наличие службы. Есть стигма, образование и удаленность от услуг, но и некоторые из многих факторов, которые вступают в игру (2).

Во многих культурах психическое заболевание остается предметом большой стигмы и стыда (3). В тех местах, где пациенты с легкими расстройствами скрываются от взглядов, чтобы избежать стыда от состояния, нетрудоспособность, как кажется, не пропорциональна тяжести расстройства.

Другой фактор, который часто придает легкому расстройству черты значительной нетрудоспособности, - это отсутствие помощи или лечения. Лица без социальной или семейной поддержки дрейфуют к периферии общества, не обязательно являясь тяжело больными, но становятся нетрудоспособными в том смысле, что не могут справиться с требованиями семейной жизни.

Расстройство (синдром) дефицита внимания/гиперактивности (СДВГ) - широко распространенное психическое расстройство (4), в клинической практике демонстрирующее большой контраст между тяжестью расстройства и масштабом нетрудоспособности. Задержка является самым частым симптомом СДВГ. В некоторых случаях это имеет большое значение, так как влияет на ролевое поведение, в том числе у молодых людей, достижения в образовании, профессиональную квалификацию и вовлеченность в отношения, которые могут привести к

брачным союзам. Такие лица кажутся внешне благополучными, но в период взрослой жизни становятся тяжело нетрудоспособными и неспособными к независимой жизни, нуждаются в помощи и защите.

В процессе концептуализации нетрудоспособности в связи с клинической тяжестью встречаются случаи, когда тяжелое психическое расстройство не приводит (как в выше приведенном случае) к значительному функциональному ухудшению. Патологическая ревность (5) – явный пример тяжелого расстройства, но в некоторых случаях с ненарушенной социальной и профессиональной функцией. Страдающий полностью несостоятелен в одной сфере (брак), но функции в других сферах, таких, как работа, полностью удовлетворительны. Клиницисты описывают случаи, когда человек будет создавать тщательную шпионскую сеть, чтобы поймать обманывающую жену, тратить много денег и энергии, на это, в бредовой убежденности в ее неверности. Многие такие мужчины, по крайней мере, на ранних стадиях расстройства, не демонстрируют других форм функционального ухудшения, несмотря на наличие расстройства большой клинической значимости, которое, если его не лечить, может привести к потере или убийству супруги(а).

Нервная анорексия остается очень спорным вопросом в Африке (6). Имеющиеся доказательства, как кажется, указывают на то, что она является редким расстройством среди коренного населения Африки. Для раскрытия этого наблюдения были выдвинуты генетические, экологические и культуральные объяснения (7). Ситуация в Европе и Америке противоположная, с большой нетрудоспособнос-

тью, наблюдающейся у миллионов молодых женщин, которые с точки зрения африканцев «просто отказываются есть пищу». С этой точки зрения начинают понимать, как ухудшающее состояние на одном континенте может иметь небольшое или вовсе не иметь никакого значения на другом.

Операциональное определение нетрудоспособности и отделение ее от процесса болезни сталкивается с другими проблемами. В 21- веке миллионы людей работают и живут не в тех странах, где родились. Некоторые мигрируют по политическим, экономическим и причинам безопасности. Сомалийцы – хороший пример людей, не имеющих дома в обычном смысле, которые теперь разбросаны по всему миру -Восточной Африке, Европе и Америке.

Требования, возлагаемые на таких иммигрантов, в виде нового языка, технологий, климатических условий и просто факта быть «иностранцем» порождают психиатрические проблемы у лиц с легкими и даже тяжелыми психическими заболеваниями. Быть новым иммигрантом само по себе создает дополнительную нагрузку на человека, приводя к тому, что то, что было бы легкой нетрудоспособностью дома, становится тяжелой нетрудоспособностью в принимающем доме. При объединении данных по нетрудоспособности среди сообщества иммигрантов необходимо помнить об этой реальности.

Клиницисты сталкиваются с тяжело функционально пораженными людьми, которые в своих родных странах работали как профессионалы в юриспруденции, медицине, инженерии и других

областях. В этих случаях тяжелая нетрудоспособность является функцией как болезненного процесса, так и всех факторов, которые создали статус беженца.

Любые будущие системы классификации могут пытаться решить все эти вопросы и четко заявить ограничения, представленные множеством переменных, задействованных в любой клинической или исследовательской ситуации.

Список литературы

1. Kebede D, Alem A, Shibire T et al. Symptomatic and functional outcome of bipolar disorder in Butajira, Ethiopia. *J Affect Disord* 2006;90:239-49.
2. Wang PS, Angermeyer M, Borges G et al. Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 2007;6:168-76.
3. Thornicroft G, Brohan E, Rose D et al. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet* 2009;373:353-432.
4. Fayyad J. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry* 2007;190: 402-9.
5. Shepherd M. Morbid jealousy: some clinical and social aspects of a psychiatric symptom. *J Ment Sci* 1961;107:688-704.
6. Njenga FG, Kang'ethe RK. Anorexia nervosa in Kenya. *East Afr Med J* 2004;81:18893.
7. Njenga F. The concept of mental disorder: an African perspective. *World Psychiatry* 2007;6:166-7.

Распространённость и корреляты расстройств DSM-IV в Иракском обзоре психического здоровья (ИОПЗ)

SALIH ALHASNAWI¹, SABAH SADIK¹, MOHAMMAD RASHEED¹, ALI BABAN², MAHDI M. AL-ALAK², ABDULRAHMAN YONIS OTHMAN³, YONIS OTHMAN³, NEZAR ISMET³, OSMAN SHAWANI⁴, SRINIVASA MURTHY⁵, MONAF ALJADIRY⁵, SOMNATH CHATTERJI⁶, NAEEMA AL-GASSEER⁵, EMMANUEL STREEL⁵, NIRMALA NAIDOO⁶, MOHAMED MAHMOUD ALI⁵, MICHAEL J. GRUBER⁷, MARIA PETUKHOVA⁷, NANCY A. SAMPSON⁷, RONALD C. KESSLER⁷, ОТ ИМЕНИ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ГРУППЫ ИРАКСКОГО ОБЗОРА ПО ПСИХИЧЕСКОМУ ЗДОРОВЬЮ

¹Iraq Ministry of Health; ²Iraq Ministry of Planning and Developmental Cooperation; ³Kurdistan Region Ministry of Health; ⁴Kurdistan Region Ministry of Planning and Developmental Cooperation; ⁵World Health Organization, Iraq Office, Amman, Jordan; ⁶World Health Organization, Geneva, Switzerland; ⁷Department of Health Care Policy, Harvard Medical School, 180 Longwood Avenue, Boston, MA 02115, United States

Представлены данные Иракского обзора психического здоровья (ИОПЗ), национального обзора населения Ирака в 2007-2008 гг., по распространённости и коррелятам тревожных расстройств, расстройств поведения и расстройств, связанных с биологически активными веществами (БАВ). ИОПЗ проводился Министерством здравоохранения Ирака в сотрудничестве с Министерством планирования Ирака и инициативой ВОЗ по обзору всемирного психического здоровья (ВПЗ). Интервью проводились в случайной выборке резидентов из иракских семей (домохозяйств) подготовленными непрофессиональными интервьюерами. Для оценки расстройств DSM-IV использовалось диагностическое интервью ВОЗ WHO Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Показатель ответов составил 95,2%. Оценочная распространённость в течение жизни всех расстройств составила 18,8%. Анализ когорт документировал значительный рост распространённости в течение жизни большинства расстройств в последовательных поколениях. Это было наиболее выражено для панических и посттравматических стрессовых расстройств, с распространённостью в течение жизни к настоящему моменту в наиболее молодой когорте (18-43 года), превышающей этот показатель в сравнимом возрасте в наиболее старшей (65 лет и выше) в 5,4-5,3 раза. Наиболее обычным типом расстройств были тревожные расстройства (13,8%), а наиболее обычным расстройством – большое депрессивное расстройство (7,2%). Распространённость всех расстройств за последние 12 месяцев составила 13,6%, в том числе 42,1% случаев, квалифицированных как лёгкие, 36,0% - средней тяжести и 21,9% - серьёзные. Чаще всего как серьёзные квалифицировались биполярное расстройство (76,9%) и расстройство, связанные с БАВ (54,9%). Социодемографические корреляты в целом согласовались с международными эпидемиологическими обзорами, за двумя исключениями: отсутствие достоверных гендерных различий при расстройствах настроения и положительная корреляция между тревожными расстройствами и расстройствами настроения и образованием. Только 2,2% респондентов ИОПЗ сообщили о том, что получали лечение в связи с эмоциональными проблемами в течение 12 месяцев до интервью, включая 23,7% респондентов с серьёзными случаями, 9,2% - со случаями средней тяжести, 5,3% - с лёгкими случаями и 0,9% других респондентов. Большая часть медицинской помощи, которая была приблизительно в равной степени распределена по общемедицинскому и специализированному секторам, имела низкий уровень интенсивности. Для информированных правительственных усилий с целью повышения эффективности выявления и лечения психических расстройств необходим дальнейший анализ препятствий при обращении за лечением.

Ключевые слова: Психическое заболевание, эпидемиология, Ирак, всемирные обзоры психического здоровья

Существует обширная литература по психическим последствиям базирования в Ираке вооружённых сил США и Великобритании для военнослужащих (1,2) и их семей (3,4). Однако практически ничего не известно о психическом здоровье насе-

ления Ирака, за исключением некоторых научно документированных высоких показателей психопатологии у иракских детей (5) и беженцев (6). Имеются серьёзные причины считать, что психические расстройства обычны среди населения Ирака. Во-первых, по край-

ней мере, в течение трёх десятилетий до вторжения в марте 2003 г. в Ираке были обычны пытки, и обзоры полагают, что до 50 % семей в некоторых районах имели родственника, подвергавшегося пыткам (7). Эпидемиологические исследования ясно продемонстрировали, что у жертв пыток высока доля психических заболеваний (8). Во-вторых, с момента вторжения в марте 2003 г. коэффициенты смертности в Ираке значительно возросли, хотя оценки величины этого роста варьируют в широких пределах (9-11). Эпидемиологические исследования чётко демонстрируют, что ситуации массового насилия и смерти связаны с высоким процентом психической патологии (12). В-третьих, по оценкам организации Refugees International более 1,5 млн. из приблизительно 25 млн. граждан Ирака до вторжения из-за войны в настоящий момент являются внутренне перемещёнными лицами, а ещё 2,5 млн. живут как беженцы в соседних странах (13). Эпидемиологические свидетельства ясно говорят о том, что данный тип массового перемещения связан с высокой долей психических заболеваний (14). В-четвёртых, многие иракцы продолжают жить в атмосфере страха насилия и связанного с этим нарушения повседневной деятельности, что может неблагоприятно влиять на их психическое здоровье.

Пытаясь получить базовые описательные данные по распространённости и коррелятам психических расстройств у постоянного населения Ирака в целях планирования лечебных мероприятий, Министерство здравоохранения Ирака в сотрудничестве с Министерством планирования Ирака и ВОЗ выполнило Национальный обзор по оценке нужд психического здоровья вместе с Иракским обзором семейного здоровья (9). Этот Иракский обзор психического здоровья (ИОПЗ) был проведен как часть Инициативы ВОЗ по обзору всемирного психического здоровья (ВПЗ), серии национальных обзоров по оценке нужд психического здоровья в 28 странах, которые применяли соответствующие параметры измерений и полевые процедуры для того, чтобы собрать валидные данные, сравнимые друг с другом по странам (15). Настоящий доклад представляет первые результаты ИОПЗ.

МЕТОДЫ

Выборка

ИОПЗ является национальным репрезентативным обзором 4332 взрослых (18 лет и старше), одно-

временно включённых в Иракский обзор семейного здоровья (ИОСЗ). Оба обзора были выполнены в 2006-2007 гг. под руководством Министерства здравоохранения Ирака, Центральной организации по статистике и информационной технологии Ирака (ЦОСИТ), Министерства здравоохранения области Курдистан (МЗК) и Курдистанского регионального статистического управления (КРСУ). Как ИОСЗ, так и ИОПЗ проводились в личном контакте в национально репрезентативной выборке постоянного иракского населения. ИОПЗ проводился в центральных и южных губернаторствах в августе-сентябре 2006 г., в Анбаре в октябре-ноябре 2006г. и в области Курдистан в феврале-марте 2007г. Процент ответов на ИОПЗ составил 95,2%.

Выборка для ИОПЗ являлась подразделом блоковых сегментов выборки, используемых в ИОСЗ. Ирак был разделён на 56 различных страт в целях отбора этой исходной выборки. Страты состояли из (по 3 в каждом) 17 губернаторств вне Багдада (столичная, представляющая столицу губернаторства; другие городские поселения вне столицы; сельские районы) и 5 в Багдаде (три части города, представляющие Садрсити, район Русафа и район Аль-Карх; все другие городские районы; все сельские районы вне города в столичном округе). Каждая страта была разделена на блоковые сегменты выборки, объединённые в пары для селекции выборки. В каждой из 56 страт популяции были отобраны 18 таких сегментов (9 пар), возможно пропорциональные по размеру. Затем в каждом сегменте были случайным образом выбраны по 5 семей, и из каждой семьи с использованием таблиц Киша был выбран для интервью 1 взрослый человек (18 лет и старше). В страте Аль-Карх в Багдаде и губернаторствах Анбар и Нинева некоторые сегменты были заменены из-за проблем безопасности. Эти заменённые сегменты были переформированы по причине большой вероятности низкого процента ответов.

Поскольку рамки выборки основывались на административных данных, перед выбором семьи в каждом сегменте были созданы новые списки домохозяйств. На основе этих новых списков и данных оценки расхождений между ожидаемым и наличным количеством домохозяйств были модифицированы измерения размеров сегмента. Дополнительно была взвешена дифференциальная вероятность отбора внутри домохозяйства как функция количества взрослых в семье/домохозяйстве. Наконец, данные были взвешены после стратификации в целях соответствия общего распределения выборки по возрасту, полу и расселению этим параметрам распределения всего населения.

Диагностическая оценка

Как было отмечено выше, ИОПЗ был проведен как часть Инициативы по обзору ВПЗ (16). Диагнозы в ИОПЗ, как и во всех других обзорах ВПЗ (17), базировались на Версии 3.0 диагностического интервью ВОЗ WHO Composite International Diagnostic Interview (CIDI) (16), полностью структурированного непрофессионального интервью, генерирующего диагноз в соответствии с определениями и критериями как диагностической системы МКБ-10, так и диагностической системы DSM-IV. В данном случае применялись критерии DSM-IV. Оцениваемые расстройства включали расстройства настроения (большое депрессивное расстройство - БДР), дистимическое расстройство, биполярные расстройства I и II, подпороговое биполярное расстройство), тревожные расстройства (паническое расстройство, агорафобия без панического расстройства в анамнезе, генерализованное тревожное расстройство (ГТР), специфическая фобия, социальная фобия, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), обсессивно-компульсивное расстройство - ОКР), расстройства поведения (перемежающееся эксплозивное расстройство, расстройство дефицита внимания гиперактивности) и расстройства, связанные с биологически активными веществами - БАВ) (злоупотребление алкоголем, алкогольная зависимость со злоупотреблением, злоупотребление наркотиками, наркотическая зависимость со злоупотреблением). При постановке всех диагнозов использовались правила диагностической иерархии и исключение органической природы.

Как подробно изложено в (18), слепые клинические интервью повторной оценки с вероятной подвыборкой респондентов CIDI в ряде других обзоров ВПЗ обнаружили в целом хорошую согласованность между диагнозом на основе CIDI и диагнозом на основе Структурированного клинического интервью для DSM-IV (SCID) (19). Логистические трудности сделали невозможным проведение в ИОПЗ исследования по клинической повторной оценке.

CIDI оценивает расстройства в течение жизни и таким образом получает ретроспективную информацию о возрасте к началу болезни (ВНБ) и заболевании в последнее время. В данном докладе мы сосредоточились на распространенности в течение жизни и в последние 12 месяцев. Основываясь на доказательствах того, что ретроспективные сообщения о ВНБ часто ошибочны (20), для повышения точности сообщений о была применена специальная

последовательность вопросов. Эта серия начиналась с вопроса, разработанного для подчёркивания важности точного ответа: «Помните ли Вы точный возраст, когда у Вас в самый первый раз (выделение в оригинале) (появился симптом/синдром)?». Для респондентов, ответивших «нет», устанавливалась «полоса неясности» путём вопросов, постепенно отодвигавших их возраст назад (например, «Это было до того, как Вы пошли в школу?», «Это было до 13 лет?» и т.д.). Начало болезни отмечалось как верхняя граница «полосы неясности» (например, возраст 12 лет для респондентов, сообщивших, что болезнь началась до вхождения в подростковый возраст). Экспериментальные исследования показали, что такая последовательность вопросов даёт более правдоподобные ответы, чем стандартный вопрос о ВНБ (21).

Случаи за 12 месяцев классифицировались с точки зрения 3-категорийной схемы серьёзных, средней тяжести и лёгких на основании дополнительной информации, собранной при интервью. Случаи квалифицировались как серьёзные, если они отвечали одному из следующих критериев: суицидальная попытка с серьёзным намерением в течение 12 месяцев; значительные ограничения в работе из-за психического или связанного с БАВ расстройства; биполярное расстройство I; зависимость от БАВ с синдромом физиологической зависимости; расстройство поведения, связанное с повторным значительным насилием; любое расстройство, которое привело к 30 и более дням отхода от обычной активности в течение года, предшествовавшего интервью.

Случаи, не отнесенные к серьёзным, квалифицировались как средней тяжести, если отвечали одному из следующих критериев: суицидальные жесты, планы или идеация в течение последнего года; зависимость от БАВ без серьёзного нарушения обычной активности в течение года; по меньшей мере, умеренное ограничение в работе из-за психических или связанных с БАВ расстройств; или расстройство в течение года с, по меньшей мере, умеренным нарушением обычной активности по двум или более доменам шкалы Sheehan Disability Scales (SDS, 22). SDS оценивала инвалидность по выполнению функций на работе, домашней работе, социальной жизни и интимным отношениям по визуальной аналоговой шкале 0-10 со словесным описанием, а балльные оценки составляли «отсутствует» (0), «лёгкая» (1-3), «умеренная» (4-6), «тяжёлая» (7-9) и «крайне тяжёлая» (10).

Все другие случаи за 12 месяцев классифицировались как лёгкие. Для оценки значимости этих показателей тяжести мы сравнивали количество дней за

последние 12 месяцев, когда респонденты были совершенно не в состоянии вести нормальную повседневную деятельность из-за психических или связанных с БАВ проблем. Среднее ($\pm$ стандартная ошибка) этих показателей было достоверно выше ($F_{2,4,329}=77,2$; $p<0,001$) у респондентов, отнесенных к серьезным случаям ($55,9\pm14,6$), чем у отнесенных к случаям средней тяжести ($9,3\pm1,7$) или лёгким ($7,0\pm3,1$).

Лечение

Всех респондентов ИОПЗ спрашивали о том, получали ли они когда-либо лечение по поводу «проблем с Вашими эмоциями или нервами или употреблением алкоголя или наркотиков». Отдельные оценки выполнялись для различных типов специалистов. Затем предлагались вопросы наблюдения относительно возраста при первом и последнем контакте с теми, кто предоставлял лечение, а также относительно количества и длительности визитов к каждому из них за последние 12 месяцев. Респондентов также спрашивали о конкретных препаратах, получаемых в течение последнего года для лечения проблем с эмоциями, нервами или употреблением алкоголя или наркотиков (название препарата, суточная доза и продолжительность лечения). Для целей данного доклада лечение классифицировалось по следующим категориям: специалист по психическому здоровью (психиатр, психолог и другие специалисты по психическому здоровью), специалист по общей медицине (врач первичной помощи, другой врач общей практики, медсестра и любые другие специалисты не из области психиатрии), гуманитарные службы (религиозный или духовный советчик, социальный работник или консультант любой организации, не относящейся к специализированным службам психического здоровья). Поскольку все вмешательства гуманитарных служб предоставлялись духовными советчиками, при изложении результатов мы будем пользоваться скорее термином духовный советчик, чем гуманитарные службы. Мы также спрашивали о дополнительно-альтернативных лицах, проводивших лечение (например, спиритистах или местных знахарях), но никто из респондентов ИОПЗ не сообщил о получении такого лечения. Специализированное психиатрическое лечение было объединено с общемедицинским в более широкую категорию оказания медицинской помощи.

На основе доступных доказательных рекомендаций (23-25) лечение классифицировалось как адекватное, если пациент получал либо фармакотерапию (месяц и более приёма препарата плюс, по крайней мере, 4 визита к специалисту любого типа), либо психотерапию (по меньшей мере 8 визитов к любому медицинскому специалисту или специалисту гуманитарной службы). Решение о необходимости по крайней мере 4 визитов при фармакотерапии базировалось на опубликованных рекомендациях по лечению (23-28). Требование не менее 8 сессий для минимально адекватной психотерапии основывалось на том факте, что демонстрирующие эффективность клинические испытания включали в общем, по меньшей мере, 8 психотерапевтических визитов (23-28). Базируясь на том факте, что у респондентов, начавших лечение незадолго до интервью, могло не хватить времени для удовлетворения этих требований и на факте разработки для определённых расстройств очень краткосрочного лечения (30, 31), мы создали более широкое определение лечения наблюдения, состоящее из, по крайней мере, двух посещений соответствующего лечебного сектора (один визит для предварительной оценки / диагноза и не менее мере одного визита для лечения).

Социодемографические корреляты

Рассматриваемые здесь социодемографические корреляты расстройств в течение жизни включают возраст на момент интервью (18-34, 35-49, 50-64, 65 лет и более), пол и образование. В образовании были выделены категории низкого (0 лет обучения), низкого-среднего (некоторое образование, но среднее образование отсутствует; 1-6 лет), высоко-среднего (по крайней мере, частично среднее, но отсутствует последующее образование; 7-12 лет) и высокого (хотя бы какое-то образование после школы; 13 и более лет). Эти социодемографические параметры использовались как предикторы начала заболевания в течение жизни, т.е. каждый параметр кодировался как каждый год жизни отдельного респондента. Для образования это делалось исходя из предположения, что каждый респондент с каким-либо образованием шёл в школу в возрасте 5 лет и продолжал своё образование до конца без перерыва.

Для изучения расстройств за последние 12 месяцев применялся более широкий набор социодемографических параметров. В дополнение к указанным выше он включал состояние в браке (состоящие в браке в данный момент, ранее состоявшие в браке, никогда не

состоявшие в браке) и семейный доход, разделённый на 4 категории. Низкий доход определялся как отношение доходов к числу членов семьи (Д/С) - меньше половины среднего значения в общей выборке. Низко-средний доход определялся как любой доход выше низкого и до 1,5-кратного по отношению к среднему Д/С. Высоко-средний доход определялся как любой доход от низко-среднего до 3,0-кратного по отношению к среднему Д/С. Высокий доход определялся как любой доход, превышающий высоко-средний.

Процедуры анализа

Как указано выше, данные были взвешены для коррекции по дифференциальным вероятностям селекции и по остаточным различиям между выборкой и населением Ирака по кросс-классификации возраста, пола и географического места проживания респондентов. Эти взвешенные данные использовались для оценки распространённости в течение жизни и за последние 12 месяцев. Затем был использован анализ жизни для оценки общей вероятности расстройства на протяжении жизни. Был применён актуарный метод (32), внедрённый в SAS V8.2 (33), а не более обычный метод генерации жизненных кривых Каплана-Мейера (34), поскольку первый превосходит последний при оценке дебютов в течение года.

Для исследования социодемографических предикторов расстройств в течение жизни использовался дискретный анализ жизни (35) с человеко-годом в качестве единицы анализа. Жизненные коэффициенты и их стандартные ошибки были экспоненцированы и приведены как коэффициенты различий (КР) с 95%-ным доверительным интервалом. Возраст на момент интервью являлся одним из предикторов. Значимое влияние возраста может быть объяснено как эффект когорты, т.е. изменения распространённости расстройства в данном возрасте в следующих друг за другом поколениях. Для изучения социодемографических коррелятов расстройств и лечения за последние 12 месяцев был использован логистический регрессионный анализ (36).

При всех видах анализа применялись разработанные методы коррекции для географической кластеризации и взвешивания данных. Стандартные ошибки оценивались методом серийной линеаризации Тейлора, применённый в SUDAAN (37). Мультивариантная значимость оценивалась с помощью χ^2 тестов Вальда на основе разработанных коэффициентов

вариантных-ковариантных матриц, статистическая значимость - с использованием двухсторонних разработанных тестов и 0,05-го уровня значимости.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Распространённость психических расстройств DSM-IV в течение жизни

Согласно оценке, распространённость в течение жизни любого расстройства DSM-IV/CIDI составляет 18,8%. Наиболее распространённым классом расстройств являются тревожные (13,8%), затем расстройства настроения (7,5%), расстройства поведения (1,8%) и расстройства, связанные с БАВ (0,9%). Отдельными наиболее распространёнными в течение жизни расстройствами являются большое депрессивное расстройство (7,2%), ОКР (4,6%), специфическая фобия (4,2%) и ГТР (3,7%) (табл. 1).

Для ряда тревожных расстройств и расстройств настроения оценки распространённости значительно варьируют с возрастом, но это не относится к расстройствам поведения или расстройствам, связанным с БАВ. Оценки распространённости в целом с возрастом монотонно увеличиваются для ГТР, ПТРС и БДР, и монотонно снижаются для специфической фобии. Достоверные возрастные различия для ОКР обусловлены значительно более низкой распространённостью в возрастной группе 65 лет и старше (1,7%) по сравнению с более молодыми группами (3,7-5,2%), а не монотонным снижением с возрастом.

Распределение возраста к началу болезни

Распределение оценок кумулятивного риска в течение жизни по фиксированным процентным уровням для каждого расстройства продемонстрировало, что средний ВНБ (т.е. 50%-ный уровень по распределению) является наиболее ранним для расстройств поведения (17 лет), наиболее поздним – для расстройств настроения (46 лет) и промежуточным – для тревожных расстройств (25 лет) (табл. 2). Для расстройств, связанных с БАВ, распределение ВНБ нельзя было оценить в связи с низкой распространённостью. Среди тревожных расстройств средний ВНБ является наиболее ранним для фобий (7-14 лет) и ПТСР (16 лет), наиболее поздним – для ГТР и ОКР (51-54 года) и промежуточным – для панических расстройств (35 лет).

Таблица 1. Распространённость в течение жизни расстройств DSM-IV / CIDI в общей выборке и 4-х возрастных группах

	Всего		Возрастная группа								χ^2_3
			18-34		35-49		50-64		65+		
	%	SE	%	SE	%	SE	%	SE	%	SE	
Тревожные расстройства											
Паническое расстройство	1.4	0.3	1.3	0.4	2.1	0.5	0.6	0.3	1.2	0.7	8.8*
Генерализованное тревожное расстройство	3.7	0.5	2.8	0.4	4.2	0.9	4.2	1.2	8.2	2.7	9.8*
Социальная фобия	0.8	0.2	0.9	0.3	1.0	0.5	0.3	0.2	0.4	0.4	3.6
Специфическая фобия	4.2	0.4	4.9	0.7	3.9	0.8	3.6	1.2	1.2	0.6	13.5*
Агорафобия	0.8	0.2	1.1	0.4	0.4	0.2	0.4	0.2	0.6	0.6	3.7
Посттравматическое стрессовое расстройство	2.5	0.2	1.6	0.4	2.9	0.5	3.7	0.8	4.9	1.9	11.8*
Обсессивно-компульсивное расстройство	4.6	0.5	5.1	0.7	3.7	0.6	5.2	1.0	1.7	0.8	11.5*
Любое тревожное расстройство	13.8	0.8	13.8	1.1	13.2	1.1	14.7	1.8	14.6	2.2	0.7
Расстройства настроения											
Большое депрессивное расстройство	7.2	0.6	4.9	0.6	7.9	1.0	11.7	2.1	13.0	2.1	27.4*
Дистимическое расстройство	0.2	0.1	0.2	0.1	0.1	0.0	0.6	0.6	0.0	0.0	8.3
Биполярное расстройство	0.2	0.1	0.1	0.0	0.5	0.4	0.4	0.2	0.0	0.0	7.1
Любое расстройство настроения	7.5	0.6	5.0	0.7	8.5	1.0	12.1	2.1	13.0	2.1	27.9*
Расстройства поведения											
Расстройство дефицита внимания/гиперактивности	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0	5.7
Перебегающее взрывное расстройство	1.7	0.2	1.5	0.3	2.9	0.8	1.4	0.7	0.7	0.7	5.8
Любое расстройство поведения	1.8	0.2	1.5	0.3	3.0	0.8	1.4	0.7	0.7	0.7	6.4
Расстройства, связанные с БАВ											
Злоупотребление алкоголем	0.7	0.2	0.7	0.3	0.9	0.5	0.7	0.4	0.3	0.3	1.1
Алкогольная зависимость	0.2	0.1	0.3	0.2	0.1	0.1	0.2	0.2	0.0	0.0	4.4
Злоупотребление наркотиками	0.2	0.1	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0	3.7
Наркотическая зависимость	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0
Любое расстройство, связанное с БАВ	0.9	0.3	0.9	0.3	0.9	0.5	0.8	0.4	0.3	0.3	1.9
Все расстройства											
Любое расстройство	18.8	0.9	17.6	1.2	18.9	1.4	22.5	2.5	20.3	2.2	5.4
Два или более расстройств	6.3	0.7	5.5	0.8	7.3	0.9	6.7	1.4	8.6	2.2	4.2
Три или более расстройств	2.3	0.3	1.6	0.4	3.2	0.5	3.5	1.0	2.3	0.9	8.9*
N	4.332		2.148		1.332		589		263		

* Достоверная связь между возрастом и распространённостью при уровне 0,05, двухсторонний тест

Распределение возраста к началу болезни

Распределение оценок кумулятивного риска в течение жизни по фиксированным процентным уровням для каждого расстройства продемонстрировало, что средний ВНБ (т.е. 50%-ный уровень по распределению) является наиболее ранним для расстройств поведения (17 лет), наиболее поздним – для расстройств настроения (46 лет) и промежуточным – для тревожных расстройств (25 лет) (табл. 2). Для расстройств, связанных с БАВ, распределение ВНБ нельзя было оценить в связи низкой распространённостью. Среди тревожных расстройств средний ВНБ является наиболее ранним для фобий (7-14 лет) и ПТСР (16 лет), наиболее поздним – для ГТР и ОКР (51-54 года) и промежуточным – для панических расстройств (35 лет).

Распределение ВНБ для отдельных расстройств отличалось не только по средним величинам, но и по диапазону. Эти различия полезно изучать, сосредоточив внимание на межквартильном диапазоне (МКД; количество лет между уровнями в 25 и 75% распределения ВНБ) для каждого расстройства. Для фобий МКД чётко составляет 5-8 лет. Это означает, что у большинства людей с фобиями они впервые начинаются в очень узком возрастном диапазоне в детстве или в подростковом периоде. МКД для ПТСР также достаточно узок (12 лет), т.е. у большинства иракцев, страдающих ПТСР, оно развилось между ранним подростковым периодом и возрастом около 25 лет (13-25). МКД для перемежающегося взрывного расстройства шире и составляет 17 лет (14-31). МКД для других расстройств по сравнению с этим достаточно широки - между 26 и 34 годами.

Таблица 2. Возраст избранных процентных уровней по стандартизированному распределению ВНБ расстройств DSM-IV/ CIDI с прогностическим риском в течение жизни к возрасту 75 лет

	Процентные уровни ВНБ								Прогностический риск к возрасту 75 лет	
	5	10	25	50	75	90	95	99	%	SE
Тревожные расстройства										
Паническое расстройство	11	13	18	35	44	50	55	55	2.3	0.5
Генерализованное тревожное расстройство	14	18	28	51	59	70	70	74	11.5	2.9
Социальная фобия	7	9	13	14	18	23	36	36	0.8	0.2
Специфическая фобия	5	5	5	7	13	15	18	41	4.3	0.5
Агорафобия	5	8	11	13	14	19	21	23	0.8	0.2
Обсессивно-компульсивное расстройство	19	24	32	54	66	66	68	70	8.9	2.3
Посттравматическое стрессовое расстройство	9	13	13	16	25	37	41	49	5.5	0.6
Любое тревожное расстройство	5	6	13	25	49	59	66	74	22.5	1.9
Расстройства настроения										
Большое депрессивное расстройство	14	19	29	46	59	71	71	71	28.0	7.1
Любое расстройство настроения	14	19	29	46	59	71	71	71	28.3	7.0
Расстройства поведения										
Переменяющееся взрывчатое расстройство	13	13	14	19	31	46	46	57	2.2	0.4
Любое расстройство поведения	7	13	14	17	31	46	46	57	2.3	0.4
Все расстройства										
Любое расстройство	5	8	14	29	54	66	71	74	40.8	6.6

*Основываясь на прогнозе возраста при начале с использованием актуарного метода. В анализ отдельных расстройств включены только расстройства с не менее 30 случаев; более редкие расстройства включаются в итоговые категории

Прогностический риск в течение жизни

Распределение ВНБ было использовано для генерирования оценок прогностического риска в течение жизни к возрасту 75 лет. Если все респонденты этой выборки проживут 75 лет, модель предполагает, что 40,8% из них будут иметь в анамнезе жизни, по крайней мере, одно из рассматриваемых нами расстройств. Это более чем в два раза превышает текущую распространённость (18,8%) в данной выборке. Расстройствами с самыми высокими коэффициентами отношения риска к распространённости (Р/Р) в течение жизни являются БДР (Р/Р=3,9), ГТР (3,1) и ПТСР (3,6). В сравнении с этим, наиболее низким коэффициентом Р/Р обладают фобии (1,0), ОКР (1,2), перемежающееся взрывчатое расстройство (1,3) и паническое расстройство (1,6). Эти различия между расстройствами отражают различие по ВНБ.

Различия по риску в течение жизни между когортами

Мы попытались выяснить, повышался ли риск психических расстройств в течение жизни в последующих поколениях, возможно, как функция межпо-

коленных отличий в столкновении с насилием на религиозной почве, с помощью дискретного анализа жизни для предсказания риска психических расстройств в течение жизни отдельно для возрастных групп 18-34, 35-39, 50-64 и 65 лет и старше. С увеличением возраста наблюдается паттерн общего снижения КР, указывая, что распространённость психических расстройств в данном возрасте повысилась в последовательных когортах населения Ирака для поколений, изученных в данной работе (табл. 3). Наибольшее в данной выборке повышение от самого старшего до самого младшего поколения (т.е. респондентов в возрасте 18-34 лет в сравнении с 65 и старше на момент интервью) отмечено для панического расстройства (5,4). В соответствии с вероятностью того, что это увеличение может быть обусловлено ростом насилия на религиозной почве, вторым по величине КР от самых младших к самым старшим является КР для ПТСР, где различия распространённости в течение жизни в самом младшем поколении в 5,3 раза больше, чем для того же возраста в самом старшем поколении. КР возрастают также для каждого из исследуемых расстройств в диапазоне от 1,7 до 5,3.

Модель когорт была разработана также для того, чтобы определить, снижаются ли значимо различия между когортами с увеличением возраста. Различия

были отдельно исследованы для случаев раннего начала (определяемых как начало в первой трети диапазона ВНБ для всех случаев в течение жизни), промежуточного начала (определяемых как начало в диапазоне ВНБ от 34 до 67% всех случаев) и позднего начала (определяемых как начало в диапазоне ВНБ от 68% и выше) отдельно для тревожных расстройств и расстройств настроения. Любые иные уточнённые анализы по отдельным расстройствам были невозможны из-за низкой статистической мощности. Ре-

зультаты показали, что эффекты когорты действительно меняются с возрастом, но не простым монотонным образом (подробные результаты доступны по запросу). Для тревожных расстройств эффект когорты наиболее выражен в случаях раннего начала, менее выражен, но всё-таки статистически достоверен, в случаях позднего начала и не значим в случаях промежуточного начала. Для сравнения, при расстройствах настроения эффект когорты достоверен только в случаях промежуточного начала.

Таблица 3. Различия между когортами по риску в течение жизни расстройств DSM-IV/CIDIa

	Возрастная группа							χ^2_3
	18-34		35-49		50-64		65+	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	
Тревожные расстройства								
Паническое расстройство	5.4*	1.2-23.2	3.9	0.9-17.5	0.5	0.1-2.9	1.0	20.3*
Генерализованное тревожное расстройство	3.0	0.9-9.7	2.2	0.7-6.8	1.0	0.3-3.0	1.0	7.3
Социальная фобия	2.3	0.3-16.1	2.2	0.2-24.8	0.7	0.1-8.1	1.0	3.0
Специфическая фобия	4.1*	1.4-12.3	3.2*	1.1-9.6	2.9	0.8-10.3	1.0	7.2
Агорафобия	1.7	0.2-17.6	0.6	0.1-5.7	0.6	0.1-6.3	1.0	5.2
Посттравматическое стрессовое расстройство	5.3*	2.3-12.2	3.4*	1.6-7.3	1.8	0.7-4.6	1.0	28.2*
Обсессивно-компульсивное расстройство	4.3*	1.6-11.8	2.4	0.9-6.4	3.1*	1.1-8.7	1.0	15.1*
Любое тревожное расстройство	2.8*	1.7-4.4	1.9*	1.2-3.1	1.5	0.9-2.5	1.0	25.4*
Расстройства настроения								
Большое депрессивное расстройство	2.9*	1.3-6.5	2.0	1.0-4.3	1.6	0.8-3.1	1.0	8.9*
Любое расстройство настроения	2.9*	1.3-6.6	2.1*	1.0-4.5	1.6	0.8-3.2	1.0	7.9*
Расстройства поведения								
Расстройство дефицита внимания/гиперактивности								
Переменяющееся эксплозивное расстройство	3.6	0.5-26.4	5.3	0.6-45.5	2.0	0.2-17.5	1.0	7.5
Любое расстройство поведения	3.5	5.2-26.1	5.5	0.6-47.2	2.1	0.2-18.5	1.0	8.0*
Все расстройства								
Любое расстройство	2.8*	1.8-4.4	2.0*	1.3-3.2	1.7*	1.0-2.8	1.0	27.8*

*Достоверная связь возраста с риском при уровне 0,05, двухсторонний тест

*Основываясь на дискретных жизненных моделях с контролями для человеко-года. Хотя в анализ отдельных расстройств включены только расстройства с не менее 30 случаев, более редкие расстройства включаются в итоговые категории

Социодемографические корреляты риска в течение жизни

Связь пола и образования с дебютом каждого тревожного расстройства, расстройства настроения и поведения изучалась в когортах с помощью дискретного анализа жизни (подробные результаты доступны по запросу). Как было обнаружено, в выборке в целом у женщин отмечались достоверно более высокие показатели тревожных расстройств ($KP=1,8$; $\chi^2_1=17,4$; $p<0,001$) и недостоверно более высокие показатели расстройств настроения ($KP=1,6$; $\chi^2_1=3,6$; $p<0,10$), а также достоверно более низкие показатели расстройств поведения ($KP=0,38$; $\chi^2_1=5,0$; $p<0,025$), чем у мужчин. Ни один из этих KP значимо не отличался в разных когортах ($\chi^2_3=0,7-1,7$; $p=0,64-$

0,84). Рассматриваемые здесь категории образования, не имели чёткой связи с риском в течение жизни тревожных расстройств ($\chi^2_4=2,1$; $p=0,72$), расстройств настроения ($\chi^2_4=4,9$; $p=0,29$) или расстройств поведения ($\chi^2_4=4,9$; $p=0,29$).

Распространённость и тяжесть расстройств за последние 12 месяцев

Распространённость за последние 12 месяцев всех расстройств DSM-IV/CIDI в ИОПЗ составила 13,6%, из которых 42,1% случаев были классифицированы как лёгкие, 36,0% - средней тяжести и 21,9% - серьёзные. Расстройством, которое с наибольшей вероятностью классифицировалось как серьёзное, являлось биполярное, при котором 76,9% случаев за 12 месяцев

были расценены как серьёзные; вслед за ним шли расстройства, связанные с БАВ (54,9%), БДР (39,1%), и ряд тревожных расстройств (32,3-38,2% для панического расстройства, ГТР, социальной фобии, агорафобии и ПТСР). В качестве серьёзной квалифицировалась значительно меньшая часть специфической фобии (16,4%) и расстройств поведения (21,2%). Из 3,0% выборки, отнесенной к серьёзным случаям за последние 12 месяцев (т.е. 21,9 из 13,6%), у большинства (43,6%) отмечались два или более расстройства. Наиболее обычными расстройствами среди случаев, отнесенных к серьёзным, были БДР (51%), затем ГТР (24,9%), специфическая фобия (21,1%), ОКР (19,2%), ПТСР (13,1%), паническое расстройство (11,5%) и перемежающееся эксплозивное расстройство (10,8%) (табл. 4).

Социодемографические корреляты расстройств за последние 12 месяцев

Связь пяти социодемографических параметров (пол, возраст, образование, семейный доход, брак) с распространённостью обширных групп расстройств за последние 12 месяцев исследовалась с помощью логистического регрессионного анализа (табл. 5). Ни один из этих параметров не был достоверно связан с расстройствами настроения. Так показатели тревожных расстройств были достоверно выше у женщин по сравнению с мужчинами ($KP=1,8$; $\chi^2_1=14,2$; $p<0,001$) и у респондентов с уровнем образования выше самого низкого ($\chi^2_3=15,6$; $p=0,001$). Наконец, показатели расстройств поведения были значимо выше у респондентов в возрасте 18-43 года ($KP=2,0$) и 35-49 лет ($KP=5,0$) по сравнению с лицами в возрасте 65 лет и старше ($KP=1,6$ в возрастном диапазоне 50-64 года; $\chi^2_3=11,2$; $p=0,011$) и среди респондентов с наиболее высоким доходом ($KP=0,32-0,81$ для респондентов в группах с более низким доходом по сравнению с группой с наиболее высоким доходом; $\chi^2_3=13,2$; $p=0,004$).

Распространённость и интенсивность лечения за последние 12 месяцев

Только 2,2% респондентов ИОПЗ сообщили о том, что получали в течение 12 месяцев перед интервью лечение в связи с эмоциональными проблемами (табл. 6). Сюда включаются 10,8% респондентов с одним или более DSM-IV/CIDI расстройствами за последние 12 месяцев, а, кроме того, 0,9% респон-

дентов, не соответствующих критериям ни одного из этих расстройств. Пропорция лечения является значительно более высокой при серьёзных расстройствах (23,7%), чем при расстройствах средней тяжести (9,2%) или лёгких (5,3%).

Две трети (65,6%) пациентов лечились в системе здравоохранения, приблизительно в равной пропорции в общемедицинском (41,3% всех людей, получавших лечение) и специализированном психиатрическом (33,4%) секторах. Значительная часть лечебной помощи также предоставлялась вне системы здравоохранения духовными советчиками (34,8%). Доля лечения в различных лечебных секторах как функция тяжести расстройства значимо не отличалась, но эти результаты следует интерпретировать с осторожностью из-за очень малого количества получавших лечение людей в данной выборке и, в результате, нестабильности паттерна.

Интенсивность лечения в целом была низкой, на что указывает тот факт, что среднее количество визитов составило лишь 4,5, и только 21,2% из леченных пациентов получили лечение, которое мы квалифицируем как по крайней мере, минимально адекватное (табл. 7). Однако как среднее количество визитов (6,9 против 2,6; $t=1,2$; $p=0,23$), так и пропорция случаев получения лечения, квалифицируемого по крайней мере, как минимально адекватное (36,5% против 15,6%; $t=1,2$; $p=0,23$), были выше у пациентов, которые лечились в специализированном по сравнению с общемедицинским сектором, хотя мы не можем быть уверены в значимости этих различий из-за малого количества пролеченных пациентов. Стоит отметить также, что немногочисленные пациенты, лечившиеся в специализированном секторе и отнесенные к серьёзным случаям, получали значительно более интенсивное лечение, чем другие пациенты специализированной службы (в среднем 16,6 визитов по сравнению с 1,2-3,7 для других пациентов специализированного сектора; $\chi^2_3=18,6$; $p<0,001$), что указывает на рациональность в распределении лечебных ресурсов.

Другим доказательством подобной рациональности является тот факт, что больший процент пациентов, отнесенных к серьёзным/средней тяжести по сравнению с лёгкими/не имеющими заболевания, получал лечение, квалифицируемое как, по крайней мере, минимально адекватно, в специализированном секторе (89,4-68,8% против 0,0-12,3%; $\chi^2_1=4,7$; $p=0,03$), в общемедицинском секторе (23,8-68,8% против 0,0-2,6%; $\chi^2_1=1,8$; $p=0,18$) и в целом в системе здравоохранения (36,7-43,6% против 0,0-6,37%; $\chi^2_1=3,8$; $p=0,05$).

Таблица 4. Распространённость за последние 12 месяцев и степень тяжести расстройств DSM-IV / CIDI в общей выборке (n=4332)

	Распростра- нённость		Распределение по степени тяжести						Распростра- нённость среди респондентов с серьёзным расстройством	
			Лёгкая		Средней тяжести		Серьёзная			
	%	SE	%	SE	%	SE	%	SE	%	SE
Тревожные расстройства										
Паническое расстройство	1.0	0.3	26.2	7.9	38.7	11.7	35.1	10.8	11.5	4.9
Генерализованное тревожное расстройство	2.3	0.3	19.9	5.5	47.8	6.0	32.3	6.0	24.9	4.0
Социальная фобия	0.7	0.2	5.0	3.2	56.8	13.8	38.2	13.6	8.6	3.9
Специфическая фобия	3.8	0.4	43.5	6.3	40.1	6.3	16.4	3.7	21.1	3.9
Агорафобия	0.5	0.2	29.0	16.2	38.7	16.5	32.3	16.1	5.4	3.2
Посттравматическое стрессовое расстройство	1.1	0.2	49.6	9.1	16.2	4.8	34.3	8.6	13.1	3.4
Обсессивно-компульсивное расстройство	3.6	0.4	47.6	6.4	36.7	5.6	15.7	4.3	19.2	4.8
Любое тревожное расстройство	10.4	0.7	41.9	3.8	36.3	2.9	21.8	2.9	76.4	5.6
Расстройства настроения										
Дистимическое расстройство	0.2	0.1	0.0		81.4	12.0	18.6	12.0	1.2	0.6
Большое депрессивное расстройство	3.9	0.4	24.8	3.6	36.1	5.5	39.1	5.1	51.0	4.6
Биполярное расстройство	0.2	0.1	0.0		23.1	18.1	76.9	18.1	4.6	1.1
Любое расстройство настроения	4.1	0.4	23.4	3.5	36.2	5.3	40.5	5.1	55.9	4.8
Расстройства поведения										
Расстройство дефицита внимания/гиперактивности	0.0		20.0	19.7	80.0	19.7	0.0		0.0	
Переменяющееся взрывное расстройство	1.5	0.2	47.9	6.3	30.5	9.3	21.6	9.1	10.8	4.2
Любое расстройство поведения	1.5	0.2	47.8	6.2	31.0	9.2	21.2	9.0	10.8	4.2
Расстройства, связанные с БАВ										
Злоупотребление алкоголем	0.1	0.1	13.9	16.5	81.4	19.3	4.7	5.9	0.2	0.2
Алкогольная зависимость	0.0	0.0	0.0		0.0		100.0		0.4	0.2
Злоупотребление наркотиками	0.1	0.1	0.0		0.0		100.0		4.1	3.2
Наркотическая зависимость	0.0	0.0							0.0	
Любое расстройство, связанное с БАВ	0.2	0.1	6.6	7.2	38.5	28.3	54.9	28.0	4.6	3.2
Все расстройства										
Любое расстройство	13.6	0.8	42.1	2.9	36.0	2.6	21.9	2.3	100.0	
Определённо одно расстройство	9.8	0.7	51.3	3.6	34.5	3.1	14.2	2.2	47.0	7.0
Два или более расстройств	2.6	0.4	21.5	4.8	35.0	8.4	43.6	7.0	37.5	7.0
Три или более расстройств	1.2	0.2	11.1	8.3	50.7	11.7	38.1	8.1	15.5	5.8
Степень тяжести расстройства										
Серьёзное	3.0	0.4	0.0		0.0		100.0			
Средней тяжести	4.9	0.4	0.0		100.0		0.0			
Лёгкое	5.7	0.6	100.0		0.0		0.0			

*См. текст к определению трёх категорий тяжести. Сумма процентов в каждой строке 100.

ОБСУЖДЕНИЕ

Вышеизложенные результаты следует интерпретировать, учитывая три следующих ограничения. Во-первых, из ИОПЗ были исключены люди бездомные или институционализированные, выехали из страны, были слишком больны для интервью или жили в районах, которые сочли слишком опасными для того, чтобы включить их в обзор. Большинство из таких исключений составляет лишь малый процент населения, кроме внутренне перемещённых лиц

(ВПЛ) и тех, кто эмигрировал из страны в результате войны. Как отмечено во введении, по оценкам Высшей комиссии ООН по беженцам, около 1,5 млн. иракцев являются внутренне перемещёнными и ещё 2,5 млн. живут в соседних странах. Устные свидетельства позволяют предположить, что эти 15% довоенного населения Ирака несут большое бремя психической патологии (38,39).

Таблица 5. Социодемографические корреляты расстройств DSM-IV / CIDI за последние 12 месяцев в общей выборке (n=4332)а

	Любое расстройство настроения		Любое тревожное расстройство		Любое расстройство поведения	
	OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI
Пол						
Мужской	1.0		1.0		1.0	
Женский	1.4	0.8-2.3	1.8*	1.3-2.5	0.5	0.2-1.2
χ^2_1	1.4		14.2*		2.6	
Возраст						
18-34	0.6	0.2-1.7	0.8	0.4-1.5	2.0	0.2-16.1
35-49	1.1	0.5-2.3	0.8	0.4-1.6	5.0	0.6-46.3
50-64	0.9	0.4-1.9	0.8	0.4-1.4	1.6	0.1-22.8
65 и более	1.0		1.0		1.0	
χ^2_2	5.0		0.9		11.2*	
Доход						
Низкий	1.1	0.6-2.0	1.1	0.8-1.6	0.8	0.4-1.7
Низко-средний	1.1	0.6-2.3	0.9	0.6-1.5	0.3	0.1-0.7
Высоко-средний	0.7	0.3-1.7	1.2	0.7-2.1	0.6	0.2-2.5
Высокий	1.0		1.0		1.0	
χ^2_3	1.3		1.6		13.2*	
Состояние в браке						
Состоит в браке / Совместное проживание	1.0		1.0		1.0	
Ранее состоял в браке	2.2	1.0-5.1	1.4	0.8-2.4	2.4	0.6-9.0
Никогда не состоял в браке	1.0	0.6-1.9	1.4*	1.0-2.1	1.7	0.8-3.3
χ^2_3	3.7		6.0*		4.4	
Уровень образования						
Низкий	0.9	0.4-2.5	0.7	0.4-1.3	1.4	0.2-9.2
Низко-средний	1.0	0.5-2.2	1.1	0.6-2.0	1.4	0.4-4.9
Высоко-средний	0.7	0.3-1.6	1.3	0.8-2.1	1.4	2.0-8.0
Высокий	1.0		1.0		1.0	
χ^2_3	1.4		15.6*		0.3	
В целом						
χ^2_{12}	1093.9*		1756.3*		1745.9*	

*Статистически значимо при уровне 0,05, двухсторонний тест

*Основываясь на моделях мультивариантной логистической регрессии

Таблица 6. Лечение в целом и пропорциональное лечение эмоциональных проблем в течение 12 месяцев перед интервью в общей выборке и в под-выборках, выделенных по степени тяжести расстройств DSM-IV / CIDI за последние 12 месяцев

	Всего		Отсутствует		Лёгкое		Средней тяжести		Серьёзное		χ^2_3
	%	SE	%	SE	%	SE	%	SE	%	SE	
Лечение в целом*											
Лечение в системе здравоохранения											
Общественное	0.9	0.3	0.4	0.2	0.2	0.2	2.4	1.1	13.6	5.3	7.0
Специализированное психиатрическое	0.7	0.2	0.4	0.1	2.5	1.7	1.2	0.9	7.1	4.3	4.5
Любое лечение в системе здравоохранения	1.5	0.3	0.7	0.2	2.7	1.7	3.6	1.5	17.4	5.9	9.0*
Лечение не в системе здравоохранения	0.8	0.2	0.2	0.1	2.6	1.9	5.6	2.8	6.6	3.2	9.0*
Любое лечение	2.2	0.4	0.9	0.2	5.3	2.5	9.2	3.2	23.7	6.2	18.7*
N	4.332		3.743		224		219		146		
Пропорциональное лечение ^a											
Лечение в системе здравоохранения											
Общественное	41.3	8.3	50.4	9.1	3.9	4.7	25.9	12.2	57.4	15.5	6.8
Специализированное психиатрическое	33.4	7.4	43.5	11.2	46.5	23.0	13.1	9.6	29.8	15.1	5.8
Любое лечение в системе здравоохранения	65.6	7.7	80.0	6.5	50.5	24.1	39.0	15.1	73.5	13.0	5.1
Лечение не в системе здравоохранения	34.8	7.7	20.0	6.5	49.5	24.1	61.0	5.1	27.6	13.0	5.1
N	103		45		12		19		27		

*Достоверная связь между тяжестью и лечением при уровне 0,05, двухсторонний тест

^aТермин «лечение в целом» используется для описания процента всех респондентов, получавших лечение, тогда как термин «пропорциональное лечение» используется для описания процента пациентов (т.е. тех, кто получал лечение), которые лечились в каждом

из рассматриваемых здесь секторов оказания помощи. Например, 0,9 % всех респондентов получали общемедицинскую помощь по поводу эмоциональных проблем в течение 12 месяцев перед интервью. Эти пациенты, получавшие общемедицинскую помощь, составляют 41,3 % всех респондентов, получавших какую-либо форму помощи вообще

Таблица 7. Связь степени тяжести расстройств DSM-IV/CIDI за последние 12 месяцев с интенсивностью лечения (количество визитов) и адекватностью лечения среди респондентов, получавших лечение в течение последних 12 месяцев

	Всего		Степень тяжести								χ^2_{31}	χ^2_1
			Отсутствует		Лёгкая		Средней тяжести		Серьёзная			
Специализированное лечение												
Количество визитов (среднее, CO)	6.9	3.1	3.7	1.1	1.2	0.2	3.4	0.6	16.6	7.6	18.6*	2.6
Адекватное лечение ² (% , CO)	36.5	14.3	12.3	9.6	0.0	0.0	68.8	30.4	89.4	9.5	5.1	4.7*
Лечение наблюдения ² (% , CO)	82.0	11.5	93.9	2.2	19.9	16.7	100.0	16.7	100.0	0.0	2.2	2.1
N	34		19		7		3		5			
Общемедицинское лечение												
Количество визитов (среднее, CO)	2.6	0.6	2.2	0.3	2.0	0.0	2.6	0.5	3.1	1.2	3.2	0.0
Адекватное лечение ² (% , CO)	15.6	9.5	2.6	2.7	0.0	0.0	30.8	24.0	23.8	9.5	2.4	1.8
Лечение наблюдения ² (% , CO)	85.5	9.8	98.1	2.0	100.0	0.0	92.1	8.1	71.4	19.7	1.7	1.7
N	39		18		1		6		14			
Любое лечение в системе здравоохранения												
Количество визитов (среднее, CO)	4.5	1.7	2.9	0.6	1.3	0.2	2.9	0.8	7.7	4.5	23.5*	1.4
Адекватное лечение ² (% , CO)	21.2	7.9	6.7	5.3	0.0	0.0	43.6	20.8	36.7	19.1	5.1	3.8
Лечение наблюдения ² (% , CO)	81.7	8.2	95.5	1.6	26.2	19.2	94.8	5.4	77.7	16.2	2.9	0.0
N	69		35		8		9		17			

*Достоверная связь между степенью тяжести и интенсивностью/адекватностью лечения среди респондентов, получавших лечение в течение последних 12 месяцев, при уровне 0,05, двухсторонний тест

1 χ^2 тесты использовались для оценки различий по среднему количеству визитов и по пропорции пациентов, получавших лечение, которое квалифицировалось как, по крайней мере минимально адекватное, и получавших лечение наблюдения. Тесты 3-х степеней свободы использовались для оценки различий между всеми 4-мя под-выборками, тогда как тесты 1-й степени свободы использовались для оценки различий между под-выборками «тяжёлая-средней тяжести» и «лёгкая-отсутствует».

2См. текст для определения адекватного лечения и лечения наблюдения

Во-вторых, системное отсутствие ответов (т.е. у людей с психическими расстройствами отмечен более высокий показатель отказа от участия по сравнению с теми, у кого расстройств не было) или системное несообщение (т.е. ошибочные воспоминания, сознательное несообщение или ошибки при диагностической оценке) в обзоре могли привести к отклонениям при оценке распространённости расстройств. Исходя из наших знаний о тенденциях отсутствия ответов или несообщения в других обзорах (40-42), скорее всего, из-за этих причин распространённость расстройств была, по крайней мере, до некоторой степени занижена.

В-третьих, CIDI является непрофессиональным интервью, т.е. оно обладает меньшей по сравнению с диагностическим опросом врача способностью всесторонне оценить какое-либо психическое расстройство, возможное у респондента. Как было указано выше в разделе по измерениям, клиническое интервью повторной оценки, использовавшее ослеплённые клинические интервью «золотого стандарта» (19) для независимой оценки расстройств в под-выборке случаев в некоторых обзорах ВПЗ, обнаружило в целом хорошую согласованность на

индивидуальном уровне между диагнозом, основанным на CIDI, и диагнозами, основанными на клинических оценках (18). Однако обычны DSM-IV расстройства, оцениваемые только с помощью CIDI. Следовательно, оценки общей распространённости расстройств, вероятно, отражают истинную распространённость лишь до некоторой степени.

Возможно, наиболее явная недооценка расстройств касается шизофрении и других неаффективных психозов (НАП). В обзорах ВПЗ НАП не оценивались на основании полученных в ряде предшествующих популяционных эпидемиологических исследований доказательств того, что непрофессиональные психиатрические диагностические интервью неспособны давать правильные оценки НАП (43-45) из-за очень высокой доли ложных позитивных признаков. Однако те же самые исследования обнаружили, что подавляющее большинство людей с НАП в популяционных эпидемиологических исследованиях были учтены, поскольку соответствовали критериям одного или больше из более обычных расстройств, оцениваемых в этих обзорах.

Можно ожидать, что указанные ограничения занижат приведенные здесь оценки распространённости,

т.е. оценки 13,6% для общей распространённости за последние 12 месяцев и 18,8% для общей распространённости в течение жизни являются, нижними границами истинной распространённости в популяции. Мы не располагаем предыдущими популяционными эпидемиологическими обзорами психического здоровья в Ираке для того, чтобы использовать их как точку сравнения. Единственные опубликованные исследования сосредоточены на детях, травмированных войной (46-48), у которых распространённость психических расстройств оценивалась как достаточно высокая, что вполне понятно.

Мы знаем только о двух других сравнимых крупных эпидемиологических исследованиях психических расстройств у взрослых в арабском мире. Одно было проведено с использованием двухстадийного скринингового подхода в отдельных выборках городского, сельского и поселкового населения в Иране (49). Оценки распространённости в городских (16,6%) и сельских (14,9%) выборках были достаточно близки к 13,6%-ной оценке распространённости за последние 12 месяцев в ИОПЗ, хотя распространённость в племенной выборке (2,1%) была значительно ниже. Другим сравнимым исследованием был обзор ВПЗ в Ливане (50,51), где оценки распространённости в течение жизни и за последние 12 месяцев всех расстройств (25,8% и 17,0%) были несколько выше, чем в ИОПЗ. Ливанский обзор был выполнен в период относительного мира, тогда как ИОПЗ проводился в период крайнего насилия на религиозной почве и военной оккупации иностранными войсками.

Кроме того, что общие оценки распространённости в ИОПЗ были подобны другим арабским обзорам, оценки относительной распространённости отдельных расстройств также были сравнимы с другими эпидемиологическими обзорами. В частности, данные о том, что тревожные расстройства являются наиболее обычным типом психических расстройств в Ираке, а БДР – наиболее обычным отдельным расстройством, согласуются с другими обзорами ВПЗ (52,53), а также с обширной мировой литературой (54). Единственным исключением являются данные ИОПЗ о том, что ОКР – одно из наиболее обычных тревожных расстройств. Обычно ОКР является относительно редким расстройством (55,56). Данные о том, что низкий процент респондентов ИОПЗ с ОКР за последние 12 месяцев классифицировался как имеющий серьёзные нарушения, также не согласуются с данными других обзоров, о том, что обычно ОКР связан с серьёзными нарушениями.

Исходя из этих данных, мы подозреваем, что в ИОПЗ ОКР диагностировался чрезмерно, хотя при отсутствии обзора повторной клинической оценки у нас нет возможности подтвердить эти подозрения.

Результаты ИОПЗ относительно сравнительного распределения ВНБ и тяжести отдельных психических расстройств достаточно хорошо согласуются с данными мировой литературы. Что касается ВНБ, данные ИОПЗ согласуются с предыдущими исследованиями в том, что фобии и расстройства поведения обычно начинаются в детском или подростковом возрасте и что другие тревожные расстройства и расстройства настроения обычно характеризуются более поздним началом, а также более широким межквартильным диапазоном распределения ВНБ (53,57). Что касается тяжести, данные ИОПЗ согласуются с данными мировой литературы о том, что из обычных психических расстройств биполярное расстройство связано с наиболее серьёзными нарушениями и что нарушения при специфической фобии наименьшие (58,59).

Результаты, касающиеся эффектов когорт, ясно свидетельствуют о том, что риск психического расстройства в течение жизни повышается в ряду поколений иракцев, включённых в обзор, вероятно, вследствие межпоколенного роста насилия на религиозной почве. В соответствии с такой интерпретацией, наибольший рост от самого старшего к самому младшему поколению отмечался для ПТСР. Альтернативным объяснением этого очевидного эффекта когорт является то, что риск в течение жизни на самом деле постоянен во всех когортах, но оказался различным поскольку в более недавних когортах дебюты отмечают раньше, чем в более поздних, что возможно при наличии каких-либо изменений триггеров окружения или из-за возраст-зависимых различий в точности воспоминаний о ВНБ. Другим объяснением может быть то, что по мере увеличения возраста на отклонения при селекции выборки всё возрастающее влияние оказывает смертность. Для изучения этих возможностей была разработана модель когорт, чтобы определить, уменьшаются ли значимо различия между когортами с увеличением возраста. Результаты показали, что эффект когорт действительно менялся с возрастом, но не простым монотонным образом. Немонотонный паттерн такого рода наиболее правдоподобно объясняется скорее историческими событиями, приведшими к межпоколенным различиям в распространённости расстройств, чем какими-либо простыми возраст-зависимыми методологическими (например, ошибочные воспоминания) или материальными (например, различная смертность) процессами.

С точки зрения социодемографических коррелятов, данные ИОПЗ похожи на данные эпидемиологических обзоров в других странах относительно повышенной распространённости тревожных расстройств среди женщин и поведенческих расстройств среди мужчин (60-62), но достаточно отличаются от других обзоров в том, что у женщин не обнаружена достоверно большая распространённость депрессий по сравнению с мужчинами (63). Данные ИОПЗ также отличаются от данных других эпидемиологических обзоров в том, что не обнаружено обратного отношения между социально-экономическим статусом (СЭС) и распространённостью психических расстройств (58, 64). Действительно, результаты ИОПЗ продемонстрировали повышенный риск расстройств настроения в течение жизни среди людей с высоким уровнем образования и тревожных расстройств за последние 12 месяцев у людей с любым уровнем образования, кроме самого низкого. В то же время данные ИОПЗ согласуются с другими эпидемиологическими данными в выявлении обратного отношения между СЭС и риском расстройства поведения.

Сложно осмыслить два основных несоответствия социодемографических паттернов в ИОПЗ по сравнению с мировой литературой, отсутствие гендерных различий при депрессии и позитивную связь образования с тревожностью и депрессией, без выполнения анализа более подробного, чем приведенный здесь. Мы знаем, что эти связи согласуются по всему возрастному диапазону. Не знаем, однако, обусловлено ли отсутствие гендерных различий по депрессии какими-то специфическими чертами гендерных ролей в Ираке, что остаётся исследовать при более глубоком анализе данных. Мы не знаем и того, обусловлены ли более высокие показатели тревожности-депрессии у людей с хорошим образованием какими-либо специфическими стрессами, испытываемыми интеллигенцией. Такие размышления интригующи, однако для подобного исследования необходим более подробный анализ, который пока не проведен.

Результаты ИОПЗ, касающиеся лечения, подобны результатам в других странах ВПЗ с низким и низко-средним уровнем дохода: только малая часть людей с психическими расстройствами получает какое-либо лечение (65, 66). ИОПЗ содержит информацию о препятствиях при обращении за лечением при психических расстройствах, но эти данные пока ещё не проанализированы. Возможно, эти данные обеспечат понимание того, что именно можно использовать для развития политики здравоохране-

ния, чтобы увеличить процент людей с психическими расстройствами, обращающихся за помощью.

Результаты ИОПЗ показывают, что другой важной проблемой является то, что в Ираке только малая часть пациентов, обращающихся за помощью по поводу психических расстройств получает лечение, соответствующее хотя бы самым минимальным стандартам адекватности. Однако имеются некоторые обнадеживающие признаки рациональности размещения лечебных ресурсов: а) интенсивность лечения в специализированном психиатрическом секторе значительно выше для пациентов с серьёзными расстройствами по сравнению с другими расстройствами; б) доля пациентов специализированного сектора, лечение которых было расценено как, по крайней мере, минимально адекватное, значительно выше среди пациентов с расстройствами серьёзными и средней тяжести, чем среди лиц с лёгкими расстройствами или их отсутствием; в) доля пациентов общемедицинского сектора, лечение которых расценено как, по крайней мере, минимально адекватное, выше, хотя и незначимо, среди пациентов с расстройствами серьёзными и средней тяжести, чем среди пациентов с лёгкими расстройствами или их отсутствием.

По предварительному анализу данных, не приведенному здесь, высокие показатели неадекватного лечения обусловлены в основном тем, что пациенты выбывали до окончания полного курса лечения, однако причин этого мы не знаем. ИОПЗ включает вопросы о причинах досрочного прекращения лечения, которые ещё не проанализированы. Эти данные могут дать ключ к путям модификации нынешних лечебных практики помочь увеличить число сохранённых пациентов. Инициатива по формулировке лучших процедур выявления и лечения психических расстройств в первичном звене оказания помощи в Ираке в настоящее время находится в процессе разработки, для которой могут быть полезны данные результаты, хотя этим усилиям препятствует разрушение нормальных систем оказания помощи, вызванное насилием, охватившим страну.

Для изучения влияния опыта, связанного с войной, на распространённость психических расстройств и барьеры для получения адекватного лечения при них дальнейший анализ данных ИОПЗ по распространённости расстройств и препятствиям для лечения должен сосредоточиться на этом разрушении. Эти вопросы находятся в центре внимания анализа, проводимого в настоящее время, который станет предметом будущих сообщений.

Благодарность

Проведение ИОПЗ и ввод данных осуществлены персоналом Министерства здравоохранения Ирака и Министерства планирования Ирака при непосредственной поддержке иракского коллектива ИОПЗ и финансировании как из японских, так и из европейских фондов через фонд United Nation Development Group Iraq Trust Fund (UN-DG ITF). Помощь с методикой и подготовкой интервьюеров была оказана Координационным центром по сбору данных ВПЗ (WMH Data Collection Coordination Centre). Кроме того, существенную поддержку при отборе, кодировании и анализе данных и подготовке этой статьи оказали Координационные центры сбора и анализа данных ВПЗ из Национального института психического здоровья (WMH Data Collection and Data Analysis Coordination Centres from the National Institute of Mental Health (NIMH; R01 MH070884)), John D. and Catherine A. MacArthur Foundation, Pfizer Foundation, US Public Health Service (R13-MH066849, R01-MH069864 и R01 DA016558), Pan American Health Organization, Ortho-McNeil Pharmaceutical, Inc., GlaxoSmithKline и Bristol-Myers Squibb.

Список литературы

1. Milliken CS, Auchterlonie JL, Hoge CW. Longitudinal assessment of mental health problems among active and reserve component soldiers returning from the Iraq war. *JAMA* 2007;298:2141-8.
2. Smith TC, Ryan MA, Wingard DL et al. New onset and persistent symptoms of post-traumatic stress disorder self reported after deployment and combat exposures: prospective population based US military cohort study. *BMJ* 2008;336:366-71.
3. Eaton KM, Hoge CW, Messer SC et al. Prevalence of mental health problems, treatment need, and barriers to care among primary care-seeking spouses of military service members involved in Iraq and Afghanistan deployments. *Mil Med* 2008;173:1051-6.
4. Renshaw KD, Rodrigues CS, Jones DH. Psychological symptoms and marital satisfaction in spouses of Operation Iraqi Freedom veterans: relationships with spouses' perceptions of veterans' experiences and symptoms. *J Fam Psychol* 2008;22:586-94.
5. Al-Jawadi AA, Abdul-Rhman S. Prevalence of childhood and early adolescence mental disorders among children attending primary health care centers in Mosul, Iraq: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2007;7:274.
6. Laban CJ, Gernaat HB, Komproe IH et al. Postmigration living problems and common psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *J Nerv Ment Dis* 2005;193:825-32.
7. Al-Saffar S. Integrating rehabilitation of torture victims into the public health of Iraq. *Torture* 2007;17:156-68.
8. Wenzel T. Torture. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20:491-6.
9. Alkhuzai AH, Ahmad IJ, Hweel MJ et al. Violence-related mortality in Iraq from 2002 to 2006. *N Engl J Med* 2008;358:484-93.
10. Burnham G, Lafta R, Doocy S et al. Mortality after the 2003 invasion of Iraq: a cross-sectional cluster sample survey. *Lancet* 2006; 368:1421-8.
11. Opinion Research Business. January 2008 -Update on Iraqi Casualty Data. www.opinion.co.uk/Newsroom_details.aspx?NewsId=88.
12. Murthy RS. Mass violence and mental health – recent epidemiological findings. *Int Rev Psychiatry* 2007;19:183-92.
13. Refugees International. Iraq. www.refintl.org/where-we-work/middleeast/iraq.
14. Silove D. The challenges facing mental health programs for post-conflict and refugee communities. *Prehosp Disaster Med* 2004;19: 90-6.
15. Kessler RC, Üstün TB (eds). The WHO World Mental Health Surveys: global perspectives on the epidemiology of mental disorders. New York: Cambridge University Press, 2008.
16. Kessler RC, Üstün TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res* 2004;13:93-121.
17. Kessler RC, Üstün TB. The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview. In: Kessler RC, Üstün TB (eds). The WHO World Mental Health Surveys: global perspectives on the epidemiology of mental disorders. New York: Cambridge University Press, 2008:58-90.
18. Haro JM, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha TS et al. Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health surveys. *Int J Methods Psychiatr Res* 2006;15: 167-80.
19. First MB, Spitzer RL, Gibbon M et al. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Research Version, Non-patient Edition (SCID-I/NP). New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, 2002.
20. Simon GE, VonKorff M. Recall of psychiatric history in cross-sectional surveys: implications for epidemiologic research. *Epidemiol Rev* 1995;17:221-7.
21. Knauper B, Cannell CF, Schwarz N et al. Improving the accuracy of major depression age of onset reports in the US National Comorbidity Survey. *Int J Methods Psychiatr Res* 1999;8:39-48.
22. Leon AC, Olfson M, Portera L et al. Assessing psychiatric impairment in primary care with the Sheehan Disability Scale. *Int J Psychiatry Med* 1997;27:93-105.
23. Agency for Health Care Policy and Research. Depression Guideline Panel, Vol 2: Treatment of major depression, Clinical Practice Guideline, No 5. Rockville: US Department

- of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, 1993.
24. American Psychiatric Association. Practice guideline for treatment of patients with panic disorder. Washington: American Psychiatric Association Press, 1998.
 25. American Psychiatric Association. Practice guideline for treatment of patients with major depressive disorder, 2nd ed. Washington: American Psychiatric Association Press, 2000.
 26. American Psychiatric Association. Practice guideline for treatment of patients with bipolar disorder, 2nd ed. Washington: American Psychiatric Association Press, 2002.
 27. American Psychiatric Association. Practice guideline for treatment of patients with schizophrenia, 2nd ed. Washington: American Psychiatric Association Press, 2004.
 28. Lehman AF, Steinwachs DM. Translating research into practice: schizophrenia patient outcomes research team (PORT) treatment recommendations. *Schizophr Bull* 1998;24:1-10.
 29. Schatzberg AF, Nemeroff CB (eds). Textbook of psychopharmacology. Washington: American Psychiatric Publishing, 2004.
 30. Ballesteros J, Duffy JC, Querejeta I et al. Efficacy of brief interventions for hazardous drinkers in primary care: systematic review and meta-analyses. *Alcohol Clin Exp Res* 2004;28:608-18.
 31. Ost LG, Ferebee I, Furmark T. One-session group therapy of spider phobia: direct versus indirect treatments. *Behav Res Ther* 1997;35: 721-32.
 32. Halli SS, Rao KV, Halli SS. Advanced techniques of population analysis. New York: Plenum, 1992.
 33. SAS Institute. SAS/STAT software: changes and enhancements, Release 8.2. Cary: SAS Publishing, 2001.
 34. Kaplan EL, Meier P. Nonparametric estimation from incomplete observations. *J Am Stat Assoc* 1958;53:457-81.
 35. Efron B. Logistic regression, survival analysis, and the Kaplan-Meier curve. *J Am Stat Assoc* 1988;83:414-25.
 36. Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. New York: Wiley, 1989.
 37. Research Triangle Institute. SUDAAN: Professional Software for Survey Data Analysis, version 8.0.1. Research Triangle Park: Research Triangle Institute, 2002.
 38. Ashraf H. Iraq's refugees and internally displaced people will face hardship wherever they go. *Lancet* 2003;361:630-1.
 39. Morton MJ, Burnham GM. Iraq's internally displaced persons: a hidden crisis. *JAMA* 2008;300:727-9.
 40. Allgulander C. Psychoactive drug use in a general population sample, Sweden: correlates with perceived health, psychiatric diagnoses, and mortality in an automated record-linkage study. *Am J Public Health* 1989;79:1006-10.
 41. Eaton WW, Anthony JC, Tepper S et al. Psychopathology and attrition in the epidemiologic catchment area surveys. *Am J Epidemiol* 1992;135:1051-9.
 42. Turner CF, Ku L, Rogers SM et al. Adolescent sexual behavior, drug use, and violence: increased reporting with computer survey technology. *Science* 1998;280:867-73.
 43. Eaton WW, Romanoski A, Anthony JC et al. Screening for psychosis in the general population with a self-report interview. *J Nerv Ment Dis* 1991;179:689-93.
 44. Kendler KS, Gallagher TJ, Abelson JM et al. Lifetime prevalence, demographic risk factors, and diagnostic validity of nonaffective psychosis as assessed in a US community sample. The National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:1022-31.
 45. Kessler RC, Birnbaum H, Demler O et al. The prevalence and correlates of nonaffective psychosis in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Biol Psychiatry* 2005;58:668-76.
 46. Ahmad A, Mohamed HT, Ameen NM. A 26-month follow-up of posttraumatic stress symptoms in children after the mass-escape tragedy in Iraqi Kurdistan. *Nord J Psychiatry* 1998;52:357-66.
 47. Ahmad A, Sofi MA, Sundelin-Wahlsten V et al. Posttraumatic stress disorder in children after the military operation "Anfal" in Iraqi Kurdistan. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2000;9:235-43.
 48. Dyregrov A, Gjestad R, Raundalen M. Children exposed to warfare: a longitudinal study. *J Trauma Stress* 2002;15:59-68.
 49. Bash KW. Epidemiology of psychosomatic disorders in Iran. *Psychother Psychosom* 1984;42:182-6.
 50. Karam EG, Mneimneh ZN, Dimassi H et al. Lifetime prevalence of mental disorders in Lebanon: first onset, treatment, and exposure to war. *PLoS Med* 2008;5:e61.
 51. Karam EG, Mneimneh ZN, Karam AN et al. Prevalence and treatment of mental disorders in Lebanon: a national epidemiological survey. *Lancet* 2006;367:1000-6.
 52. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J et al. Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health surveys. *JAMA* 2004;291:2581-90.
 53. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 2007;6:168-76.
 54. Kessler RC, Koretz D, Merikangas KR et al. The epidemiology of adult mental disorders. In: Levin BL, Petrila J, Hennessy KD (eds). *Mental health services: a public health perspective*, 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2004:157-76.
 55. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT et al. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry* (in press).
 56. Stein MB, Forde DR, Anderson G et al. Obsessive-compulsive disorder in the community: an epidemiologic survey with clinical reappraisal. *Am J Psychiatry* 1997;154:1120-6.
 57. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S et al. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20:359-64.
 58. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J et al. Prevalence and severity of mental disorders in the WMH Surveys. In: Kessler RC, Üstün TB (eds). *The WHO World Mental Health*

- Surveys: global perspectives on the epidemiology of mental disorders. New York: Cambridge University Press, 2008:534-40.
59. Ormel J, Petukhova M, Chatterji S et al. Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world. *Br J Psychiatry* 2008;192:368-75.
 60. Bekker MH, van Mens-Verhulst J. Anxiety disorders: sex differences in prevalence, degree, and background, but gender-neutral treatment. *Gend Med* 2007;4(Suppl. B):S178-93.
 61. Klose M, Jacobi F. Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographic factors? *Arch Womens Ment Health* 2004;7:133-48.
 62. Zahn-Waxler C, Shirtcliff EA, Marceau K. Disorders of childhood and adolescence: gender and psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol* 2008;4:275-303.
 63. Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC et al. Cross-national associations between gender and mental disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *Arch Gen Psychiatry* (in press).
 64. Muntaner C, Eaton WW, Miech R et al. Socioeconomic position and major mental disorders. *Epidemiol Rev* 2004;26:53-62.
 65. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO World Mental Health Surveys. *Lancet* 2007;370:841-50.
 66. Wang PS, Angermeyer M, Borges G et al. Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 2007;6:177-85.

ОТЧЕТ-ИССЛЕДОВАНИЕ

Психотический спектр: исследование на базе социально ориентированных служб

ALESSANDRA BENEDETTI¹, STEFANO PINI¹, GIOVANNI DE GIROLAMO^{2,3}, CARMEN BERROCAL¹, ANTONIO TUNDO⁴, PIERLUIGI MOROSINI², GIOVANNI BATTISTA CASSANO¹

1Department of Psychiatry, Neurobiology, Pharmacology and Biotechnologies, University of Pisa, via Roma 67, 56126 Pisa, Italy

2National Mental Health Project, National Institute of Health, Rome, Italy

3Department of Mental Health, Local Health Unit, Bologna, Italy

4Institute of Psychopathology, Rome, Italy

На протяжении последних лет отмечается всё более высокий уровень осведомлённости и накопление знаний о биполярном спектре с различных точек зрения. Однако описательные данные по биполярным расстройствам I с психотическими признаками (БПИ-п) в сравнении с шизофренией (Ш) и шизоаффективным расстройством (ША) в социально ориентированных службах здравоохранения в литературе немногочисленны. Мы провели исследование с целью оценки распространённости, клинических характеристик и уровня функционирования при Ш, ША и БПИ-п в рандомизированной выборке пациентов с психотической симптоматикой, из 9 отделений охраны психического здоровья. Пациенты с психотическим расстройством, по мнению их лечащих врачей, оценивались с применением SCID и серии опросников для выяснения психопатологии и уровня функционирования. Пациенты, которым был выставлен диагноз ША (n=55), Ш (n=82) или БПИ-п (n=60) по DSM-IV, составили окончательную выборку. В этих трех диагностических группах выявлены схожие демографические характеристики. Независимо от диагноза все пациенты отличались большой продолжительностью заболевания и персистирующим течением. При унивариантных групповых сопоставлениях пациенты с БПИ-п и ША превосходили пациентов с Ш по некоторым параметрам функционирования и отличались по частоте психотических симптомов. Однако мультиномиальная логистическая регрессионная модель, в которую были введены только достоверно отличающиеся переменные, продемонстрировала схожие уровни функционирования во всех трёх группах пациентов. Баллы трёх групп в зависимости от инструмента оценивания психотических и аффективных симптомов в течение предшествующего месяца значимо не различались.

Ключевые слова: Шизоаффективное расстройство, шизофрения, психотическое биполярное расстройство I, психопатология, уровень функционирования, психиатрические службы

На протяжении последних лет отмечается всё более высокий уровень осведомлённости и накопление знаний о биполярном спектре с различных точек зрения. Однако, описательные данные социально-ориентированных служб здравоохранения по состояниям, находящимся в одной из крайних точек этого спектра, а именно биполярным расстройствам I с психотическими признаками (БПИ-п), в литературе немногочисленны. В недавних исследованиях службы здравоохранения обнаружено, что у 29-61% психотических пациентов получали диагноз шизофрении (Ш), а 34-41% - расстройства настроения (1,2). Исследования пациентов в местах проживания под защитой обнаружили преобладание в 61-68% случаев Ш и в 4-20% случаев – расстройств настроения (3-5).

Однако большинство исследований по тяжёлым биполярным расстройствам не отличали пациентов с психотическими признаками от тех, у кого их не было.

Основываясь на гипотезе, что психотическое биполярное расстройство у пациентов с психотическими симптомами, посещающих социально-ориентированные психиатрические учреждения, является более обычным, чем принято считать в настоящее время, целью данного исследования была оценка распространённости, клинических характеристик и уровня функционирования при Ш, шизоаффективном расстройстве (ША) и БПИ-п в случайной выборке пациентов с психотическими симптомами 9 итальянских отделов охраны психического здоровья.

МЕТОДЫ

Это исследование проводилось с сентября 2003 г. по март 2005 г. В нём участвовали 9 отделов охраны психического здоровья (расположенные в Эмполи, Гроссето, Массе, Монтекатини, Луке, Пизе, Пистое, Понтедере и Вьяреджо), в функции которых входит оказание психиатрической помощи на северо-западе Италии и частично в южной Тоскане. Пациенты должны были соответствовать следующим критериям включения: возраст 18-65 лет, лечение в течение не менее года, способность дать письменное информированное согласие и наличие психотических симптомов (на данный момент или в течение жизни). Критериями исключения являлись: диагноз любого психотического расстройства по причине общего медицинского состояния или органического психического расстройства и зависимость от психоактивных веществ в течение предыдущих 6 месяцев.

Вначале каждый из отделов охраны психического здоровья предоставил список всех пациентов в возрасте 18-65 лет с психотическими симптомами и с продолжительностью контакта с психиатрической службой не менее года. На основании рандомизационного списка (создан с помощью программы Windows Excel) были отобраны лица для оценки в период исследования. В качестве разумной цели в определённых временных рамках (18 месяцев) эмпирически (не путём статистического анализа) принято решение о выборке из 260 пациентов (около 25 на каждый отдел).

Участники опрашивались с помощью Структурированного клинического опросника Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID, 6). Дополнительную информацию получали из медицинских записей пациентов и их лечащих врачей. Для сбора информации по социально-демографическим показателям, общему медицинскому состоянию и истории болезни использовался History Schedule (7), принимая во внимание три источника: пациентов, работников здравоохранения и медицинские записи. Участникам также предлагались шкалы Health of the Nation Outcome Scales-Rome (HoNOS-Rome, 8). Общее функционирование оценивалось с помощью шкалы Global Assessment of Functioning Scale (GAF, 9). Уровень функционирования пациента в течение 2-х недель, предшествовавших интервью, оценивался также с помощью специфических подшкал HoNOS-Rome: социального функционирования, бремени обслуживания, психопатологии, поведенческих проблем, invalidности, условий/возможностей окружения.

Для исследования психопатологии пациентов в течение предыдущего месяца использовались 2 опросника для самостоятельного заполнения: версия для самостоятельного заполнения Structured Clinical Interview for Mood Spectrum (MOODS-SR, 10) и версия для самостоятельного заполнения Structured Clinical Interview for the Psychotic Spectrum (PSY-SR, 11).

MOODS-SR (10) содержит 161 пункт, кодируемый как «да/нет» для одного или более периодов не менее 3-5 дней в течение предыдущего месяца. Этот метод сосредоточивается на наличии маниакальных и депрессивных симптомов, черт и образа жизни, которые характеризуют как полностью синдромальные, так и подпороговые расстройства настроения. Он охватывает четыре домена: энергия, настроение, когнитивные функции (в состав которых включен ряд маниакально-гипоманиакальных и депрессивных симптомов), а также ритмическую и вегетативную функцию. Этот метод был первоначально разработан как структурированный опросник, который показал превосходную достоверность (межклассовые корреляции 0,88-0,97) и валидность (SCI-MOODS, 12) у пациентов с расстройствами настроения и нормальным контролем. Затем была создана версия для самостоятельного заполнения в течение жизни, которая, как доказано, эквивалентна этому опроснику (10).

PSY-SR (11) содержит 164 пункта, кодируемых как ответы «да/нет» и организованных в пять доменов: параноидальность (включающая лёгкую сверхбдительность, недоверчивость, подозрительность, толкование отношений и параноидное самоотношение); шизотипичность-шизоидность (исследуются религиозность, суеверность и магическое и странное мышление); межличностную чувствительность (тенденция избегания других из-за страха быть неправильно понятым или подвергнуться критике); расстройства восприятия (диссоциативные феномены и пограничные проявления манифестных галлюцинаций и бредовой феноменологии) и типичные симптомы (типичные симптомы психоза по DSM-IV). Были доказаны превосходные психометрические качества этого метода (11). Домены, которые определяются а priori как характеристичные для Ш или ША (шизоидность, типичные психотические симптомы и расстройства восприятия), достоверно отличают пациентов с такими диагнозами от пациентов с психотическими расстройствами настроения и от всех непсихотических групп. Внутренняя согласованность (коэффициент Кудера-Ричардсона) составляла $>0,50$ для всех доменов и $>0,70$ для 12 из 16 доменов, демонстрируя высокую внутреннюю согласованность. Корреляции между доменами варьировали от 0,39 до 0,77 ($p < 0,01$).

Все оценки проводились клиницистами, прошедшими продолжительную подготовку по применению SCID и других методов исследования. Все интервьюеры постоянно курировались главным клиницистом, осуществлявшим подготовку (АВ); была тщательно просмотрена вся письменная клиническая документация, все расхождения обсуждены и устранены.

Протокол исследования был одобрен местным этическим комитетом и все участники подписали форму письменного информированного согласия.

Статистический анализ проведен с использованием Intercooled Stata 8.2. Различия по переменным между тремя клиническими группами анализировались с помощью однонаправленных анализов переменных (ANOVA) с последующими post-hoc парными сравнениями. Для сравнения пропорций среди исследуемых групп применялся критерий χ^2 Пирсона (или критерий Фишера, если он был приложим). Для уровня достоверности ($0,05/3=0,016$) использовалась поправка Бонферрони для множественных сравнений. Переменные, которые были неизменно связаны с диагнозом, вводились в мультиномиальный логистический анализ с использованием диагноза в качестве конечной точки и Ш – в качестве группы сравнения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В целом для оценивания в период исследования было отобрано 260 пациентов. Из них 20 отказались от участия, 16 исключены из анализа, поскольку были набраны во время госпитализации и не рассматривались как представляющие популяцию психотических больных, лечащихся в социально-ориентированных службах. 27 пациентов получили диагноз SCID, не подходящий для целей данного анализа (7 - биполярные расстройства II, 10 - психотическая депрессия, 3 - бредовые расстройства, 5 - психотические расстройства неуточнённой природы, 2 - психотические расстройства, вызванные биологически активными веществами), и, следовательно, были исключены из исследования.

Окончательная выборка состоит из 197 пациентов с диагнозом SCID Ш ($n=82$), БП-п ($n=60$) или ША ($n=55$). 64% участников ($n=126$) составляли мужчины; средний возраст участников $43,9 \pm 10,6$ лет (от 20 до 65 лет); средняя продолжительность заболевания $21,1 \pm 10,7$ лет (от 1,9 до 45,7 лет). 60 пациентов

постоянно проживали под защитой (30,5%), а 49 (29,4%) приходили только в течение дня. 33 участника (16,8%) нуждались в частых визитах в поликлинику и на дом, и 55 пациентов (27,9 %) лечились амбулаторно с регулярными запланированными встречами. В общем, у 180 пациентов (91 %) не было отмечено полной ремиссии психотической и/или аффективной симптоматики с последнего эпизода заболевания. 94,4% пациентов длительно принимали антипсихотики.

Табл. 1 демонстрирует социодемографические и анамнестические характеристики трёх диагностических групп. В группах ША и БП-п представленность участников, состоящих в браке, достоверно выше, чем в группе Ш. Достоверно более высокая доля пациентов с ША и БП-п была трудоустроена. Не было обнаружено значимых различий между тремя группами по семейному анамнезу расстройств настроения или психотических расстройств и по параметрам коморбидности тревожных расстройств в течение жизни.

Несколько значимых межгрупповых различий было обнаружено в паттернах психотических симптомов (таблица 2). Пациенты с Ш чаще сообщали о кататонических и негативных симптомах, чем пациенты с ША или БП-п. В группе ША представленность пациентов с не менее одного симптома первого ряда по данным SCID (например, спорящие или комментирующие голоса, соматический бред, бред «остановки мысли», императивный и вербальный бред) была промежуточной между группами Ш и БП-п. Данные относительно типа психотической симптоматики не были получены для 18 пациентов, в целом соответствующих выборке лишь возраст на момент дебюта был значительно старше ($26,0 \pm 8,2$ против $22,2 \pm 7,03$; $t=-2,12$, $p<0,05$).

В подгруппе пациентов (51,8%) определен средний общий балл и баллы по отдельным доменам шкал MOODS-SR и PSY-SR. У этих пациентов демографические и клинические характеристики схожи с таковыми тех пациентов, которые не заполняли эти опросники, но их уровень функционирования был выше (общий балл по HoNOS-Rome: $40,2 \pm 10,6$ против $35,4 \pm 9,2$; $t=3,31$ $p<0,001$; по шкале GAF: $46,0 \pm 16,6$ против $51,0 \pm 14,1$; $t=-2,16$, $p<0,05$).

Ни по общим баллам спектра шкал для самостоятельного заполнения, ни по любому из исследованных доменов не было обнаружено значимых отличий, за исключением тенденции к наличию более высоких баллов в домене ритмичности у пациентов с БП-п по сравнению с пациентами с Ш (Тест Бонферрони, $p=0,042$).

Таблица 1. Социодемографические и анамнестические характеристики трёх диагностических групп

	Ш (n=82)	ША (n=55)	БП-п (n=60)
Возраст (M±m)	43.4±9.9	46.6±10.8	42.2±11.0
Пол (% мжч.)	69.5	58.2	61.7
Состоят в браке (%)*	18.8	45.5	41.4
Работают (%)**	64.5	88.7	84.8
Пенсия по инвалидности (%)	38.8	50.0	27.3
Возраст к началу заболевания (лет, M±m)	21.4±7.1	23.2±7.0	23.3±7.5
Длительность заболевания (лет, M±m)	21.9±9.6	22.7±10.8	18.7±11.6
Кол-во предшествующих острых эпизодов (M±m)	6.9±5.8	2.0±1.0	6.8±4.4
Кол-во госпитализаций (M±m)	3.9±4.0	4.3±4.5	3.2±3.4
Кол-во суицидальных попыток (M±m)	2.8±1.7	3.1±2.0	3.1±1.6
Пациенты с суицидальными попытками (%)	31.1	32.6	26.3
Пациенты, живущие под защитой (%)***	41.5	18.2	26.7
Семейный анамнез			
Расстройства настроения (%)	24.4	36.4	40.0
Психотические расстройства (%)	13.4	12.7	15.0
Тревожные расстройства в течение жизни (%)	31.0	33.3	35.7

Ш – шизофрения; ША – шизоаффективное расстройство; БП-п – психотическое биполярное расстройство I

*Ш<ША: $\chi^2=11,14$, $p<0,001$; Ш<БП-п: $\chi^2=8,49$, $p<0,01$

**Ш<ША: $\chi^2=9,61$, $p<0,01$; Ш<БП-п: $\chi^2=6,98$, $p<0,01$

***Ш>ША: $\chi^2=8,18$, $p<0,01$

Таблица 2. Психотические симптомы при шизофрении, шизоаффективном расстройстве и психотическом биполярном расстройстве I

	Ш (n=82)	ША (n=55)	БП-п (n=60)
Галлюцинации (%)*	48.1	28.2	23.7
Аффективно окрашенный бред (%)		51.0	67.3
Кататонические симптомы (%)**	45.1	20.0	20.8
Негативные симптомы (%)***	87.8	58.0	41.5
Симптомы первого ряда (%)****	94.6	78.0	54.5

Ш – шизофрения; ША – шизоаффективное расстройство;

БП-п – психотическое биполярное расстройство I

*Ш>БП-п: $p<0,001$

**Ш>ША, Ш>БП-п: $p<0,01$

***Ш>ША, Ш>БП-п: $p<0,001$

****Ш>ША, ША>БП-п: $p<0,01$; Ш>БП-п: $p<0,001$

По данным общего балла по шкале HoNOS-Rome и баллов по подшкалам социального функционирования и инвалидности, пациенты с Ш продемонстрировали более низкий уровень социального функционирования по сравнению с пациентами из группы БП-п ($F=7,05$, $F=7,10$ и $F=5,26$, $p<0,01$, соответственно) (табл. 3). Баллы по подшкале бремени обслуживания в группе Ш были выше, чем в группах ША и БП-п ($F=12,70$, $p<0,0001$). Баллы по другим подшкалам (психопатология, поведенческие проблемы, инвалидность, условия/возможности окружения) во всех трёх группах достоверно не отличались.

Средний балл по GAF был выше у участников с БП-п и ША по сравнению с пациентами с Ш. Это различие было статистически значимым только в сравнении групп БП-п против Ш (Тест Бонферрони, $p<0,001$).

Паттерн назначения медикаментов показан в таблице 4. Антипсихотики второго поколения чаще назначались в группе Ш, чем в группе БП-п ($\chi^2=7,52$, $p<0,01$). В частности, клозапин чаще применялся у пациентов Ш, чем у пациентов с ША и БП-п ($\chi^2=11,46$, $p<0,001$ и $\chi^2=14,44$, $p<0,0001$, соответственно). Напротив, антиконвульсанты в группе БП-п назначались чаще, чем в группе Ш ($\chi^2=14,44$, $p<0,0001$) или ША ($\chi^2=7,52$, $p<0,01$).

Мы выполнили мультиномиальный логистический анализ, вводя показатели, которые достоверно различались в трёх диагностических группах, в качестве независимых переменных. Конечным показателем являлся диагноз, а базовой категорией была Ш. Эта модель была статистически значимой ($p<0,001$; $LR\chi^2(22)=90,49$; $\log$ подобия =100,30; $pseudo R^2=0,31$). Мультивариантный анализ продемонстрировал, что, по сравнению с Ш, диагноз ША был позитивно связан с состоянием в браке (OR 3,77; $p<0,05$) и с наличием аффективно окрашенных психотических симптомов (OR 1,66; $p<0,01$), и негативно связан с наличием негативной симптоматики (OR 0,16; $p<0,01$).

Таблица 3. Психосоциальное функционирование при шизофрении, шизоаффективном расстройстве и психотическом биполярном расстройстве I

	Ш (n=82)	ША (n=55)	БП-п (n=60)
Подшкала социального функционирования HoNOS-Rome (M±m)*	11.7±3.7	10.0±3.6	9.4±3.7
Подшкала поведенческих проблем HoNOS-Rome (M±m)	3.9±1.2	3.9±1.1	3.8±1.2
Подшкала инвалидности HoNOS-Rome (M±m)**	3.6±1.3	3.1±0.9	3.0±1.0
Подшкала психопатологии HoNOS-Rome (M±m)	6.1±2.3	6.1±2.6	5.1±2.6
Подшкала условий / возможностей окружения HoNOS-Rome (M±m)	5.7±2.2	5.3±2.4	5.4±2.3
Подшкала бремени обслуживания HoNOS-Rome (M±m)***	8.2±2.3	7.0±2.3	6.2±2.2
Общий балл по HoNOS-Rome (M±m)*	59.3±9.2	35.6±9.2	33.4±9.0
Общий балл по GAF (M±m)*	43.9±15.0	49.6±14.4	54.8±15.0

Ш – шизофрения; ША – шизоаффективное расстройство; БП-п – психотическое биполярное расстройство I; HoNOS-Rome – шкалы Health of the Nation Outcome Scales-Rome; GAF – шкала Global Assessment of Functioning

*Ш против БП-п: $p<0,001$

** Ш против БП-п: $p<0,016$

*** Ш против ША: $p<0,016$; Ш против БП-п: $p<0,001$

Таблица 4. Паттерны назначения медикаментозных препаратов при шизофрении, шизоаффективном расстройстве и психотическом биполярном расстройстве I

	Ш (n=77)	ША (n=49)	БП-п (n=57)
Все АВП (%)*	85.7	73.5	66.7
Оланзапин (%)	31.2	26.5	36.8
Рisperидон (%)	13.0	24.5	17.5
Кветиапин (%)	6.5	12.2	8.8
Клозапин (%)**	37.7	10.2	8.8
Все АПП (%)	50.6	59.2	43.9
Антиконвульсанты (%)***	28.6	34.7	61.4
Антидепрессанты (%)	31.2	30.6	50.9
Литий (%)		10.2	19.3

Ш – шизофрения; ША – шизоаффективное расстройство;

БП-п – психотическое биполярное расстройство I;

АВП – антипсихотики второго поколения;

АПП – антипсихотики первого поколения

*Ш против БП-п: $p<0,01$

** Ш против БП-п: $p<0,001$; Ш против ША: $p<0,01$

***ША против БП-п: $p<0,01$; Ш против БП-п: $p<0,001$

Диагноз БП-п был позитивно связан с состоянием в браке (OR 5,71; $p<0,01$), с наличием аффективно окрашенного бреда (OR 2,06; $p<0,001$), и наоборот, негативно связан с негативной симптоматикой (OR 0,10; $p<0,001$) и с симптомами первого ряда (OR 0,04; $p<0,01$).

ОБСУЖДЕНИЕ

Наше исследование имело целью определить характеристику пациентов с расстройствами психотического спектра, проходящих лечение в отделениях охраны психического здоровья Италии. Интеграция различных вмешательств (фармакотерапия, семейная поддержка и социальная работа) с индивидуальным

ведением и обеспечением материального благополучия являются ключевыми аспектами таких социально ориентированных психиатрических служб, которые в основном сосредоточиваются на «реальной» популяции пациентов (13,14).

Оценка, выполненная подготовленными интервьюерами с помощью стандартного диагностического процесса, показала, что, независимо от диагностической категории, пациенты, опрошенные в этих специфических условиях, отличались большой средней продолжительностью болезни (приблизительно 20 лет) и относительно малыми госпитализациями (в среднем 3). Более того, большинство пациентов после последнего эпизода болезни не восстановились полностью и длительно лечились антипсихотиками, имея относительно тяжёлое и стойкое течение заболевания.

Частота диагноза БП-п (60 пациентов, 27% выборки) была средней между частотой диагнозов Ш (82 пациента, 37% выборки) и ША (55 пациентов, 25% выборки). Высокая доля диагноза биполярного расстройства-I (согласно оценке по SCID) среди данной популяции пациентов вызвала удивление при сравнении с исследованиями подобных выборок (1-5). Наши результаты подтверждают, что субпопуляция психотических биполярных пациентов характеризуется персистирующим течением заболевания и неблагоприятным исходом и требует длительного лечения антипсихотиками (15, 16).

При унивариантном анализе в трёх диагностических группах не было выявлено достоверных различий в социодемографических параметрах (например, средний возраст, распределение по полу, пенсия по инвалидности), некоторых клинических характеристиках (например, средний возраст на момент начала заболе-

вания, продолжительность заболевания, количество острых эпизодов и госпитализаций, коэффициент суицидальности, коморбидные тревожные расстройства) и семейном анамнезе психотических расстройств и расстройств настроения. В согласии с предыдущими исследованиями, частота различных типов психотических симптомов (в соответствии с оценкой по SCID) достоверно отличалась (17-20). Симптомы первого ряда чаще отмечались при Ш по сравнению с ША и БП-п, а аффективно окрашенный бред был более частым в группе с БП-п, чем в группе с Ш. Эти различия подтверждены мультиномиальным логистическим регрессионным анализом.

Унивариантный анализ также выявил некоторые различия между тремя группами по уровню функционирования (процент живущих под защитой пациентов, пациентов, состоящих в браке, и пациентов, которые всё ещё работают; общее и социальное функционирование и бремя обслуживания). Хотя эти данные согласуются с предшествующими исследованиями, связывая ША с расстройствами настроения с точки зрения течения и исхода (20-23), при изучении параметров, связанных с функционированием, в мультивариантном анализе коррелятом диагноза Ш осталось только состояние в браке, демонстрируя значительное перекрытие между тремя диагностическими группами.

Мы обнаружили, что эти три диагностические группы не имеют достоверных отличий ни по 5-ти доменам PSY-SR, ни по 7-ми доменам MOODS-SR. Это несоответствие между клинически оцениваемым профилем симптомов и психопатологией, изучаемой с помощью самооценки, является интересным фактом. Следует помнить, что самостоятельная оценка, с помощью PSY-SR и MOODS-SR касается последнего месяца перед интервью, тогда как психотические симптомы оценивались в течение жизни. Однако такой объёмный анализ выявляет похожие ряды баллов по психопатологии при Ш, ША и БП-п. Этот результат вместе с данными клинических проявлений и уровней функционирования поддерживает идею о том, что между этими тремя психозами имеется больше сходства, чем отличий (24).

Необходимо учитывать некоторые ограничения нашего исследования. Во-первых, изучаемая выборка состояла из пациентов с персистирующими и тяжёлыми психотическими расстройствами что ограничивает распространение наших результатов на популяцию с психотическими симптомами в целом. Более того, эти результаты частично основаны на ретроспективных сообщениях; следовательно, нельзя

исключить потенциальное искажающее воздействие тенденциозности ретроспективных воспоминаний. Кроме того, во время оценки все пациенты получали фармакологическое лечение, что могло внести свой вклад в изменения их исходных психопатологических характеристик.

Объёмная оценка не может рассматриваться в качестве репрезентативной для всей популяции наших психотических пациентов, поскольку опросники заполнялись только подгруппой пациентов с меньшими нарушениями. Психопатологическая оценка также основывалась преимущественно на баллах по SCID. Более глубокая стандартизированная оценка могла бы, вероятно, выявить незначительные, но важные клинические межгрупповые различия. Данные относительно семейного анамнеза наших пациентов могли оцениваться в недостаточной степени из-за сложностей при получении достоверной информации от пробандов или из их медицинских записей. Наконец, организационные проблемы помешали нам выполнить нейрокогнитивную оценку, что могло бы предоставить ценную информацию для дифференцирования этих трёх диагностических категорий.

Благодарность

Финансирование для этого исследования было предоставлено Italian National Institute of Health и IDEA Foundation, Милан, Италия. Авторы хотели бы поблагодарить руководителей и персонал отделений охраны психического здоровья, принимавших участие в исследовании (Drs. E.Quattrocchi, D.Bizzarri, G.Corlito, N. Magnani, E.Marchi, A.Soriani, R.Raimondi, S.Vignoli, F. Lazzerini, F.Carratori, D.Toschi, C.Rossi, E.Macchi, D. Pirolo, A.Garofalo, A.Fanali, C.Mastrocinque, M. Di Fiorino, M.Garuglieri, A.Ceru и A.Miniati), интервьюеров (A.Adamovit, A.Baldini, C.Bolognese, F.Casamassima, G. Ceraudo, A. Del Debbio, M.R. Doria, F.Golia, G.Griesi, P. Iazzetta, M.Liberti, S.Lojo, V.Menniti, M.S.Mian, M.C. Monje, M.S.Montagnani, N.Mosti, F.Mungai, S.Navri, M. Polini, L.Rossi, E.Schiavi, S.Spagnolli и C.Taponecco), менеджера по данным и всех участников исследования за сотрудничество и помощь.

Список литературы

1. Ruggeri M, Leese M, Slade M et al. Demographic, clinical, social and service variables associated with higher needs for care in community psychiatric service patients. The South

- Verona Outcome Project 8. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2004;39:60-8.
2. Macpherson R, Haynes R, Summerfield L et al. From research to practice: a local mental health services needs assessment. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2003;38:276-81.
 3. Lelliott P, Audini B, Knapp M et al. The mental health residential care study: classification of facilities and description of residents. Br J Psychiatry 1996;169:139-47.
 4. Meltzer H, Gill B, Hinds K et al. The prevalence of psychiatric morbidity among adults living in institutions. Int Rev Psychiatry 2003;15:129-33.
 5. de Girolamo G, Picardi A, Santone G et al. The severely mentally ill in residential facilities: a national survey in Italy. Psychol Med 2005;35:421-31.
 6. First MB, Spitzer RL, Gibbon M et al. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID). Washington: American Psychiatric Press, 1997.
 7. Conti L, Rossi A, Massimetti G. The project of a national data bank for the psychiatric care in Italy. Eur Psychiatry 1998;13(Suppl. 4):13.
 8. Morosini P, Gigantesco A, Mazzarda A et al. HoNOS-Rome: an extended, customized, and longitudinal oriented version of the HoNOS. Epidemiol Psichiatri Soc 2003;12:53-62.
 9. Jones SH, Thornicroft G, Coffey M et al. A brief mental health outcome scale -reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). Br J Psychiatry 1995;166:654-9.
 10. Dell'Osso L, Armani A, Rucci P et al. Measuring mood spectrum disorder: comparison of interview (SCI-MOODS) and self-report (MOODS-SR) instruments. Compr Psychiatry 2002;43:69-73.
 11. Sbrana A, Dell'Osso L, Benvenuti A et al. The psychotic spectrum: validity and reliability of the Structured Clinical Interview for the Psychotic Spectrum. Schizophr Res 2005;75:375-87.
 12. Fagiolini A, Dell'Osso L, Pini S et al. Validity and reliability of a new instrument for assessing mood symptomatology: the Structured Clinical Interview for Mood Spectrum (SCI MOODS). Int J Methods Psychiatr Res 1999;8:71-81.
 13. Thornicroft G, Tansella M. Growing recognition of the importance of service user involvement in mental health service planning and evaluation. Epidemiol Psichiatri Soc 2005;14:1-3.
 14. Tansella M, Amadeo F, Burti L et al. Evaluating a community-based mental health service focusing on severe mental illness. The Verona experience. Acta Psychiatr Scand 2006;429:90-4.
 15. Post RM. Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. Am J Psychiatry 1992;149:999-1010.
 16. Coryell W, Turvey C, Endicott J et al. Bipolar I affective disorder: predictors of outcome after 15 years. J Affect Disord 1998;50:10916.
 17. Evans JD, Heaton RK, Paulsen JS et al. Schizoaffective disorder: a form of schizophrenia or affective disorder? J Clin Psychiatry 1999; 60:874-82.
 18. Benabarre A, Vieta E, Colom F et al. Bipolar disorder, schizoaffective disorder and schizophrenia: epidemiological, clinical and prognostic differences. Eur Psychiatry 2001;16:167-72.
 19. Kendler KS, Neale MC, Walsh D. Evaluating the spectrum concept of schizophrenia in the Roscommon Family Study. Am J Psychiatry 1995;152:749-54.
 20. Jager M, Bottlender R, Strauss A et al. Fifteen year follow-up of ICD-10 schizoaffective disorders compared with schizophrenia and affective disorders. Acta Psychiatr Scand 2004;109:30-7.
 21. Moller HJ, Hohe-Schramm M, Cording-Tommel C et al. The classification of functional psychoses and its implications for prognosis. Br J Psychiatry 1989;154:467-72.
 22. Pope HG, Lipinski JF, Axelrod DT. «Schizoaffective disorder»: an invalid diagnosis? A comparison of schizoaffective disorder, schizophrenia and affective disorder. Am J Psychiatry 1980;137:921-7.
 23. Nardi AE, Nascimben I, Freire RC et al. Demographic and clinical features of schizoaffective (schizobipolar) disorder – a 5-year retrospective study. Support for a bipolar spectrum disorder. J Affect Disord 2005;89:201-6.
 24. Craddock N, Owen M.J. Rethinking psychosis: the disadvantages of a dichotomous classification now outweigh the advantages. World Psychiatry 2007;6:84-91.

ПОЛИТИКА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Отчет Целевой группы ВПА по «перекачке» мозгов

OYE GUREJE, SHEILA HOLLINS, MICHEL BOTBOL, AFZAL JAVED, MIGUEL JORGE, VIOLET OKECH, MICHELLE RIBA, JITENDRA K. TRIVEDI, NORMAN SARTORIUS, RACHEL JENKINS

Перекачка мозгов врачей является темой для многих дебатов. ВПА назначило целевую группу для исследования этого феномена и выяснения, насколько он касается психиатров. Эта статья описывает работу целевой группы и рекомендации по предотвращению проблемы.

Ключевые слова: перекачка мозгов, психиатры, неразвитые и развивающиеся страны

(World Psychiatry 2009;8:115-118)

Работники здравоохранения обеспокоены, что в странах, в которых распространено наибольшее количество болезней, катастрофически не хватает работников здравоохранения. Например, в Африке при 25% всемирных болезней всего 3% работников здравоохранения, 1% экономических ресурсов для борьбы с ними. По данным ВОЗ 57 стран с острой нехваткой работников здравоохранения 36 африканских (1). В ходе исследований определился наибольший недостаток работников здравоохранения в Юго-Восточной Азии, а также в Субсахарской Африке. Начиная с 1960 года (3-5) имела место эмиграция профессионалов высокого класса из неразвитых в развитые страны (феномен, названный перекачкой мозгов). Особенно это заметно в Субсахарской Африке. Высококвалифицированные врачи и медсестры, которые могли бы играть важную роль в системе здравоохранения, иммигрировали в развитые страны. Настоящая ситуация в Африке отличается от ситуации 1980-х годов, когда специалисты иммигрировали в развитые страны для повышения квалификации, но возвращались домой для служения своей стране.

ЦЕЛЕВАЯ ГРУППА ВПА ПО «ПЕРЕКАЧКЕ» МОЗГОВ

Целевая группа ВПА по перекачке мозгов была организована исполнительным комитетом ВПА к концу 2006 года. Ее целью было исследовать, как из неразвитых стран уезжали психиатры, и попытаться решить эту проблему.

Целевая группа проводила специальные собрания, литературные ревью, телеконференции и спе-

циальные консультации. Дискуссии были проведены с главными служащими отдела ВОЗ психического здоровья и злоупотребления веществами. Двум группам психиатров раздавали вопросы относительно причин и последствий миграции. Одна группа психиатров состояла из эмигрантов, работающих в Великобритании, а другая – из работающих у себя на родине - в Нигерии, Кении и Танзании. Для эмигрантов были включены вопросы по опыту миграции, насколько эмигрировавшие психиатры готовы обеспечить клиническую и академическую поддержку своим странам и что для этого необходимо сделать; для психиатров, живущих на родине, - вопросы по опыту работы в собственных странах, было ли желание уехать из родной страны и что можно сделать для предотвращения миграции. Вопросники были отправлены 60 психиатрам-эмигрантам в Великобританию, 30 психиатрам, живущим на родине в Нигерии, 8 психиатрам в Кении, 4 психиатрам в Танзании. Психиатры-эмигранты были привлечены через национальные ассоциации в Великобритании с помощью Шейли Холлинс (в то время президент Королевского колледжа психиатров). 21 (32%) психиатр-эмигрант и 28 (67%) психиатров, живущих на родине, вернули заполненные опросники.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛИТЕРАТУРНЫХ РЕВЬЮ И ОБЗОРОВ

Литературные ревью обнаружили, что за последние полвека большинство психиатров иммигрируют в США, Великобританию, Канаду и Австралию (13, 14). Азиаты мигрируют в Северную Америку, египтяне – в

страны, экспортирующие нефть, из Восточной Европы мигрируют в страны Европейского Союза (15). Даже в Африке врачи из соседних африканских стран мигрируют в Южную Африку, тогда как из Южной Африки мигрируют в развитые страны. Из Субсахарской Африки мигрируют 23% высококвалифицированных врачей и 5% высококвалифицированных медсестер (1). Наибольшее значение имеют заработки врачей. В развитых странах они, естественно, выше. Рабочие условия и низкие заработки являются основной причиной миграции (18). Есть три категории мигрирующих врачей: те, кто уезжают учиться и не возвращаются; те, которые едут повышать квалификацию, возвращаются и работают некоторое время, а потом уезжают; те, которые получают местное образование, работают и уезжают (19). Основными причинами миграции являются: недостаток исследовательских средств, ограниченные возможности для карьеры, низкие зарплаты, плохие жизненные условия, недостаточно хорошее образование для детей (20-23). А в развитых странах всегда есть места для высококвалифицированных специалистов, высокие зарплаты, хорошие бытовые условия и возможности для интеллектуального роста. Из-за миграции квалифицированных врачей в неразвитых странах часто остро стоит проблема получения квалифицированной медицинской помощи (5). Перекачка мозгов отрицательно сказывается на здоровье и, как следствие, влияет на демографическую ситуацию. Очень выросла миграция из Центральной Азии, особенно из Китая. В 1995-1996 годах оттуда в Австралию эмигрировало 30% врачей (25). Репортажи с афро-арабской конференции в Адис-Абебе показали, что 54% врачей из неразвитых стран (арабские и африканские университеты) работают в Европе и Северной Америке. Программа развития Объединенных Наций отметила, что более 15 тыс. арабских врачей иммигрировали в развитые страны с 1998 по 2000 года, 25% из 30 тыс. Выпускников практикуют за границей.

Среди иммигрирующих врачей немало психиатров. США, Великобритания и Канада часто набирают специалистов из развивающихся стран. Наибольшее число мигрировавших врачей и психиатров в Великобритании (5): 26,4% психиатров общего профиля, 32,2% геронтологов, 58,19% специальные педагоги приглашены из-за границы (27). В Австралии 2,200 психиатров на 20 миллионное население, в том числе 15% иностранные врачи, в большинстве из развивающихся стран Юго-Восточной Азии. В Великобритании на 1 миллион населения приходится 40

психиатров, а в Субсахарской Африке – менее одного психиатра, в Индии 4 психиатра на миллион населения (28). Индия и Субсахарская Африка являются основными поставщиками психиатров в Великобританию. В Ганне 13 психиатров (из них 8 ушли на пенсию) на 8 миллионов населения, тогда как гораздо больше ганнских психиатров работают в канадском Торонто чем в Ганне. Если психиатры, мигрировавшие из Нигерии в Великобританию, вернутся на родину, соотношение изменится с 0,09 до 0,26 на 100,000.

Есть много сообщений о вакансиях в развивающихся странах (30). В некоторых странах результат эмиграции психиатров будет драматическим, поскольку в развивающихся странах профессия психиатра не пользуется спросом у выпускников медицинских университетов из-за стигмы низкого профессионального статуса у населения и коллег. Исследование, проведенное целевой группой среди иммигрантов Великобритании в 2007-2008гг, выявило, что основными причинами для иммиграции были профессиональная изоляция и поиски лучших возможностей для обучения. Некоторые из них, повысив квалификацию, не хотели возвращаться, потому что их квалификация не была бы признана на родине. Некоторые обнаружили разницу между методами, используемыми психиатрами в Великобритании и у себя дома, и не хотели возвращаться. Разница также в условиях лечения больных, включающая нарушения прав человека. Второе исследование показало, что 75% (21 из 28) психиатров Нигерии, Кении и Танзании намеревались эмигрировать, 6 надеялись эмигрировать, 15 отказались от идеи из-за семейных обстоятельств, 4 надеялись на положительные изменения в своей стране. Среди причин миграции отмечались низкая зарплата, неудовлетворенность работой, желание лучшего образования для детей и профессиональная изоляция. Важными причинами для эмиграции являются недостаток профессиональных возможностей и несоответствующие программы обучения. Для уменьшения миграции необходимо улучшить профессиональные возможности для обучения, необходимо, чтобы эмигранты, повысившие квалификацию за рубежом, вернулись для обучения своих коллег на родине. В ходе опроса выяснилось, что многие готовы вернуться и содействовать обучению врачей, принимать участие в исследованиях и обеспечить клиническую поддержку. Тем не менее у 81% опрошенных были те или иные препятствия для осуществления этого. Основными барьерами были ограничения в действующем контракте и административные или бюрократические процедуры на родине. Поэтому многие врачи-эмигранты скептически отнеслись к этой идее.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Результаты исследования показали, что проблема перекачки мозгов серьезна и трудноразрешима из-за огромного потока миграции врачей, особенно психиатров. Предложения Scott et al (30) и международных стратегий, апеллирующих к этике “миграции навыков” из ресурсов мирового банка, ВОЗ, Всемирной Медицинской Ассоциации и Организации “Оставайтесь дома” помогают, но их недостаточно. Результаты выявили критическую ситуацию в неразвитых и развивающихся странах, и причины миграции должны быть исследованы. Целевая группа рекомендует обратить внимание на развитие служб здоровья в неразвитых и развивающихся странах. ВОЗ будет работать в странах, заинтересованных в перекачке мозгов, чтобы ограничить поток специалистов в США, Великобританию, Канаду и Австралию, а также содействовать развитию служб психического здоровья и повышению квалификации специалистов в неразвитых и развивающихся странах. ВПА должна заручиться активной поддержкой национальных обществ в Великобритании, США, Австралии и Канаде с целью ограничения набора врачей из неразвитых стран. Необходимо включить пункт о том, что нельзя приглашать врачей из самых неразвитых стран. ВПА должна найти способы осуществления учебных программ в этих странах, где наблюдается их нехватка а также наладить партнерские отношения с обществами-членами, такими, как Королевский колледж психиатров в Великобритании, которые заинтересованы в поддержании подобных инициатив или уже осуществляют их с помощью волонтерских программ. У ВПА должна быть программа для поддержки психиатров, работающих в изоляции в неразвитых странах. Этим психиатрам нужно помочь наладить связь с коллегами в своем регионе и за его пределами. Один из способов – дать возможность посещать собрания и встречи ВПА. Наше исследование выявило, что профессиональная изоляция является одной из причин миграции и для ее предотвращения необходимо налаживание профессиональных связей. ВПА тоже может внести профессиональный вклад в образование специалистов из неразвитых стран: а) обеспечить бесплатную доставку научных журналов, б) развить партнерские отношения для поддержки присутствия на собраниях, в) способствовать основанию обучающих веб-сайтов этих специалистов для обеспечения связи между ними и членами ВПА. ВПА может помочь психиатрам-эмигрантам способствованием обучению в своих

странах. Наш обзор выявил, что многие психиатры готовы были сделать это, но мешал ряд препятствий, основные из которых невозможность оставить работу на время, а также проблема признания диплома, полученного за рубежом. ВПА вместе с национальными обществами должна найти пути для решения этих проблем. Ганнские психиатры из диаспоры устроили тренинг для тренеров в Ганне, который проводили психиатры-эмигранты. Другие страны тоже могут начать такую программу. Проблема перекачки мозгов стоит очень остро среди психиатров. ВПА понимает сложность этой проблемы и готова помочь.

Список литературы

1. World Health Organization. The world health report 2006: working together for health. Geneva: World Health Organization, 2006.
2. Joint Learning Initiative. Human resources for health: overcoming the crisis. Cambridge: Joint Learning Initiative, 2004.
3. Carrington WJ, Detragiache E. How big is the brain drain? IMF Working Paper 98/102, 1998.
4. Lohr K, Vanelow NA, Detmer DE. The nation's physician workforce: options for balancing supply and requirements. Washington: National Academics Press, 1996.
5. Mullan F. The metrics of the physician brain drain. N Engl J Med 2005;353:1810-8.
6. Mejia A, Pizurki H, Royston E. Physician and nurse migration: analysis and policy implications. Geneva: World Health Organization, 1979.
7. Sanders D, Dovlo D, Meeus W et al. Public health in Africa. In: R. Beaglehole (ed). Global public health: a new era. Oxford: Oxford University Press, 2003:135-55.
8. Meeus W. “Pull” factors in international migration of health professionals: an analysis of developed countries' policies influencing migration of health professionals. Bellville: University of the Western Cape, 2003.
9. Huddart J, Picazo O. The health sector human resource crisis in Africa. Washington: Bureau for Africa, Office of Sustainable Development, United States Agency for International Development, 2003.
10. Hyder AA. Third world brain drain: performance of health professionals and systems needs to be assessed. BMJ 2003;327:929-30.
11. Padarath A, Chamberlain C, McCoy D et al. Health personnel in Southern Africa: confronting maldistribution and brain drain. Equinet Discussion Paper no. 4, 2003.
12. Ana JN. Africa's medical brain drain: brain gain and brain circulation result when drain is reversed. BMJ 2005;331:780.
13. Martineau T, Decker K, Bundred P. “Brain drain” of health professionals: from rhetoric to responsible action. Health Policy 2004;70: 1-10.

14. Mullan F, Politzer RM, Davis CH. Medical migration and the physician workforce: international medical graduates and American medicine. *JAMA* 1995;273:1521-7.
15. Ahmad OB. Managing medical migration from poor countries. *BMJ* 2005;331:43-5.
16. Hertzberg F, Mausner B, Snyderman B. The motivation to work. New York: Wiley, 1959.
17. Roenen C, Ferrinho P, van Dornael M et al. How African doctors make ends meet: an exploration. *Trop Med Int Health* 1997;2: 127-35.
18. McCallum N, Tyler V. International experience with civil service censuses and civil service databases. London: International Records Management Trust, 2001.
19. Kirigia J, Gbary AR, Muthuri LK et al. The cost of health professionals' brain drain in Kenya. *BMC Health Serv Res* 2006;6:89.
20. Pang T. Brain drain and health professionals: a global problem needs global solutions. *BMJ* 2002;324:499-500.
21. Kupfer L, Hofman K, Jamwan R et al. Strategies to discourage brain drain. *Bull World Health Organ* 2004;82:616-23.
22. Alem A, Jacobsson L, Hanlon C. Community-based mental health care in Africa: mental health workers' views. *World Psychiatry* 2008;7:54-7.
23. McDaid D, Knapp M, Raja S. Barriers in the mind: promoting an economic case for mental health in low- and middle-income countries. *World Psychiatry* 2008;7:79-86.
24. Stilwell B, Diallo K, Zurn P et al. Migration of health-care workers from developing countries: strategic approaches to its management. *Bull World Health Organ* 2004;82:595-600.
25. Australian Medical Workforce Advisory Committee. Annual Report 2001-2002. Canberra: Australian Medical Workforce Advisory Committee, 2002.
26. Goldberg D. The NHS International fellowship scheme for consultant psychiatrists. Newsletter of the Faculty of General and Community Psychiatry 2003;6:5-6.
27. Goldacre MJ, Davidson JM, Lambert TW. Country of training and ethnic origin of UK doctors: database and survey studies. *BMJ* 2004;329:597.
28. World Health Organization. Atlas country profiles of mental health resources. Geneva: World Health Organization, 2001.
29. Patel V. Recruiting doctors from poor countries: the great brain robbery? *BMJ* 2003;327:926-8.
30. Ndeti D, Karim S, Mubasshar M. Recruitment of consultant psychiatrists from low and middle income countries. *Int Psychiatry* 2004;1:15-8.
31. Scott ML, Whelan A, Dewdney J et al. "Brain drain" or ethical recruitment? *Med J Australia* 2004;180:174-6.
32. Lancet Mental Health Group. Scale up services for mental disorders: a call for action. *Lancet* 2007;370:1241-52.

Когда психиатр считается хорошим? Обзор клиницистов, ответственных за психиатрическое обучение в Великобритании

DINESH BHUGRA, KANDIAN SIVAKUMAR, GARETH HOLSGROVE, GEORGIA BUTLER, MORVEN LEESE

Целью этой статьи является определение ключевых качеств, необходимых для того, чтобы считаться хорошим психиатром и стать членом Королевского колледжа психиатров. Был проведен опрос обучающихся клиницистов, ответственных за психиатрическое обучение в Великобритании. Эти клиницисты были одобрены Королевским колледжем психиатров. Из 163 (69,3%) клиницистов ответили 113. В числе самых важных качеств хорошего психиатра были отмечены компетентность в диагнозе, умение менеджмента и исследования (98%). В силу недавнего изменения в обучении в Великобритании обзоры такого типа имеют целью понять взгляды клиницистов, которые должны быть распространены и на обучающихся.

Ключевые слова: хороший психиатр, психиатрическое обучение, профессиональная компетентность.

(World Psychiatry 2009;8:119-120)

Королевский колледж психиатров опубликовал “Хорошую психиатрическую практику” (1) в 2000 г., а в 2009г. — исправленное и дополненное издание. Качества хорошего психиатра включают клиническую компетентность, умение общаться и искусство слушать, понимание групповой динамики, способность работать в команде, умение принимать решения и обладать навыками менеджера, понимать роль и статус уязвимых пациентов, способность к эмпатии, а также умение трезво оценить ситуацию.

В рамках национальной службы здоровья проводятся специальные учебные программы (одобренные Королевским колледжем психиатров) клиницистами, ответственными за обучение, кураторство и поддержку обучаемых. Кураторы должны поддерживать кандидата для экзамена, который позволяет стать членом Королевского колледжа психиатров, без престижного статуса которого невозможно продвигаться и получить статус в узкой специализации в области психиатрии — общей, общинной, детской и подростковой, судебной, геронтопсихиатрии, психотерапии и психиатрии для лиц с ограниченными интеллектуальными возможностями.

Хотя в США и Канаде имеются отчеты компетентности, включающие концепцию для клинической практики, в Великобритании эта концепция

сформировалась недавно. Шейбер и Крамер (6) полагают, что уровень профессиональной компетентности должен измеряться по скользящей шкале. Mikhael опубликовал характеристику профессиональной компетентности для врачей; она включает умение диагностировать, искусство общаться, обладание навыками менеджера. Когда стажеры получают степень MRCPsych на основании экзамена, они должны ознакомиться со всеми стандартами, принятыми в обучении и практике. До недавнего времени эти стандарты контролировались Королевским колледжем психиатров, но 30 сентября 2005 года ответственность за это перешла к РМЕТВ. Преподаватели-клиницисты ответственны за обучение и находятся в постоянной связи со своими стажерами. Мы решили проинтервьюировать преподавателей-клиницистов по вопросу, что входит в понятие хорошего психиатра разослав по почте всем преподавателям Королевского колледжа психиатров опросники. “Хорошая психиатрическая практика” провела свой опрос (табл. 1). Из 163 преподавателей, которым были посланы опросники, ответили 113 (69%). Все опрошенные пришли к соглашению относительно профессиональной компетентности в плане диагноза, исследований, умения общаться и способности принимать правильные клинические решения.

Таблица 1. Характеристика хорошего психиатра согласно данного исследования (n=113)

Характеристики	Да N(%)	Нет N(%)	Не знаю N(%)
Клиническая компетентность в диагнозе, исследованиях и в управлении	111 (98.2)	2 (1.8)	0
Умение общаться и слушать	109 (96.5)	1 (0.9)	3 (2.6)
Понимать групповую динамику	46 (40.7)	5 (4.4)	62 (54.9)
Умение работать в атмосфере, где принимается во внимание мнение каждого члена команды	99 (87.6)	2 (1.8)	12 (10.6)
Способность принимать соответствующие клинические решения	110 (97.3)	3 (2.6)	0
Способность оценки персонала	15 (13.3)	7 (6.2)	91 (80.5)
Понимание основных принципов управления	37 (32.7)	6 (5.3)	70 (61.9)
Понимание и осознание роли и статуса уязвимых пациентов	94 (83.2)	5 (4.4)	14 (12.4)
Умение эмпатировать, приободрять и давать надежду пациентам	94 (83.2)	3 (2.6)	16 (14.2)
Критическое осознание эмоциональных всплесков в клинических ситуациях	78 (69.0)	3 (2.6)	32 (28.3)

Респонденты не могли сказать точно необходимы ли принципы менеджмента и понимание групповой динамики для стажеров. Все эти качества необходимы для хорошего психиатра. Не удивительно, что большинство респондентов отметили уровни знаний и профессиональных навыков, действительно необходимые психиатрам. Удивительным было то, что большинство опрошенных не могли сказать, необходимы ли знания групповой динамики. Впоследствии Королевский колледж психиатров потребовал проведения обучения по групповой динамике.

Список литературы

1. Royal College of Psychiatrists. Good psychiatric practice. London: Royal College of Psychiatrists, 2009.
2. General Medical Council. Good medical practice. London: General Medical Council, 2006.
3. Scheiber SC, Kramer TAM, Adamowski SE (eds). Core competencies for psychiatric practice. Washington: American Psychiatric Publishing, 2003.
4. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. CanMEDS 2000 Project Report. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 1996.
5. Andrews LB, Burruss JW. Core competencies of psychiatric education. Washington: American Psychiatric Publishing, 2004.
6. Scheiber SC, Kramer TAM. What core competencies mean to psychiatrists and trainees. In: Scheiber SC, Kramer TAM, Adamowski SE (eds). Core competencies for psychiatric practice. Washington: American Psychiatric Publishing, 2003:3-6.
7. Mikhael NZ. Advance standards: the Canadian concept of speciality competencies as delineated by physician roles. In: Scheiber SC, Kramer TAM, Adamowski SE (eds). Core competencies for psychiatric practice. Washington: American Psychiatric Publishing, 2003: 23-42.

Еще раз о реформе в психиатрии

GEORGE CHRISTODOULOU

Hellenic Centre for Mental Health and Research, Athens, Greece

Тенденция к созданию общественных психиатрических служб кажется универсальной. Тем не менее, прежде чем закрывать психиатрическую больницу, необходимо создать соответствующие альтернативные возможности в обществе. Каждая программа по деинституализации должна иметь диахронический компонент, и должны приниматься во внимание культуральные проблемы. Уход за каждым пациентом должен быть определен на основе его особенностей. Наконец, де-институализация является лишь одним из аспектов психиатрической реформы. Первичная психиатрическая профилактика важна в той же степени или даже больше.

Key words: Реформа в психиатрии, деинституализация, общественные психиатрические службы, первичная профилактика

(*World Psychiatry* 2009;8:121-122)

Предоставление психиатрических услуг претерпело множество изменений в соответствии с доминирующими научными идеями, социальными изменениями, политическими решениями, экономическими соображениями и рядом других параметров. Что было хорошо сто лет назад, более не является хорошим и на самом деле может быть очень плохим. Возьмем в качестве примера психиатрическую больницу. Когда психиатрическая больница была введена в психиатрии, это служило хорошей цели, и этой целью была интеграция психиатрии в общую медицину. Этот вид предоставления психиатрических услуг был поддержан научным сообществом того времени, поскольку являлся подлинным освобождением пациентов от насмешек на улицах и от того, чтобы быть средством развлечения для всех остальных граждан. Происхождение слова *asylum* (от греческого *Ἀσυλο*) указывает на это направление. Такие люди, как Emil Kraepelin, очень поддерживали эти изменения, и действительно система работала в течение значительного периода времени. Однако спустя некоторое время (в основном, по причинам, связанным с недостаточным финансированием и нехваткой персонала), функция психиатрической больницы начала ухудшаться, проявились негативные свойства и она приобрела свое нынешнее значение. Это неизбежно привело к постепенному отказу от психиатрической больницы и к усилиям, направленным на организацию психиатрии совместно с общественными направлениями. Тенденция была подкреплена пониманием того, что дезинтеграция

личности пациентов с шизофренией была не столько следствием болезни, сколько, в значительной степени, институциональной жизни (в психиатрической больнице) пациентов. Большой вклад также внесли преобладавшие в то время гуманистические отношения в обществе.

Создание общественных психиатрических служб приходило различными темпами в Европе и в других местах, но тенденция, как представляется, была универсальной во всех странах. Характерно, что даже в уставах Психиатрической ассоциации стран Восточной Европы и Балкан, ассоциации, состоящей из обществ психиатров с традиционными психиатрическими службами, создание этих служб в сообществе получило признание и приоритет с согласия всех учредителей психиатрических ассоциаций (www.paeeb.com).

В последние годы раздаются голоса, оспаривающие эти принципы, особенно практическую деятельность общественной психиатрии. Основные пункты критики следующие:

- Все чаще признается, что переход от психиатрической больницы к обществу не может быть применен ко всем больным. Некоторые пациенты должны размещаться в специальных подразделениях или небольших психиатрических больницах, уход за каждым пациентом должен быть индивидуальным и решаться, исходя из особенностей каждого пациента.

- Идея в том, чтобы не закрывать больницы, и рассматривать это как большое достижение. Закрытие больницы не должно быть самоцелью. "Любой дурак может закрыть психиатрическую больницу", - отметил

в 1980-е годы старший чиновник здравоохранения Великобритании (1). Закрытие больниц не должно подчиняться политическим, "не-авторитарным" идеологиям или финансовым интересам, которые удовлетворяют менеджеров. Имеет значение только благополучие пациента. Если качество жизни пациента лучше и степень удовлетворенности выше в больнице по сравнению с обществом, у нас есть этические обязательства позволить нашим пациентам сделать информированный выбор и продолжать лечение в условиях по своему выбору. Психиатрическое сообщество должно набраться мужества, чтобы высказать мнение, основанное на доказательствах, по этому очень важному вопросу. Это правда, что под термином "психиатрическая больница" скрываются некоторые из уродливых форм больниц, но также верно, что под термином "общество" часто скрывается тюрьма или улица.

- Прежде чем закрывать больницы, совершенно необходимо учредить соответствующие альтернативные возможности в обществе для проживания, реабилитации и, если возможно, трудоустройства. Необходимым условием является непрерывный мониторинг со стороны независимых властей и готовность (и смелость) корректировать, резко менять или даже обращать вспять план деинституционализации, в соответствии с рекомендациями контролирующего органа.

- Каждая программа деинституционализации должна иметь диахронический компонент. Неразумно начинать программу реабилитации без гарантированного адекватного и постоянного притока ресурсов для поддержки пациентов в обществе. Каждому решению должно предшествовать тщательное и ответственное планирование, и очень важно осознать, что без последовательной и диахронической

поддержки ре-институционализация в больнице или, еще хуже, институционализация в обществе ждут своего решения за дверью.

- Должны быть приняты во внимание культуральные проблемы. То, что подходит пациентам в западных обществах, не всегда хорошо для других пациентов. Такие параметры, как методы, степень и темпы деинституционализации должны рассматриваться в соответствии с культуральным окружением каждого пациента.

- Необходимо также понимать, что деинституционализация является лишь одним из аспектов психиатрической реформы, принадлежащим третичной профилактике. Тем не менее, первичная профилактика психиатрических расстройств важна в той же степени или даже больше (2,3). Жаль, что этот важнейший этап профилактики (самая настоящая профилактика) не учитывается как приоритет, которого заслуживает. К сожалению, не разработаны в необходимом объеме первичная медико-санитарная помощь, генетическое консультирование, профилактика в школе, в семье, на рабочем месте, дородовая и послеродовая помощь, профилактические мероприятия для уязвимых групп, таких, как женщины, пожилые лица и малоимущие люди.

Список литературы

1. Burns T. Psychiatry. A very short introduction. Oxford: Oxford University Press, 2006.
2. Christodoulou GN, Kontaxakis VP. Topics in preventive psychiatry. Basel: Karger, 1994.
3. Christodoulou GN, Lecic-Tosevski D, Kontaxakis VP. Issues in preventive psychiatry. Basel: Karger, 1999.

Раннее вмешательство при психозах в развивающихся странах: доказательство и действие

На недавнем форуме по раннему вмешательству при психозах в *World Psychiatry* (1), Ndeti выдвинул на передний план отсутствие прогресса в обеспечении раннего вмешательства при психозах в Африке, где более 50% населения находится в возрасте до 25 лет (2). Ndeti также указывает на то, что практически все исследования ранней интервенции проводятся в развитых странах.

В нашем недавнем обзоре о продолжительности нелеченных психозов (ПНП) в странах с низким и средним уровнем дохода (НиСУД), мы применили тщательные стратегии поиска, но смогли найти данные только 18 из более чем 150 стран с НиСУД, и только 3 из 50 африканских стран (3). Низкий приоритет, отдаваемый психическому здоровью в странах с НиСУД (4-8), и широко принятое, но спорное представление о более благоприятном прогнозе шизофрении в развивающихся странах, возможно, препятствует развитию служб для лечения психозов.

Мы обнаружили, что средняя ПНП в исследованиях по странам с НиСУД составила 125,0 недели по сравнению с 63,4 неделями в исследованиях по странам с высоким уровнем дохода ($P=0.012$). Используя данные по валовому внутреннему продукту (ВВП), мы продемонстрировали, что в рамках исследований, проведенных в странах с НиСУД, средняя ПНП снизилась до 6 недель на каждые \$ 1000 паритета покупательной способности ВВП.

В соответствующей работе мы рассмотрели исследования из стран с НиСУД, которые изучали связь между ПНП и хотя бы одной из следующих величин: психотические симптомы, когнитивные функции, социальная нетрудоспособность или смертность. ПНП в странах с НиСУД в значительной степени связаны с более высокими показателями позитивных симптомов и социальной нетрудоспособностью, этот вывод аналогичен полученному в странах с высоким уровнем доходов (9). Кроме того, два исследования (10,11) свидетельствуют о сильной связи между ПНП и последующей смертностью от физической (соматической) болезни. Гипотеза "хорошего прогноза" представляется менее логичной, если принять во внимание высокую распространен-

ность частично и никогда нелеченных психозов в развивающихся странах и длительную ПНП у тех, кто действительно получает лечение.

Негативные последствия длительного ПНП и увеличение заболеваемости и смертности от инфекций и недостаточного питания среди лиц с психическими заболеваниями подтверждают необходимость решительного подхода к раннему вмешательству в развивающихся странах. Этот подход, однако, должен принимать во внимание социальные и экономические реалии развивающихся стран. Одним из вмешательств могло бы быть оказание бесплатного антипсихотического лечения хотя бы в течение первых двух лет - «критического периода» в течении шизофрении, так как стоимость препаратов, как представляется, является основным барьером для доступа к лечению. Это могло бы осуществляться под наблюдением близкого родственника, который обучен контролю и наблюдению за лечением пациента при его согласии (12).

Развитие практики раннего вмешательства при психозах в странах с НиСУД сталкивается с огромными препятствиями. Однако тяжело психически больные в регионах с НиСУД относятся к числу наиболее обездоленных людей на земле. Создание доступного лечения – это моральная необходимость, и обеспечение раннего лечения может быть экономически эффективным.

Saeed Farooq¹, Matthew Large², Olav Nielssen²
1Lady Reading Hospital, Peshawar, Pakistan
2St. Vincent's Hospital, Sydney, Australia

Список литературы

1. McGorry PD, Killackey E, Yung A. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry* 2008;7:148-56.
2. Ndeti DN. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and perspective. *World Psychiatry* 2008;7:164-5.

3. Large M, Farooq S, Nielssen O. Duration of untreated psychosis in low and middle income economies: the relationship between GDP and DUP. *Br J Psychiatry* 2008;193:272-8.
4. Gureje O, Chisholm D, Kola L et al. Cost-effectiveness of an essential mental health intervention package in Nigeria. *World Psychiatry* 2007;6:42-8.
5. Ovuga E, Boardman J, Wasserman D. Integrating mental health into primary care: local initiatives from Uganda. *World Psychiatry* 2007;6:60-1.
6. Alem A, Jacobsson L, Hanlon C. Community-based mental health care in Africa: mental health workers' views. *World Psychiatry* 2008; 7:54-7.
7. McDaid D, Knapp M, Raja S. Barriers in the mind: promoting an economic case for mental health in low- and middle-income countries. *World Psychiatry* 2008;7:79-86.
8. Murthy RS, Kumar K. Challenges of building community mental health care in developing countries. *World Psychiatry* 2008;7: 101-2.
9. Farooq S, Large M, Nielssen O et al. The relationship between the duration of untreated psychosis and outcome in low and middle income countries. Submitted for publication.
10. Kurihara T, Kato M, Kashima H et al. Excess mortality of schizophrenia in the developing country of Bali. *Schizophr Res* 2006;83: 103-5.
11. Ran MS, Xiang MZ, Li SX et al. Prevalence and course of schizophrenia in a Chinese rural area. *Aust N Zeal J Psychiatry* 2003;37: 452-7.
12. Patel V, Farooq S, Thara R. What is the best approach to treating schizophrenia in developing countries? *PLoS Med* 2007;4:e159.

Психиатрическая практика в частной первичной медицинской помощи в сельских районах Индии: опрос практикующих врачей

В эпидемиологическом исследовании, проведенном у сельского населения в Tamil Nadu на юге Индии, сообщено, что около 75% людей с психическими расстройствами, больные в течение более одного года, не получали какого-либо лечения (1). Индия располагает 162 медицинскими колледжами с 17,000 студентами-медиками, ежегодно зачисляемыми для обучения. Тем не менее, только около 3000 психиатров, которые в основном базируются в городских центрах (2). Это означает, что огромный объем работы в отношении психических болезней осуществляют практические работники первичной медико-санитарной помощи, особенно в сельских районах Индии.

Вместе с тем первичная помощь в Индии недостаточно хорошо развита, и каналы связи между частными и государственными психиатрами очень слабые. Опрос частных практикующих врачей показал, что высшее (додипломное) образование не готово к обеспечению достаточной психиатрической подготовкой (3). Исходы психических расстройств могут быть улучшены путем их своевременного выявления в рамках первичной помощи, особенно, если это сопровождается лечением, основанным на доказательствах.

Мы изучили действующую психиатрическую практику среди частных практикующих врачей первичной помощи в Satyamangalam, в сельском городке с поселениями крестьян и ткачей в штате Tamil Nadu на юге Индии. В городе 40 врачей, в том числе врачи общей практики и специалисты, без каких-либо психиатрических служб, частных или государственных.

Мы направили всем врачам анкету, состоящую из 17 пунктов, которые подразделяются на четыре части: а) опыт врача в отношении психиатрических симптомов и расстройств у взрослых, детей, подростков и пожилых, фармакологического лечения вышеназванных расстройств, а также принятия пациентами своего психиатрического диагноза; б) знания врача о доступности служб психического здоровья и использовании пациентами природных мето-

дов лечения; с) подготовка врачей в области психиатрии; д) информация о психических болезнях в журналах, которые читают врачи, и предложения для улучшения навыков и знаний врачей в области психиатрии.

Из 40 врачей ответили 37 (92,5%). Восемь из них были врачами общего профиля и 29 - специалисты по разным дисциплинам, кроме психиатрии. Восемнадцать (48,64%) являются практикующими врачами в течение 10-20 лет.

Тридцать четыре врача (91,9%) сообщили, что они видели пациентов с предположительными симптомами психических заболеваний и поставили им диагноз психического заболевания. Среди симптомов психического заболевания наиболее часто отмечали телесную боль (41,8%), затем депрессию (25,5%). Депрессивные расстройства были наиболее часто отмечаемыми психическими расстройствами (52,2%), затем следовали тревожные расстройства (20,4%).

Пятьдесят процентов врачей видели детей и подростков с поведенческими проблемами, и 100% врачей видели пожилых пациентов с забывчивостью. Восемнадцать из 34 (52,9%) использовали трициклические антидепрессанты в качестве антидепрессантов первой линии, а галоперидол был единственным использованным антипсихотиком. Только 18 (48,6%) считали, что пациенты восприняли диагноз психической болезни.

Врачи подтвердили, что в населенном пункте нет постоянных психиатров. Широко используемым ресурсом психического здоровья было направление к психиатру в соседний город (76,5%). Все врачи сообщили, что их пациенты использовали в той или иной форме природное лечение.

Ни один врач не изучал психиатрию как предмет в своем додипломном обучении. Двадцать шесть респондентов (70,2%) прошли профессиональную подготовку в области психиатрии как семейные врачи.

Двадцать из 37 (54,1%) полагали, что медицинские журналы, которые они читали, содержат достаточную информацию о психических болезнях. Предложения по совершенствованию их практики включали организацию местным медицинским сообществом непрерыв-

ного медицинского образования по психиатрическим темам, увеличение числа статей по психическим заболеваниям в медицинских журналах, производство аудиовизуальных пособий, а также улучшение додипломных медицинских учебных программ с акцентом на психиатрию в качестве предмета изучения. Были также предложены массовое образование и убедительные программы по повышению осведомленности в отношении психических заболеваний среди населения.

Это исследование подтверждает, что боль является одним из основных проявлений психологических проблем в сельских районах Индии, как уже ранее сообщалось в литературе (4). Хотя депрессия была наиболее частым диагнозом в нашей выборке врачей первичной помощи, на точность и своевременность такого диагноза влияли условия практики первичной помощи. В свете сообщений о высокой частоте потребления наркотиков как здоровыми, так и психически больными людьми в индийской популяции (5), вызывает удивление, что ни один из врачей в нашей выборке не рассматривал злоупотребление наркотиками как проблему в рамках психиатрии. Также смущает, что 8% респондентов сообщили, что никогда не выявляли психиатрические симптомы или расстройства у своих пациентов. Старые лекарства, несомненно, продолжают оставаться в качестве первой линии терапии на вооружении врачей общей практики в сельских регионах Индии.

Очевидно, что необходим пересмотр учебного плана в додипломном образовании в Индии. Непрерывное медицинское образование по психиатрическим проблемам для врачей общей практики представляет собой приоритет. Некоторый предыдущий опыт кажется обнадеживающим в этом отношении. Учебная программа для врачей общей практики, основанная на годичном психотерапевтическом обучении, была признана успешной в Индии (6). Аналогичные инициативы имели положительный результат и в других развивающихся странах (например, 7). Более того, проекты по изучению альтернативных стратегий для облегчения выявления и оказания помощи при психических расстройствах в рамках

первичной помощи представляют приоритет для нашей страны.

Наше исследование ограничено тем фактом, что оно было сужено включением географической области. Также мы не стремились узнать мнения пациентов о психиатрической практике. Мы в общих чертах затронули терапевтическое вмешательство, но не уверены в отношении конкретных видов применения фармакологических препаратов. Кроме того, у нас нет данных о согласии пациентов с направлением к психиатру, хотя есть основания для скепсиса в этом отношении. Так как Аюрведа (Ayurveda) по-прежнему продолжает оставаться важным инструментом для народных целителей, она может оказаться полезной, если будет скорректирована для психических заболеваний в условиях Индии. Наконец, мы считаем, что энтузиазм врачей в отношении убедительных программ имеет важное значение и его необходимо использовать.

Vellingiri R. Badrakalimuthu¹,
Vellankoil Rangasamy Sathyavathy²

¹Julian Hospital, Norwich, UK

²Giri Hospital, Tamilnadu, India

Список литературы

1. Mehta P, Josep A, Verghese A. An epidemiologic study of psychiatric disorders in a rural area in Tamil Nadu. *Indian J Psychiatry* 1985; 27:153-8.
2. Das M, Gupta N, Dutta K. Psychiatric training in India. *Psychiatr Bull* 2002;26:70-2.
3. Gupta R, Narang RL. Training general practitioners in psychiatry. *Indian J Psychiatry* 1987;29:349-52.
4. Varma VK, Malhotra A, Chaturvedi SK et al. Sociodemographic study of patients with chronic pain. *Indian J Psychiatry* 1986;28: 119-25.
5. Dube KC, Handa SK. Drug use in health and mental illness in an Indian population. *Indian J Psychiatry* 1971;118:345-6.
6. Shamasundar C. Workshop on community mental health in India: an evaluation of research of first decade. *Indian J Psychiatry* 1987; 29:97-106.
7. Okasha A, Fahmy M, Haggag W et al. A psychiatric training programme for general practitioners in primary health care in Egypt. *Primary Care Psychiatry* 2002;8:9-16.

НОВОСТИ ВПА

Улучшение организационной идентичности: Деятельность секретариата ВПА в последнее время

LEVENT KÜEY
WPA Secretary General

ВПА находится в процессе улучшения своей организационной идентичности. Деятельность генерального секретаря и секретариата ВПА была реорганизована в течение последних 6 месяцев. В этой статье отмечена основная деятельность, имеющая цель улучшить имидж и работу ВПА как международной головной организации, состоящей из национальных обществ и психиатров по всему миру.

МЕДИАКАНАЛЫ ВПА

Медиаканалы ВПА играют большую роль в процессе возрождения. Недавно они повысили свою эффективность и уровень. Медиаканалы ВПА (новости ВПА, официальный ежеквартальный E-Bulletin ВПА, ежемесячный электронный бюллетень ВПА, ВПА онлайн, еженедельно пересматриваемый веб-сайт ВПА) выражают позиции общественных организаций ВПА, секций ВПА, филиальных ассоциаций, Исполнительного Комитета ВПА и Совета ВПА. Генеральный секретарь как редактор этих каналов регулирует этот процесс при поддержке Исполнительного Комитета и нашего администратора Анны Энгстром, заместителя администратора Памелы Аттиас и веб-мастера Кэтрин Соьер.

НОВОСТИ ВПА

WPA News не только транслирует информацию, но и спо-

собствует улучшению работы в ассоциациях. WPA News полностью изменило содержание для того, чтобы дать больше места всем организациям ВПА. Декабрьский номер 2008 г. состоял из 20 страниц и был напечатан в 700 экземплярах, тогда как мартовский номер 2009 г. состоял из 32 страниц и было напечатано 2500 копий.

ВПА ОН-ЛАЙН

ВПА он-лайн тоже был обновлен. Детальные изменения, включая процедуры “добавить”, “изъять”, проводятся еженедельно. Здесь высоко оценено сотрудничество разных организаций ВПА. Инфраструктура веб-сайта подготовлена для проекта ВПА SME Online, который развивался в сотрудничестве с Секретариатом Образования. Туда будут загружены видео и слайды известных научных лекций, презентаций, конгрессов ВПА. Этот проект начался с Конгресса ВПА в 2009 г. во Флоренции.

БЮЛЛЕТЕНЬ ВПА

Еженедельный электронный бюллетень ВПА сообщает психиатрам ВПА и психиатрам всего мира по личным электронным адресам новости о кульминационных моментах в развитии мировой психиатрии. Бюллетень был пересмотрен наряду с другими медиаканалами. Национальные общества и Зональные Представители занимаются распространением бюллетеня для того, чтобы

им могли пользоваться члены-одиночки, особенно в отдаленных частях мира.

СОВЕТ ВПА

Генеральный секретарь ВПА и секретариат ВПА тесно сотрудничают с Советом ВПА, обеспечивая необходимую поддержку. Все планы действия были подготовлены Советом ВПА. Высоко оцененная работа представителей Совета ВПА будет улучшена на собраниях, проходящих в течение года. Первое собрание было проведено во Флоренции 31 марта 2009 г.

НАЦИОНАЛЬНЫЕ ОБЩЕСТВА ВПА

Улучшена корреспонденция секретариата ВПА и Национальных обществ. Регулярно сообщали новости медиаканалам ВПА.

РУТИННАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ВПА

Проект протокола Генеральной Ассамблеи ВПА был разработан в Праге 22 сентября 2008 г. (подготовлен Генеральным секретарем), а 28 января 2009 г., принимая во внимание заметки предыдущего Генерального секретаря и секретариата ВПА, был распространен секретариатом ВПА до 30 января 2009 г.. Согласно уставу ВПА у национальных обществ-членов было два месяца для того, чтобы послать комментарии в секретариат. Коммента-

риев не последовало и в силу этого была оформлена окончательная версия протокола. Проект протокола был подписан и послан президентам ассоциации, а также на веб-сайты ВПА, что означает его окончательное утверждение.

СОБРАНИЯ КОМПОНЕНТОВ ВПА

Секретариат активно способствовал встречам Исполнительного комитета, Совета, а также Постоянного и Рабочего комитетов.

БАЗЫ ДАННЫХ ВПА И УКАЗАТЕЛЬ

Дополняется контактная информация о различных отраслях ВПА: Совете, филиальных организациях, научных секциях Рабочего комитета. В течение трех лет планируется публикация измененной версии ин-

формационного буклета ВПА и справочника ВПА.

АРХИВЫ ВПА

В течение последнего визита Генерального секретаря ВПА в секретариат Женевы выяснилось, что архивы ВПА необходимо заново классифицировать и реорганизовать. Вероятно, придется прогласить профессионального специалиста по архивам.

РАСПИСАНИЕ И ПЛАНИРОВАНИЕ

Линия основной работы, описание и расписание деятельности секретариата ВПА на последующие три года готовятся в сотрудничестве с коллективом секретариата и консультациями членов Исполнительного комитета ВПА. Все члены общества ВПА и фи-

лиальной ассоциации, организующие научную деятельность, приглашены в специальные офисы ВПА на конгресс 2009 г. во Флоренции. Это будет практиковаться и во время будущей научной деятельности ВПА.

2010 ГОД: ВПА 60 ЛЕТ

Генеральный секретарь ВПА с Исполнительным Комитетом готовятся праздновать 60-ю годовщину ВПА в 2010 году. Отделом искусства и психиатрии в сотрудничестве с Женевской университетской больницей организована художественная выставка, а также международный конкурс фотографий по теме “Улучшение психического здоровья, для улучшения жизни в мире”.

Будущие публикации ВПА

HELEN HERRMAN

WPA Secretary for Publications

Цель программы публикаций следующая: а) распространить информацию о клиническом исследовательском развитии и развитии служб в сфере клинического здоровья для возможно большего количества психиатров и врачей по всему миру; б) публикация исследований высокого качества, проведенных в неразвитых и развивающихся странах; в) увеличение публикаций (1,2). Эти цели преследуют публикация официального журнала Ассоциации Всемирной Психиатрии, продолжение серий удачных книг, публикация книг по темам, соответ-

ствующим этической и успешной практике современной психиатрии, улучшение доступности контакта он-лайн и широкое распространение публикуемых материалов, предложение поддержки психиатрическим журналам в неразвитых и развивающихся странах. Эта статья описывает книгу, которая будет опубликована в 2009-2011 гг.. Серия “Доказательства и опыт в психиатрии” задумывалась как создание моста между разными отраслями психиатрии, а также между психиатрией и другими отраслями медицины. Серии “Основные очерки по психиатрии и психическому здоровью” открыто

обсуждаются психиатрами и другими экспертами из разных стран. Каждая серия включает специфическое психическое расстройство с систематическим обзором исследований. После каждой статьи следуют комментарии психиатров из разных стран и представителей разных школ. Клиницисты требуют специальные отчеты о современных доказательствах, отмеченных в специальных главах. Все это обеспечивает основу для клинических решений и исследований. Уже напечатано девять томов, некоторые из них издаются второй раз, некоторые переведены на русский, испанский, португальский, итальянский и турецкий языки. В течение трех

лет будут опубликованы новые книги. В сентябре 2009 г. выйдет новое издание “Депрессивные расстройства” (издатели Herrman H, Maj M и Sartorius N). Будет издано “Substance Abuse Disorders” (издатели H.Ghodse, H.Herrman, M.Maj и N.Srtorius). Книга поможет психиатрам понять сущность различных злоупотреблений и почитать дебаты, касающиеся наркотиков, алкоголя и табакокурения. Каждая секция будет состоять из двух глав – эпидемиологии и лечения, вмешательства, предотвращения. После каждой главы последуют комментарии. В течение трех лет мы планируем опубликовать три книги по психиатрии: “Травмы и психическое здоровье”, “Аддиктивные расстройства и психическое здоровье”, “Вред самому себе и самоубийство”. Будет опубликована новая серия дополнений ВПА по шизофрении, обсессивно-компульсивным, биполярным расстройствам. Мы также планируем опубликовать три книги по депрессии и сердечно-сосудистым заболеваниям, депрессии и раке, депрессии и диабету для практических психиатров и других работников здравоохранения. Кни-

ги, издаваемые по контракту с Wiley-Blackwell, следующие: “Религия и психиатрия” (издатели Verhagen PJ, van Praag HM, Lopez-Ibor JJ, Moussaoi D. и Cox J), “Отцовство и материнство и психическое здоровье: мост между детской и взрослой психиатрией” (издатели Tyano S, Keren M, Herrman H и Cox J)/

Серия “Антология международных психиатрических текстов” (редактор серии Moussaoi D) включает классические тексты, написанные психиатрами данной страны или группы стран, опубликованные на английском. Есть также электронная версия, опубликованная Wiley-Blackwell и размещенная на веб-сайте ВПА. The German Anthology of Psychiatric Tests (издатель Sass H) была опубликована в апреле 2007 года; готовится электронная версия. В 2006 г. был разработан проект распространения информации о новых исследованиях журналов по психиатрии, а в 2008 была создана целевая группа. Отчет о первой фазе работы был опубликован в “Мировой психиатрии” (3). На 14-й Всемирной

конгресс по психиатрии Правление ВПА пригласило редакторов журналов, выбранных в результате собеседования Советом ВПА. Отчет об этой встрече уже опубликован и работа в этом направлении продолжается.

Опубликованные книги Wiley-Blackwell есть в интернете. Перевод на другие языки будет обсужден с издателями.

Список литературы

1. Herrman H. Free and low-cost access to online WPA publications. *World Psychiatry* 2007;6:191-2.
2. Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. *World Psychiatry* 2008;7:129-30.
3. Kieling C, Herrman H, Patel V et al. Indexation of psychiatric journals from low- and middle-income countries: a survey and a case study. *World Psychiatry* 2009;8:40-4.
4. De Jesus Mari J, Patel V, Kieling C et al. The 5/95 gap on the dissemination of mental health research: the World Psychiatric Association (WPA) task force report on project with editors of low and middle income (LAMI) countries. *Afr J Psychiatry* 2009;12:33-9.